

Uradni vestnik Gorenjske

Naročnik:

LETO: XIII.

V Kranju, 9. marca 1976

Številka 4

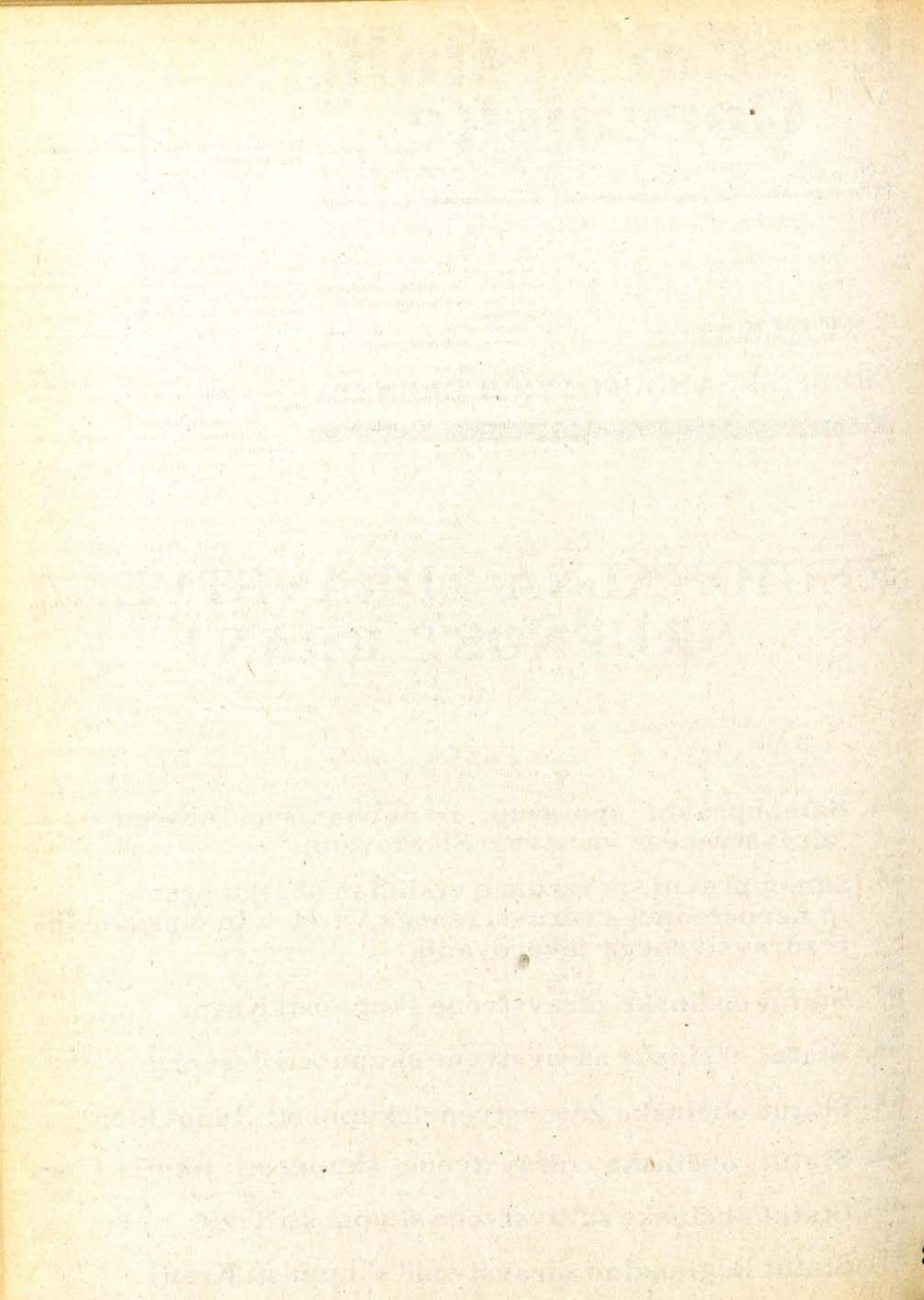
Občine: Jesenice, Kranj, Radovljica, Škofja Loka in Tržič

VSEBINA

PREDPISI SAMOUPRAVNIH ORGANOV

REGIONALNA ZDRAVSTVENA ŠKUPNOST KRANJ

34. Samoupravni sporazum o najmanjšem obsegu zdravstvenega varstva v SR Sloveniji
35. Samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic in neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja
37. Statut občinske zdravstvene skupnosti Kranj
36. Statut občinske zdravstvene skupnosti Jesenice
38. Statut občinske zdravstvene skupnosti Radovljica
39. Statut občinske zdravstvene skupnosti Škofja Loka
40. Statut občinske zdravstvene skupnosti Tržič
41. Statut Regionalne zdravstvene skupnosti Kranj



Predpisi samoupravnih organov

34.

Na podlagi 20., 61., 63., 66. in 156. člena zakona o zdravstvenem varstvu (Uradni list SRS, št. 38/74 in št. 1/75) sklenejo občinske in regionalne zdravstvene skupnosti v SR Sloveniji v okviru Zdravstvene skupnosti Slovenije

SAMOUPRAVNI SPORAZUM o najmanjšem obveznem obsegu zdravstvenega varstva v SR Sloveniji

1. člen

S tem sporazumom si delovni ljudje, združeni v zdravstvenih skupnostih v SR Sloveniji, določijo najmanjši obvezni obseg neposrednega zdravstvenega varstva, pravice v primeru nesreče pri delu, najmanjši obseg denarnih nadomestil in povračil ter opredelijo osnovo za nadomestilo osebnega dohodka, uskladijo višino nadomestila osebnega dohodka in se dogovorijo o oblikah zdravstvenega varstva, za katere uporabniki plačujejo prispevke, najmanjšo višino ter oprostitev plačevanja teh prispevkov.

I. NAJMANJŠI OBVEZNI OBSEG NEPOSREDNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

2. člen

Najmanjši obvezni obseg neposrednega zdravstvenega varstva, ki ga delovni ljudje, združeni v zdravstvenih skupnostih v SR Sloveniji, zagotavljajo sebi in svojim družinskim članom ter drugim občanom, zajema:

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

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

3. popolno zdravstveno varstvo žena med nosečnostjo in porodom ter med materinstvom do dokončanja 6. meseca otrokove starosti in v zvezi z načrtovanjem družine ter kontracepcijo žena v rodnem obdobju;

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

5. popolno zdravstveno varstvo šolske mladine do dopolnjenega 19. leta starosti in rednih študentov do 26. leta starosti;

6. zdravstveno varstvo mladine do dopolnjenega 18. leta starosti, ki je prijavljena pri skupnosti za zaposlovanje, pa ji

kljub zmožnosti za delo začasno ni mogoče zagotoviti zaposlitve;

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

3. člen

Preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje, zatiranje in preprečevanje širjenja tuberkuloze, veneričnih ter drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave, obsega:

– obvezne imunizacije, revakcinacije in druge ukrepe za preprečevanje nalezljivih bolezni;

– odkrivanje nalezljivih bolezni z individualnimi ali množičnimi metodami detekcije in z odkrivanjem njihovih povzročiteljev;

– izvenbolnišnično in bolnišnično zdravljenje obolelih;

– zdravstveni nadzor klicenoscev in oseb iz njihove okolice, ki bi jih lahko okužili;

– karanteno oseb, ki so prišle v dotik z bolnikom ali s kužnim materialom, izolacijo bolnikov z akutnimi nalezljivimi boleznimi, če je ta obvezna ali nujna ter dezinfekcijo, dezinfekcijo in deratizacijo v zvezi z nalezljivo boleznijo.

Pri tuberkulozi obsega pravica do neposrednega zdravstvenega varstva še:

– kontrolne zdravniške preglede ter laboratorijske in radiološke preiskave ter testiranje in patronažni nadzor tuberkuloznih bolnikov.

Pri veneričnih boleznih obsega pravica do neposrednega zdravstvenega varstva še:

– kontrolne zdravniške preglede, laboratorijske in serološke preglede ter patronažni nadzor.

4. člen

Zdravljenje alkoholizma in narkomanije obsega pravico do zdravniških pregledov, zdravljenja po dispanzerski metodi in nujnega zdravljenja v ustanovah za zdravljenje alkoholikov oziroma narkomanov ter medicinsko rehabilitacijo.

Nega in zdravljenje duševnih bolnikov, ki utegnejo zaradi narave ali stanja bolezni spraviti v nevarnost svoje življenje in življenje drugih ljudi ali poškodovati materialne dobrine okolice, obsega:

– izvenbolnišnične in bolnišnične 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.

5. člen

Popolno zdravstveno varstvo žena med nosečnostjo, porodom ter materinstvom do dokončanja šestega meseca otrokove starosti in v zvezi z načrtovanjem družine ter kontracepcijo obsega:

– zdravniške preglede v dispanzerju za žene zaradi ugotovitve poteka nosečnosti in zdravstvenega stanja nosečnice ter ustrezno zdravljenje in patronažni nadzor nosečnice;

– bolnišnično zdravljenje in preiskave v primeru komplikacij nosečnosti ali bolezni nosečnice;

– preventivne in kurativne zdravstvene ukrepe, potrebne za normalen potek in uspešno nosečnost;

– zdravniške preglede in zdravljenje tudi v drugih ambulantah, dispanzerjih ali

bolnišničnih oddelkih ter diagnostiko in zdravljenje zobnih ter ustnih bolezni ves čas nosečnosti, po porodu in med materinstvom do dokončanja 6. meseca otrokove starosti;

– strokovno pomoč pri porodu ter nego in zdravljenje porodnic;

– zdravniške preglede in zdravljenje otročnice ter babiško oziroma patronažno nego po porodu;

– zdravniške preglede in svetovanja pri načrtovanju družine ter kontracepciji žena v rodnem obdobju.

6. člen

Popolno zdravstveno varstvo novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do dopolnjenega 15. leta starosti obsega vse strokovno potrebne in racionalno uporabljene ukrepe za njihovo čim popolnejše in čim učinkovitejše zdravstveno varstvo.

7. člen

Popolno zdravstveno varstvo šolske mladine do dopolnjenega 19. leta starosti in rednih študentov do 26. leta starosti obsega:

– sistematične preglede;

– zdravniške preglede, izvenbolnišnično in bolnišnično zdravljenje;

– medicinsko rehabilitacijo ter vse vrste medicinske pomoči v organizacijah združenega dela zdravstvene dejavnosti (v nadaljnjem besedilu: zdravstvena organizacija), če to zahteva njihovo zdravstveno stanje;

– sistematične zobozdravniške preglede in zobozdravstveno varstvo;

– preprečevanje, zatiranje in zdravljenje revmatične mrzlice;

– protetične in rehabilitacijske ukrepe pri okvarah ali anomalijah vida in sluha ter pri ortopedskih anomalijah in deformacijah.

8. člen

Zdravstveno varstvo mladine do dopolnjenega 18. leta starosti, ki je prijavljena pri skupnosti za zaposlovanje, pa ji kljub zmožnosti za delo začasno ni mogoče zagotoviti zaposlitve, obsega:

– zdravniške preglede, izvenbolnišnično in bolnišnično zdravljenje;

– varstvo in zdravljenje zob;

– preprečevanje, zatiranje in zdravljenje revmatične mrzlice;

– protetične in rehabilitacijske ukrepe pri okvarah ali anomalijah vida in sluha ter pri ortopedskih anomalijah in deformacijah.

9. člen

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

a) – odkrivanje (detekcijo) in zdravljenje ugotovljenih predrakastih obolenj v vseh zdravstvenih 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 organizacijah, medicinsko rehabilitacijo ter patronažno nadzorstvo;

c) – odkrivanje (detekcijo) in zdravljenje mišičnih in živčno-mišičnih obolenj v vseh zdravstvenih organizacijah ter medicinsko rehabilitacijo;

– redne kontrolne preglede in izvenbolnišnično zdravljenje ter patronažno nadzorstvo;

– medicinsko indicirane ortopedске pripomočke.

10. člen

Aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva obsega programirano zdravstveno vzgojo v zvezi z najmanjšim obveznim obsegom zdravstvenega varstva.

Programirana zdravstvena vzgoja se opravlja v obliki organiziranega skupinskega ali individualnega poduka in demonstracij z določenimi vrstami bolnikov ali njihovih družinskih članov v zdravstveni organizaciji, na domu in podobno.

11. člen

Zdravstveno varstvo iz 2. do 10. člena tega sporazuma obsega tudi povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva, potrebne prevoze s posebnimi reševalnimi vozili in po potrebi tudi prevoze s posebnimi prevoznimi sredstvi, če je tak prevoz medicinsko ali sicer nujen oziroma upravičen.

12. člen

Zdravstveno varstvo iz 2. do 9. člena tega sporazuma obsega tudi zdravila, ki so medicinsko indicirana in registrirana na območju SFRJ; ta pravica se uveljavi na način, kot to v splošnih aktih uredijo zdravstvene skupnosti.

Kadar gre pri zdravstvenem varstvu iz 2. do 9. člena tega sporazuma za pravico do ortopedskih in drugih medicinsko indiciranih pripomočkov, se ta pravica uveljavi v obsegu, ki ga določijo zdravstvene skupnosti enotno za SR Slovenijo in na način, kot to v splošnih aktih uredijo zdravstvene skupnosti.

II. NAJMANJŠI OBSEG DENARNIH NADOMESTIL IN POVRAČIL

13. člen

V zdravstvenih skupnostih na območju SR Slovenije si delovni ljudje-zavarovanci zagotavljajo socialno varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda in smrti kot pravico do nadomestila osebnega dohodka ob začasnih zadržanosti od dela (v nadaljnjem besedilu: nadomestilo), določene posebne pravice v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo, povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva ter pravico do povračila in denarnih dajatev ob smrti zavarovanca ali njegovega družinskega člana.

14. člen

V primerih začasne zadržanosti od dela zaradi medicinskih preiskav, bolezni, poškodbe, poroda, nesreče pri delu, obolenja za poklicno boleznijo, transplatacije kože, živega tkiva ali organov v korist druge osebe, delanežmožnosti zaradi dajanja krvi, zdravstvene nege obolelega ožjega družinskega člana, izolacije ter spremstva po odredbi zdravnika, gre nadomestilo samo zavarovancem, ki imajo pravico do osebnega dohodka, povračila, nagrade ali do nadomestila zanje.

V primeru nesreče pri delu in obolenj za poklicno boleznijo gre nadomestilo tudi:

a) upravičencem, kolikor jim nadomestilo ne pripada po drugih predpisih, ko opravljajo naloge in dolžnosti ljudske obrambe ter splošnega ljudskega odpora, ko sodelujejo pri organiziranih javnih delih, reševalnih akcijah ter pri obrambi

pred elementarnimi nesrečami, ko pomagajo pristojnim organom pri nalogah družbene samozaščite ter varnosti občanov in premoženja in pri vzdrževanju javnega reda, ko opravljajo naloge javne varnosti kot rezervni miličniki, ko opravljajo na poziv državnih organov javne funkcije ali državljske dolžnosti, ko so kot vojaški invalidi na poklicni rehabilitaciji pri praktičnih delih ali vajah in ko v okviru organizirane športne dejavnosti sodelujejo pri športnih akcijah;

b) kmetom, kadar opravljajo pri organizacijah združenega dela oziroma zasebnih delodajalcih občasna dela izven združenega dela ali delovnega razmerja in morajo biti pri tem delu zavarovani.

15. člen

Zavarovanci, ki so stopili v delovno razmerje v tujini po mednarodni pogodbi ali pri tujem delodajalcu ali so poslani na delo ali strokovno izpopolnjevanje v tujino in so zavarovani pri zdravstveni skupnosti v SR Sloveniji, imajo, kadar sočasno zadržani od dela oziroma so na porodniškem dopustu, pravico do nadomestila na račun zdravstvene skupnosti vsaj za čas, dokler so v SFRJ Jugoslaviji.

Zavarovancem, ki v delovnem razmerju pri delavcih jugoslovanskih organov ali jugoslovanskih in mednarodnih organizacij v tujini, se mora zagotoviti nadomestilo tudi, če v času začasne zadržanosti prebivajo v tujini.

16. člen

Zavarovanci, ki na podlagi mnenja izvedenskega organa zaradi medicinske rehabilitacije delajo poln ali skrajšani delovni čas na ustreznem delovnem mestu, imajo pravico do razlike med osebnim dohodkom, doseženim na takem delovnem mestu oziroma v skrajšanem delovnem času in osebnim dohodkom, ki bi jim pripadal, če bi delali na svojem delovnem mestu poln delovni čas.

17. člen

Zavarovancem, ki jim je prenehala lastnost delavca v združenem delu ali delovno razmerje ali drugo svojstvo, na podlagi katerega so bili zavarovani, se mora zagotoviti nadomestilo tudi po prenehanju tega svojstva, če so v 30 dneh po njegovem prenehanju zboleli ali se poškodovali.

Pravico do nadomestila za porodniški dopust ima tudi zavarovanka, ki ji je prenehala lastnost delavke v združenem delu ali delovno razmerje ali drugo svojstvo, na podlagi katerega je bila zavarovana, če je bila ob prenehanju noseča.

18. člen

Pravico do nadomestila zaradi nege obolelega ožjega družinskega člana ali otroka, ki ga je zavarovavec vzel k sebi in ga preživlja, ni mogoče omejiti, če je ta po mnenju pristojnega zdravnika potrebna:

— za otroke do 3 let starosti na manj kot 15 dni za posamezen primer obolenja in
— za ostale ožje družinske člane na manj kot 7 dni za posamezen primer obolenja.

Zdravstvena skupnost lahko v samoupravnem sporazumu odredi, da gre v izjemnih primerih (težja obolenja) na podlagi mnenja izvedenskega organa pravica do nadomestila tudi za daljši čas, kot je določeno v prejšnjem odstavku tega člena.

19. člen

Nadomestilo, ki ga iz združenih sredstev plačujejo zdravstvene skupnosti, ne sme znašati manj kot 80 odstotkov od osnove.

Tako izračunano nadomestilo se sme zmanjšati za največ 20 odstotkov za čas, ko je zavarovavec v stacionarni zdravstveni organizaciji, kjer ima prehrano in nastanitev, če ne vzdržuje družinskih članov. Na ta način pa ni mogoče znižati nadomestila zavarovanki med porodniškim dopustom.

Pravica do povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva obsega pravico do povračila prevoznih stroškov in pravico do povračila za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju.

20. člen

Pravico do povračila potnih stroškov zagotavljajo zdravstvene skupnosti upravičencem:

1. kadar jih pristojni zdravnik, zdravstvena organizacija, pristojni izvedenski organ ali zdravstvena skupnost 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 organizacijo, ker v kraju zaposlitve oziroma prebivališča ni zdravnika oziroma zdravstvene organizacije;

3. kadar je prevoz potreben v zdravstveno organizacijo ali iz nje, iz ene zdravstvene organizacije v drugo oziroma v kraj prebivališča.

Zdravstvena skupnost lahko s samoupravnim sporazumom določi, da ne povrne stroškov za primere iz 1. in 2. točke tega člena na razdalji do 15 km.

21. člen

Povračilo prevoznih stroškov se prizna za najkrajšo razdaljo do najbližje zdravstvene organizacije in v višini stroškov za prevoz z javnim prevoznim sredstvom.

Če zaradi zdravstvenega stanja upravičenca prevoz z javnim prevoznim sredstvom ni mogoč, se zagotavlja povračilo oziroma plačilo za poseben prevoz.

Pravica do povračila za poseben prevoz iz prejšnjega odstavka tega člena, se uveljavi v obsegu in na način, kot to v splošnem aktu uredi zdravstvena skupnost.

22. člen

Pravica do povračila za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju se zagotavlja najmanj v višini:

— polovico dnevnice, ki jo določa za tekoče leto sindikalna lista za službena potovanja v državi, od 8 do 12 ur, če je odsotnost upravičenca daljša od 8 ur;

— dveh tretjin dnevnice, ki jo določa za tekoče leto sindikalna lista za službena potovanja v državi nad 12 ur, če je odsotnost upravičenca daljša od 10 ur in če tudi prenočuje v drugem kraju.

23. člen

Ob smrti zavarovancev in njihovih družinskih članov, razen kmetov, preživetkarjev, uživalcev stalnih kmečkih preživetin, uživalcev kmečkih starostnih pokojnin ter uživalcev stalnih družbenih denarnih pomoči in njihovih družinskih članov, imajo tisti, ki oskrbi pogreb, pravico do povračila stroškov pogreba (pogrebina).

Znesek pogrebne znaša najmanj petdeset odstotkov povprečnega mesečnega osebnega dohodka v SR Sloveniji v preteklem letu; za otroke do 1. leta starosti pa najmanj polovico tega zneska.

24. člen

Družinskim članom zavarovancev, ki imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka po predpisih o zdravstvenem varstvu ali uživajo pokojnino, oskrbnino ali nadomestilo iz pokojninskega oziroma invalidskega zavarovanja, katere je umrl zavarovavec do svoje smrti preživel, imajo pravico do denarne pomoči ob smrti (posmrtnina).

Pravico do posmrtnine imajo tudi družinski člani umrlega zavarovanca, ki so samostojno zavarovani, in sicer:

– učenci v poklicnem izobraževanju in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk;

– začasno nezaposlene osebe, dokler so prijavljene pri skupnosti za zaposlovanje;

– učenci srednjih šol ter študenti višjih in visokih šol ter akademij.

Posmrtnina znaša najmanj petinsedemdeset odstotkov povprečnega mesečnega osebnega dohodka v SR Sloveniji v preteklem letu. Zdravstvene skupnosti v SR Sloveniji na podlagi usklajenega predloga dogovorijo ob sprejemanju programov in financiranja zdravstvenega varstva konkretno višino posmrtnine.

III. OPREDELITEV OSNOVE ZA NADOMESTILA IN USKLAJEVANJE VIŠINE NADOMESTILA

a) Opredelitev osnove za nadomestilo

25. člen

Osnova za nadomestilo (v nadaljnjem besedilu: osnova) je mesečno povprečje osebnih dohodkov, ki jih je zavarovanec dobil za svoje tekoče in minulo delo po zaključnem računu za poln delovni čas (redno delo) v poslovnem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost, zaradi katere ima pravico do nadomestila.

V osnovo se šteje tudi osebni dohodek, ki ga je zavarovanec dobil za delo v času, ko je bil po zakonu dolžan delati dalj kot poln delovni čas, pri zavarovancih, ki delajo nepoln delovni čas, pa osebni dohodek za nepoln delovni čas.

26. člen

Ne všteto se za izračun osnove:

1. zneski, ki jih je delavec prejel sicer kot osebni dohodek, ki pa jih ni dosegel po osnovah in merilih, določenih v splošnem aktu organizacije za redno delo na svojem delovnem mestu oziroma na delovnem mestu, na katero je bil začasno razporejen;

2. posamezne nagrade za delo, ki ga je delavec opravil izven okvira svojega rednega dela (npr. dopolnilno delo, izpitni honorarji, honorarji za predavanja izven redne zaposlitve ipd.), kot tudi nagrade za dolgoletno delo in podobno, čeprav se po splošnem aktu organizacije priznavajo k osebnemu dohodku;

3. dohodki, ki se po splošnem aktu organizacije sicer priznavajo k osebnemu dohodku, ki pa ne izvirajo neposredno iz delovnega uspeha, doseženega z delom na delovnem mestu (npr. za redno prihajanje oziroma neizostajanje z dela ipd.);

4. prejemki, ki pomenijo povračilo stroškov (dnevnice, kilometrina, terenski dodatek, dodatek za ločeno življenje, regres za dopust in podobno);

5. Prejemki v naravi, razen kadar pomenijo sestavni del delavčevega osebnega dohodka po osebnih predpisih in to največ do višine, določene v teh predpisih.

27. člen

Če zavarovanec v preteklem letu ni prejel osebnega dohodka ali povračila, ampak nadomestilo osebnega dohodka oziroma povračila, se upošteva za osnovo prejšnjega nadomestila osebnega dohodka oziroma povračila po predpisih o medsebojnih razmerjih delavcev v združenem delu ozi-

roma osnova za nadomestilo po predpisih o zdravstvenem varstvu, usklajena po 44. členu tega sporazuma.

28. člen

Zavarovancu, ki je delal v več organizacijah, se šteje v osnovo osebni dohodek, ki ga je dosegel pri vseh organizacijah, s tem da se preračuna na poln delovni čas.

29. člen

Kadar se osebni dohodek zavarovanca ugotavlja skupaj s potnimi in drugimi stroški na podlagi skupnih meril (provizije trgovskih potnikov, zavarovalnih agentov, povračilo učnemu osebju za predavanja v drugem kraju in podobno), se upošteva kot osebni dohodek le tisti del ugotovljenega zneska, ki ostane po odbitku potnih in drugih stroškov po določbah splošnega akta organizacije. Tako ugotovljen osebni dohodek ne more biti višji od najvišjega osebnega dohodka v organizacijski enoti, v kateri zavarovanec združuje delo.

30. člen

Izvoljenim delegatom ali imenovanim funkcionarjem v organih družbenopolitičnih in samoupravnih skupnostih ter v družbenih organizacijah, ki jim je opravljanje teh funkcij edini ali glavni poklic in prejemajo za to delo stalno povračilo, se šteje v osnovo povprečni mesečni znesek stalnega povračila za preteklo leto.

31. člen

Za učence v poklicnem izobraževanju in učence poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri organizacijah združenega dela, v šoli ali zasebnem delodajalcu, je osnova povprečni mesečni znesek nagrad v tekočem letu.

32. člen

Zavarovancem-delavcem v delovnem razmerju pri zasebnih delodajalcih, se šteje v osnovo osebni dohodek, ki je bil podlaga za plačevanje prispevka za zdravstveno varstvo v preteklem letu.

33. člen

Zavarovancem, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so v lasti občana, se šteje v osnovo osebni dohodek, ki je bil podlaga za plačevanje prispevka za zdravstveno varstvo oziroma osnova iz dejavnosti, na podlagi katere so bili zavarovani v preteklem letu.

34. člen

Zavarovancem, ki so jih poslale v tujino na delo jugoslovanske organizacije in so ostali v tem času zavarovani pri zdravstveni skupnosti (detaširani delavci), se za izračun osnove upošteva osnova, ki je bila podlaga za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno varstvo v preteklem letu.

35. člen

Zavarovancem-delavcem v delovnem razmerju po mednarodni pogodbi ali pri tujem delodajalcu v tujini, zavarovancev-delavcev na delu pri jugoslovanskem organu ali organizaciji v tujini in zavarovancem, ki so v delovnem razmerju pri delavcih jugoslovanskih organov ali jugoslovanskih in mednarodnih organizacij v tujini, se šteje kot osebni dohodek tista osnova, ki je bila podlaga za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno varstvo v preteklem letu.

36. člen

Kmetom, ki opravljajo občasna dela pri organizaciji združenega dela oziroma pri zasebnem delodajalcu, se šteje v osnovo čisti zaslužek iz takega dela, to je kosmati zaslužek po odbitku vseh materialnih stroškov, vsebovanih v tem zaslužku.

37. člen

Zavarovancu, poškodovanemu na poti za nastop dela, ki mu ni mogoče določiti osnove po določbah tega sporazuma, se za izračun osnove upošteva osnova, ki jo določajo predpisi o pokojninskem in invalidskem zavarovanju za pridobitev pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

Na način iz prvega odstavka tega člena se ugotovi tudi osnova upravičencem in zavarovancem, za katere ni določena osnova za prispevek za zdravstveno varstvo.

38. člen

Če zavarovanec v preteklem letu ni dobil osebnega dohodka ali nadomestila zanj, se šteje za osnovo povprečni mesečni znesek osebnega dohodka oziroma akontacije za tekoče leto pred mesecem, ko je nastopila začasna zadržanost, zaradi katere ima pravico do nadomestila; če pa je nastopila začasna zadržanost pred potekom enega meseca, se upošteva osebni dohodek oziroma akontacija do dneva, ko je nastopila začasna zadržanost.

39. člen

Če je zavarovanec v preteklem letu dobival določen čas osebnih dohodkov iz združenega dela, delovnega razmerja, opravlja dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občana ali povračila, se osnova ugotovi s seštevkom osebnega dohodka oziroma povračil, ki jih je zavarovanec dobil za preteklo leto, oziroma zavarovalnih osnov za preteklo leto.

40. člen

Zavarovancu, ki po odslužitvi ali do-sluzitvi vojaškega roka ali po predčasnem odpustu iz JLA ne more zaradi bolezni ali poškodbe nastopiti dela, se določi osnova po doseženem osebnem dohodku v preteklem letu v skladu z določbami tega sporazuma. Če pa v letu pred letom obolenja ali poškodbe zavarovanec ni dosegel osebnega dohodka, se določi osnova po osebnem dohodku, ki ga je dosegel po zaključnem računu neposredno pred nastopom vojaškega roka s tem, da se ta osnova poveča za toliko odstotkov, za kolikor so se povprečno povečali osebni dohodki v SR Sloveniji v teh dveh letih.

41. člen

Zavarovancu, ki je bil v letu pred letom, ko je nastopila začasna zadržanost, zaradi katere ima pravico do nadomestila, zavarovan kot učenec v poklicnem izobraževanju ali učenec poklicne šole ali pripravnik, se šteje v osnovo osebni dohodek, ki ga je prejel po prenehanju svojstva učenca oziroma pripravnika, sicer pa osebni dohodek po 38. členu tega sporazuma.

42. člen

Osnova se izračuna tako, da se osebni dohodek oziroma z njim izenačen prejemek deli z možnim številom delovnih ur v razdobju, iz katerega se upošteva osebni dohodek po prejšnjih členih tega sporazuma in množi s predpisanim delovnim časom v organizaciji združenega dela oziroma pri zasebnem delodajalcu v razdobju, za katerega se mora izplačati nadomestilo.

Za zavarovance, ki niso v združenem delu ali v delovnem razmerju, se šteje kot predpisani delovni čas 42-urni delovni tednik.

b) Usklajevanje nadomestila z gibanjem osebnih dohodkov

43. člen

Nadomestilo osebnega dohodka se usklajuje z gibanjem osebnih dohodkov v SR Sloveniji, in sicer tako:

a) zavarovancem, pri katerih nastopi začasna zadržanost od dela v obdobju med 1. januarjem in 31. marcem tekočega leta, se poveča nadomestilo za čas od 1. junija dalje, in sicer za toliko odstotkov, za kolikor so se povečali osebni dohodki v SR Sloveniji v času od 1. januarja do 31. marca v primerjavi s preteklim letom;

b) zavarovancem, pri katerih nastopi začasna zadržanost od dela v obdobju med 1. aprilom in 30. junijem tekočega leta, se poveča nadomestilo za čas od 1. septembra dalje, in sicer za toliko odstotkov, za kolikor so se povečali osebni dohodki v SR Sloveniji v času od 1. januarja do 30. junija v primerjavi s preteklim letom;

c) zavarovancem, pri katerih nastopi začasna zadržanost od dela v obdobju med 1. julijem in 30. septembrom tekočega leta se poveča nadomestilo za čas od 1. decembra, in sicer za toliko odstotkov, za kolikor so se povečali osebni dohodki v SR Sloveniji v času od 1. januarja do 30. septembra v primerjavi s preteklim letom;

d) zavarovancem, pri katerih nastopi začasna zadržanost od dela v obdobju od 1. oktobra do 31. decembra tekočega leta, se poveča nadomestilo za čas od 1. marca naslednjega leta, in sicer za toliko odstotkov, za kolikor so se povečali osebni dohodki v SR Sloveniji v času od 1. januarja do 31. decembra v primerjavi s preteklim letom.

Zavarovancem, ki so po prvi uskladitvi njihovega nadomestila zadržani od dela še na dan naslednjih uskladitev po določbah prejšnjega odstavka tega člena, se od tega dne dalje poveča nadomestilo za razliko med prej usklajenim nadomestilom in zneskom, ki jim pripada po naslednji uskladitvi nadomestila.

44. člen

Zavarovancu, ki je zadržan od dela več kot leto dni, se osnova poveča za toliko odstotkov, za kolikor se je v letu, v katerem je nastopila zadržanost dela, povečal povprečni osebni dohodek v SR Sloveniji.

Povečanje povprečnih osebnih dohodkov v SR Sloveniji se ugotavlja po podatkih Zavoda SR Slovenije za statistiko.

45. člen

Nadomestilo ne more biti višje, kot bi bil osebni dohodek zavarovanca, če bi delal.

IV. PRISPEVEK UPORABNIKOV K STROŠKOM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

46. člen

Delovni ljudje, združeni v zdravstvenih skupnostih, enotno dogovorijo v SR Sloveniji oblike zdravstvenega varstva, za katere uporabniki tudi neposredno prispevajo k stroškom zdravstvenega varstva, najmanjšo višino ter oprostitve plačevanja teh prispevkov.

47. člen

Uporabniki zdravstvenega varstva plačujejo prispevek k stroškom za naslednje zdravstvene storitve in pripomočke:

1. 10 dinarjev za zdravila, pomožni in sanitetni material ob prevzemu v lekarni na recept; če je cena posameznega zdravila nižja od 10 dinarjev, plača uporabnik zdravilo v celoti;

2. 40 dinarjev — za vsak prvi obisk zdravnika na domu, ki je opravljen na zahtevo uporabnika;

3. a) 20 dinarjev — za vsak prvi pregled pri vsakem zdravniku-specialistu, razen za preglede v dispanzerjih,

b) 40 dinarjev — za vsak prvi pregled pri vsakem zdravniku-specialistu, če uporabnik ne predloži napotnice, kadar je ta predpisana s statutom zdravstvene skupnosti;

4. 30 dinarjev — za prevoz z reševalnim ali drugim posebnim vozilom;

5. a) 100 dinarjev — za protezo, ortotične pripomočke, aparat za ekstenzijo, prosto stoječi posteljni trapez in invalidski voziček; če zavarovana oseba dobi v uporabo že rabljen aparat za ekstenzijo, prosto stoječi posteljni trapez ali invalidski voziček, ne prispeva k stroškom;

b) 150 din — za ojačevalni slušni aparat in za aparat za omogočanje glasnega govora;

c) 60 din — za kontaktna stekla in lasuljo;

d) 250 din — za ortopedske čevlje;

e) 60 din — za pripomočke za oči;

f) 100 din — za kilne pasove;

g) 20 din — za berglje;

h) 100 din — za nepodložene usnjene rokavice, estetske rokavice za protezo, navleke za krn po amputaciji, gumijasto žimnico;

i) 30 din — za razprševalnik ali inhalator.

6. V zobozdravstvu:

	din
— za vsako polno prevleko	110
— za vsako estetsko prevleko	130
— za vsako krono (z zatičkom)	160
— za vsak člen (v mostičku)	70
— za vsak inlay	65
— za vsako nadomestitev fasete, cementiranje stare prevleke, demontažo prevleke ipd.	20
— za vsako totalno protezo	230
— za vsako parcialno protezo	290
— za vsak obturator	40
— za vsako opornico	280
— za totalno protezo po Meistu	350
— za vsak jahač ali gred	55
— za vsak fiksni ortodontski aparat	280
— za vsak snemni ortodontski aparat	135
— za vsako reparaturo, prilagoditev, podložitev ali reokluzijo stare protéze	35
— za vsako visil protezo	405
7. 5 din — za neobvezna cepljenja.	

V primeru upravičenega uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini prispevajo uporabniki 30 odstotkov cene zobozdravstvenih storitev in pripomočkov ter 20 odstotkov cene zdravil,

48. člen

K stroškom za zdravstvene storitve in pripomočke iz prejšnjega člena tega sporazuma uporabniki ne prispevajo:

1. kadar uveljavljajo pravice iz najmanjšega obveznega obsega zdravstvenega varstva;

2. kadar uveljavljajo pravice iz zdravstvenega varstva za primer nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo;

3. uživalci stalnih družbenih denarnih pomoči, stalnih priznavalnin, pokojnin z varstvenim dodatkom in kmetje, ki jih zdravstvena skupnost iz socialnih razlogov oprosti plačila prispevkov za zdravstveno varstvo.

49. člen

K stroškom za zdravstvene storitve in pripomočke iz 47. člena tega sporazuma uporabniki ne prispevajo tudi:

1. za prevoz z reševalnim ali drugim posebnim vozilom, če je po odredbi zdravnika, ki zdravi upravičenca, zaradi iste bolezni potreben večkratni prevoz, razen za prvi prevoz;

2. za vrečice za vodo, pasove z vrečico za blato ali sterilne holostome po operacijah, endotrahealne kanile, stalne katetre, brizgalke za injekcije in za umetno dojko po operaciji malignega obolenja;

3. za protezo, ortotične pripomočke, aparat za ekstenzijo, prosto stoječi posteljni trapez, invalidski voziček, kilni pas, berglje, nepodložene usnjene rokavice, estetske rokavice, za protez, navleke za krn po amputaciji in gumijasto žimnico — osebe po dvojni ali večkratni amputaciji udov nad zapestjem ali nad gležnjem in osebe, ki imajo paraplegijo, triplegijo ali tetraplegijo;

4. otroci po dopolnjenem 15. letu starosti, če so nezmožni za samostojno življenje in delo po predpisih o invalidskem zavarovanju, in sicer za zdravstvene storitve in pripomočke iz 1., 4., 5. in 6. točke 47. člena tega sporazuma;

5. vojaški invalidi, imetniki partizanske spomenice 1941, udeleženci NOB pred 9. IX. oziroma 13. X. 1943, borci španske revolucionarne vojne 1936—1939, borci za severno mejo, odlikovanci z redom narodnega heroja, z redom Karadjordjeve zvezde z meči, z redom belega orla z meči in zlato medaljo Obilica, in sicer za zdravila.

50. člen

Zdravstvene skupnosti v SR Sloveniji na podlagi usklajenega predloga vsako leto dogovorijo ob sprejemanju programov in financiranja zdravstvenega varstva konkretno višino prispevkov uporabnikov k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva.

Delovni ljudje in občani lahko v zdravstvenih skupnostih dogovorijo tudi višje prispevke k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva, kot so sprejete na podlagi tega sporazuma, če je to strokovno in družbeno utemeljeno.

V. KONČNE DOLOČBE

51. člen

Za avtentično razlago tega sporazuma je pristojna skupščina Zdravstvene skupnosti Slovenije.

Spore, ki bi nastali pri izvajanju sporazuma, rešujejo pristojni organi zdravstvenih skupnosti oziroma pristojno sodišče zdrženega dela.

51. a člen

Določbe 43. in 44. člena tega sporazuma se uporabljajo od dneva, ki ga določijo na podlagi usklajenega predloga zdravstvenih skupnosti v SR Sloveniji skupščine regionalnih zdravstvenih skupnosti; od tega dne se za usklajevanje nadomestila in osnove za nadomestilo osebnega dohodka uporabljajo predpisi, ki so se uporabljali od dneva uveljavitve tega sporazuma.

52. člen

Ta sporazum začne veljati, ko skupščina Zdravstvene skupnosti Slovenije ugotovi, da so ga v enakem besedilu sprejele skupščine občinskih in regionalnih zdravstvenih skupnosti v SR Sloveniji in se objavi v Uradnem listu SRS.

Številka: 22-1/1976

Datum, dne 30. decembra 1975.

Na podlagi 3. odstavka 55. člena v zvezi s prvo alineo 18. člena zakona o zdravstvenem varstvu (Ur. list SRS, št. 38/74 in 1/75) so delovni ljudje, združeni v občinskih zdravstvenih skupnostih Jesenice, Kranj, Radovljica, Škofja Loka, Tržič, Kranj, Regionalne zdravstvene skupnosti v okviru Regionalne zdravstvene skupnosti Kranj sprejeli

35.

SAMOUpravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja

1. člen

S tem samoupravnim sporazumom zagotavljajo delovni ljudje v občinskih zdravstvenih skupnostih Jesenice, Kranj, Radovljica, Škofja Loka, Tržič v okviru Regionalne zdravstvene skupnosti Kranj sebi in svojim družinskim članom enotno dogovorjene pravice do:

1. neposrednega zdravstvenega varstva,
2. pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerim si zagotavljajo socialno varnost v primeru bolezni, poškodb, poroda in smrti.

Neposredno zdravstveno varstvo zagotavljajo delovni ljudje tudi vsem občanom z območja občin v tej regionalni zdravstveni skupnosti.

I. NEPOSREDNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

2. člen

Neposredno zdravstveno varstvo, ki je določeno s tem sporazumom (1. točka 1. člena tega sporazuma) obsega:

1. zdravniške preglede, zdravljenje bolnikov, medicinsko rehabilitacijo in druge vrste medicinske pomoči v zdravstvenih organizacijah, če pa to nujno zahteva zdravstveno stanje, pa tudi na bolnikovem domu;
2. zdravila, ki so registrirana v državi, da so lahko v prometu, pomožni material, namenjen za uporabo zdravil in sanitarni material, če je potreben za zdravljenje;
3. varstvo in zdravljenje zob;
4. prevoze s posebnimi (reševalnimi) vozili in prenos onesrečenca v gorah od kraja nesreče do kraja, od koder je mogoč prevoz.

3. člen

Način uresničevanja in uveljavljanja pravic iz prejšnjega člena tega sporazuma določi zdravstvena skupnost s statutom in drugimi samoupravnimi akti v skladu z zakonom in tem sporazumom.

4. člen

Neposredno zdravstveno varstvo po tem sporazumu obsega ob pogojih, ki jih določi zdravstvena skupnost, tudi pravico do:

- zobotehnične pomoči in zobotehničnih sredstev;

- protez, ortopedskih, slušnih, očesnih ter drugih pripomočkov ter pomožnih in sanitarnih priprav;

- zdravljenje v zdravišči, ki uporabljajo naravne zdravilne faktorje in to kot nadaljevanje ali nadomestilo bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja kot nujno ali koristno zdravljenje.

5. člen

Podrobnejši obseg, pogoje in način uresničevanja in uveljavljanja pravic po prejšnjem členu določi zdravstvena skupnost s statutom in drugimi samoupravnimi akti v skladu z zakonom in tem sporazumom.

6. člen

Neposredno zdravstveno varstvo v zvezi s preprečevanjem, odkrivanjem, zdravljenjem, zatiranjem in preprečevanjem širjenja tuberkuloze, veneričnih ter drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave, obsega:

- obvezne imunizacije, revakcinacije in druge ukrepe za preprečevanje nalezljivih bolezni;

- odkrivanje nalezljivih bolezni z individualnimi ali množičnimi metodami detekcije in z odkrivanjem njihovih povzročiteljev;

- izvenbolnišnično in bolnišnično zdravljenje obolelih;

- zdravstveni nadzor kliconoscev in oseb iz njihove okolice, ki bi jih lahko okužili;

- karanteno oseb, ki so prišle v dotik z bolnikom ali s kužnim materialom, izolacijo bolnikov z akutnimi nalezljivimi boleznimi, če je ta obvezna ali nujna ter dezinfekcijo in deratizacijo v zvezi z nalezljivo boleznijo.

Pri tuberkulozi obsega pravica do neposrednega zdravstvenega varstva še:

- kontrolne zdravniške preglede ter laboratorijske in radiološke preiskave ter testiranje in patronažni nadzor tuberkuloznih bolnikov.

Pri veneričnih boleznih obsega pravica do neposrednega zdravstvenega varstva še:

- kontrolne zdravniške preglede, laboratorijske in serološke preglede in patronažni nadzor.

7. člen

Neposredno zdravstveno varstvo v zvezi z zdravljenjem alkoholizma in narkomanije obsega pravico do zdravniških pregledov, zdravljenja po dispanzerski metodi in nujnega zdravljenja v ustanovah za zdravljenje alkoholikov oziroma narkomanov ter medicinsko rehabilitacijo.

Nega in zdravljenje duševnih bolnikov, ki utegnejo zaradi narave ali 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 patronažno ali socialno službo;

- psihiatrično nadzorstvo nad bolniki v socialnih zavodih.

8. člen

Neposredno zdravstveno varstvo žena med nosečnostjo, porodom ter med materinstvom do dokončanega šestega meseca otrokove starosti in v zvezi z načrtovanjem družine ter kontracepcijo, obsega:

- zdravniške preglede v dispanzerju za žene zaradi ugotovitve poteka nosečnosti in zdravstvenega stanja nosečnice ter ustrezno zdravljenje in patronažni nadzor nosečnice;

- preventivne in kurativne zdravstvene ukrepe, potrebne za normalen potek in uspešno nosečnost;

- zdravniške preglede in zdravljenje tudi v drugih ambulantah, dispanzerjih ali

bolnišničnih oddelkih ter diagnostiko in zdravljenje zobnih ter ustnih bolezni ves čas nosečnosti, po porodu in med materinstvom do dokončanega 8. meseca otrokove starosti.

- strokovno pomoč pri porodu ter nego in zdravljenje porodnic;

- zdravniške preglede in zdravljenje otročnice ter babiško oziroma patronažno nego po porodu;

- zdravniške preglede in svetovanja pri načrtovanju družine ter kontracepciji žena v rodnem obdobju.

9. člen

Neposredno zdravstveno varstvo novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih otrok do dopolnjenega 15. leta starosti obsega vse strokovno potrebne in racionalno uporabljene ukrepe za njihovo čim popolnejše in učinkovitejše zdravstveno varstvo.

10. člen

Neposredno zdravstveno varstvo šolske mladine do dopolnjenega 19. leta starosti in rednih študentov do 26. leta starosti obsega:

- sistematične preglede;

- zdravniške preglede, izvenbolnišnično in bolnišnično zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo ter vse vrste medicinske pomoči v zdravstvenih delovnih organizacijah, če to zahteva njihovo zdravstveno stanje;

- sistematične preglede in zobozdravstveno varstvo;

- preprečevanje, zatiranje in zdravljenje revmatične mrzlice;

- protetične in rehabilitacijske ukrepe pri okvarah ali anomalijah vida in sluha ter pri ortopedskih anomalijah in deformacijah.

11. člen

Neposredno varstvo mladine do dopolnjenega 18. leta starosti, ki je prijavljena pri skupnosti za zaposlovanje, pa ji kljub zmožnosti za delo začasno ni mogoče zagotoviti zaposlitve, obsega:

- zdravniške preglede, izvenbolnišnično in bolnišnično zdravljenje;

- varstvo in zdravljenje zob;

- preprečevanje, zatiranje in zdravljenje revmatične mrzlice;

- protetične in rehabilitacijske ukrepe pri okvarah ali anomalijah vida, sluha ter pri ortopedskih anomalijah in deformacijah.

12. člen

Neposredno zdravstveno varstvo v zvezi z aktivnostjo za zgodnje odkrivanje malignih obolenj, sladkorne bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje obsega:

a)
- odkrivanje (detekcijo) 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;

c)
- odkrivanje (detekcijo) in zdravljenje mišičnih in živčno-mišičnih obolenj in cerebralne paralize v vseh vrstah zdravstvenih delovnih organizacijah ter medicinsko rehabilitacijo;

- redne kontrolne preglede in izvenbolnišnično zdravljenje ter patronažno nadzorstvo;

- medicinsko indicirane ortopedske pripomočke.

13. člen

Neposredno zdravstveno varstvo je tudi aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo v zvezi najmanjšim obveznim obsegom zdravstvenega varstva.

Programirana zdravstvena vzgoja se opravlja v obliki organiziranega skupinskega ali individualnega poduka in demonstracij z določenimi vrstami bolnikov ali njihovih družinskih članov v zdravstveni organizaciji, na domu in podobno.

14. člen

Neposredno zdravstveno varstvo iz 2. do 13. člena tega sporazuma obsega tudi povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva, potrebne prevoze s posebnimi reševalnimi vozili in po potrebi tudi prevoze s posebnimi prevoznimi sredstvi, če je tak prevoz medicinsko ali sicer nujen oziroma opravičen.

Stroški prevoza se povrnejo upravičencu, če znaša razdalja od njegovemu prebivališču oz. delovnemu mestu najbližje postaje javnega prevoznega sredstva do zdravnika ali zdravstvene organizacije najmanj 15 km. Ta omejitev pa ne velja za reševalni prevoz v zdravstveno organizacijo ali iz nje.

15. člen

Zdravstveno varstvo iz 2. do 12. člena tega sporazuma obsega tudi zdravila, ki so medicinsko indicirana in registrirana na področju SFRJ; ta pravica se uveljavi na način, kot to v splošnem aktu uredi zdravstvena skupnost.

Kadar gre pri zdravstvenem varstvu iz 2. do 12. člena tega sporazuma za pravico do ortopedskih in drugih medicinsko potrebnih pripomočkov, se ta pravica uveljavi v obsegu, ki ga določijo zdravstvene skupnosti enotno za SR Slovenijo in na način, kot to v splošnem aktu uredi zdravstvena skupnost.

16. člen

Občinske zdravstvene skupnosti lahko določijo s samoupravnim aktom v okviru regionalne zdravstvene skupnosti enoten prispevek uporabnikov k stroškom za tele vrste zdravstvenih storitev:

1. za zdravila, pomožni in sanitetni material;
2. za vsak prvi obisk zdravnika na bolnikovem domu, ki je opravljen na zahtevo upravičenca;
3. za vsak prvi pregled pri zdravniku specialistu, če ne gre za pregled v dispanzerju;
4. za intervencije ob prekinitvi nosečnosti;
5. za prevoz s posebnim vozilom in za prenos ponesrečenca v gorah;
6. za proteze, ortopedske, slušne, očne in druge pripomočke, pomožne in sanitarne priprave;
7. za zobotehnično pomoč in zoboprotetična sredstva;
8. za intervencijo in zdravljenje zastrupitve z alkoholom, oziroma zaradi pijanosti;
9. za neobvezna cepljenja.

17. člen

Ne glede na določila 3. in 5. člena tega sporazuma je zavarovancem, ki so na delu v tujini (56. in 57. člen zakona) in njihovim družinskim članom (59. člen zakona), ki so z njimi v tujini in zavarovancem, ki so v tujini na strokovnem izpopolnjevanju, zagotovljena nujna zdravniška pomoč v prvih šestih mesecih v breme skupnosti; po šestih mesecih pa zdravstveno varstvo, ki je po tem sporazumu zagotovljeno drugim zavarovancem.

Upravičencu do zdravstvenega varstva, ki je v tujini po zasebnem oprasku, je zagotovljeno zdravstveno varstvo le v prvih treh mesecih bivanja v tujini, in sicer nujna zdravniška pomoč.

18. člen

Če je osebam iz prejšnjega člena nujno potrebno zdravljenje v bolnišnici, prevzema zdravstvena skupnost stroške tega zdravljenja le do treh mesecev. Če pa traja zdravljenje v bolnišnici več kot tri mesece, prevzame skupnost od prvega dne četrtega meseca samo toliko stroškov, kolikor bi stalo zdravljenje v najbližji bolnišnici, ki lahko nudi tako zdravljenje v državi.

19. člen

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

Osebi, ki uveljavlja zdravstveno varstvo v tujini v večjem obsegu ali daljši čas, kot to določata prejšnja člena tega sporazuma, se povrnejo v dinarjih stroški do višine, kolikor bi stalo tako zdravljenje po predpisih zdravstvene skupnosti v državi.

20. člen

Zdravstvena skupnost plača stroške zdravstvenega varstva, uveljavljenega v tujini, po cenah, ki jih določi jugoslovanska zveza zdravstvenih skupnosti oziroma po njenem pooblastilu diplomatsko-konzularna predstavništva SFRJ v tujini.

Zdravstvena skupnost plača oziroma povrne stroške zdravstvenega varstva, uveljavljenega v tujini, v deviznih sredstvih v mejah zakonitih predpisov, če pa to ni mogoče, pa v dinarjih. V vseh primerih, ko se uveljavi zdravstveno varstvo v tujini, mora prispevati upravičenec del stroškov zdravstvenega varstva v znesku, kolikor bi moral prispevati (participirati) k stroškom zdravstvenega varstva, uveljavljenega v državi.

21. člen

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

22. člen

Zdravstvena skupnost sme, upošteva svoje sredstva in nujnost zdravljenja, poslati upravičenca do zdravstvenega varstva na zdravljenje v tujino, če ugotovi strokovni kolegij ustrezne klinike, da so v državi izčrpane možnosti uspešnega zdravljenja, v tujini pa je utemeljeno pričakovati uspeh. V takem primeru plača skupnost vse stroške zdravljenja in potne stroške.

II. DENARNE PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

1. Nadomestila osebnega dohodka

23. člen

Nadomestilo osebnega dohodka (v nadaljnjem besedilu: nadomestilo) ob zadržanosti je zagotovljeno zavarovancu:

1. če je začasno zadržan zaradi medicinskih preiskav;
2. če je zaradi bolezni ali poškodbe nezmožen za delo;
3. če je na porodniškem dopustu;

4. če je začasno zadržan zaradi transplantacije kože, živega tkiva, ali organov v korist druge osebe;

5. če je odsoten z dela zaradi dajanja krvi;

6. če je določen za zdravstveno nego obolelega ožjega družinskega člana ali otroka (2. alineja 59. člena zakona);

7. če je v izolaciji oziroma za čas spremitva, ki ju odredi zdravnik.

Nadomestilo po prejšnjem odstavku je zagotovljeno zavarovancem delavcem in z njimi izenačenim osebam (1. odstavek 56. člena), zavarovancem, ki delajo ali se strokovno izpopolnjujejo v tujini (1. odstavek 57. člena zakona) pa le pod pogoji iz 25. člena tega sporazuma.

Upokojencem v združenem delu, delovnem razmerju in tistim upokojencem, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so v lasti občanov, gre nadomestilo le, če v tem času prejemajo po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju pokojnino v zmanjšanem znesku.

24. člen

V primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo gre nadomestilo tudi:

a) upravičencem, ko opravljajo naloge kot pripadniki enot teritorialne obrambe, ko sodelujejo pri organiziranih javnih delih, reševalnih akcijah ter pri obrambi pred elementarnimi nesrečami; ko pomagajo pristojnim organom pri nalogah družbene samozagrade ter varnosti občanov in premoženja in pri vzdrževanju javnega reda; ko opravljajo naloge javne varnosti kot rezervni miličniki, ko opravljajo na poziv državnih organov javne funkcije ali državljske dolžnosti; ko so kot vojaški invalidi na poklicni rehabilitaciji pri praktičnih delih ali vajah in ko v okviru organizirane športne dejavnosti sodelujejo pri športnih akcijah;

b) kmetom, kadar opravljajo pri organizacijah združenega dela oziroma zasebnih delodajalcev občasna dela izven združenega dela ali delovnega razmerja in morajo biti pri tem delu zavarovani.

25. člen

Zavarovanci, ki so stopili v delovno razmerje v tujini po mednarodni pogodbi ali pri tujem delodajalcu ali so poslani na delo ali strokovno izpopolnjevanje v tujini in so zavarovani pri zdravstveni skupnosti v SR Sloveniji, imajo, kadar so začasno zadržani od dela oziroma so na porodniškem dopustu, pravico do nadomestila na račun zdravstvene skupnosti, dokler so v SFR Jugoslaviji.

Zavarovancem, ki so v delovnem razmerju pri delavcih jugoslovanskih organov ali jugoslovanskih in mednarodnih organizacij v tujini, se mora zagotoviti nadomestilo tudi, če v času začasne zadržanosti prebivajo v tujini.

26. člen

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

27. člen

Zavarovancem, ki delajo na ustreznem delovnem mestu zaradi medicinske rehabilitacije polni ali skrajšan delovni čas po odredbi pristojnega zdravnika ali izvedenskega organa, je zagotovljena razlika med osebnim dohodkom, doseženim na takem delovnem mestu oziroma v skrajšanem delovnem času, in osebnim dohodkom, ki bi jim pripadal, če bi delali na svojem delovnem mestu polni delovni čas.

28. člen

Pravico do nadomestila ob zadržanosti ima tudi zakonec umrlega obrtnika ali tisti otroci, ki so dopolnili 15. leto starosti in v skladu z obrtnim zakonom vodijo

obratovalnico po poslovdji, če v obratovnici delajo.

Kadar pripada nadomestilo otrokom, gre nadomestilo le najstarejšemu otroku.

29. člen

Zavarovancu, ki mu preneha lastnost delavca v združenem delu ali delovno razmerje ali drugo svojstvo, na podlagi katerega je bil zavarovan, je zagotovljeno nadomestilo tudi po prenehanju tega svojstva, če zbolí ali se poškoduje v 30 dneh po prenehanju svojstva in če je imel pred prenehanjem svojstva vsaj tri mesece neprekinjenega zavarovanja ali šest mesecev zavarovanja s prekinitvami v zadnjih dvanajstih mesecih.

Pravico do nadomestila za porodniški dopust ima tudi zavarovanka, ki ji je prenehala lastnost delavke v združenem delu, delovno razmerje ali drugo svojstvo, na podlagi katerega je bila zavarovana, če je bila ob prenehanju noseča.

30. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila med porodniškim dopustom za čas, ki je kot najmanjši določen z zakonom.

Zavarovanka, ki nastopi po presoji zdravnika porodniški dopust prej, kot 45 dni pred porodom, ima pravico do nadomestila tudi za te dni.

Pravico do nadomestila za podaljšan porodniški dopust ali skrajšan delovni čas po porodu urejajo splošni akti skupnosti otroškega varstva.

31. člen

Nadomestilo med negovanjem obolelega otroka (1. in 2. alineja 59. člena zakona) do starosti 7 let ali ožjega družinskega člana je zagotovljeno največ 30 dni oziroma 15 dni v posameznem primeru.

Izjemoma lahko organ skupnosti, po predhodno zbrani medicinski in socialni dokumentaciji, podaljša ta čas, vendar največ na 90 dni za posamezen primer.

32. člen

Zavarovanci, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, izjemoma nimajo pravice do nadomestila, razen za porodniški dopust, če nastopi zadržanost v času, ko je njihova obratovalnica zaprta, četudi jim zavarovanje ni prenehalo. Pravico do nadomestila pa pridobe po preteku časa, za katerega jim je bilo dovoljeno ustaviti obratovanje, če so naprej nezmožni za delo.

33. člen

Zavarovanec nima pravice do nadomestila in potnih stroškov v breme zdravstvene skupnosti za čas koristnega zdravljenja v naravnem zdravilišču, ko mu skupnost prizna le povračilo stroškov za zdravstvene storitve, razen če je bil na dan pregleda pred izvedenskim organom že zadržan in je še zadržan, ko nastopi zdravljenje.

34. člen

Zavarovanec nima pravice do nadomestila:

1. če si nalašč povzroči nezmožnost za delo;
2. če se med tem časom ukvarja s samostojno gospodarsko dejavnostjo ali opravlja delo, za katerega dobiva osebni dohodek.

Zavarovanec nima pravice do nadomestila za ves čas zadržanosti oziroma za ves čas, v katerem je opravljal dejavnost iz 2. točke prejšnjega odstavka.

Zavarovancu se ustavi izplačevanje nadomestila:

1. če namenoma preprečuje zdravljenje oziroma usposobitev za delo, ali se ne drži navodil lečečega zdravnika.
2. če se brez upravičenega vzroka ne odzove vabilu na določen zdravniški ali komisijski pregled.

Zavarovancu se preneha izplačevati nadomestilo v primerih iz prejšnjega odstavka od dneva, ko je storil dejanje, s katerim je preprečeval ozdravljenje ali usposobitev za delo, oziroma od datuma, ki mu je bil v vabilu določen za zdravniški ali komisijski pregled, pa vse dotlej, dokler trajajo kvarne posledice takega ravnanja, ali dokler se ne odzove vabilu.

35. člen

Opredelitev osnove za nadomestilo in način usklajevanja nadomestila z dejanskim gibanjem osebnih dohodkov v SR Sloveniji določa samoupravni sporazum o najmanjšem obveznem obsegu zdravstvenega varstva v SR Sloveniji.

36. člen

Ko gre nadomestilo v breme zdravstvene skupnosti ali v breme zasebnega delodajalca, znaša:

80 % od 31. dne dalje,

90 % od 61. dne dalje.

Nadomestilo znaša 100 %, kadar to določa zakon.

Nadomestilo ne more biti višje kot bi bil osebni dohodek zavarovanca, če bi delal.

Ko gre nadomestilo osebnega dohodka v breme zdravstvene skupnosti ali v breme zasebnega delodajalca, znaša za učence v poklicnem izobraževanju in učence poklicnih šol 100 odstotkov od osnove.

37. člen

Zavarovancu, ki ima pravico do nadomestila, se za tisti čas, ko je v stacionarni zdravstveni organizaciji, v kateri ima nastanitev in hrano, zmanjša izračunano nadomestilo po prejšnjih členih, in sicer za 20 odstotkov od prvega dne, ko gre nadomestilo v breme skupnosti, če ne vzdržuje družinskih članov. Na ta način pa ni mogoče znižati nadomestila zavarovanki med porodniškim dopustom.

38. člen

Zavarovancu, ki je v času, ko prejema nadomestilo, odstranjen z dela v organizaciji združenega dela oziroma delovni skupnosti ali je dan v pripor, se nadomestilo zniža za toliko, kolikor bi se mu znižal osebni dohodek v tem času.

39. člen

Zavarovancu, ki postane v 30 dneh po končani zadržanosti znova zadržan zaradi iste bolezni oziroma enakega primera, se ta zadržanost računa kot nadaljevanje prejšnjega (nepretrgana zadržanost), in sicer glede osnove in glede odstotka za odmero nadomestila.

Določbe prejšnjega odstavka ne veljajo v primeru zdravstvene nege družinskega člana.

40. člen

Zavarovancu, ki se poškoduje ali zbolí za drugo boleznijo v času, ko je še zadržan zaradi prve bolezni ali poškodb, se glede osnove in odstotka za nadomestilo šteje, kot da je zadržan zaradi prve bolezni ali poškodbe.

Če v primeru iz prejšnjega odstavka prva bolezen ali poškodba daje zavarovancu pravico do 100-odstotnega nadomestila, pa mu druga bolezen ali poškodba ne daje enake pravice, se mu nadomestilo ob upoštevanju iste osnove ustrezno zniža z dnem, ko bi postal zaradi prvega primera zmožen za delo. Če pa ima zavarovanec na podlagi druge bolezni ali poškodbe pravico do višjega nadomestila, se mu to ustrezno zviša z dnem, ko bi postal zaradi prvega primera zmožen za delo.

41. člen

Zavarovanki, ki je začasno zadržana, pa v tem času nastopi porodniški dopust, se s 45. dnem pred predvidenim porodom na novo odmeri nadomestilo za porodniški dopust in se ji preneha izplačevati nadomestilo po 36. členu tega sporazuma, če pa

je po končanem porodniškem dopustu še nadalje zadržana zaradi bolezni ali poškodbe pred nastopom porodniškega dopusta, se ji nadomestilo izplačuje po takrat ugotovljeni osnovi in po odstotku glede na čas zadržanosti.

V primeru, da zavarovanka zbolí med porodniškim dopustom in ta bolezen traja tudi po izteku porodniškega dopusta, se ji na novo odmeri nadomestilo po 36. členu tega sporazuma.

42. člen

Nadomestilo gre zavarovancu od prvega dne zadržanosti, ne glede na dobo predhodnega zavarovanja, razen kadar uveljaví zavarovanec nadomestilo po 29. členu tega sporazuma.

Nadomestilo gre v breme organizacije združenega dela, zasebnega delodajalca oziroma občana, ki opravlja dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, za prvih 30 dni zadržanosti, razen za izolacijo, spremstvo, nego ožjega družinskega člana in otrok (2. alineja 59. člena zakona), za porodniški dopust in za transplantacijo kože, živega tkiva ali organov v korist druge osebe, ko gre nadomestilo v celoti v breme skupnosti.

43. člen

Nadomestilo gre zavarovancu za tiste dneve oziroma ure, za katere bi mu šel osebni dohodek, povračilo ali nagrada, oziroma nadomestilo zanje.

Zavarovancu, pri katerem nastopi zadržanost medtem, ko je odsoten z dela brez pravice do nadomestila osebnega dohodka ali z njim izenačenega prejemka, gre nadomestilo šele po preteku take odsotnosti, če takrat ni zmožen za delo.

44. člen

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

45. člen

Zavarovanec ima pravico do nadomestila zaradi zadržanosti, dokler za ocenjevanje delanezmožnosti pristojni zdravnik ali zdravniška komisija ne ugotovi, da je zopet zmožen opravljati svoje delo, ali dokler pristojni organ ne ugotovi, da je nastala invalidnost, v skladu s samoupravnim sporazumom, sklenjenim po 5. točki 65. člena ZZV.

2. Pravice ob nesreči pri delu in obolenja za poklicno boleznijo

46. člen

Pravice v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno bolezen obsegajo:

1. zdravstveno varstvo, zlasti preventivno, ki obsega izvajanje ukrepov, da se odvrtajo in preprečujejo nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo;

2. vse vrste zdravstvene pomoči in ortopedska sredstva, da delavci ozdravijo in se rehabilitirajo od posledic nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo;

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

Za opredelitev nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo se uporabljajo predpisi o invalidskem zavarovanju.

47. člen

Poleg pravic iz prejšnjega člena zagotavljajo iz svojih sredstev organizacije združenega dela in zasebni delodajalci še pravice po 73. členu zakona.

3. Denarna povračila

48. člen

Povračilo potnih stroškov za zavarovane osebe obsega:

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

49. člen

Pravico do povračila potnih stroškov pod pogoji tega sporazuma ima tudi spremljevalec, ko je ta po mnenju izbranega zdravnika, zdravstvene organizacije ali izvedenskega organa upravičencu nujno potreben, ko potuje na zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj.

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

50. člen

Potni stroški za vrnitev obolelega zavarovanca, vkrcanega na ladji, bremenijo zdravstvene skupnosti šele od izkrcanja v domačem pristanišču.

51. člen

Povračilo prevoznih stroškov se priznava za najkrajšo razdaljo do najbližje zdravstvene organizacije in v višini stroškov za prevoz z javnim prevoznim sredstvom pod pogoji, ki jih določata sporazum in statut.

52. člen

Povračilo za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju znaša:

- polovica dnevnice, ki jo določa za tekoče leto sindikalna lista za službena potovanja v državi, ki trajajo od 8 do 12 ur, če je odsotnost upravičenca daljša od 8 ur;
- dve tretjini dnevnice, ki jo določa za tekoče leto sindikalna lista za službena potovanja v državi, ki trajajo več kot 12 ur, če je odsotnost upravičenca daljša od 10 ur in če zavarovana oseba tudi prenočuje v drugem kraju.

53. člen

Ob smrti zavarovancev in njihovih družinskih članov, razen kmetov, prežitkarjev, uživalcev stalnih kmečkih preživnin ter uživalcev kmečkih starostnih pokojnin in njihovih družinskih članov ter uživalcev stalnih družbenih denarnih pomoči in njihovih družinskih članov, ima tisti, ki oskrbi

pogreb, pravico do povračila stroškov pogreba (pogrebna).

Pogrebna gre tudi za osebe iz 70. in 74. člena zakona, četudi niso bili zavarovanci, če je smrt nastopila kot posledica nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo.

Znesek pogrebne določi skupščina regionalne zdravstvene skupnosti s sklepom, pri čemer lahko upošteva starost umrlega.

54. člen

Pogrebna za zavarovanca oziroma družinskega člana, ki je umrl in bil pokopan zunaj območja zdravstvene skupnosti, se prizna in izplača v višini pogrebne, ki jo je določila zdravstvena skupnost, na območju katere je bil pokopan, če je za upravičenca to ugodnejše. Pogrebna za zavarovanca oziroma družinskega člana, ki umre med prebivanjem v tujini, se prizna v višini dejansko potrebnih stroškov v državi in kraju, v katerem je zavarovana oseba umrla.

55. člen

Družinskim članom zavarovancev, ki imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka po predpisih o zdravstvenem varstvu ali uživajo pokojnino, oskrbnino ali nadomestilo iz pokojninskega oziroma invalidskega zavarovanja, ki jih je umrl zavarovanec do svoje smrti preživeljal, se zagotavlja pravica do denarne pomoči ob smrti (posmrtnina).

56. člen

Posmrtnina znaša najmanj 75 % povprečnega mesečnega osebnega dohodka v SR Sloveniji v preteklem letu.

Konkretna višina posmrtnine se določi ob sprejemanju programov in načina financiranja zdravstvenega varstva enotno za regijo.

III. UPRAVIČENCI DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN ZAVAROVANE OSEBE

57. člen

Pravica do neposrednega zdravstvenega varstva po tem sporazumu gre:

1. občanom, ki so pri občinskih organih, pristojnih za prijavo-odjavno službo, javljeni s prebivališčem na območju zdravstvene skupnosti;
2. osebam iz 56. do 58. člena zakona (zavarovanci);

3. družinskim članom zavarovancev iz 2. točke tega člena, ki jih določa 59. člen tega zakona.

58. člen

Neposredno zdravstveno varstvo po tem sporazumu uveljavijo upravičenci po postopku, na način in pod pogoji, ki so predpisani v statutu zdravstvene skupnosti, v breme tiste občinske zdravstvene skupnosti, v kateri so pridobili lastnost zavarovanca ali družinskega člana po 60. členu zakona, ostali občani pa v breme tiste občinske zdravstvene skupnosti, v kateri imajo stalno prebivališče v občini.

59. člen

Pravice, s katerimi si delovni ljudje zagotovijo z zdravstvenim zavarovanjem socialno varstvo v primeru bolezni, poškodbe, poroda in smrti, gredo zavarovancem in njihovim družinskim članom, v obsegu, pod pogoji in v višini, kot jih določa ta sporazum, statut in drugi splošni akti zdravstvene skupnosti.

60. člen

Pravice iz prejšnjega člena gredo v breme tiste občinske zdravstvene skupnosti, v kateri so upravičenci pridobili lastnost zavarovanca ali družinskega člana.

IV. KONČNE DOLOČBE

61. člen

Osebe, ki na dan, ko začne veljati ta samoupravni sporazum, uživajo pravice do zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, pridobljene po predpisih, ki so veljali do tega dne, uživajo od tega dne dalje te pravice po določitih tega samoupravnega sporazuma, če je to zanje ugodnejše, sicer pa po dosedanjih predpisih. Isto velja za že dospele pravice, ki še niso bile uresničene.

62. člen

Osebe, ki po določitih tega sporazuma ne izpolnjujejo predpisanih pogojev za uživanje pravic, ki so jim bile priznane po prejšnjih predpisih, nadaljujejo začasno uporabo teh pravic, kakor da izpolnjujejo pogoje, predpisane s tem sporazumom.

63. člen

Organi zdravstvene skupnosti morajo najkasneje v šestih mesecih od dneva, ko stopi ta sporazum v veljavo, sprejeti vse ostale samoupravne akte oziroma predpise, ki so potrebni za njegovo izvajanje.

64. člen

Pri uporabi tega samoupravnega sporazuma se morajo upoštevati določbe sa-

moupravnega sporazuma o najmanjšem obveznem obsegu zdravstvenega varstva v SR Sloveniji, ki se v primeru neskladnosti neposredno uporabljajo.

Za avtentično razlago tega sporazuma je pristojna skupščina Regionalne zdravstvene skupnosti.

65. člen

Ta sporazum začne veljati, ko skupščina Regionalne zdravstvene skupnosti

Kranj ugotovi, da ga je sprejela večina delovnih ljudi v občinskih zdravstvenih skupnostih Jesenice, Kranj, Radovljica, Tržič, Škofja Loka in se objavi v Uradnem vestniku Gorenjske.

Skupščina Regionalne zdravstvene skupnosti Kranj je na svoji seji dne 9. decembra 1975

ugotovila.

da so delovni ljudje v občinskih zdravstve-

nih skupnostih sprejeli ta samoupravni sporazum v enakem besedilu.

**SKUPŠČINA
REGIONALNE ZDRAVSTVENE
SKUPNOSTI KRANJ**

Številka: 190-880/75-02/3

Datum: 9. 12. 1975

Predsednik skupščine
Franc Orel, s. r.

Na podlagi 12. člena zakona o zdravstvenem varstvu (Ur. l. SRS štev. 38/74 in 1/75) in 26. člena samoupravnega sporazuma o ustanovitvi Občinske zdravstvene skupnosti Jesenice je skupščina skupnosti na seji obeh zborov, dne 2. 12. 1975, sprejela

STATUT OBČINSKE ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI JESENICE

Prvi del

TEMELJNA NAČELA

1. člen

Občinska zdravstvena skupnost Jesenice (v nadaljnjem besedilu: zdravstvena skupnost) je ustanovljena s samoupravnim sporazumom z dne 9. 1. 1975 kot samoupravna interesna skupnost uporabnikov in izvajalcev zdravstvenega varstva zaradi uresničevanja skupnih interesov in potreb ter svobodne menjave dela na območju občine Jesenice.

Zdravstvena skupnost je s samoupravnim sporazumom o ustanovitvi regionalne zdravstvene skupnosti z dne 23. 1. 1975 združena v Regionalno zdravstveno skupnost Kranj.

2. člen

Zdravstvena skupnost je pravna oseba. Sedež zdravstvene skupnosti je na Jesenicah, Titova 73. Zdravstvena skupnost ima pečat okrogle oblike z označbo imena in sedeža skupnosti.

Zdravstveno skupnost predstavlja predsednik skupščine.

3. člen

V zdravstveni skupnosti si delovni ljudje in občani kot uporabniki zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: uporabniki) zagotavljajo zdravstveno varstvo in druge oblike socialne varnosti ob pogojih, ki jih določa zakon, samoupravni sporazumi in ta statut, pri čemer se uporabniki dogovorijo z izvajalci zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) o programu zdravstvenega varstva in drugih oblikah socialne varnosti.

4. člen

Delovni ljudje in občani, združeni v zdravstveni skupnosti, na podlagi enakopravnega odločanja in svobodne menjave dela, v okviru sredstev, združenih v regionalni zdravstveni skupnosti:

- določajo pravice in obveznosti iz zdravstvenega varstva;
- skrbijo za neposredno uveljavljanje in uresničevanje pravic iz zdravstvenega varstva;
- uresničujejo svobodno menjavo dela;
- določajo politiko razvoja zdravstvenega varstva;

- skrbijo za vzgojo in izobraževanje zdravstvenih delavcev;

- sprejemajo program zdravstvenega varstva;

- obravnavajo programe in dejavnosti zdravstvenih organizacij ter sprejemajo oziroma predlagajo potrebne ukrepe;

- sprejemajo in obravnavajo problematiko osnovnega zdravstvenega varstva in preskrbe z zdravili v občini;

- sklepajo samoupravne sporazume in družbene dogovore;

- soodločajo z občinsko skupščino v zadevah zdravstvenega varstva v skladu s statutom občine;

- obravnavajo problematiko in pristojnosti regionalne zdravstvene skupnosti ter ji dajejo svoja stališča in predloge;

- sodelujejo z drugimi samoupravnimi skupnostmi v občini;

- uresničujejo druge skupne interese na področju zdravstva.

5. člen

Zdravstvena skupnost ureja zadeve iz svojega delovnega področja s samoupravnimi splošnimi akti, in sicer:

- z družbenim dogovorom o skupni porabi v občini;

- s samoupravnimi sporazumi;

- s statutom zdravstvene skupnosti;

- s programi zdravstvenega varstva;

- s sklepi in pravilniki skupščine in drugih organov v zdravstveni skupnosti.

Drugi del

NAČIN OBVEŠČANJA IN JAVNOST DELA

6. člen

Delo zdravstvene skupnosti in njenih organov je javno. Skupščina zdravstvene skupnosti in njeni organi so dolžni obveščati delovne ljudi in občane, združene v zdravstveni skupnosti, kot tudi občinsko skupščino in družbeno-politične dejavnike v občini o uresničevanju programov zdravstvenega varstva in o uporabi združenih sredstev ter o načinu zagotovitve neposrednega zdravstvenega varstva in drugih oblik socialne varnosti na svojem območju.

Delovni ljudje in občani morajo biti popolno in sproti obveščeni o stvareh, ki pomenijo njihove neodtujljive pravice in o predpisih in aktih, ki se tičejo razvoja na področju zdravstvenega varstva.

7. člen

Zdravstvena skupnost obvešča delovne ljudi in občane o stanju in o problemih zdravstvene skupnosti praviloma po delegatih, in sicer na zborih delovnih ljudi in občanov, s posebnimi poročili, z objavo v občinskem glasilu ali z drugimi sredstvi javnega obveščanja.

Samoupravni splošni akti zdravstvene skupnosti se objavljajo v Uradnem vestniku Gorenjske. Če samoupravni splošni akt zadeva več zdravstvenih skupnosti z območja regije, se ta objavi v Uradnem listu SR Slovenije.

Tretji del

ORGANI ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI IN NJIHOVO DELOVNO PODROČJE

1. SKUPŠČINA SKUPNOSTI

8. člen

Zdravstveno skupnost upravlja skupščina skupnosti.

Skupščina zdravstvene skupnosti ima dva zbora: zbor uporabnikov in zbor izvajalcev.

Število delegatskih mest v skupščini določa samoupravni sporazum o ustanovitvi zdravstvene skupnosti tako, da je zagotovljena zastopanost interesov vseh delovnih ljudi, samoupravnih organizacij in skupnosti.

9. člen

Zbor uporabnikov ima 33 delegatskih mest, sestavljajo ga delegati delegacij, ki jih volijo delovni ljudje in občani-člani te zdravstvene skupnosti neposredno in prek organizacij združenega dela in drugih organizacij in skupnosti ter delovni ljudje in občani v krajevnih skupnostih.

10. člen

Zbor izvajalcev ima 17 delegatskih mest, sestavljajo pa ga delegati delegacij, ki jih volijo delavci v zdravstvenih organizacijah ter delavci drugih za opravljanje zdravstvene dejavnosti z zakonom pooblaščenih organizacij združenega dela.

11. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti in njena zbora izvolijo izmed delegatov predsednika skupščine in predsednika zborov kot podpredsednika in njuna namestnika. Predsednik skupščine ter predsednika zborov in njuna namestnika se volijo za štiri leta.

12. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti odloča praviloma na sejah obeh zborov. O vprašanjih, o katerih odločata zbora enakopravno, mora biti odločitev sprejeta v obeh zborih v enakem besedilu.

Če odločitev ni sprejeta v enakem besedilu v obeh zborih skupščine, se izvede usklajevalni postopek med zboroma, ki ga določa skupščina s poslovníkom. Če tudi v usklajevalnem postopku med zboroma ni doseženo soglasje, lahko občinska skupščina začasno uredi tako vprašanje, vendar njena odločitev velja največ eno leto.

13. člen

Za sklepčnost seje zborov je potrebna navzočnost več kot polovice delegatov vsakega zbora. Odločitev zbora je veljavna, če za predlog glasuje večina delegatov, ki ga sestavljajo.

14. člen

Če zdravstvena skupnost ne odloči o vprašanju, od katerega je bistveno odvisno njeno delo in bi zaradi tega nastala občutna škoda, skupščina občine Kranj na predlog njenega izvršnega sveta s svojo odločitvijo začasno uredi tako vprašanje.

15. člen

Zbor uporabnikov in izvajalcev enakopravno:

- sprejemata splošne akte, statut, pravilnike in sklepe, če posamezne zadeve niso v izključni pristojnosti posameznega zbora;

- sprejemata program zdravstvenega varstva v občini;

- določata višino prispevka, izraženo v stopnjah;

- sodelujeta pri oblikovanju finančnega načrta in zaključnega računa regionalne zdravstvene skupnosti;

- obravnavata in sprejemata letno poročilo o delu;

- odločata o medsebojnih razmerjih in izhodiščih menjave dela v zdravstvenem varstvu;

- odločata o razpisu referendumov;

- dajeta soglasje na statut in statusne spremembe zdravstvenih organizacij, ki opravljajo svojo dejavnost na območju občine;

- volita, odpoklicujeta in razrešujeta organe zdravstvene skupnosti;

- delegirata, odpoklicujeta in razrešujeta delegate v skupščini regionalne zdrav-

stvene skupnosti in v skupščini Zdravstvene skupnosti Slovenije;

– odločata o načinu in vsebini sodelovanja z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami.

16. člen

Zbor uporabnikov na podlagi in v okviru splošnih aktov skupnosti samostojno:

– sprejema samoupravne sporazume in druge splošne akte o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja;

– soodloča o uporabi združenih sredstev za uresničevanje oblik socialne varnosti oziroma zdravstvenega zavarovanja;

– soodloča z občinskimi zdravstvenimi skupnostmi v regiji o valorizaciji nadomestil in drugih denarnih dajatev;

– razpravlja in odloča o predlogih in pripombah enot in organov organizacij združenega dela in samoupravnih skupnosti;

– opravlja druge zadeve, ki so mu s statutom ali drugim splošnim aktom dane v pristojnost.

17. člen

Zbor izvajalcev na podlagi in v okvirih splošnih aktov skupnosti samostojno:

– odloča o organizaciji neposrednega zdravstvenega varstva na območju zdravstvene skupnosti v okviru programa zdravstvenega varstva;

– obravnava razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih organizacij oziroma zdravstvenih zmogljivosti;

– razpravlja in odloča o predlogih in pripombah enot in organov organizacij združenega dela in samoupravnih skupnosti s področja neposrednega zdravstvenega varstva;

– obravnava probleme vzgoje in izobraževanja zdravstvenih delavcev;

– opravlja druge naloge, ki so mu s statutom ali drugimi splošnimi akti dane v pristojnost.

18. člen

Skupščina občinske zdravstvene skupnosti enakopravno s pristojnimi zbori občinske skupščine odloča:

– o politiki razvoja in pospeševanja zdravstvenih dejavnosti ter o načrtih in programih njenega razvoja;

– o drugih vprašanih s področja zdravstvenega varstva, ki se na podlagi ustave in zakona urejajo z odloki in z drugimi splošnimi akti skupščine družbenopolitične skupnosti.

Izvršilni odbor

19. člen

Izvršilne funkcije opravlja izvršilni odbor.

Izvršilni odbor ima predsednika in 9 članov, ki jih izvoli skupščina zdravstvene skupnosti v enakem številu izmed delegatov uporabnikov in izvajalcev.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta; nihče ne more biti izvoljen v izvršilni odbor več kot dvakrat zapored.

20. člen

Izvršilni odbor opravlja te naloge:

– zagotavlja pravilno in pravočasno izvrševanje sklepov skupščine;

– skrbi za pravilno in pravočasno uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja;

– predlaga skupščini zdravstvene skupnosti program zdravstvenega varstva, finančni načrt in zaključni račun regionalne zdravstvene skupnosti ter druge splošne in posamične akte;

– obravnava samoupravne sporazume o programiranju in financiranju zdravstvenega varstva ter druge samoupravne sporazume;

– daje pobudo za sklic skupščine zdravstvene skupnosti ali posameznega zbora;

– spremlja izvrševanje finančnega načrta regionalne zdravstvene skupnosti;

– opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut, drugi splošni akti ali ga zanje pooblasti skupščina zdravstvene skupnosti.

Stalne in občasne komisije

21. člen

Za posamezna vprašanja lahko skupščina izvoli stalne in občasne komisije. Stalne komisije so sestavljene iz vrst delegatov uporabnikov in izvajalcev. Začasne komisije lahko sestavljajo tudi drugi delovni ljudje in občani.

Skupščina po potrebi imenuje delegate v skupne komisije regionalne in republiške zdravstvene skupnosti.

2. ODBOR SAMOUPRAVNEGA NADZORA

22. člen

Samoupravni nadzor v zdravstveni skupnosti izvajajo delovni ljudje – uporabniki in izvajalci prek odbora samoupravnega nadzora.

Člane samoupravnega nadzora volijo delovni ljudje in občani v temeljnih organizacijah združenega dela in v drugih samoupravnih organizacijah po postopku, določenem z zakonom o oblikovanju in volitvah delegacij ter delegiranju delegatov v skupščine samoupravnih interesnih skupnosti, ki enakopravno odločajo s pristojnimi zbori skupščin družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 34/74).

23. člen

Odbor samoupravnega nadzora ima 4 člane, ki jih izvolijo delegacije oziroma konference delegacij iz vrst uporabnikov in izvajalcev.

Mandat odbora samoupravnega nadzora traja 4 leta; nihče ne more biti izvoljen v odbor samoupravnega nadzora več kot dvakrat zapored.

24. člen

Odbor samoupravnega nadzora:

– opravlja nadzor nad izvajanjem v skupnosti sprejete politike,

– nadzoruje uresničevanje samoupravljanja in izvajanje sprejetih družbenih dogovorov, samoupravnih sporazumov, splošnih aktov in sklepov skupščine,

– nadzira delo organov skupnosti in strokovne službe,

– nadzira uporabo sredstev skupnosti,

– nadzira izvajanje oziroma uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva in zavarovanja pri strokovni službi, pri zdravstvenih organizacijah, organizacijah združenega dela in pri zasebnih delodajalcih.

25. člen

Odbor samoupravnega nadzora organizira in opravlja nadzor po svojih odločitvi, na predlog skupščine, izvršilnega odbora ali sekretarja zdravstvene skupnosti.

Nadzor opravi odbor sam, lahko pa za posamezna dela pooblasti strokovne organizacije ali druge strokovnjake.

O ugotovitvah nadzora poroči skupščini oziroma organu, ki je nadzor predlagal ter priporoči ukrepe za odpravo ugotovljenih nepravilnosti.

Četrti del

ENOTE ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI

26. člen

V zdravstveni skupnosti se lahko delovni ljudje in občani, uporabniki in izvajalci

zdravstvenega varstva, zaradi kar najbolj neposrednega uresničevanja samoupravnih pravic in interesov v okviru ožjih samoupravnih organizacij in skupnosti organizirajo v enote zdravstvene skupnosti.

Enote zdravstvene skupnosti se lahko organizirajo po teritorialnem in funkcionalnem principu, po statutih občin, krajevnih skupnosti, oziroma po samoupravnih sporazumih o medsebojnih razmerjih delavcev v združenem delu.

27. člen

Enote zdravstvene skupnosti so pravne osebe s pravicami, obveznostmi in odgovornostmi, ki jih imajo po zakonu, samoupravnem sporazumu o ustanovitvi zdravstvene skupnosti in po svojem statutu.

28. člen

Enote zdravstvene skupnosti zlasti:

– skrbijo za uresničevanje zdravstvenega varstva, predvsem preventivnega zdravstvenega varstva, ki obsega izvajanje ukrepov, da se odvrtajo in preprečujejo nesreče pri delu in obolenja za poklicno bolezen,

– sodelujejo pri oblikovanju programa zdravstvenega varstva občinske zdravstvene skupnosti,

– v okviru zdravstvene skupnosti uveljavljajo posebne potrebe po zdravstvenem varstvu,

– obravnavajo delo in problematiko zdravstvenih organizacij, v katerih uveljavljajo delovni ljudje in občani svoje pravice iz zdravstvenega varstva in predlagajo ustrezne ukrepe občinskim zdravstvenim skupnostim.

S samoupravnim aktom o organizaciji enote in s statutom se podrobneje določijo njene naloge, pravice in organizacija.

29. člen

Zadovoljevanje posebnih potreb po zdravstvenem varstvu v enoti ne more okrniti izvajanja programa zdravstvenega varstva v zdravstveni skupnosti.

Delovni ljudje in občani v enoti morajo za posebne potrebe po zdravstvenem varstvu zagotoviti potrebna sredstva.

Peti del

VOLITVE, ODPOKLIC IN RAZREŠITEV DELEGATOV

30. člen

Delovni ljudje in občani v temeljnih organizacijah združenega dela ter v drugih samoupravnih organizacijah in skupnostih kot uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva uresničujejo svoje pravice do samoupravnega odločanja v zdravstveni skupnosti po načelu delegatskega sistema prek svojih delegatov in delegacij, ki jih volijo, odpoklicujejo, oziroma delegirajo delegacije in konference delegacij po zakonu o oblikovanju in volitvah delegacij ter delegiranju delegatov v skupščine samoupravnih interesnih skupnosti, ki enakopravno odločajo s pristojnimi zbori skupščine družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 34/74).

31. člen

Število delegatskih mest, ki jih ima v skupščini in organu samoupravnega nadzora posamezna delegacija oziroma konferenca delegacij uporabnikov in izvajalcev, določi skupščina s posebnim sklepom.

32. člen

Delegat sodeluje v delu zdravstvene skupnosti, njene skupščine oziroma ustre-

nega zborna in drugih organov ali teles, v okviru pooblastil njegove delegacije oziroma konference delegacij, če ni izrecno drugače določeno v samoupravnem sporazumu o ustanovitvi zdravstvene skupnosti.

Delegat je pri svojem delu in odločanju samostojen.

33. člen

Delegacije oziroma konference delegacij delegirajo na zasedanje skupščine oziroma sejo ustreznega zbora zdravstvene skupnosti izmed sebe delegata ali določeno število delegatov, glede na vprašanja, ki jih bo skupščina obravnavala. V medsebojnih razmerjih znotraj te zdravstvene skupnosti se šteje za delegata član delegacije oziroma delegat konference delegacij, ki je bil delegiran, dokler delegacija ali konferenca delegacij ne pošlje drugega delegata.

Delegacija, katere član je izvoljen za stalno funkcijo v organu zdravstvene skupnosti, ima pravico pošiljati na zasedanje skupščine oziroma sejo zbora drugega delegata. Delegat, ki je izvoljen za stalno funkcijo, v tem primeru nima pravice glasovati v skupščini.

34. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti delegira delegate v skupščino regionalne skupnosti in v skupščino zdravstvene skupnosti Slovenije v skladu s samoupravnimi sporazumi o ustanovitvi teh skupnosti.

Delegat je za opravljanje svojih dolžnosti odgovoren skupščini zdravstvene skupnosti. O stališčih, mnenjih in sklepih, ki so se izoblikovali v zboru in o svojem delu mora delegat obveščati skupščino, le-ta pa temeljne samoupravne organizacije in skupnosti.

35. člen

Delegat ima pravico predlagati v svojem zboru izdajo splošnih aktov, sklepov in odločitev z delovnega področja zdravstvene skupnosti, kot tudi spreminjevalne in dopolnilne predloge k aktom.

Delegat lahko predlaga obravnavanje vprašanj s področja zbora oziroma vprašanj, ki se nanašajo na politiko in delo zdravstvene skupnosti ter njenih organov.

36. člen

Kadar skupščina zdravstvene skupnosti soodloča z občinsko skupščino, uživajo njeni člani imuniteto.

Delegat ne more biti klican na kazensko odgovornost in prav tako ne priprt ali kaznovan za mnenje, ki ga je izrazil, ali za glas, ki ga je dal v zboru oziroma skupščini. Funkcija delegata je častna družbena funkcija.

Delegatom, ki zaradi opravljanja funkcije oziroma udeležbe v delu zdravstvene skupnosti izgubijo osebni dohodek, pripada nadomestilo osebnega dohodka v skladu z določili samoupravnega splošnega akta organizacije oziroma skupnosti. Povračilo potnih stroškov in drugih stroškov se oprizna po samoupravnem aktu oziroma sklepu zdravstvene skupnosti.

37. člen

Delovni ljudje v organizaciji združene dela oziroma samoupravni skupnosti ali skupščini skupnosti lahko odpokličejo delegacijo kot celoto ali posameznega člana delegacije v skladu z načeli 50.-52. člena zakona o volitvah delegacij in delegiranju delegatov v skupščine družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 7/74).

Sesti del

UPRAVIČENCI IN UVELJAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. NEPOSREDNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

38. člen

Neposredno zdravstveno varstvo je zagotovljeno delovnim ljudem in občanom,

članom te skupnosti, če jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno s posebnim zakonom ali ratificiranim mednarodnim sporazumom.

Do neposrednega zdravstvenega varstva so upravičeni tudi družinski člani delovnih ljudi-zavarovancev te skupnosti ob pogojih, ki jih določa statut.

Do neposrednega zdravstvenega varstva je kot občan upravičen tisti, ki ima stalno prebivališče na območju te zdravstvene skupnosti in je prijavljen pri pristojnem organu.

39. člen

Neposredno zdravstveno varstvo uveljavljajo upravičenci predvsem v zdravstvenem domu oziroma njegovih ustreznih službah, to je: splošne medicine, zdravstvenega varstva žensk, otrok, mladine, zdravstvenega varstva borcev NOV, medicine dela, prometa, športa, pnevmoftiziološki službi, zobozdravstveni službi, psihiatrični službi, patronažni službi in drugih službah.

Učenci srednjih šol ter študenti višjih in visokih šol ter akademij uveljavljajo neposredno zdravstveno varstvo po samoupravnih splošnih aktih tiste zdravstvene skupnosti, na območju katere se šolajo.

40. člen

Upravičenec prosto izbira zdravstvene delavce v zdravstvenih domovih, kadar uveljavlja pravice iz neposrednega zdravstvenega varstva.

Zdravnik, ki si ga je upravičenec izbral, da ga stalno zdravi, je njegov izbrani zdravnik.

Upravičenec med zdravljenjem akutnih boleznih ne more menjati zdravnika, razen v medicinsko utemeljenih primerih in z vednostjo zdravnika, ki ga zdravi.

41. člen

V nujnem primeru sme upravičenec zahtevati zdravniško pomoč v vsaki zdravstveni organizaciji oziroma pri vsakem zdravstvenem delavcu.

42. člen

Zdravniško pomoč na domu lahko zahteva upravičenec:

- v primeru nujnosti,
- kadar ni sposoben priti v zdravstveni dom.

Zdravniške obiske na domu opravlja zdravnik, ki ga določi ustrezná enota najbližjega zdravstvenega doma.

Upravičenec, ki naroči zdravnika na dom, plača sam vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da obisk na domu ni bil potreben.

43. člen

Upravičenec uveljavlja zdravstveno varstvo pri zdravnikih-specialistih praviloma na podlagi napotnice, ki jo izda izbrani zdravnik.

Če se izkaže potreba po dodatnem specialističnem pregledu, napoti zdravnik specialist upravičenca k drugemu zdravniku-specialistu.

Za ponovne preglede za isto bolezen pri istem zdravniku-specialistu, opravljenem po odredbi izbranega zdravnika ali izbranega zdravnika-specialista, nova napotnica ni potrebna.

44. člen

Upravičenec sme brez napotnice izbrati zdravnika-specialista, in sicer okulista, da določi ostrino vida in predpiše očala, otologa zaradi okvare sluha, pediatra, ginekologa, venerologa, internista v primeru diabetičnega obolenja in ftiziologa v primeru TBC obolenja.

45. člen

Če je upravičencu potrebna zdravniška pomoč zdravnika-specialista zaradi poškodbe ali nenadnega težjega obolenja, lahko zahteva pomoč brez napotnice. Pri

ponovnem pregledu mora zdravniku-specialistu predložiti napotnico, če izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist meni, da je še potrebno zdravljenje pri zdravniku-specialistu.

46. člen

Upravičenca napoti v bolnišnico izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist, pri katerem se je zdravil ali bil pregledan. Pri sprejemanju v bolnišnico mora predložiti predpisano napotnico.

Upravičenec sme brez napotnice nastopiti bolnišnično zdravljenje, kadar uveljavlja nujno zdravstveno pomoč. V takem primeru izpolni napotnico zdravnik bolnišnice. Bolnišnica mora o sprejemu takoj obvestiti organizacijo, v kateri dela.

Po končanem zdravljenju izda bolnišnica upravičencu odpustnico s podatki o zdravljenju v bolnišnici in z napotki zdravniku zdravstvenega doma za nadaljnje zdravljenje.

47. člen

Konziliarni zdravniški pregled upravičenca lahko zahteva zdravnik, ki bolnika zdravi, bolnik sam, njegovi svojci, zdravstvena organizacija ali skupnost, delovna, sindikalna ali druga prizadeta organizacija.

Stroške pregleda plača skupnost, če je pregled zahtevala skupnost ali zdravnik, v drugih primerih pa tisti, ki ga je zahteval.

48. člen

Upravičenca je mogoče napotiti v naravno zdravilišče, kadar so podane medicinske indikacije in drugi pogoji za zdravljenje v naravnih zdraviliščih, ki jih določijo zdravstvena skupnost.

Zdravljenje v naravnem zdravilišču in okrevanje se zagotavlja kot nadaljevanje ali kot nadomestilo bolnišničnega zdravljenja, v izjemnih primerih, ki so določeni s posebnim aktom, pa tudi kot nadaljevanje ali nadomestilo ambulantnega zdravljenja.

49. člen

Bolnišnice smejo prenesti upravičenca v naravna zdravilišča zaradi neposrednega nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja v primerih, ko iz medicinskih razlogov zdravljenje v bolnišnici ni več potrebno.

Zdravljenje v naravnem zdravilišču kot nadomestilo bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja odredi zdravniška komisija, upoštevajoč sredstva, ki so za to obliko zdravstvenega varstva predvidena v finančnem načrtu skupnosti.

50. člen

Zdravniška komisija sme na predlog izbranega zdravnika upravičencu odobriti okrevanje v naravnem zdravilišču v breme skupnosti, če sam ali njegova organizacija nosi stroške oskrbe in nastanitve.

Izbrani zdravnik mora v predlogu navesti, ali je takšno okrevanje koristno.

51. člen

Upravičencem so zagotovljena v zdravstveni skupnosti samo tista zdravila, ki so registrirana v državi, dobijo jih v lekarni na podlagi zdravniškega recepta.

Natančnejše pogoje o predpisovanju, izdajanju in plačevanju zdravil, ki se predpisujejo v breme skupnosti, določi poseben pravilnik.

52. člen

Upravičenec ima pravico do nabave in do povračila stroškov za neregistrirana zdravila, kupljena v tujini, le v izjemnih in življenjsko važnih primerih, če so bila registrirana zdravila brezuspešna, vendar zgolj na podlagi utemeljenega strokovnega mnenja zdravstvene organizacije, ki po zakonu lahko preizkuša neregistrirana zdravila.

53. člen

V breme skupnosti se lahko predpisuje tudi sredstva za preprečevanje nosečnosti, ki se uživajo, vendar le na podlagi predhodnega mnenja ginekologa ali zdravnika v dispanzerju za varstvo žena.

54. člen

Upravičenec ima pravico do tistih vrst zobotehničnih in zoboprotetičnih sredstev, ter protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih priprav in v takem obsegu, kot določajo:

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za zoboprotetično pomoč in o protetičnih sredstvih,

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave,

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja očesnih pripomočkov,

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora.

55. člen

Upravičenec, ki zahteva izdelavo zobotehničnih, protetičnih ali ortotičnih sredstev ali sanitarnih priprav iz boljšega materiala ali po višjem standardu, kot je določeno v ustreznem pravilniku, plača poleg obveznega prispevka še razliko v ceni.

56. člen

Pravico do neposrednega zdravstvenega varstva uveljavljajo in uresničujejo delovni ljudje in občani (v nadaljevanju: upravičenci), praviloma v zdravstveni organizaciji v občini oziroma na območju regionalne zdravstvene skupnosti.

Kadar upravičenec uveljavlja pravice iz zdravstvenega varstva na način, ki ni v skladu z določbami iz prejšnjih členov, krije zdravstvena skupnost stroške do višine, kot bi jih plačala po svojih samoupravnih aktih.

Kadar je upravičenec napoten na zdravljenje izven območja regionalne zdravstvene skupnosti, zdravstvena skupnost krije dejanske stroške zdravljenja.

57. člen

Upravičenci, ki imajo po zakonu lastnost zavarovane osebe in prebivajo zunaj območja regionalne zdravstvene skupnosti, uveljavljajo neposredno zdravstveno varstvo v najbližji ustrežni zdravstveni organizaciji.

58. člen

Upravičenci, ki so v tujini na delu ali zasebnem potovanju, imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo v primerih in v obsegu, kot ga določa samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

Natančnejše pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini določa zdravstvena skupnost s pravilnikom.

Upravičenci lahko uživajo pravice do zdravstvenega varstva, če je bilo pred odhodom v tujino z zdravniškim pregledom ugotovljeno, da nimajo bolezni, ki bi zahtevale zdravniški poseg ali stalno nadzorstvo. Če pregled ni bil opravljen, se povrnejo stroški zdravstvenega varstva, če ugotovi zdravniška komisija, da je bolezensko stanje, ki je zahtevalo zdravniško pomoč, nastalo po odhodu v tujino.

Upravičencu se povrnejo stroški zdravstvenega varstva v tujini najmanj v višini, kolikor bi znašali stroški istovrstnega zdravljenja v državi po predpisih zdravstvene skupnosti.

59. člen

Preglede pred vstopom na delo na območju skupnosti opravlja služba za me-

dicino dela zdravstvenega doma glede na kraj delavčeve nameravane zaposlitve.

Pregledi pred vstopom na delo, opravljeni v zdravstvenih organizacijah izven območja skupnosti in na njihovi podlagi izdana zdravniška spričevala, ne veljajo za vstop na delo na območju skupnosti.

Organizacije ter zasebni delodajalci, ki sprejmejo na delo delavca brez poprejšnjega pregleda oz. brez zdravniškega spričevala iz prvega odstavka tega člena, plačujejo sami vse stroške zdravstvenega varstva, nastale zaradi kasnejše odkritih bolezni, ki bi jih bilo mogoče ugotoviti pri pregledu pred vstopom na delo.

Stroški pregledov iz tega člena ne gredo v breme zdravstvene skupnosti.

60. člen

Kadar upravičenec potuje zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva, oziroma je napoten ali poklican v drug kraj zaradi uveljavljanja pravic po zakonu ali statutu skupnosti, mora praviloma uporabljati redna javna prevozna sredstva.

Glede na nujnost primera ali zdravstveno stanje upravičenca sme zdravnik določiti drugačen način prevoza in sicer z reševalnim avtomobilom, osebnim avtomobilom, drugimi sredstvi in sredstvi, ki jih ima na voljo ustrežna reševalna služba.

61. člen

Upravičenec je upravičen do prevoza z reševalnim avtomobilom, če gre za življenjsko nevarno bolezensko stanje ali za drugačen nujen primer, ko je po načelih zdravniške vede potrebna takojšnja zdravniška intervencija.

Upravičenec je upravičen do prevoza z reševalnim avtomobilom tudi v primeru nalezljive bolezni, za katero je obvezna prijava, v primeru duševne bolezni, če je bolnik nevaren za okolico in v primeru, kadar je iz zdravstvenih razlogov potreben prevoz osebe, ki ne more hoditi ali le s težavo hodi in zato ne more uporabiti rednih javnih prevoznih sredstev.

62. člen

Ob odpustu bolnišnice odobri zdravnik te zdravstvene organizacije prevoz upravičenca z reševalnim avtomobilom na njegov dom, če to terja zdravstveno stanje.

Prevoze z reševalnimi avtomobili izven območja skupnosti, oziroma na razdalji več kot 50 km izven meje, lahko odobri samo predstojnik bolnišnice.

63. člen

Upravičenec lahko uporabi zasebno prevozno sredstvo, kadar ni na voljo javnih rednih prevoznih sredstev. Zavarovana oseba lahko uporabi namesto reševalnega avtomobila zasebno prevozno sredstvo, kadar reševalni avtomobil ni na razpolago.

Skupnost bremenijo prevozni stroški z zasebnim prevoznim sredstvom v višini, ki jo določa sindikalna lista. Zahtevi za povračilo prevoznih stroškov je dolžan upravičenec priložiti račun in ustrežno medicinsko dokumentacijo.

64. člen

Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov za potovanje do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvene organizacije, ki lahko nudi potrebno zdravniško pomoč. Do povračila potnih stroškov da bolj oddaljenega zdravnika oziroma zdravstvene organizacije je upravičena, če je najbližji zdravnik odsoten, zdravniška pomoč pa je nujna.

65. člen

Delovni ljudje, ki so zavarovane osebe (zavarovanci in njihovi družinski člani)

po zakonu ali tem statutu, imajo v zdravstveni skupnosti tudi druge pravice za zagotovitev socialne varnosti v primeru bolezni, poškodbe, poroda in smrti: do nadomestila OD, povračila stroškov prehrane in nastanitve v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva ter denarnih dajatev ob smrti zavarovane osebe.

Primere, pogoje in obseg teh pravic določa samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja enotno na območju regijske skupnosti.

66. člen

Zdravstveno stanje in primere, ki upravičujejo zavarovanca do nadomestila osebnega dohodka, ugotavljajo zdravniki, ki jih pooblasti skupnost v pogodbi z zdravstveno organizacijo (pristojni zdravnik). Zoper odredbo pristojnega zdravnika o začasnih zadržanosti od dela lahko zavarovanec ugovarja v 48 urah na zdravniško komisijo.

Delavci zaposleni v organizacijah, ki imajo obratne ambulante, ali pa so sklenile z zdravstveno organizacijo pogodbo o zdravstvenem varstvu za svoje delavce, uveljavljajo pravico po prejšnjem odstavku pri zdravnikih v teh ambulantah oziroma v teh zdravstvenih organizacijah.

Če organizacija nima obratne ambulante in tudi ne zdravnika, ki bi bil po prejšnjem odstavku pooblaščen za presojo zadržanosti od dela, uveljavlja zavarovanec presojo pri svojem izbranem zdravniku, če ta dela v najbližjem zdravstvenem domu glede na kraj bivanja ali zaposlitve.

Če si je zavarovanec izbral zdravnika izven kraja bivanja ali zaposlitve je zanj pristojen zdravnik po 2. ali 3. odstavku tega člena.

67. člen

Kadar zaposleni zavarovanec zahteva nujno zdravniško pomoč ali zdravniško pomoč medčasno spremembo bivališča, sme od zdravstvene organizacije zahtevati le zdravstveno varstvo in izvajanje ukrepov, ki so v zvezi z zdravljenjem, nima pa pravice zahtevati, da odloči o njegovi zadržanosti od dela.

68. člen

Zdravniki-specialisti, ki delajo v specialistično-ambulantni službi, ne odločajo o začasnih zadržanosti od dela.

69. člen

Pristojni zdravnik lahko pošlje zavarovanca na pregled ZK, ki oceni njegovo nezmožnost za delo.

ZK določa primere, ko mora pristojni zdravnik po določenem času obvezno poslati zavarovanca na pregled zaradi presoje njegove delanezmožnosti.

Zoper ocenitev ZK lahko ugovarja zavarovanec v 48 urah na komisijo zdravnikov-izvedencev.

70. člen

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

71. člen

Zavarovanec dokazuje začetek zadržanosti od dela z zdravstveno izkaznico, v katero pristojni zdravnik vpiše začetek zadržanosti.

Pravice zaradi nezmožnosti za delo gredo zavarovancu praviloma od dne, ko to ugotovi pristojni zdravnik.

Za čas pred tem dnem lahko zavarovanec uveljavlja zadržanost od dela, če ni mogel priti do pristojnega zdravnika zaradi

narave obolenja, oddaljenosti ali drugih tehtnih razlogov. V takšnih primerih lahko pristojni zdravnik odobri zadržanost največ 3 dni pred dnevom, ko se je zavarovavec zglašil pri njem, če pri pregledu še lahko ugotovi znake obolenja. Izjemoma lahko odobri pristojni zdravnik zadržanost od dela tudi za več kot 3 dni nazaj v utemeljenih primerih na podlagi dokumentacije zdravstvene organizacije, v kateri se je zavarovavec pred tem zdravil. Daljšo zadržanost lahko odobri v drugih primerih zdravniška komisija na podlagi osebnega pregleda zavarovanca in zdravstvene dokumentacije o zdravstvenem stanju zavarovanca.

72. člen

Med nezmožnostjo za delo je zavarovavec dolžan ostati in se zdraviti v kraju, kjer je bival ob začetku zadržanosti od dela.

Spremembo bivališča med zadržanostjo od dela do 30 dni sme odobriti zavarovancu pristojni zdravnik, če so v kraju boljše in ustrežnejše možnosti za bivanje in negovanje in če te boljše možnosti lahko pripomorejo do hitrejšega ozdravljenja in do hitrejše usposobitve za delo. Potni stroški v takem primeru ne bremenijo skupnosti.

Če je potrebna sprememba bivališča nad 30 dni, napoti pristojni zdravnik zavarovanca na zdravniško komisijo zaradi odločitve o kraju bivališča, o trajanju bivanja, o povračilu potnih stroškov ter o odločitvi, ali in kdaj naj se zavarovavec ponovno zglašil pristojnemu zdravniku ali zdravniški komisiji.

Potni stroški gredo v breme skupnosti, kadar zdravniška komisija pošlje zavarovanca iz terapevtskih razlogov na zdravljenje v drug kraj.

Zavarovavec, ki mu je odobrena sprememba bivališča, nadaljuje zdravljenje v najbližjem zdravstvenem domu glede na novi kraj bivanja.

73. člen

Če zavarovavec med zdravljenjem samovoljno odide iz kraja bivališča, se šteje, da namenoma preprečuje zdravljenje oziroma usposobitev za delo.

74. člen

Izjemoma se lahko podaljša zadržanost od dela zaradi negovanja obolelega otroka do 7 let starosti in drugih ožjih družinskih članov, če so izpolnjeni pogoji:

1. da je zdravstveno stanje negovanega družinskega člana tako, da bi bila brez ustrezne domače nege potrebna premestitev v bolnišnico;

2. da negovani družinski član živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem, ki ga neguje;

3. da v gospodinjstvu ni drugih odraslih članov, ki so sposobni negovati obolelega družinskega člana;

4. da zamenjavo delovnega časa odraslih članov, ki žive v gospodinjstvu skupnosti, ni mogoče zagotoviti ustrezne nege.

Čas zadržanosti od dela in izjemnega podaljšanja zadržanosti od dela zaradi negovanja obolelega otroka do 7 let starosti ali ožjega družinskega člana v posameznem primeru skupaj ne smeta presežati 90 dni.

75. člen

Predlogu za podaljšanje mora biti priložena podrobna medicinska utemeljitev, o predlogu odloča na podlagi mnenja zdravniške komisije odbor za reševanje prošelj, ugovorov in pritožb.

Zavarovavec, ki uveljavlja podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka zaradi negovanja obolelega otroka oziroma družinskega člana, potrdi s posebno pismeno izjavo, da so izpolnjeni pogoji iz tega statuta.

Zavarovanceva izjava mora biti predložena zdravniški komisiji prve stopnje, ki ob

upoštevanju socialnih in življenjskih razmer zavarovanca in obolelega otroka oziroma družinskega člana ustrezno odloči.

76. člen

Pravica do nadomestila osebnega dohodka zaradi nege otroka do 7 let starosti gre praviloma njegovi materi.

77. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka uveljavlja zavarovavec:

1. pri skupnosti v primeru, ko gre nadomestilo osebnega dohodka v njeno breme

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

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

Pravico do drugih denarnih dajatev oziroma povračil uveljavlja zavarovavec pri zdravstveni skupnosti.

Zdravstvena skupnost se lahko dogovori z organizacijo združenega dela, da uveljavljajo zavarovanci nadomestilo osebnega dohodka ter druge denarne dajatve in povračila neposredno pri organizaciji tudi takrat, kadar gredo te dajatve v breme skupnosti.

78. člen

Pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve lahko uveljavi zavarovana oseba z dokazilom o trajanju odsotnosti zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva.

79. člen

Spremljevalec je upravičen do povračila stroškov z istim prevoznim sredstvom kot zavarovana oseba, razen če je prevoz spremljevalca že vračunan v plačilu prevoznega sredstva za zavarovano osebo.

80. člen

Izplačilo pogrebne in posmrtnine se uveljavlja na podlagi poročila o smrti zavarovane osebe in ustreznega dokazila ali pismene izjave tistega, ki je oskrbel pogreb in ga plačal, izplačilo posmrtnine pa še na podlagi podatkov o osebnem dohodku.

Sedmi del

ZAVAROVANE OSEBE

ZAVAROVANCI

81. člen

V zdravstveni skupnosti združujejo sredstva za zagotovitev svobodne menjave dela v zdravstveni dejavnosti delovni ljudje — zavarovanci.

Zavarovanci zagotavljajo v zdravstveni skupnosti z zdravstvenim zavarovanjem po načelih vzajemnosti in solidarnosti sebi in svojim družinskim članom tudi druge oblike socialne varnosti v primeru bolzni, poškodbe, poroda ali smrti.

V zdravstveni skupnosti združujejo sredstva tudi drugi zavarovanci, ki jih določa zakon.

82. člen

Delovni ljudje pridobijo lastnost zavarovanca, ko pridobijo lastnost delavca v združenem delu, oziroma ko sklenejo delovno razmerje z zasebnim delodajalcem in delajo najmanj polovico polnega delovnega časa.

Drugi delovni ljudje in občani pridobijo lastnost zavarovanca z dnem in ob pogojih, ko nastopijo okoliščine, navedene v tem statutu.

Zavarovancu preneha zavarovanje v skupnosti v primeru, ko prenehajo dejavnost, svojstvo ali okoliščine, navedene v tem statutu.

Zavarovancu preneha zavarovanje v skupnosti, ko preneha dejavnost, svojstvo in okoliščina, na podlagi katere je zavarovan, zavarovanje pa mu gre, če po tem času dobiva nadomestilo osebnega dohodka iz zdravstvenega zavarovanja.

83. člen

Delovni ljudje-zavarovanci v tej zdravstveni skupnosti so:

1. delavci v združenem delu ali delovnem razmerju pri zasebnih delodajalcih, ki delajo najmanj polovico polnega delovnega časa,

2. izvoljeni delegati v skupščinah družbeno-političnih skupnosti ter samoupravnih in družbenih organizacijah, če jim je opravljanje dolžnosti v tej funkciji edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno povračilo,

3. člani obrtnih in ribiških zadrug, če jim je delo v zadrugi edini ali glavni poklic,

4. učenci v poklicnem izobraževanju in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli, ali pri zasebnem delodajalcu,

5. osebe, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov,

6. osebe na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega zgubile lastnost delavca v združenem delu, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta,

7. občani, ki jih pošlje organizacija pred pridobitvijo lastnosti delavca v združenem delu kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se s tem strokovno usposobijo ali izpopolnijo,

8. udeleženci javnih del in mladinskih delovnih akcij, ki so invalidsko zavarovani za vse primere invalidnosti,

9. osebe na pouku za obrambo in zaščito v mladinskih učnih enotah in centrih za pouk mladine,

10. začasno nezaposlene osebe po končanem študiju,

11. učenci srednjih šol ter študentje višjih in visokih šol ter akademij,

12. kmetje, preživetkarji, uživalci stalnih kmečkih preživnin ter uživalci kmečkih starostnih pokojnin,

13. začasno nezaposleni delavci, dokler so prijavljeni skupnosti za zaposlovanje, pod pogoji, ki jih določa ta skupnost,

14. uživalci prejemkov iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja,

15. uživalci stalnih priznavalnin, družbenih preživnin in stalne, to je za več kot 6 mesecev priznane družbene pomoči.

84. člen

Za zavarovance iz 5. točke 83. člena, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, se pod pogojem, da opravljajo to dejavnost kot glavni in edini poklic in so pokojninsko in invalidsko zavarovani, štejejo:

1. osebe, ki opravljajo obrtno, gostinško, avtoprevozniško in brodarsko dejavnost ter prodajo na drobno in so po predpisih registrirani in evidentirani,

2. osebe, ki jim je priznana lastnost umetnika (književniki, prevajalci znanstvenih in umetniških del in drugi) filmski umetniki in filmski delavci, novinarji, odvetniki, arhitekti, športniki, duhovniki, kolpolterji tiska, ulični in železniški prtljažni nosači in drugi,

3. osebe, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo kot samostojno dejavnost in občani člani poklicne strokovne organizacije,

4. osebe, ki z osebnim delom opravljajo kakršnokoli dejavnost, če za svoje osebno delo prejemajo plačilo, oziroma ustvarjajo

dohodek v višini najmanjšega osebnega dohodka, ugotovljenega po pristojnem organu.

85. člen

Če zakonec ali otroci zavarovanca – samostojnega obrtnika, ki je umrl, še naprej vodijo obratovalnico po veljavnih predpisih (po poslovodji), se šteje, da opravljajo samostojno dejavnost po tem statutu.

86. člen

Zavarovanci, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom v delovnih sredstvih, ki so lastnina občanov in hkrati opravljajo tudi kmetijsko dejavnost, so zdravstveno zavarovani po 84. členu, če imajo pretežni del svojih dohodkov iz opravljanja samostojne dejavnosti.

87. člen

Začasno nezaposleni delavci po končanem študiju (10. točka 83. člena) so zavarovanci, če so redno priglašeni pri skupnosti za zaposlovanje in če so se pri tej skupnosti priglasili v 60 dneh:

– od dneva, ko so končale strokovno usposobitev ali srednjo šolo,

– od dneva, ko jim je prenehal status študenta višje ali visoke šole ter akademije,

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

88. člen

Za zavarovance iz 12. točke 83. člena se štejejo osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic in jim ne gre svojstvo zavarovanca po drugi osnovi. Šteje se, da opravlja kmetijsko dejavnost kot svoj edini in glavni poklic oseba:

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

89. člen

Za zavarovance kmete se štejejo tudi člani gospodinjstva zavarovancev iz prejšnjega člena (bratje in sestre, zavarovancevi otroci, strici in tete, tasti in tašče ter svaki in svakinje) pod pogojem, da opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovancevem gospodarstvu kot edini in glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane, oziroma jim ni na kakšni drugi podlagi zagotovljeno zdravstveno varstvo. Za preužitkarje se štejejo osebe, ki jim je kmečki preužitek glavni vir za preživljanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem, za učevalce stalnih preživnin pa osebe, ki prejemajo preživnine od občinskih skupščin oziroma organizacij združenega dela.

Zavarovanci-kmetje so tudi učevalci kmečkih starostnih pokojnin z dnem, ko jim je priznana pravica do pokojnine.

Zdravstvena skupnost zagotavlja neposredno zdravstveno varstvo tudi članom družinske in gospodinjске skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanca iz 1. do 5. in 14. točke 83. člena, ki se na zavarovancevem zemljišču ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim in glavnim poklicem in niso z zavarovancem v delovnem razmerju ter tudi ne spadajo med njegove družinske člane.

90. člen

Osebe iz 13. točke 83. člena so zavarovanci, če so redno priglašeni pri pristojni skupnosti za zaposlovanje in so se tej skupnosti priglasile v 30 dneh od dneva:

– ko jim je prenehala lastnost delavca v združenem delu, oziroma delovno razmerje pri zasebnem delodajalcu, ali lastnost zavarovanca na podlagi opravljanja samostojne dejavnosti, oziroma ko prenehajo dobivati nadomestilo osebnega dohodka, do katerega imajo pravico po samoupravnem sporazumu o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o drugih pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

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

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

– po končani rehabilitaciji.

91. člen

Osebe iz 83. člena so zavarovane v tej skupnosti, če na njenem območju opravljajo dejavnost, po kateri so zavarovane, oziroma če stalno prebivajo na območju skupnosti, če niso zavarovane na podlagi opravljanja dejavnosti, če je na njenem območju skupnost za zaposlovanje, pri kateri so prijavitelne, oziroma organ ali organizacija, ki ji izplačuje stalne priznane preživnine in stalne družbene pomoči.

Če je zavarovanec poslan na začasno delo na območju druge zdravstvene skupnosti ali nastopi delo v tujini, ostane med tem časom zavarovan pri prejšnji zdravstveni skupnosti.

92. člen

Zavarovanci so tudi osebe:

1. ki so sklenile v tujini delovno razmerje, če niso zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

2. ki jim je prenehala lastnost delavca v združenem delu, pa se v tujini strokovno izpopolnjujejo in dobivajo štipendijo, če niso zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

3. ki uživajo pravice izključno od tujega nosilca pokojninskega ali invalidskega zavarovanja, če jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno z mednarodnimi sporazumi na stroške tujega nosilca zdravstvenega zavarovanja;

4. izseljenci-povratniki.

Osebe iz tretje točke tega člena so zavarovanci skupnosti, kadar se po prihodu iz tujine in pridobitvi pravice stalnega prebivališča prijavijo skupnosti.

Izseljenci-povratniki so zavarovani, ko se priglasijo pristojni skupnosti za zaposlovanje.

93. člen

Kmetje kooperanti, ki niso zavarovani kot kmetje, pridobijo lastnost zavarovanca v zdravstveni skupnosti z dnem, ko pridobijo lastnost zavarovanca v pokojninskem in invalidskem zavarovanju.

DRUŽINSKI ČLANI ZAVAROVANCEV

94. člen

Kot družinski člani zavarovancev so zavarovani:

– ožji družinski člani: zavarovancev zakonec, zakonski in nezakonski otroci, posvojenci in pastorki;

– širši družinski člani: vzdrževani zavarovancevi starši, očim in mačeha, posvojitelj in posvojiteljica ter otroci, ki

jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja (vnuki, bratje, sestre in rejenci).

Družinski člani iz prejšnjega odstavka so zavarovani, če izpolnjujejo po tem statutu določene pogoje.

95. člen

Zavarovancev zakonec je zavarovan:

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

2. dokler je z njim v zakonu.

Pravice do zdravstvenega varstva in zavarovanja obdrži:

1. zakonec umrlega zavarovanca, ki po njegovi smrti ni pridobil pravice do družinske pokojnine, ker ni dopolnil določene starosti, če je bil ob zavarovancevi smrti star 40 let (žena) oziroma nad 55 let (mož). Če zakonec ni star 40 (žena) oziroma 55 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno priglašen pri pristojni skupnosti za zaposlovanje, če se priglasil v 6 mesecih od zavarovanceve smrti;

2. razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo priznana preživnina, če je bil ob razvezi zakona star nad 45 let (žena) oziroma nad 60 let (mož). Za zakonca, ki ob razvezi zakona še ni bil star 45 let (žena) oziroma 60 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, če je invalid I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, ali če se priglasil v 6 mesecih pri pristojni skupnosti za zaposlovanje.

96. člen

Zavarovancevi otroci, zakonski in nezakonski, posvojenci in pastorki ter otroci, ki jih je vzel k sebi in jih preživlja, so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če pa se šolajo, pa do konca predpisanega rednega šolanja, vendar najdalj do dopolnjenega 26. leta starosti.

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

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

Zavarovani so tudi otroci iz prvega odstavka tega člena, ki postanejo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju po preteku časa iz prvega, drugega oziroma tretjega odstavka tega člena, dokler traja nezmožnost, če jih zavarovanec preživlja.

97. člen

Zavarovancevi otroci in otroci, ki jih je vzel k sebi in jih preživlja od 15. do 18. leta starosti, so zavarovani, če:

– se ne morejo redno šolati ali

– ne morejo dobiti ustreznega mesta za uk.

Zavarovancevi otroci iz prejšnjega odstavka so zavarovani kot družinski člani le, če se prijavijo v roku 60 dni od dneva, ko so končali šolanje, pristojni skupnosti za zaposlovanje.

98. člen

Zavarovancevi starši so zdravstveno zavarovani:

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

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

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

99. člen

Steje se, da starši nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov:

1. če nimajo nobenih lastnih dohodkov,
2. če imajo lastne dohodke iz enega ali več virov, pa skupno ne presegajo mesečno 2/3 zneska predpisanega najmanjšega osebnega dohodka, ki ga določajo republiški predpisi, pri čemer se dohodki iz kmetijstva računajo v 6-kratnem znesku katastrskega dohodka, dohodki oproščeni davka pa se vtevajo na podlagi idealne davčne osnove. Dohodki po tej točki so čisti mesečni dohodki po odbitku prispevkov in davkov.

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

Steje se, da zavarovanec preživlja starše, če živijo z njim v gospodinjstvi skupnosti ali redno mesečno prispeva k njihovem vzdrževanju najmanj 1/3 predpisanega najmanjšega osebnega dohodka.

Starši so zavarovani pod pogoji iz prejšnjega člena tudi po zavarovančevi smrti, če ne morejo uveljaviti pravice do družinske pokojnine.

100. člen

Vnuki, bratje, sestre in rejenci so zavarovani pod pogoji, ki so določeni za zavarovančeve otroke in pod pogojem, da jih zavarovanec preživlja in da sami nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov, navedenih v prejšnjem členu.

101. člen

Družinski člani tujecev-zavarovancev so zavarovani, dokler živijo na območju Jugoslavije, če ni z mednarodnimi pogodbami drugače določeno.

UGOTAVLJANJE IN UVELJAVLJANJE LASTNOSTI ZAVAROVANE OSEBE

102. člen

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

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico oziroma z drugo predpisano listino.

Obrazec zdravstvene izkaznice ali listine, s katero se dokazuje lastnost zavarovane osebe, način njenega izdajanja in uporabo ter druge obrazce v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja predpiše regionalna zdravstvena skupnost s posebnim aktom.

103. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotovi zdravstvena skupnost na podlagi predpisane prijave zavarovanja, z izdajo zdravstvene izkaznice, oziroma z drugo predpisano listino ali posebnim obvestilom, kadar se ta ugotovi po uradni dolžnosti.

Če skupnost oseb, za katero je vložena prijava zavarovanja, odreče lastnost zavarovane osebe, ji o tem mora izdati pismeno obvestilo najkasneje v 30 dneh po vložitvi prijave.

Če skupnost v roku iz prejšnjega odstavka ne izda obvestila, da odreka lastnost zavarovane osebe, se šteje, da je osebi ta lastnost priznana.

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

Zoper obvestilo, s katerim se odreče lastnost zavarovane osebe, ima prizadeti pravico pritožbe na drugostopni organ skupnosti v 15 dneh po prejemu obvestila.

Zoper dokončno odločbo, s katero skupnost odreče priznanje lastnosti zavarovane osebe, lahko prizadeti zaradi varstva pravic vložijo tožbo pri pristojnem sodišču združenega dela.

104. člen

Prijavo za zavarovanje vložijo za delavca organizacija združenega dela, delovna skupnost in druga organizacija, oziroma delodajalec, za druge zavarovance organ, ki je zavezan za plačevanje prispevka za njegovo zavarovanje in zavarovanec sam, če mora sam plačevati prispevek.

Prijava se mora vložiti pri strokovni službi v 8 dneh po pridobitvi lastnosti zavarovanca. V istem roku mora zavezanec odjaviti iz zavarovanja osebo, ki ji je lastnost zavarovanca prenehala, oziroma prijaviti spremembo, ki so nastale v okoliščinah, ki vplivajo na pravice zavarovanca.

Organizacija oziroma zavarovanec mora prijaviti tudi do zdravstvenega zavarovanja upravičenega družinskega člana ter vsako spremembo, ki bi vplivala na pravice in odjaviti družinskega člana, če ta nima več pravice do zavarovanja, in sicer v rokih, ki veljajo za prijavo zavarovanja.

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

105. člen

Za delavca, ki prvič pridobi lastnost delavca v združenem delu, ali stopi v delovno razmerje, ali združi svoje delo po več kot šestmesečni prekinitvi, se mora prijaviti za zavarovanje priložiti izvid opravljenega zdravniškega pregleda s strokovnim mnenjem zdravnika, da je zdravstveno sposoben za predvideno delo.

106. člen

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

107. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja gredo zavarovani osebi od dneva, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovancu od dneva, ko nastopi delo, oziroma ko na drug način dobi lastnost zavarovanca, pa do preteka tridesetega dneva od dneva, ko neha biti zavarovanec.

Kot dan pridobitve lastnosti zavarovanca se šteje tudi dan, ko zavarovanec odide na pot, da nastopi delo, oziroma dolžnost po sklepu o sprejemu na delu.

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

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

108. člen

Družinskim in gospodinjstkim članom zavarovanca se zagotavlja zdravstveno varstvo ves čas, v katerem se zagotavlja zavarovancu. Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi za tisti čas, ko je zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na odsluženju vojaškega roka.

Družinskim članom zavarovanca, ki prestaja zaporno kazen, se zagotavlja

zdravstveno varstvo, če zavarovancu med prestajanjem kazni ni prenehala lastnost delavca v združenem delu ali delovno razmerje pri zasebnem delodajalcu.

Osmi del

FINANCIRANJE

109. člen

V skladu s samoupravnim sporazumom o ustanovitvi zdravstvene skupnosti, si zdravstvena skupnost zagotavlja rizično sposobnost in svobodno menjavo dela, kakor tudi skladen razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih organizacij, njihove zmogljivosti, sodoben razvoj zdravstvene vede in dejavnosti ter strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev, z združevanjem sredstev v regionalni zdravstveni skupnosti in za uresničevanje skupnih interesov na območju republike v Zdravstveni skupnosti Slovenije.

110. člen

Zdravstvena skupnost združuje sredstva tudi za učence srednjih šol ter študente višjih in visokih šol ter akademij. Prispevek za zdravstveno varstvo zavarovancev iz prejšnjega odstavka plačujejo, obračunavajo in odvajajo plačniki, ki jih določijo samoupravni sporazum med Izobraževalno skupnostjo SR Slovenije, Zvezo socialistične mladine Slovenije, Univerzo in Zdravstveno skupnostjo Slovenije.

111. člen

Za financiranje dogovorjenega programa zdravstvenega varstva združujejo svoja sredstva v zdravstveni skupnosti:

- zavarovanci, ki prispevajo za zagotavljanje zdravstvenega varstva in drugih pravic iz zdravstvenega zavarovanja določeni del osebnih dohodkov,
- organizacije združenega dela, delovne skupnosti in zasebni delodajalci, ki prispevajo tisti del svojega dohodka, ki je določen za zavarovanje za nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo,
- skupnosti pokojninskega in invalidskega zavarovanja s prispevki za zdravstveno varstvo upokojenec in invalidov.

– skupnosti za zaposlovanje s prispevki za zdravstveno varstvo začasno nezaposlenih in izseljencev-povratnikov, ki se prijavijo za zaposlitev,

– organi in organizacije, ki izplačujejo stalne priznavalnine, družbene preživnine in stalne družbene denarne pomoči s prispevki za zdravstveno varstvo uživalcev teh pravic,

– zavarovanci iz 57. člena zakona o zdravstvenem varstvu sami s svojimi prispevki, če z ratificiranimi mednarodnimi sporazumi ni določeno drugače,

– uporabniki zdravstvenega varstva s prispevki k stroškom zdravstvenega varstva.

112. člen

Prispevke iz 149. člena zakona o zdravstvenem varstvu plačujejo, obračunavajo in odvajajo:

- za zavarovance iz prvega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih so zaposleni; organi, v katere so izvoljeni; zadrage, pri katerih delajo; organizacije združenega

**SODELOVANJE
Z DRUŽBENOPOLITIČNIMI
SKUPNOSTMI, SKUPNOSTMI
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA,
ZDRAVSTVENIMI
ORGANIZACIJAMI IN DRUGIMI
ORGANIZACIJAMI
NA OBMOČJU OBČINE**

116. člen

Skupščina občinske zdravstvene skupnosti enakopravno s pristojnimi zbori občinske skupščine odloča v okviru sredstev, za katere se je dogovorila v regiji:

- o splošni politiki na področju zdravstvenega varstva;
- o politiki, načrtih in programih razvoja in pospeševanja zdravstvene dejavnosti;
- o drugih vprašanih s področja zdravstvenega varstva, ki se na podlagi ustave in zakona urejajo z odloki in drugimi splošnimi akti občinske skupščine.

117. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti sprejema v soglasju z občinsko skupščino odločitve, ki so bistvenega pomena za uresničevanje pravic in obveznosti delovnih ljudi, združenih v skupnosti in so določene z zakonom ali odlokom občinske skupščine. Pred odločitvijo o soglasju razpravljajo in usklajujejo stališča delegati skupščine zdravstvene skupnosti z delegati pristojnih zborov občinske skupščine.

118. člen

Zdravstvena skupnost usklajuje razvojno politiko in programe zdravstvenega varstva s cilji ekonomskega in družbenega razvoja občine, določenimi v družbenih planih občine, z družbenim dogovarjanjem.

119. člen

Zaradi usklajevanja družbenih dejavnosti na območju občine, zaradi zagotovitve ustrezne vloge zdravstvene dejavnosti pri razvijanju produktivnosti dela in družbene reprodukcije, zaradi ustreznega sodelovanja v zdravstveni preventivi in varstvu ter izboljševanju življenjskega in delovnega okolja ter organiziranja priprav za splošni ljudski odpor, se povezuje in sodeluje zdravstvena skupnost tudi z drugimi skupnostmi, društvi, zdravstvenimi organizacijami in združenim delom.

120. člen

V sodelovanju z drugimi družbenopolitičnimi skupnostmi in drugimi skupnostmi, društvi in organizacijami, daje zdravstvena skupnost pobude in sprejema obveznosti po dogovoru z regionalno zdravstveno skupnostjo.

Deveti del

**OPRAVLJANJE STROKOVNIH,
ADMINISTRATIVNIH
IN TEHNIČNIH OPRAVIL**

121. člen

Strokovne, finančne in administrativne zadeve opravlja za zdravstveno skupnost strokovna služba Regionalne zdravstvene skupnosti Kranj.

Na strokovno službo se ne morejo prenašati pravice, pooblastila in odgovornosti zdravstvene skupnosti.

Deseti del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

122. člen

Učenci srednjih šol iz 110. člena tega statuta ostanejo do sklenitve samoupravnega sporazuma zavarovani kot družinski člani.

123. člen

Dokler ne bodo izdani novi ustrezni predpisi, se še uporabljajo:

1. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in plačevanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Ur. l. SRS št. 2/74).
2. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71).
3. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja ocesnih pripomočkov (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71).
4. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za omogočanje glasnega govora (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71).
5. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za zobno protetično pomoč in o protetičnih sredstvih (Uradni vestnik Gorenjske številka 1/71).
6. Pravilnik o pogojih in načinu pošiljanja zavarovanih oseb v naravna zdravilišča (Uradni list SRS št. 33/72).
7. Pravilnik o imenovanju in delu zdravniških komisij (Uradni list SRS številka 35/72).

124. člen

Določbe tega statuta razlaga skupščina zdravstvene skupnosti.

125. člen

Spremembe in dopolnitve statuta se sprejemajo po enakem postopku kot statut.

Kadar se ta statut spreminja samo v tem, da se njegovo besedilo prilagodi spremembam zakona ali samoupravnih sporazumov, se ne uporablja celotni postopek, ampak spremembe ugotovi skupščina zdravstvene skupnosti.

126. člen

Ta statut začne veljati, ko ga sprejme skupščina zdravstvene skupnosti na seji obeh zborov in ga potrdi občinska skupščina, uporablja pa se od 1. 1. 1976.

Jesenice, dne 2. 12. 1975
Številka: 02-1 76-02/3

Skupščina občinske
zdravstvene skupnosti
Jesenice
Predsednik:
Jože Frece, s. r.

dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih so v uku ali na praksi; občani, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, plačujejo prispevke sami iz svojih sredstev;

- za zavarovance iz drugega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih delajo kot delavci, organ ali organizacija, ki daje študentsko, organizator javnih del, mladinskih delovnih akcij in pouka za obrambo in zaščito, za začasno nezaposlene osebe pa skupnost za zaposlovanje;

- za zavarovance iz tretjega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu plačniki, ki jih določijo samoupravni sporazumi med ustreznimi samoupravnimi interesnimi skupnostmi;

- za zavarovance iz četrtega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu: kmetje zase in za svoje družinske člane ter za osebe, ki jim morajo dati preživetek; za užitke za stalnih kmečkih preživnin organ ali organizacija, ki jim izplačuje preživnino;

- za zavarovance iz petega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu: za začasno nezaposlene skupnost za zaposlovanje; za užitke prejemkov iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja; za užitke izjemnih pokojnin, stalnih priznavalnin, družbenih preživnin in stalne družbene pomoči pa organ ali organizacija, ki jim jih izplačuje;

- za zavarovance iz 70. člena zakona o zdravstvenem varstvu: organizacije, zasebni delodajalci oziroma skupnosti, ki so zavezani za njihovo zavarovanje.

Obveznosti zavezancev iz prejšnjega člena uveljavlja regionalna zdravstvena skupnost.

113. člen

Prispevki morajo biti izraženi v stopnji oziroma pavšalu in jih določi skupščina zdravstvene skupnosti po predhodni obravnavi med delovnimi ljudmi in občani na območju zdravstvene skupnosti.

Stopnje prispevkov so enotne in proporcionalne, pri tem se upošteva, ali so osebe zavarovane za vse, ali samo za posamezne zavarovane primere.

114. člen

Prispevne stopnje oziroma pavšali iz prejšnjega člena se določijo oziroma dogovorijo v skladu z družbenim planom, resolucijo o družbeno-ekonomski politiki in družbenim dogovorom o skupni porabi, ter morajo biti zaradi enotnosti pravic in zdravstvenega zavarovanja na območju regije enake.

Skupščina skupnosti določa ustrezno dogovorom iz prvega odstavka osnove za določanje prispevkov in pavšalne zneske prispevkov za zavarovance zunaj združenega dela in delovnih razmerij.

115. člen

Za financiranje posameznih nalog zdravstvene skupnosti se določijo s pogodbo ali samoupravnim sporazumom prispevki in pavšali iz dela osebnih dohodkov, namenjenih za zadovoljevanje osebnih potreb, tudi nad okviri iz prejšnjega člena.

Na podlagi 12. člena zakona o zdravstvenem varstvu (Ur. l. SRS, št. 38/74 in 1/75) in 26. člena samoupravnega sporazuma o ustanovitvi Občinske zdravstvene skupnosti Kranj je skupščina skupnosti na seji obeh zborov, dne 2. 12. 1975, sprejela

**STATUT
OBČINSKE
ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI
KRANJ**

Prvi del

TEMELJNA NAČELA

1. člen

Občinska zdravstvena skupnost Kranj (v nadaljnjem besedilu: zdravstvena skupnost) je ustanovljena s samoupravnim sporazumom z dne 20. 1. 1975 kot samoupravna interesna skupnost uporabnikov in izvajalcev zdravstvenega varstva zaradi uresničevanja skupnih interesov in potreb ter svobodne menjave dela na območju občine Kranj.

Zdravstvena skupnost je s samoupravnim sporazumom o ustanovitvi regionalne zdravstvene skupnosti z dne 23. 1. 1975 združena v Regionalno zdravstveno skupnost Kranj.

2. člen

Zdravstvena skupnost je pravna oseba. Sedež zdravstvene skupnosti je v Kranju, Stara cesta 11. Zdravstvena skupnost ima pečat okrogle oblike z označbo imena in sedeža skupnosti.

Zdravstveno skupnost predstavlja predsednik skupščine.

3. člen

V zdravstveni skupnosti si delovni ljudje in občani kot uporabniki zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: uporabniki) zagotavljajo zdravstveno varstvo in druge oblike socialne varnosti ob pogojih, ki jih določa zakon, samoupravni sporazumi in ta statut, pri čemer se uporabniki dogovorijo z izvajalci zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) o programu zdravstvenega varstva in drugih oblikah socialne varnosti.

4. člen

Delovni ljudje in občani, združeni v zdravstveni skupnosti, na podlagi enakopravnega odločanja in svobodne menjave dela, v okviru sredstev, združenih v regionalni zdravstveni skupnosti:

- določajo pravice in obveznosti iz zdravstvenega varstva;
- skrbijo za neposredno uveljavljanje in uresničevanje pravic iz zdravstvenega varstva;
- uresničujejo svobodno menjavo dela;
- določajo politiko razvoja zdravstvenega varstva;
- skrbijo za vzgojo in izobraževanje zdravstvenih delavcev;
- sprejemajo program zdravstvenega varstva;
- obravnavajo programe in dejavnosti zdravstvenih organizacij ter sprejemajo oziroma predlagajo potrebne ukrepe;
- sprejemajo in obravnavajo problematiko osnovnega zdravstvenega varstva in preskrbe z zdravili v občini;
- sklepajo samoupravne sporazume in družbene dogovore;
- soodločajo z občinsko skupščino v zadevah zdravstvenega varstva v skladu s statutom občine;
- obravnavajo problematiko in pristojnosti regionalne zdravstvene skupnosti ter ji dajejo svoja stališča in predloge;
- sodelujejo z drugimi samoupravnimi skupnostmi v občini;
- uresničujejo druge skupne interese na področju zdravstva.

5. člen

Zdravstvena skupnost ureja zadeve iz svojega delovnega področja s samoupravnimi splošnimi akti, in sicer:

- z družbenim dogovorom o skupni porabi v občini;
- s samoupravnimi sporazumi;
- s statutom zdravstvene skupnosti;
- s programi zdravstvenega varstva;
- s sklepi in pravilniki skupščine in drugih organov v zdravstveni skupnosti.

Drugi del

**NAČIN OBVEŠČANJA
IN JAVNOST DELA**

6. člen

Delo zdravstvene skupnosti in njenih organov je javno. Skupščina zdravstvene skupnosti in njeni organi so dolžni obveščati delovne ljudi in občane, združene v zdravstveni skupnosti, kot tudi občinsko skupščino in družbeno-politične dejavnike v občini o uresničevanju programov zdravstvenega varstva in o uporabi združenih sredstev ter o načinu zagotovitve neposrednega zdravstvenega varstva in drugih oblik socialne varnosti na svojem območju.

Delovni ljudje in občani morajo biti popolno in sproti obveščeni o stvareh, ki pomenijo njihove neodtujljive pravice in o predpisih in aktih, ki se tičejo razvoja na področju zdravstvenega varstva.

7. člen

Zdravstvena skupnost obvešča delovne ljudi in občane o stanju in o problemih zdravstvene skupnosti praviloma po delegatih, in sicer na zborih delovnih ljudi in občanov, s posebnimi poročili, z objavo

v občinskem glasilu ali z drugimi sredstvi javnega obveščanja.

Samoupravni splošni akti zdravstvene skupnosti se objavljajo v Uradnem vestniku Gorenjske. Če samoupravni splošni akt zadeva več zdravstvenih skupnosti z območja regije, se ta objavi v Uradnem listu SR Slovenije.

Tretji del

**ORGANI ZDRAVSTVENE
SKUPNOSTI IN NJIHOVO
DELOVNO PODROČJE**

1. SKUPŠČINA SKUPNOSTI

8. člen

Zdravstveno skupnost upravlja skupščina skupnosti.

Skupščina zdravstvene skupnosti ima dva zbora: zbor uporabnikov in zbor izvajalcev.

Število delegatskih mest v skupščini določa samoupravni sporazum o ustanovitvi zdravstvene skupnosti tako, da je zagotovljena zastopanost interesov vseh delovnih ljudi, samoupravnih organizacij in skupnosti.

9. člen

Zbor uporabnikov ima 39 delegatskih mest, sestavljajo ga delegati delegacij, ki jih volijo delovni ljudje in občani-člani te zdravstvene skupnosti neposredno in prek organizacij združenega dela in drugih organizacij in skupnosti ter delovni ljudje in občani v krajevnih skupnostih.

10. člen

Zbor izvajalcev ima 21 delegatskih mest, sestavljajo pa ga delegati delegacij, ki jih volijo delavci zdravstvenih organizacij ter delavci drugih za opravljanje zdravstvene dejavnosti z zakonom pooblaščenih organizacij združenega dela.

11. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti in njena zbora izvolijo izmed delegatov predsednika skupščine in predsednika zborov kot podpredsednika in njuna namestnika.

Predsednik skupščine ter predsednika zborov in njuna namestnika se volijo za štiri leta.

12. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti odloča praviloma na sejah obeh zborov. O vprašanjih, o katerih odločata zbora enakopravno, mora biti odločitev sprejeta v obeh zborih v enakem besedilu.

Če odločitev ni sprejeta v enakem besedilu v obeh zborih skupščine, se izvede usklajevalni postopek med zboroma, ki ga določa skupščina s poslovnikom. Če tudi v usklajevalnem postopku med zboroma ni doseženo soglasje, lahko občinska skupščina začasno uredi tako vprašanje, vendar njena odločitev velja največ eno leto.

13. člen

Za sklepčnost seje zborov je potrebna navzočnost več kot polovice delegatov vsakega zbora. Odločitev zbora je veljavna, če za predlog glasuje večina delegatov, ki ga sestavljajo.

14. člen

Če zdravstvena skupnost ne odloči o vprašanju, od katerega je bistveno odvisno njeno delo in bi zaradi tega nastala občutna škoda, skupščina občine Kranj na predlog njenega izvršnega sveta s svojo odločitvijo začasno uredi tako vprašanje.

15. člen

Zbor uporabnikov in izvajalcev enakovpravno:

- sprejemata splošne akte, statut, pravilnike in sklepe, če posamezne zadeve niso v izključni pristojnosti posameznega zbora;

- sprejemata program zdravstvenega varstva v občini;

- določata višino prispevka, izraženo v stopnji;

- sodelujeta pri oblikovanju finančnega načrta in zaključnega računa regionalne zdravstvene skupnosti;

- obravnavata in sprejemata letno poročilo o delu;

- odločata o medsebojnih razmerjih in izhodiščih menjave dela v zdravstvenem varstvu;

- odločata o razpisu referendumov;

- dajeta soglasje na statut in statusne spremembe zdravstvenih organizacij, ki opravljajo svojo dejavnost na območju občine;

- volita, odpoklicujeta in razrešujeta organe zdravstvene skupnosti;

- delegirata, odpoklicujeta in razrešujeta delegate v skupščini regionalne zdravstvene skupnosti in v skupščini Zdravstvene skupnosti Slovenije;

- odločata o načinu in vsebini sodelovanja z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami.

16. člen

Zbor uporabnikov na podlagi in v okviru splošnih aktov skupnosti samostojno:

- sprejema samoupravne sporazume in druge splošne akte o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja;

- soodloča o uporabi združenih sredstev za uresničevanje oblik socialne varnosti oziroma zdravstvenega zavarovanja;

- soodloča z občinskimi zdravstvenimi skupnostmi v regiji o valorizaciji nadomestil in drugih denarnih dajatev;

- razpravlja in odloča o predlogih in pripombah enot in organov organizacij združenega dela in samoupravnih skupnosti;

- opravlja druge zadeve, ki so mu s statutom ali drugim splošnim aktom dane v pristojnost.

17. člen

Zbor izvajalcev na podlagi in v okvirih splošnih aktov skupnosti samostojno:

- odloča o organizaciji neposrednega zdravstvenega varstva na območju zdravstvene skupnosti v okviru programa zdravstvenega varstva;

- obravnava razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih organizacij oziroma zdravstvenih zmogljivosti;

- razpravlja in odloča o predlogih in pripombah enot in organov organizacij združenega dela in samoupravnih skupnosti s področja neposrednega zdravstvenega varstva;

- obravnava probleme vzgoje in izobraževanja zdravstvenih delavcev;

- opravlja druge naloge, ki so mu s statutom ali drugimi splošnimi akti dane v pristojnost.

18. člen

Skupščina občinske zdravstvene skupnosti enakopravno s pristojnimi zbori občinske skupščine odloča:

- o politiki razvoja in pospeševanja zdravstvenih dejavnosti ter o načrtih in programih njenega razvoja;

- o drugih vprašanih s področja zdravstvenega varstva, ki se na podlagi

ustave in zakona urejajo z odloki in z drugimi splošnimi akti skupščine družbenopolitične skupnosti.

Izvršilni odbor

19. člen

Izvršilne funkcije opravlja izvršilni odbor.

Izvršilni odbor ima predsednika in 7 članov, ki jih izvoli skupščina zdravstvene skupnosti v enakem številu izmed delegatov uporabnikov in izvajalcev.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta; nihče ne more biti izvoljen v izvršilni odbor več kot dvakrat zapored.

20. člen

Izvršilni odbor opravlja tele naloge:

- zagotavlja pravilno in pravočasno izvrševanje sklepov skupščine;

- skrbi za pravilno in pravočasno uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja;

- predlaga skupščini zdravstvene skupnosti program zdravstvenega varstva, finančni načrt in zaključni račun regionalne zdravstvene skupnosti ter druge splošne in posamične akte;

- obravnava samoupravne sporazume o programiranju in financiranju zdravstvenega varstva ter druge samoupravne sporazume;

- daje pobudo za sklic skupščine zdravstvene skupnosti ali posameznega zbora;

- spremlja izvrševanje finančnega načrta regionalne zdravstvene skupnosti;

- opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut, drugi splošni akti ali ga zanje pooblasti skupščina zdravstvene skupnosti.

Stalne in občasne komisije

21. člen

Za posamezna vprašanja lahko skupščina izvoli stalne in občasne komisije. Stalne komisije so sestavljene iz vrst delegatov uporabnikov in izvajalcev. Začasne komisije lahko sestavljajo tudi drugi delovni ljudje in občani.

Skupščina po potrebi imenuje delegate v skupne komisije regionalne in republiške zdravstvene skupnosti.

2. ODBOR SAMOUPRAVNEGA NADZORA

22. člen

Samoupravni nadzor v zdravstveni skupnosti izvajajo delovni ljudje - uporabniki in izvajalci prek odbora samoupravnega nadzora.

Člane samoupravnega nadzora volijo delovni ljudje in občani v temeljnih organizacijah združenega dela in v drugih samoupravnih organizacijah po postopku, določenem z zakonom o oblikovanju in volitvah delegacij ter delegiranju delegatov v skupščine samoupravnih interesnih skupnosti, ki enakopravno odločajo s pristojnimi zbori skupščin družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 34/74).

23. člen

Odbor samoupravnega nadzora ima 4 člane, ki jih izvolijo delegacije oziroma konference delegacij iz vrst uporabnikov in izvajalcev.

Mandat odbora samoupravnega nadzora traja 4 leta; nihče ne more biti izvoljen v odbor samoupravnega nadzora več kot dvakrat zapored.

24. člen

Odbor samoupravnega nadzora: - opravlja nadzor nad izvajanjem v skupnosti sprejete politike,

- nadzoruje uresničevanje samoupravljanja in izvajanje sprejetih družbenih dogovorov, samoupravnih sporazumov, splošnih aktov in sklepov skupščine,

- nadzira delo organov skupnosti in strokovne službe,

- nadzira uporabo sredstev skupnosti,

- nadzira izvajanje oziroma uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva in zavarovanja pri strokovni službi, pri zdravstvenih organizacijah, organizacijah združenega dela in pri zasebnih delodajalcih.

25. člen

Odbor samoupravnega nadzora organizira in opravlja nadzor po svojih odločitvi, na predlog skupščine, izvršilnega odbora ali sekretarja zdravstvene skupnosti.

Nadzor opravi odbor sam, lahko pa za posamezna dela pooblasti strokovne organizacije ali druge strokovnjake.

O ugotovitvah nadzora predloži odbor samoupravnega nadzora poročilo skupščini oziroma organu, ki je nadzor predlagal priporoči ukrepe za odpravo ugotovljenih nepravilnosti.

Četrti del

ENOTE ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI

26. člen

V zdravstveni skupnosti se lahko delovni ljudje in občani, uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva, zaradi kar najbolj neposrednega uresničevanja samoupravnih pravic in interesov v okviru ožjih samoupravnih organizacij in skupnosti organizirajo v enote zdravstvene skupnosti.

Enote zdravstvene skupnosti se lahko organizirajo po teritorialnem in funkcionalnem principu, po statutih občin, krajevnih skupnosti, oziroma po samoupravnih sporazumih o medsebojnih razmerjih delavcev v združenem delu.

27. člen

Enote zdravstvene skupnosti so pravne osebe s pravicami, obveznostmi in odgovornostmi, ki jih imajo po zakonu, samoupravnem sporazumu o ustanovitvi zdravstvene skupnosti in po svojem statutu.

28. člen

Enote zdravstvene skupnosti zlasti: - skrbijo za uresničevanje zdravstvenega varstva, predvsem preventivnega zdravstvenega varstva, ki obsega izvajanje ukrepov, da se odvrtajo in preprečujejo nesreče pri delu in obolenja za poklicno bolezen,

- sodelujejo pri oblikovanju programa zdravstvenega varstva občinske zdravstvene skupnosti,

- v okviru zdravstvene skupnosti uveljavljajo posebne potrebe po zdravstvenem varstvu,

- obravnavajo delo in problematiko zdravstvenih organizacij, v katerih uveljavljajo delovni ljudje in občani svoje pravice iz zdravstvenega varstva in predlagajo

ustrezne ukrepe občinskim zdravstvenim skupnostim.

S samoupravnim aktom o organizaciji enote in s statutom se podrobneje določijo njene naloge, pravice in organizacija.

29. člen

Zadovoljevanje posebnih potreb po zdravstvenem varstvu v enoti ne more okrniti izvajanja programa zdravstvenega varstva v zdravstveni skupnosti.

Delovni ljudje in občani v enoti morajo za posebne potrebe po zdravstvenem varstvu zagotoviti potrebna sredstva.

Peti del

VOLITVE, ODPOKLIC IN RAZREŠITEV DELEGATOV

30. člen

Delovni ljudje in občani v temeljnih organizacijah združenega dela ter v drugih samoupravnih organizacijah in skupnostih kot uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva uresničujejo svoje pravice do samoupravnega odločanja v zdravstveni skupnosti po načelu delegatskega sistema prek svojih delegatov in delegacij, ki jih volijo, odpoklicujejo, oziroma delegirajo delegacije in konference delegacij po zakonu o oblikovanju in volitvah delegacij ter delegiranju delegatov v skupščine samoupravnih interesnih skupnosti, ki enakopravno odločajo s pristojnimi zbori skupščine družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 34/74).

31. člen

Število delegatskih mest, ki jih ima v skupščini in organu samoupravnega nadzora posamezna delegacija oziroma konferenca delegacij uporabnikov in izvajalcev, določa skupščina s posebnim sklepom.

32. člen

Delegat sodeluje v delu zdravstvene skupnosti, njene skupščine oziroma ustreznega zbora in drugih organov ali teles, v okviru pooblastil njegove delegacije oziroma konference delegacij, če ni izrecno drugače določeno v samoupravnem sporazumu o ustanovitvi zdravstvene skupnosti.

Delegat je pri svojem delu in odločanju samostojen.

33. člen

Delegacije oziroma konference delegacij delegirajo na zasedanje skupščine oziroma sejo ustreznega zbora zdravstvene skupnosti izmed sebe delegata ali določeno število delegatov, glede na vprašanja, ki jih bo skupščina obravnavala. V medsebojnih razmerjih znotraj te zdravstvene skupnosti se šteje za delegata član delegacije oziroma delegat konference delegacij, ki je že bil delegiran, dokler delegacija ali konferenca delegacij ne pošlje drugega delegata.

Delegacija, katere član je izvoljen za stalno funkcijo v organu zdravstvene skupnosti, ima pravico pošiljati na zasedanje skupščine oziroma sejo zbora drugega delegata. Delegat, ki je izvoljen za stalno funkcijo, v tem primeru nima pravice glasovati v skupščini.

34. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti delegira delegate v skupščino regionalne skupnosti in v skupščino zdravstvene skupnosti

Slovenije v skladu s samoupravnimi sporazumi o ustanovitvi teh skupnosti.

Delegat je za opravljanje svojih dolžnosti odgovoren skupščini zdravstvene skupnosti. O stališčih, mnenjih in sklepih, ki so se izoblikovali v zboru in o svojem delu mora delegat obveščati skupščino, le-ta pa temeljne samoupravne organizacije in skupnosti.

35. člen

Delegat ima pravico predlagati v svojem zboru izdajo splošnih aktov, sklepov in odločitev z delovnega področja zdravstvene skupnosti, kot tudi spreminjevalne in dopolnilne predloge k aktom.

Delegat lahko predlaga obravnavanje vprašanj s področja zbora oziroma vprašanj, ki se nanašajo na politiko in delo zdravstvene skupnosti ter njenih organov.

36. člen

Kadar skupščina zdravstvene skupnosti soodloča z občinsko skupščino, uživajo njeni člani imuniteto.

Delegat ne more biti klican na kazensko odgovornost in prav tako ne priprt ali kaznovan za mnenje, ki ga je izrazil, ali za glas, ki ga je dal v zboru oziroma skupščini. Funkcija delegata je častna družbena funkcija.

Delegatom, ki zaradi opravljanja funkcije oziroma udeležbe v delu zdravstvene skupnosti izgubijo osebni dohodek, pripada nadomestilo osebnega dohodka v skladu z določili samoupravnega splošnega akta organizacije oziroma skupnosti. Povračilo potnih stroškov in drugih stroškov se prizna po samoupravnem aktu oziroma sklepu zdravstvene skupnosti.

37. člen

Delovni ljudje v organizaciji združenega dela oziroma samoupravni skupnosti ali skupščini skupnosti lahko odpokličejo delegacijo kot celoto ali posameznega člana delegacije v skladu z načeli 50. - 52. člena zakona o volitvah delegacij in delegiranju delegatov v skupščine družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 7/74).

Šesti del

UPRAVIČENCI IN UVELJAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. NEPOSREDNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

38. člen

Neposredno zdravstveno varstvo je zagotovljeno delovnim ljudem in občanom, članom te skupnosti, če jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno s posebnim zakonom ali ratificiranim mednarodnim sporazumom.

Do neposrednega zdravstvenega varstva so upravičeni tudi družinski člani delovnih ljudi-zavarovancev te skupnosti ob pogojih, ki jih določa statut.

Do neposrednega zdravstvenega varstva je kot občan upravičen tisti, ki ima stalno prebivališče na območju te zdravstvene skupnosti in je prijavljen pri pristojnem organu.

39. člen

Neposredno zdravstveno varstvo uveljavljajo upravičenci predvsem v zdravstvenem domu oziroma njegovih ustreznih službah, to je: splošne medicine, zdravstvenega varstva žensk, otrok, mladine, zdravstvenega varstva borcev NOV, medicine dela, prometa, športa, pnevmofiziološki službi, zobozdravstveni službi, psihiatrični službi, patronažni službi in drugih službah.

Učenci srednjih šol ter študenti višjih in visokih šol ter akademij uveljavljajo neposredno zdravstveno varstvo po samoupravnih splošnih aktih tiste zdravstvene skupnosti, na območju katere se šolajo.

40. člen

Upravičenec prosto izbira zdravstvene delavce v zdravstvenih domovih, kadar uveljavlja pravice iz neposrednega zdravstvenega varstva.

Zdravnik, ki si ga je upravičenec izbral, da ga stalno zdravi, je njegov izbrani zdravnik.

Upravičenec med zdravljenjem akutnih bolezni ne more menjati zdravnika, razen v medicinsko utemeljenih primerih in z vednostjo zdravnika, ki ga zdravi.

41. člen

V nujnem primeru sme upravičenec zahtevati zdravniško pomoč v vsaki zdravstveni organizaciji oziroma pri vsakem zdravstvenem delavcu.

42. člen

Zdravniško pomoč na domu lahko zahteva upravičenec:

- v primeru nujnosti,
- kadar ni sposoben priti v zdravstveni dom.

Zdravniške obiske na domu opravlja zdravnik, ki ga določi ustreza enota najbližjega zdravstvenega doma.

Upravičenec, ki naroči zdravnika na dom, plača sam vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da obisk na domu ni bil potreben.

43. člen

Upravičenec uveljavlja zdravstveno varstvo pri zdravnikih-specialistih praviloma na podlagi napotnice, ki jo izda izbrani zdravnik.

Če se izkaže potreba po dodatnem specialističnem pregledu, napoti zdravnik specialist upravičenca k drugemu zdravniku-specialistu.

Za ponovne preglede za isto bolezen pri istem zdravniku-specialistu, opravljenem po odredbi izbranega zdravnika ali izbranega zdravnika-specialista, nova napotnica ni potrebna.

44. člen

Upravičenec sme brez napotnice izbrati zdravnika-specialista, in sicer okulista, da določi ostrino vida in predpiše očala, otologa zaradi okvare sluha, pediatra, ginekologa, venerologa, internista v primeru diabetičnega obolenja in ftiziologa v primeru TBC obolenja.

45. člen

Če je upravičencu potrebna zdravniška pomoč zdravnika-specialista zaradi poškodbe ali nenadnega težjega obolenja, lahko zahteva pomoč brez napotnice. Pri ponovnem pregledu mora zdravniku-specialistu predložiti napotnico, če izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist meni, da je še potrebno zdravljenje pri zdravniku-specialistu.

46. člen

Upravičenec napoti v bolnišnico izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist, pri katerem se je zdravil ali bil pregledan. Pri sprejemanju v bolnišnico mora predložiti predpisano napotnico.

Upravičenec sme z napotnice nastopiti bolnišnično zdravljenje, kadar uve-

javlja nujno zdravstveno pomoč. V takem primeru izpolni napotnico zdravnik bolnišnice. Bolnišnica mora o sprejemu takoj obvestiti organizacijo, v kateri dela.

Po končanem zdravljenju izda bolnišnica upravičencu odpustnico s podatki o zdravljenju v bolnišnici in z napotki zdravniku zdravstvenega doma za nadaljnje zdravljenje.

47. člen

Konziliarni zdravniški pregled upravičenca lahko zahteva zdravnik, ki bolnika zdravi, bolnik sam, njegovi svojci, zdravstvena organizacija ali skupnost, delovna, sindikalna ali druga prizadeta organizacija.

Stroške pregleda plača skupnost, če je pregled zahtevala skupnost ali zdravnik, v drugih primerih pa tisti, ki ga je zahteval.

48. člen

Upravičenca je mogoče napotiti v naravno zdravilišče, kadar so podane medicinske indikacije in drugi pogoji za zdravljenje v naravnih zdraviliščih, ki jih določi zdravstvena skupnost.

Zdravljenje v naravnem zdravilišču in okrevanje se zagotavlja kot nadaljevanje ali kot nadomestilo bolnišničnega zdravljenja, v izjemnih primerih, ki so določeni s posebnim aktom, pa tudi kot nadaljevanje ali nadomestilo ambulantnega zdravljenja.

49. člen

Bolnišnice smejo premestiti upravičenca v naravna zdravilišča zaradi neposrednega nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja v primerih, ko iz medicinskih razlogov zdravljenje v bolnišnici ni več potrebno.

Zdravljenje v naravnem zdravilišču kot nadomestilo bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja odredi zdravniška komisija, upoštevajoč sredstva, ki so za to obliko zdravstvenega varstva predvidena v finančnem načrtu skupnosti.

50. člen

Zdravniška komisija sme na predlog izbranega zdravnika upravičencu odobriti okrevanje v naravnem zdravilišču v breme skupnosti, če sam ali njegova organizacija nosi stroške oskrbe in nastanitve.

Izbrani zdravnik mora v predlogu navesti, ali je takšno okrevanje koristno.

51. člen

Upravičencem so zagotovljena v zdravstveni skupnosti samo tista zdravila, ki so registrirana v državi, dobijo jih v lekarni na podlagi zdravniškega recepta.

Natančnejše pogoje o predpisovanju, izdajanju in plačevanju zdravil, ki se predpisujejo v breme skupnosti, določi poseben pravilnik.

52. člen

Upravičenec ima pravico do nabave in do povračila stroškov za neregistrirana zdravila, kupljena v tujini, le v izjemnih in življenjsko važnih primerih, če so bila registrirana zdravila brezuspešna, vendar zgolj na podlagi utemeljenega strokovnega mnenja zdravstvene organizacije, ki po zakonu lahko preizkuša neregistrirana zdravila.

53. člen

V breme skupnosti se lahko predpisujejo tudi sredstva za preprečevanje nosečnosti, ki se uživajo, vendar le na podlagi predhodnega mnenja ginekologa ali zdravnika v dispanzerju za varstvo žena.

54. člen

Upravičenec ima pravico do tistih vrst zobotehničnih in zoboprotetičnih sredstev, ter protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih priprav in v takem obsegu, kot določajo:

— pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za

zoboprotetično pomoč in o protetičnih sredstvih,

— pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave,

— pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja očesnih pripomočkov,

— pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora.

55. člen

Upravičenec, ki zahteva izdelavo zobotehničnih, protetičnih ali ortotičnih sredstev ali sanitarnih priprav iz boljšega materiala ali po višjem standardu, kot je določeno v ustreznem pravilniku, plača poleg obveznega prispevka še razliko v ceni.

56. člen

Pravico do neposrednega zdravstvenega varstva uveljavljajo in uresničujejo delovni ljudje in občani (v nadaljevanju: upravičenci), praviloma v zdravstveni organizaciji v občini oziroma na območju regionalne zdravstvene skupnosti.

Kadar upravičenec uveljavlja pravice iz zdravstvenega varstva na način, ki ni v skladu z določbami iz prejšnjih členov, krije zdravstvena skupnost stroške do višine, kot bi jih plačala po svojih samoupravnih aktih.

Kadar je upravičenec napoten na zdravljenje izven območja regionalne zdravstvene skupnosti, zdravstvena skupnost krije dejanske stroške zdravljenja.

57. člen

Upravičenci, ki imajo po zakonu lastnost zavarovane osebe in prebivajo zunaj območja regionalne zdravstvene skupnosti, uveljavljajo neposredno zdravstveno varstvo v najbližji ustrežni zdravstveni organizaciji.

58. člen

Upravičenci, ki so v tujini na delu ali zasebnem potovanju, imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo v primerih in v obsegu, kot ga določa samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

Natančnejše pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini določi zdravstvena skupnost s pravilnikom.

Upravičenci lahko uživajo pravice do zdravstvenega varstva, če je bilo pred odhodom v tujino z zdravniškim pregledom ugotovljeno, da nimajo bolezni, ki bi zahtevale zdravniški poseg ali stalno nadzorstvo. Če pregled ni bil opravljen, se povrnejo stroški zdravstvenega varstva, če ugotovi zdravniška komisija, da je bolezensko stanje, ki je zahtevalo zdravniško pomoč, nastalo po odhodu v tujino.

Upravičencu se povrnejo stroški zdravstvenega varstva v tujini najmanj v višini, kolikor bi znašali stroški istovrstnega zdravljenja v državi po predpisih zdravstvene skupnosti.

59. člen

Preglede pred vstopom na delo na območju skupnosti opravlja služba za medicino dela zdravstvenega doma glede na kraj delavčeve nameravane zaposlitve.

Pregledi pred vstopom na delo, opravljeni v zdravstvenih organizacijah izven območja skupnosti in na njihovi podlagi izdana zdravniška spričevala, ne veljajo za vstop na delo na območju skupnosti.

Organizacije ter zasebni delodajalci, ki sprejmejo na delo delavca brez poprejšnjega pregleda oz. brez zdravniškega spričevala iz prvega odstavka tega člena, plačujejo sami vse stroške zdravstvenega varstva, nastale zaradi kasnejše odkritih bolezni, ki bi jih bilo mogoče ugotoviti pri pregledu pred vstopom na delo.

Stroški pregledov iz tega člena ne gredo v breme zdravstvene skupnosti.

60. člen

Kadar upravičenec potuje zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva, oziroma je napoten ali poklican v drug kraj zaradi uveljavljanja pravic po zakonu ali statutu skupnosti, mora praviloma uporabljati redna javna prevozna sredstva.

Glede na nujnost primera ali zdravstveno stanje upravičenca sme zdravnik določiti drugačen način prevoza in sicer z reševalnim avtomobilom, osebnim avtomobilom, drugimi sredstvi in sredstvi, ki jih ima na voljo ustrežna reševalna služba.

61. člen

Upravičenec je upravičen do prevoza z reševalnim avtomobilom, če gre za življenjsko nevarno bolezensko stanje ali za drugačen nujen primer, ko je po načelih zdravniške vede potrebna takojšnja zdravniška intervencija.

Upravičenec je upravičen do prevoza z reševalnim avtomobilom tudi v primeru nalezljive bolezni, za katero je obvezna prijava, v primeru duševne bolezni, če je bolnik nevaren za okolico in v primeru, kadar je iz zdravstvenih razlogov potreben prevoz osebe, ki ne more hoditi ali le s težavo hodi in zato ne more uporabiti rednih javnih prevoznih sredstev.

62. člen

Ob odpustu bolnišnice odobri zdravnik te zdravstvene organizacije prevoz upravičenca z reševalnim avtomobilom na njegov dom, če to terja zdravstveno stanje.

Prevoze z reševalnimi avtomobili izven območja skupnosti, oziroma na razdalji več kot 50 km izven meje, lahko odobri samo predstojnik bolnišnice.

63. člen

Upravičenec lahko uporabi zasebno prevozno sredstvo, kadar ni na voljo javnih rednih prevoznih sredstev. Zavarovana oseba lahko uporabi namesto reševalnega avtomobila zasebno prevozno sredstvo, kadar reševalni avtomobil ni na razpolago.

Skupnost bremenijo prevozni stroški z zasebnim prevoznim sredstvom v višini, ki jo določa sindikalna lista. Zahtevi za povračilo prevoznih stroškov je dolžan upravičenec priložiti račun in ustrežno medicinsko dokumentacijo.

64. člen

Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov za potovanje do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvene organizacije, ki lahko nudi potrebno zdravniško pomoč. Do povračila potnih stroškov da bolj oddaljenega zdravnika oziroma zdravstvene organizacije je upravičenca, če je najbližji zdravnik odsoten, zdravniška pomoč pa je nujna.

2. DENARNA NADOMESTILA IN POVRAČILA

65. člen

Delovni ljudje, ki so zavarovane osebe (zavarovanci in njihovi družinski člani)

po zakonu ali tem statutu, imajo v zdravstveni skupnosti tudi druge pravice za zagotovitev socialne varnosti v primeru bolezni, poškodbe, poroda in smrti: do nadomestila OD, povračila stroškov prehrane in nastanitve v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva, ter denarnih dajatev ob smrti zavarovane osebe.

Primere, pogoje in obseg teh pravic določa samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja enotno na območju regijske skupnosti.

66. člen

Zdravstveno stanje in primere, ki upravičujejo zavarovanca do nadomestila osebnega dohodka, ugotavljajo zdravniki, ki jih pooblasti skupnost v pogodbi z zdravstveno organizacijo (pristojni zdravnik). Zoper odredbo pristojnega zdravnika o začasni zadržanosti od dela lahko zavarovanec ugovarja v 48 urah na zdravniško komisijo.

Delavci zaposleni v organizacijah, ki imajo obratne ambulante, ali pa so sklenile z zdravstveno organizacijo pogodbo o zdravstvenem varstvu za svoje delavce, uveljavljajo pravico po prejšnjem odstavku pri zdravnikih v teh ambulantah oziroma v teh zdravstvenih organizacijah.

Če organizacija nima obratne ambulante in tudi ne zdravnika, ki bi bil po prejšnjem odstavku pooblaščen za presojo zadržanosti od dela, uveljavlja zavarovanec presojo pri svojem izbranem zdravniku, če ta dela v najbližjem zdravstvenem domu glede na kraj bivanja ali zaposlitve.

Če si je zavarovanec izbral zdravnika izven kraja bivanja ali zaposlitve je zanj pristojen zdravnik po 2. ali 3. odstavku tega člena.

67. člen

Kadar zaposleni zavarovanec zahteva nujno zdravniško pomoč ali zdravniško pomoč med začasno spremembo bivališča, sme od zdravstvene organizacije zahtevati le zdravstveno varstvo in izvajanje ukrepov, ki so v zvezi z zdravljenjem nima pravice zahtevati, da odloči o njegovi zadržanosti od dela.

68. člen

Zdravniki-specialisti, ki delajo v specialistično-ambulantni službi, ne odločajo o začasni zadržanosti od dela.

69. člen

Pristojni zdravnik lahko pošlje zavarovanca na pregled ZK, ki oceni njegovo nezmožnost za delo.

ZK določi primere, ko mora pristojni zdravnik po določenem času obvezno poslati zavarovanca na pregled zaradi presoje njegove delne nezmožnosti.

Zoper ocenitev ZK lahko ugovarja zavarovanec v 48 urah na komisijo zdravnikov-izvedencev.

70. člen

Če traja zadržanost od dela zaradičasne nezmožnosti za delo daljši čas, je treba zavarovanca najkasneje po dveh letih nepretrgane zadržanosti od dela poslati na pregled k invalidski komisiji, da oceni njegovo delovno nezmožnost in invalidnost.

71. člen

Zavarovanec dokazuje začetek zadržanosti od dela z zdravstveno izkaznico, v katero pristojni zdravnik vpiše začetek zadržanosti.

Pravice zaradi nezmožnosti za delo gre do zavarovancu praviloma od dne, ko to ugotovi pristojni zdravnik.

Za čas pred tem dnem lahko zavarovanec uveljavlja zadržanost od dela, če ni mogel priti do pristojnega zdravnika zaradi

narave obolenja, oddaljenosti ali drugih tehtnih razlogov. V takšnih primerih lahko pristojni zdravnik odobri zadržanost največ 3 dni pred dnevom, ko se je zavarovanec zglasil pri njem, če pri pregledu še lahko ugotovi znake obolenja. Izjemoma lahko odobri pristojni zdravnik zadržanost od dela tudi za več kot 3 dni nazaj v utemeljenih primerih na podlagi dokumentacije zdravstvene organizacije, v kateri se je zavarovanec pred tem zdravil. Daljšo zadržanost lahko odobri v drugih primerih zdravniška komisija na podlagi osebnega pregleda zavarovanca in zdravstvene dokumentacije o zdravstvenem stanju zavarovanca.

72. člen

Med nezmožnostjo za delo je zavarovanec dolžan ostati in se zdraviti v kraju, kjer je bival ob začetku zadržanosti od dela.

Spremembo bivališča med zadržanostjo od dela do 30 dni sme odobriti zavarovancu pristojni zdravnik, če so v kraju boljše in ustrežnejše možnosti za bivanje in negovanje in če te boljše možnosti lahko pripomorejo do hitrejšega ozdravljenja in do hitrejše usposobitve za delo. Potni stroški v takem primeru ne bremenijo skupnosti.

Če je potrebna sprememba bivališča nad 30 dni, napoti pristojni zdravnik zavarovanca na zdravniško komisijo zaradi odločitve o kraju bivališča, o trajanju bivanja, o povračilu potnih stroškov ter o odločitvi, ali in kdaj naj se zavarovanec ponovno zgasi pristojnemu zdravniku ali zdravniški komisiji.

Potni stroški gre do breme skupnosti, kadar zdravniška komisija pošlje zavarovanca iz terapevtskih razlogov na zdravljenje v drug kraj.

Zavarovanec, ki mu je odobrena sprememba bivališča, nadaljuje zdravljenje v najbližjem zdravstvenem domu glede na novi kraj bivanja.

73. člen

Če zavarovanec med zdravljenjem samovoljno odide iz kraja bivališča, se šteje, da namenoma preprečuje zdravljenje oziroma usposobitev za delo.

74. člen

Izjemoma se lahko podaljša zadržanost od dela zaradi negovanja obolelega otroka do 7 let starosti in drugih ožjih družinskih članov, če so izpolnjeni pogoji:

1. da je zdravstveno stanje negovanega družinskega člana tako, da bi bila brez ustrezne domače nege potrebna premestitev v bolnišnico;

2. da negovani družinski član živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem, ki ga neguje;

3. da v gospodinjstvu ni drugih odraslih članov, ki so sposobni negovati obolelega družinskega člana;

4. da z zamenjavo delovnega časa odraslih članov, ki žive v gospodinjstvi skupnosti, ni mogoče zagotoviti ustrezne nege.

Čas zadržanosti od dela in izjemnega podaljšanja zadržanosti od dela zaradi negovanja obolelega otroka do 7 let starosti ali ožjega družinskega člana v posameznem primeru skupaj ne smeta presežati 90 dni.

75. člen

Predlogu za podaljšanje mora biti priložena podrobna medicinska utemeljitev, o predlogu odloča na podlagi mnenja zdravniške komisije odbor za reševanje prošenj, ugovorov in pritožb.

Zavarovanec, ki uveljavlja podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka zaradi negovanja obolelega otroka oziroma družinskega člana, potrdi s posebno pismeno izjavo, da so izpolnjeni pogoji iz tega statuta.

Zavarovančeva izjava mora biti predložena zdravniški komisiji prve stopnje, ki ob upoštevanju socialnih in življenjskih razmer zavarovanca in obolelega otroka oziroma družinskega člana ustrezno odloči.

76. člen

Pravica do nadomestila osebnega dohodka zaradi nege otroka do 7 let starosti gre praviloma njegovi materi.

77. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka uveljavlja zavarovanec:

1. pri skupnosti v primeru, ko gre nadomestilo osebnega dohodka v njeno breme

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

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

Pravico do drugih denarnih dajatev oziroma povračil uveljavlja zavarovanec pri zdravstveni skupnosti.

Zdravstvena skupnost se lahko dogovori z organizacijo združenega dela, da uveljavljajo zavarovanci nadomestilo osebnega dohodka ter druge denarne dajatve in povračila neposredno pri organizaciji tudi takrat, kadar gre do te dajatve v breme skupnosti.

78. člen

Pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve lahko uveljavlja zavarovana oseba z dokazilom o trajanju odsotnosti zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva.

79. člen

Spremljevalec je upravičen do povračila stroškov z istim prevoznim sredstvom kot zavarovana oseba, razen če je prevoz spremljevalca že vračunan v plačilu prevoznega sredstva za zavarovano osebo.

80. člen

Izplačilo pogrebne in posmrtnine se uveljavlja na podlagi poročila o smrti zavarovane osebe in ustreznega dokazila ali pismene izjave tistega, ki je oskrbel pogreb in ga plačal, izplačilo posmrtnine pa še na podlagi podatkov o osebnem dohodku.

Sedmi del

ZAVAROVANE OSEBE

ZAVAROVANCI

81. člen

V zdravstveni skupnosti združujejo sredstva za zagotovitev svobodne menjave dela v zdravstveni dejavnosti delovni ljudje - zavarovanci.

Zavarovanci zagotavljajo v zdravstveni skupnosti z zdravstvenim zavarovanjem po načelih vzajemnosti in solidarnosti sebi in svojim družinskim članom tudi druge oblike socialne varnosti v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

V zdravstveni skupnosti združujejo sredstva tudi drugi zavarovanci, ki jih določa zakon.

82. člen

Delovni ljudje pridobijo lastnost zavarovanca, ko pridobijo lastnost delavca v združenem delu, oziroma ko sklenejo delovno razmerje z zasebnim delodajalcem in delajo najmanj polovico polnega delovnega časa.

Drugi delovni ljudje in občani pridobijo lastnost zavarovanca z dnem in ob pogojih, ko nastopijo okoliščine, navedene v tem statutu.

Zavarovancu preneha zavarovanje v skupnosti v primeru, ko prenehajo dejavnost, svojstvo ali okoliščine, navedene v tem statutu.

Zavarovancu preneha zavarovanje v skupnosti, ko preneha dejavnost, svojstvo in okoliščina, na podlagi katere je zavarovan, zavarovanje pa mu gre, če po tem času dobiva nadomestilo osebnega dohodka iz zdravstvenega zavarovanja.

83. člen

Delovni ljudje-zavarovanci v tej zdravstveni skupnosti so:

1. delavci v združenem delu ali delovnem razmerju pri zasebnih delodajalcih, ki delajo najmanj polovico polnega delovnega časa,

2. izvoljeni delegati v skupščinah družbeno-političnih skupnosti ter samoupravnih in družbenih organizacijah, če jim je opravljanje dolžnosti v tej funkciji edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno povračilo,

3. člani obrtnih in ribiških zadrug, če jim je delo v zadrugi edini ali glavni poklic,

4. učenci v poklicnem izobraževanju in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli, ali pri zasebnem delodajalcu,

5. osebe, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov,

6. osebe na šolanju, strokovno izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega zgubile lastnost delavca v združenem delu, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta,

7. občani, ki jih pošlje organizacija pred pridobitvijo lastnosti delavca v združenem delu kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se s tem strokovno usposobijo ali izpopolnijo,

8. udeleženci javnih del in mladinskih delovnih akcij, ki so invalidsko zavarovani za vse primere invalidnosti,

9. osebe na pouku za obrambo in zaščito v mladinskih učnih enotah in centrih za pouk mladine,

10. začasno nezaposlene osebe po končanem študiju,

11. učenci srednjih šol ter študentje višjih in visokih šol ter akademij,

12. kmetje, preužitkarji, uživalci stalnih kmečkih preživnin ter uživalci kmečkih starostnih pokojnin,

13. začasno nezaposleni delavci, dokler so prijavljeni skupnosti za zaposlovanje, pod pogoji, ki jih določa ta skupnost,

14. uživalci prejemkov iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja,

15. uživalci stalnih priznavalnin, družbenih preživnin in stalne, to je za več kot 6 mesecev priznane družbene pomoči.

84. člen

Za zavarovance iz 5. točke 83. člena, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, se pod pogojem, da opravljajo to dejavnost kot glavni in edini poklic in so pokojninsko in invalidsko zavarovani, štejejo:

1. osebe, ki opravljajo obrtno, gostinško, avtoprevoziško in brodersko dejavnost ter prodajo na drobno in so po predpisih registrirani in evidentirani,

2. osebe, ki jim je priznana lastnost umetnika (književniki, prevajalci znanstvenih in umetniških del in drugi) filmski

umetniki in filmski delavci, novinarji, odvetniki, arhitekti, športniki, duhovniki, kolpolterji tiska, ulični in železniški prtiljažni nosači in drugi,

3. osebe, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo kot samostojno dejavnost in občani-člani poklicne strokovne organizacije,

4. osebe, ki z osebnim delom opravljajo kakršnokoli dejavnost, če za svoje osebno delo prejemajo plačilo, oziroma ustvarjajo dohodek v višini najmanjšega osebnega dohodka, ugotovljenega po pristojnem organu.

85. člen

Če zakonec ali otroci zavarovanca — samostojnega obrtnika, ki je umrl, še naprej vodijo obratovalnico po veljavnih predpisih (po poslovodji), se šteje, da opravljajo samostojno dejavnost po tem statutu.

86. člen

Zavarovanci, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov in hkrati opravljajo tudi kmetijsko dejavnost, so zdravstveno zavarovani po 84. členu, če imajo pretežni del svojih dohodkov iz opravljanja samostojne dejavnosti.

87. člen

Začasno nezaposleni delavci po končanem študiju (10. točka 83. člena) so zavarovanci, če so redno prijavljeni pri skupnosti za zaposlovanje in če so se pri tej skupnosti prijavili v 60 dneh:

— od dneva, ko so končale strokovno usposobitev ali srednjo šolo,

— od dneva, ko jim je prenehal status študenta višje ali visoke šole ter akademije,

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

88. člen

Za zavarovance iz 12. točke 83. člena se štejejo osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic in jim ne gre svojstvo zavarovanca po drugi osnovi. Šteje se, da opravlja kmetijsko dejavnost kot svoj edini in glavni poklic oseba:

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

89. člen

Za zavarovance kmete se štejejo tudi člani gospodinjstva zavarovancev iz prejšnjega člena (bratje in sestre, zavarovancevi otroci, strici in tete, tasti in tašče ter svaki in svakinje) pod pogojem, da opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovancevem gospodarstvu kot edini in glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane, oziroma jim ni na kakšni drugi podlagi zagotovljeno zdravstveno varstvo. Za preužitkarje se štejejo osebe, ki jim je kmečki preužitek glavni vir za preživljanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem, za uživalce stalnih preživnin pa osebe, ki prejemajo preživnine od občinskih skupščin oziroma organizacij združenega dela.

Zavarovanci-kmetje so tudi uživalci kmečkih starostnih pokojnin z dnem, ko jim je priznana pravica do pokojnine.

Zdravstvena skupnost zagotavlja neposredno zdravstveno varstvo tudi članom

družinske in gospodinjške skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanca iz 1. do 5. in 14. točke 83. člena, ki se na zavarovancevem zemljišču ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim in glavnim poklicem in niso z zavarovancem v delovnem razmerju ter tudi ne spadajo med njegove družinske člane.

90. člen

Osebe iz 13. točke 83. člena so zavarovanci, če so redno prijavljeni pri pristojni skupnosti za zaposlovanje in so se tej skupnosti prijavile v 30 dneh od dneva:

— ko jim je prenehala lastnost delavca v združenem delu, oziroma delovno razmerje pri zasebnem delodajalcu, ali lastnost zavarovanca na podlagi opravljanja samostojne dejavnosti, oziroma ko prenehajo dobivati nadomestilo osebnega dohodka, do katerega imajo pravico po samoupravnem sporazumu o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o drugih pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

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

— ko so odpuščene iz kazenskega poboljševalnega zavoda, oziroma iz zavoda za varstvo in zdravljenje, če je bil zoper njih izrečen tak varnostni ukrep,

— po končani rehabilitaciji.

91. člen

Osebe iz 83. člena so zavarovane v tej skupnosti, če na njenem območju opravljajo dejavnost, po kateri so zavarovane, oziroma če stalno prebivajo na območju skupnosti, če niso zavarovane na podlagi opravljanja dejavnosti, če je na njenem območju skupnost za zaposlovanje, pri kateri so prijavljene, oziroma organ ali organizacija, ki ji izplačuje stalne priznavalne, preživnine in stalne družbene pomoči.

Če je zavarovanec poslan na začasno delo na območju druge zdravstvene skupnosti ali nastopi delo v tujini, ostane med tem časom zavarovan pri prejšnji zdravstveni skupnosti.

92. člen

Zavarovanci so tudi osebe:

1. ki so sklenile v tujini delovno razmerje, če niso zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

2. ki jim je prenehala lastnost delavca v združenem delu, pa se v tujini strokovno izpopolnjujejo in dobivajo štipendijo, če niso zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

3. ki uživajo pravice izključno od tujega nosilca pokojninskega ali invalidskega zavarovanja, če jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno z mednarodnimi sporazumi na stroške tujega nosilca zdravstvenega zavarovanja;

4. izseljenci-povratniki.

Osebe iz tretje točke tega člena so zavarovanci skupnosti, kadar se po prihodu iz tujine in pridobitvi pravice stalnega prebivališča prijavijo skupnosti.

Izseljenci-povratniki so zavarovani, ko se prijavijo pristojni skupnosti za zaposlovanje.

93. člen

Kmetje kooperanti, ki niso zavarovani kot kmetje, pridobijo lastnost zavarovanca v zdravstveni skupnosti z dnem, ko pridobijo lastnost zavarovanca v pokojninskem in invalidskem zavarovanju.

DRUŽINSKI ČLANI ZAVAROVANCEV

94. člen

Kot družinski člani zavarovancev so zavarovani:

— ožji družinski člani: zavarovančev zakonec, zakonski in nezakonski otroci, posvojenci in pastorki;

— širši družinski člani: vzdrževani zavarovančevi starši, očim in mačeha, posvojitelj in posvojiteljica ter otroci, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja (vnuki, bratje, sestre in rejenci).

Družinski člani iz prejšnjega odstavka so zavarovani, če izpolnjujejo po tem statutu določene pogoje.

95. člen

Zavarovančev zakonec je zavarovan:

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

2. dokler je z njim v zakonu.

Pravice do zdravstvenega varstva in zavarovanja obdrži:

1. zakonec umrlega zavarovanca, ki po njegovi smrti ni pridobil pravice do družinske pokojnine, ker ni dopolnil določene starosti, če je bil ob zavarovančevi smrti star 40 let (žena) oziroma nad 55 let (mož). Če zakonec ni star 40 (žena) oziroma 55 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno priglašen pri pristojni skupnosti za zaposlovanje, če se priglasí v 6 mesecih od zavarovančeve smrti;

2. razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo priznana preživnina, če je bil ob razvezi zakona star nad 45 let (žena) oziroma nad 60 let (mož). Za zakonca, ki ob razvezi zakona še ni bil star 45 let (žena) oziroma 60 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, če je invalid I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, ali če se priglasí v 6 mesecih pri pristojni skupnosti za zaposlovanje.

96. člen

Zavarovančevi otroci, zakonski in nezakonski, posvojenci in pastorki ter otroci, ki jih je vzel k sebi in jih preživlja, so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če pa se šolajo, pa do konca predpisanega rednega šolanja, vendar najdalj do dopolnjenega 26. leta starosti.

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

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

Zavarovani so tudi otroci iz prvega odstavka tega člena, ki postanejo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju po preteku časa iz prvega, drugega oziroma tretjega odstavka tega člena, dokler traja nezmožnost, če jih zavarovanec preživlja.

97. člen

Zavarovančevi otroci in otroci, ki jih je vzel k sebi in jih preživlja od 15. do 18. leta starosti, so zavarovani, če:

— se ne morejo redno šolati ali

— ne morejo dobiti ustreznega mesta za uk.

Zavarovančevi otroci iz prejšnjega odstavka so zavarovani kot družinski člani le, če se prijavijo v roku 60 dni od dneva, ko so končali šolanje, pristojni skupnosti za zaposlovanje.

98. člen

Zavarovančevi starši so zdravstveno zavarovani:

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

2. če so mlajši, pa so pridobitno nezmožni in je ta nezmožnost enaka invalid-

nosti I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju,

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

99. člen

Šteje se, da starši nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov:

1. če nimajo nobenih lastnih dohodkov,

2. če imajo lastne dohodke iz enega ali več virov, pa skupno ne presegajo mesečno 2/3 zneska predpisanega najmanjšega osebnega dohodka, ki ga določajo republiški predpisi, pri čemer se dohodki iz kmetijstva računajo v 6-kratnem znesku katastrskega dohodka, dohodki oproščeni davka pa se vštejejo na podlagi idealne davčne osnove. Dohodki po tej točki so čisti mesečni dohodki po odbitku prispevkov in davkov.

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

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

Starši so zavarovani pod pogoji iz prejšnjega člena tudi po zavarovančevi smrti, če ne morejo uveljaviti pravice do družinske pokojnine.

100. člen

Vnuki, bratje, sestre in rejenci so zavarovani pod pogoji, ki so določeni za zavarovančeve otroke in pod pogojem, da jih zavarovanec preživlja in da sami nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov, navedenih v prejšnjem členu.

101. člen

Družinski člani tujcev-zavarovancev so zavarovani, dokler živijo na območju Jugoslavije, če ni z mednarodnimi pogodbami drugače določeno.

UGOTAVLJANJE IN UVELJAVLJANJE

LASTNOSTI ZAVAROVANE OSEBE

102. člen

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

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico oziroma z drugo predpisano listino.

Obrazec zdravstvene izkaznice ali listine, s katero se dokazuje lastnost zavarovane osebe, način njenega izdajanja in uporabo ter druge obrazce v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja predpiše regionalna zdravstvena skupnost s posebnim aktom.

103. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotovi zdravstvena skupnost na podlagi predpisane prijave zavarovanja, z izdajo zdravstvene izkaznice, oziroma z drugo predpisano listino ali posebnim obvestilom, kadar se ta ugotovi po uradni dolžnosti.

Če skupnost osebi, za katero je vložena

prijava zavarovanja, odreče lastnost zavarovane osebe, ji o tem mora izdati pismeno obvestilo najkasneje v 30 dneh po vložitvi prijave.

Če skupnost v roku iz prejšnjega odstavka ne izda obvestila, da odreka lastnost zavarovane osebe, se šteje, da je osebi ta lastnost priznana.

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

Zoper obvestilo, s katerim se odreče lastnost zavarovane osebe, ima prizadeti pravico pritožbe na drugostopni organ skupnosti v 15 dneh po prejemu obvestila.

Zoper dokončno odločbo, s katero skupnost odreče priznanje lastnosti zavarovane osebe, lahko prizadeti zaradi varstva pravic vloži tožbo pri pristojnem sodišču združenega dela.

104. člen

Prijava za zavarovanje vloži za delavca organizacija združenega dela, delovna skupnost in druga organizacija, oziroma delodajalec, za druge zavarovance organ, ki je zavezan za plačevanje prispevka za njegovo zavarovanje in zavarovanec sam, če mora sam plačevati prispevek.

Prijava se mora vložiti pri strokovni službi v 8 dneh po pridobitvi lastnosti zavarovanca. V istem roku mora zavezanec odjaviti iz zavarovanja osebo, ki ji je lastnost zavarovanja prenehala, oziroma prijaviti spremembe, ki so nastale v okoliščinah, ki vplivajo na pravice zavarovanca.

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

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

105. člen

Za delavca, ki prvič pridobi lastnost delavca v združenem delu, ali stopi v delovno razmerje, ali združi svoje delo po več kot šestmesečni prekinitvi, se mora prijavi za zavarovanje priložiti izvid opravljenega zdravniškega pregleda s strokovnim mnenjem zdravnika, da je zdravstveno sposoben za predvideno delo.

106. člen

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

107. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja gredo zavarovani osebi od dneva, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovancu od dneva, ko nastopi delo, oziroma ko na drug način dobi lastnost zavarovanca, pa do preteka tridesetega dneva od dneva, ko neha biti zavarovanec.

Kot dan pridobitve lastnosti zavarovanca se šteje tudi dan, ko zavarovanec odide na pot, da nastopi delo, oziroma dolžnost po sklepu o sprejemu na delu.

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

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

108. člen

Družinskim in gospodinjstvi članom zavarovanca se zagotavlja zdravstveno

varstvo ves čas, v katerem se zagotavlja zavarovancu. Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi za tisti čas, ko je zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na odsluženju vojaškega roka.

Družinskim članom zavarovanca, ki prestaja zaporno kazen, se zagotavlja zdravstveno varstvo, če zavarovancu med prestajanjem kazni ni prenehala lastnost delavca v združenem delu ali delovno razmerje pri zasebnem delodajalcu.

Osmi del

FINANCIRANJE

109. člen

V skladu s samoupravnim sporazumom o ustanovitvi zdravstvene skupnosti, si zdravstvena skupnost zagotavlja rizično sposobnost in svobodno menjavo dela, kakor tudi skladen razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih organizacij, njihove zmogljivosti, sodoben razvoj zdravstvene vede in dejavnosti ter strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev, z združevanjem sredstev v regionalni zdravstveni skupnosti in za uresničevanje skupnih interesov na območju republike v Zdravstveni skupnosti Slovenije.

110. člen

Zdravstvena skupnost združuje sredstva tudi za učence srednjih šol ter študente višjih in visokih šol ter akademij. Prispevek za zdravstveno varstvo zavarovancev iz prejšnjega odstavka plačujejo, obračunavajo in odvajajo plačniki, ki jih določi samoupravni sporazum med Izobraževalno skupnostjo SR Slovenije, Zvezo socialistične mladine Slovenije, Univerzo in Zdravstveno skupnostjo Slovenije.

111. člen

Za financiranje dogovorjenega programa zdravstvenega varstva združujejo svoja sredstva v zdravstveni skupnosti:

– zavarovanci, ki prispevajo za zagotavljanje zdravstvenega varstva in drugih pravic iz zdravstvenega zavarovanja določeni del osebnih dohodkov,

– organizacije združenega dela, delovne skupnosti in zasebni delodajalci, ki prispevajo tisti del svojega dohodka, ki je določen za zavarovanje za nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo,

– skupnosti pokojninskega in invalidskega zavarovanja s prispevki za zdravstveno varstvo upokojenecv in invalidov,

– skupnosti za zaposlovanje s prispevki za zdravstveno varstvo začasno nezaposlenih in izseljencev-povratnikov, ki se prijavijo za zaposlitev,

– organi in organizacije, ki izplačujejo stalne priznavalnine, družbene preživnine in stalne družbene denarne pomoči s prispevki za zdravstveno varstvo uživalcev teh pravic,

– zavarovanci iz 57. člena zakona o zdravstvenem varstvu sami s svojimi prispevki, če z ratificiranimi mednarodnimi sporazumi ni določeno drugače,

– uporabniki zdravstvenega varstva s prispevki k stroškom zdravstvenega varstva.

112. člen

Prispevke iz 149. člena zakona o zdravstvenem varstvu plačujejo, obračunavajo in odvajajo:

– za zavarovance iz prvega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih so zaposleni; organi, v katere so izvoljeni; zadruga, pri katerih delajo; organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih so v uku ali na praksi; občani, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, plačujejo prispevke sami iz svojih sredstev;

– za zavarovance iz drugega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih delajo kot delavci, organ ali organizacija, ki daje stipendijo, organizator javnih del, mladinskih delovnih akcij in pouka za obrambo in zaščito, za začasno nezaposlene osebe pa skupnost za zaposlovanje;

– za zavarovance iz tretjega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu plačniki, ki jih določi samoupravni sporazum med ustreznimi samoupravnimi interesnimi skupnostmi;

– za zavarovance iz četrtega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu: kmetje zase in za svoje družinske člane ter za osebe, ki jim morajo dajati preužitek; za užitvalce stalnih kmečkih preživnin organ ali organizacija, ki jim izplačuje preživnino;

– za zavarovance iz petega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu: za začasno nezaposlene skupnost za zaposlovanje; za užitvalce prejemkov iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja; za užitvalce izjemnih pokojnin, stalnih priznavalnin, družbenih preživnin in stalne družbene pomoči pa organ ali organizacija, ki jim jih izplačuje;

– za zavarovance iz 70. člena zakona o zdravstvenem varstvu: organizacije, zasebni delodajalci oziroma skupnosti, ki so zavezani za njihovo zavarovanje.

Obveznosti zavezancev iz prejšnjega člena uveljavlja regionalna zdravstvena skupnost.

113. člen

Prispevki morajo biti izraženi v stopnji oziroma pavšalu in jih določi skupščina zdravstvene skupnosti po predhodni obravnavi med delovnimi ljudmi in občani na območju zdravstvene skupnosti.

Stopnje prispevkov so enotne in proporcionalne, pri tem se upošteva, ali so osebe zavarovane za vse, ali samo za posamezne zavarovane primere.

114. člen

Prispevane stopnje oziroma pavšali iz prejšnjega člena se določijo oziroma dogovorijo v skladu z družbenim planom, resolucijo o družbeno-ekonomski politiki in družbenim dogovorom o skupni porabi, ter morajo biti zaradi enotnosti pravic in zdravstvenega zavarovanja na območju regije enake.

Skupščina skupnosti določa ustrezno dogovorom iz prvega odstavka osnove za določanje prispevkov in pavšalne zneske prispevkov za zavarovance zunaj združenega dela in delovnih razmerij.

115. člen

Za financiranje posameznih nalog zdravstvene skupnosti se določijo s pogodbo ali samoupravnim sporazumom prispevki in pavšali iz dela osebnih dohodkov, namenjenih za zadovoljevanje osebnih potreb, tudi nad okviri iz prejšnjega člena.

SODELOVANJE Z DRUŽBENOPOLITIČNIMI SKUPNOSTMI, SKUPNOSTMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, ZDRAVSTVENIMI ORGANIZACIJAMI IN DRUGIMI ORGANIZACIJAMI NA OBMOČJU OBČINE

116. člen

Skupščina občinske zdravstvene skupnosti enakopravno s pristojnimi zbori občinske skupščine odloča v okviru sredstev, za katere se je dogovorila v regiji:

– o splošni politiki na področju zdravstvenega varstva;

– o politiki, načrtih in programih razvoja in pospeševanja zdravstvene dejavnosti;

– o drugih vprašanih s področja zdravstvenega varstva, ki se na podlagi ustave in zakona urejajo z odloki in drugimi splošnimi akti občinske skupščine.

117. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti sprejema v soglasju z občinsko skupščino odločitve, ki so bistvenega pomena za uresničevanje pravic in obveznosti delovnih ljudi, združenih v skupnosti in so določene z zakonom ali odlokom občinske skupščine. Pred odločitvijo o soglasju razpravljajo in usklajujejo stališča delegati skupščine zdravstvene skupnosti z delegati pristojnih zborov občinske skupščine.

118. člen

Zdravstvena skupnost usklajuje razvojno politiko in programe zdravstvenega varstva s cilji ekonomskega in družbenega razvoja občine, določenimi v družbenih planih občine, z družbenim dogovarjanjem.

119. člen

Zaradi usklajevanja družbenih dejavnosti na območju občine, zaradi zagotovitve ustrezne vloge zdravstvene dejavnosti pri razvijanju produktivnosti dela in družbene reprodukcije, zaradi ustreznega sodelovanja v zdravstveni preventivi in varstvu ter izboljševanju življenjskega in delovnega okolja ter organiziranja priprav za splošni ljudski odpor, se povezuje in sodeluje zdravstvena skupnost tudi z drugimi skupnostmi, društvi, zdravstvenimi organizacijami in združenim delom.

120. člen

V sodelovanju z drugimi družbenopolitičnimi skupnostmi in drugimi skupnostmi, društvi in organizacijami, daje zdravstvena skupnost pobude in sprejema obveznosti po dogovoru z regionalno zdravstveno skupnostjo.

Deveti del

OPRAVLJANJE STROKOVNIH, ADMINISTRATIVNIH IN TEHNIČNIH OPRAVIL

121. člen

Strokovne, finančne in administrativne zadeve opravlja za zdravstveno skupnost strokovna služba Regionalne zdravstvene skupnosti Kranj.

Na strokovno službo se ne morejo prenašati pravice, pooblastila in odgovornosti zdravstvene skupnosti.

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

122. člen

Učenci srednjih šol iz 110. člena tega statuta ostanejo do sklenitve samoupravnega sporazuma zavarovani kot družinski člani.

123. člen

Dokler ne bodo izdani novi ustrezni predpisi, se še uporabljajo:

1. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in plačevanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Ur. l. SRS št. 2/74).

2. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71).

3. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71),

4. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za omogočanje glasnega govora (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71),

5. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za zobno protetično pomoč in o protetičnih sredstvih (Uradni vestnik Gorenjske številka 1/71),

6. Pravilnik o pogojih in načinu pošiljanja zavarovanih oseb v naravna zdravilišča (Uradni list SRS št. 33/72),

7. Pravilnik o imenovanju in delu zdravniških komisij (Uradni list SRS številka 35/72).

124. člen

Določbe tega statuta razlaga skupščina zdravstvene skupnosti.

125. člen

Spremembe in dopolnitve statuta se sprejemajo po enakem postopku kot statut.

Kadar se ta statut spreminja samo v tem, da se njegovo besedilo prilagodi spremembam zakona ali samoupravnih sporazumov, se ne uporablja celotni postopek, ampak spremembe ugotovi skupščina zdravstvene skupnosti.

126. člen

Ta statut začne veljati, ko ga sprejme skupščina zdravstvene skupnosti na seji obeh zborov in ga potrdi občinska skupščina, uporablja pa se od 1. 1. 1976.

Kranj, dne 2. 12. 1975
Številka: 02-1/76-02/3

Skupščina občinske
zdravstvene skupnosti
Kranj
Predsednica:
Zlata Humer, s. r.

Na podlagi 12. člena zakona o zdravstvenem varstvu (Ur. l. SRS štev. 38/74 in 1/75) in 26. člena samoupravnega sporazuma o ustanovitvi Občinske zdravstvene skupnosti Radovljica, je skupščina skupnosti na seji obeh zborov, dne 2. 12. 1975, sprejela

STATUT OBČINSKE ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI RADOVLJICA

Prvi del

TEMELJNA NAČELA

1. člen

Občinska zdravstvena skupnost Radovljica (v nadaljnjem besedilu: zdravstvena skupnost) je ustanovljena s samoupravnim sporazumom z dne 17. 1. 1975 kot samoupravna interesna skupnost uporabnikov in izvajalcev zdravstvenega varstva zaradi uresničevanja skupnih interesov in potreb ter svobodne menjave dela na območju občine Radovljica.

Zdravstvena skupnost je s samoupravnim sporazumom o ustanovitvi regionalne zdravstvene skupnosti z dne 23. 1. 1975 združena v Regionalno zdravstveno skupnost Kranj.

2. člen

Zdravstvena skupnost je pravna oseba. Sedež zdravstvene skupnosti je v Radovljici, Kranjska 13. Zdravstvena skupnost ima pečat okrogle oblike z označbo imena in sedeža skupnosti.

Zdravstveno skupnost predstavlja predsednik skupščine.

3. člen

V zdravstveni skupnosti si delovni ljudje in občani kot uporabniki zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: uporabniki) zagotavljajo zdravstveno varstvo in druge oblike socialne varnosti ob pogojih, ki jih določa zakon, samoupravni sporazumi in ta statut, pri čemer se uporabniki dogovorijo z izvajalci zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) o programu zdravstvenega varstva in drugih oblikah socialne varnosti.

4. člen

Delovni ljudje in občani, združeni v zdravstveni skupnosti, na podlagi enakopravnega odločanja in svobodne menjave dela, v okviru sredstev, združenih v regionalni zdravstveni skupnosti:

- določajo pravice in obveznosti iz zdravstvenega varstva;
- skrbijo za neposredno uveljavljanje in uresničevanje pravic iz zdravstvenega varstva;
- uresničujejo svobodno menjavo dela;
- določajo politiko razvoja zdravstvenega varstva;
- skrbijo za vzgojo in izobraževanje zdravstvenih delavcev;
- sprejemajo program zdravstvenega varstva;
- obravnavajo programe in dejavnosti zdravstvenih organizacij ter sprejemajo oziroma predlagajo potrebne ukrepe;
- sprejemajo in obravnavajo problematiko osnovnega zdravstvenega varstva in preskrbe z zdravili v občini;
- sklepajo samoupravne sporazume in družbene dogovore;
- soodločajo z občinsko skupščino v zadevah zdravstvenega varstva v skladu s statutom občine;
- obravnavajo problematiko in pristojnosti regionalne zdravstvene skupnosti ter ji dajejo svoja stališča in predloge;
- sodelujejo z drugimi samoupravnimi skupnostmi v občini;
- uresničujejo druge skupne interese na področju zdravstva.

5. člen

Zdravstvena skupnost ureja zadeve iz svojega delovnega področja s samoupravnimi splošnimi akti, in sicer:

- z družbenim dogovorom o skupni porabi v občini;
- s samoupravnimi sporazumi;
- s statutom zdravstvene skupnosti;
- s programi zdravstvenega varstva;
- s sklepi in pravilniki skupščine in drugih organov v zdravstveni skupnosti.

Drugi del

NAČIN OBVEŠČANJA IN JAVNOST DELA

6. člen

Delo zdravstvene skupnosti in njenih organov je javno. Skupščina zdravstvene skupnosti in njeni organi so dolžni obveščati delovne ljudi in občane, združene v zdravstveni skupnosti, kot tudi občinsko skupščino in družbeno-politične dejavnike v občini o uresničevanju programov zdravstvenega varstva in o uporabi združenih sredstev ter o načinu zagotovitve neposrednega zdravstvenega varstva in drugih oblik socialne varnosti na svojem območju.

Delovni ljudje in občani morajo biti popolno in sproti obveščeni o stvareh, ki pomenijo njihove neodtujljive pravice in o predpisih in aktih, ki se tičejo razvoja na področju zdravstvenega varstva.

7. člen

Zdravstvena skupnost obvešča delovne ljudi in občane o stanju in o problemih zdravstvene skupnosti praviloma po delegatih, in sicer na zborih delovnih ljudi in občanov, s posebnimi poročili, z objavo v občinskem glasilu ali z drugimi sredstvi javnega obveščanja.

Samoupravni splošni akti zdravstvene skupnosti se objavljajo v Uradnem vestniku Gorenjske. Če samoupravni splošni akt zadeva več zdravstvenih skupnosti z območja regije, se ta objavi v Uradnem listu SR Slovenije.

Tretji del

ORGANI ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI IN NJIHOVO DELOVNO PODROČJE

1. SKUPŠČINA SKUPNOSTI

8. člen

Zdravstveno skupnost upravlja skupščina skupnosti.

Skupščina zdravstvene skupnosti ima dva zbora: zbor uporabnikov in zbor izvajalcev.

Število delegatskih mest v skupščini določa samoupravni sporazum o ustanovitvi zdravstvene skupnosti tako, da je zagotovljena zastopanost interesov vseh delovnih ljudi, samoupravnih organizacij in skupnosti.

9. člen

Zbor uporabnikov ima 42 delegatskih mest, sestavljajo ga delegati delegacij, ki jih volijo delovni ljudje in občani, člani te zdravstvene skupnosti neposredno in prek organizacij združenega dela in drugih organizacij in skupnosti ter delovni ljudje in občani v krajevnih skupnostih.

10. člen

Zbor izvajalcev ima 15 delegatskih mest, sestavljajo pa ga delegati delegacij, ki jih volijo delavci v zdravstvenih organizacijah ter delavci drugih za opravljanje zdravstvene dejavnosti z zakonom pooblaščenih organizacij združenega dela.

11. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti in njena zbora izvolijo izmed delegatov predsednika skupščine in predsednika zborov kot podpredsednika in njuna namestnika.

Predsednik skupščine ter predsednika zborov in njuna namestnika se volijo za štiri leta.

12. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti odloča praviloma na sejah obeh zborov. O vprašanjih, o katerih odločata zbora enakopravno, mora biti odločitev sprejeta v obeh zborih v enakem besedilu.

Če odločitev ni sprejeta v enakem besedilu v obeh zborih skupščine, se izvede usklajevalni postopek med zboroma, ki ga določi skupščina s poslovnikom. Če tudi v usklajevalnem postopku med zboroma ni doseženo soglasje, lahko občinska skupščina začasno uredi tako vprašanje, vendar njena odločitev velja največ eno leto.

13. člen

Za sklepčnost seje zborov je potrebna navzočnost več kot polovice delegatov vsakega zbora. Odločitev zbora je veljavna, če za predlog glasuje večina delegatov, ki ga sestavljajo.

14. člen

Če zdravstvena skupnost ne odloči o vprašanju, od katerega je bistveno odvisno njeno delo in bi zaradi tega nastala občutna škoda, skupščina občine Kranj na predlog njenega izvršnega sveta s svojo odločitvijo začasno uredi tako vprašanje.

15. člen

Zbor uporabnikov in izvajalcev enakopravno:

- sprejemata splošne akte, statut, pravilnike in sklepe, če posamezne zadeve niso v izključni pristojnosti posameznega zbora;
- sprejemata program zdravstvenega varstva v občini;
- določata višino prispevka, izraženo v stopnjah;
- sodelujeta pri oblikovanju finančnega načrta in zaključnega računa regionalne zdravstvene skupnosti;
- obravnavata in sprejemata letno poročilo o delu;

– odločata o medsebojnih razmerjih in izhodiščih menjave dela v zdravstvenem varstvu;

– odločata o razpisu referendumu;

– dajeta soglasje na statut in statusne spremembe zdravstvenih organizacij, ki opravljajo svojo dejavnost na območju občine;

– volita, odpoklicujeta in razrešujeta organe zdravstvene skupnosti;

– delegirata, odpoklicujeta in razrešujeta delegate v skupščini regionalne zdravstvene skupnosti in v skupščini Zdravstvene skupnosti Slovenije;

– odločata o načinu in vsebini sodelovanja z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami.

16. člen

Zbor uporabnikov na podlagi in v okviru splošnih aktov skupnosti samostojno:

– sprejema samoupravne sporazume in druge splošne akte o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja;

– soodloča o uporabi združenih sredstev za uresničevanje oblik socialne varnosti oziroma zdravstvenega zavarovanja;

– soodloča z občinskimi zdravstvenimi skupnostmi v regiji o valorizaciji nadomestil in drugih denarnih dajatev;

– razpravlja in odloča o predlogih in pripombah enot in organov organizacij združenega dela in samoupravnih skupnosti;

– opravlja druge zadeve, ki so mu s statutom ali drugim splošnim aktom dane v pristojnost.

17. člen

Zbor izvajalcev na podlagi in v okviru splošnih aktov skupnosti samostojno:

– odloča o organizaciji neposrednega zdravstvenega varstva na območju zdravstvene skupnosti v okviru programa zdravstvenega varstva;

– obravnava razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih organizacij oziroma zdravstvenih zmogljivosti;

– razpravlja in odloča o predlogih in pripombah enot in organov organizacij združenega dela in samoupravnih skupnosti s področja neposrednega zdravstvenega varstva;

– obravnava probleme vzgoje in izobraževanja zdravstvenih delavcev;

– opravlja druge naloge, ki so mu s statutom ali drugimi splošnimi akti dane v pristojnost.

18. člen

Skupščina občinske zdravstvene skupnosti enakopravno s pristojnimi zbori občinske skupščine odloča:

– o politiki razvoja in pospeševanja zdravstvenih dejavnosti ter o načrtih in programih njenega razvoja;

– o drugih vprašanjih s področja zdravstvenega varstva, ki se na podlagi ustave in zakona urejajo z odloki in z drugimi splošnimi akti skupščine družbenopolitične skupnosti.

Izvršilni odbor

19. člen

Izvršilne funkcije opravlja izvršilni odbor.

Izvršni odbor ima predsednika in 6 članov, ki jih izvoli skupščina zdravstvene skupnosti v enakem številu izmed delegatov uporabnikov in izvajalcev.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta; nihče ne more biti izvoljen v izvršilni odbor več kot dvakrat zapored.

20. člen

Izvršilni odbor opravlja tele naloge:

– zagotavlja pravilno in pravočasno izvrševanje sklepov skupščine;

– skrbi za pravilno in pravočasno uve-

lavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja;

– predlaga skupščini zdravstvene skupnosti program zdravstvenega varstva, finančni načrt in zaključni račun regionalne zdravstvene skupnosti ter druge splošne in posamične akte;

– obravnava samoupravne sporazume o programiranju in financiranju zdravstvenega varstva ter druge samoupravne sporazume;

– daje pobudo za sklic skupščine zdravstvene skupnosti ali posameznega zbora;

– spremlja izvrševanje finančnega načrta regionalne zdravstvene skupnosti;

– opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut, drugi splošni akti ali ga zanje pooblasti skupščina zdravstvene skupnosti.

Stalne in občasne komisije

21. člen

Za posamezna vprašanja lahko skupščina izvoli stalne in občasne komisije. Stalne komisije so sestavljene iz vrst delegatov uporabnikov in izvajalcev. Začasne komisije lahko sestavljajo tudi drugi delovni ljudje in občani.

Skupščina po potrebi imenuje delegate v skupne komisije regionalne in republiške zdravstvene skupnosti.

2. ODBOR SAMOUPRAVNEGA NADZORA

22. člen

Samoupravni nadzor v zdravstveni skupnosti izvajajo delovni ljudje – uporabniki in izvajalci prek odbora samoupravnega nadzora.

Člane samoupravnega nadzora volijo delovni ljudje in občani v temeljnih organizacijah združenega dela in v drugih samoupravnih organizacijah po postopku, določenem z zakonom o oblikovanju in volitvah delegacij ter delegiranju delegatov v skupščine samoupravnih interesnih skupnosti, ki enakopravno odločajo s pristojnimi zbori skupščin družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 34/74).

23. člen

Odbor samoupravnega nadzora ima 5 članov, ki jih izvolijo delegacije oziroma konference delegacij iz vrst uporabnikov in izvajalcev.

Mandat odbora samoupravnega nadzora traja 4 leta; nihče ne more biti izvoljen v odbor samoupravnega nadzora več kot dvakrat zapored.

24. člen

Odbor samoupravnega nadzora:

– opravlja nadzor nad izvajanjem v skupnosti sprejete politike,

– nadzoruje uresničevanje samoupravljanja in izvajanje sprejetih družbenih dogovorov, samoupravnih sporazumov, splošnih aktov in sklepov skupščine,

– nadzira delo organov skupnosti in strokovne službe,

– nadzira uporabo sredstev skupnosti,

– nadzira izvajanje oziroma uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva in zavarovanja pri strokovni službi, pri zdrav-

stvenih organizacijah, organizacijah združenega dela in pri zasebnih delodajalcih.

25. člen

Odbor samoupravnega nadzora organizira in opravlja nadzor po svojih odločitvi, na predlog skupščine, izvršilnega odbora ali sekretarja zdravstvene skupnosti.

Nadzor opravi odbor sam. lahko pa za posamezna dela pooblasti strokovne organizacije ali druge strokovnjake.

O ugotovitvah nadzora predloži odbor samoupravnega nadzora poročilo skupščini oziroma organu, ki je nadzor predlagal ter priporoči ukrepe za odpravo ugotovljenih nepravilnosti.

Četrti del

ENOTE ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI

26. člen

V zdravstveni skupnosti se lahko delovni ljudje in občani, uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva, zaradi kar najbolj neposrednega uresničevanja samoupravnih pravic in interesov v okviru ožjih samoupravnih organizacij in skupnosti organizirajo v enote zdravstvene skupnosti.

Enote zdravstvene skupnosti se lahko organizirajo po teritorialnem in funkcionalnem principu, po statutih občin, krajevnih skupnosti, oziroma po samoupravnih sporazumih o medsebojnih razmerjih delavcev v združenem delu.

27. člen

Enote zdravstvene skupnosti so pravne osebe s pravicami, obveznostmi in odgovornostmi, ki jih imajo po zakonu, samoupravnem sporazumu o ustanovitvi zdravstvene skupnosti in po svojem statutu.

28. člen

Enote zdravstvene skupnosti zlasti:

– skrbijo za uresničevanje zdravstvenega varstva, predvsem preventivnega zdravstvenega varstva, ki obsega izvajanje ukrepov, da se odvrta in preprečujejo nesreče pri delu in obolenja za poklicno bolezen,

– sodelujejo pri oblikovanju programa zdravstvenega varstva občinske zdravstvene skupnosti,

– v okviru zdravstvene skupnosti uveljavljajo posebne potrebe po zdravstvenem varstvu,

– obravnavajo delo in problematiko zdravstvenih organizacij, v katerih uveljavljajo delovni ljudje in občani svoje pravice iz zdravstvenega varstva in predlagajo ustrezne ukrepe občinskimi zdravstvenimi skupnostim.

S samoupravnim aktom o organizaciji enote in s statutom se podrobneje določijo njene naloge, pravice in organizacija.

29. člen

Zadovoljevanje posebnih potreb po zdravstvenem varstvu v enoti ne more okrniti izvajanja programa zdravstvenega varstva v zdravstveni skupnosti.

Delovni ljudje in občani v enoti morajo za posebne potrebe po zdravstvenem varstvu zagotoviti potrebna sredstva.

VOLITVE, ODPOKLIC IN RAZREŠITEV DELEGATOV

30. člen

Delovni ljudje in občani v temeljnih organizacijah združenega dela ter v drugih samoupravnih organizacijah in skupnostih kot uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva uresničujejo svoje pravice do samoupravnega odločanja v zdravstveni skupnosti po načelu delegatskega sistema prek svojih delegatov in delegacij, ki jih volijo, odpoklicujejo, oziroma delegirajo delegacije in konference delegacij po zakonu o oblikovanju in volitvah delegacij ter delegiranju delegatov v skupščine samoupravnih interesnih skupnosti, ki enakovredno odločajo s pristojnimi zbori skupščine družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 34/74).

31. člen

Število delegatskih mest, ki jih ima v skupščini in organu samoupravnega nadzora posamezna delegacija oziroma konferenca delegacij uporabnikov in izvajalcev, določi skupščina s posebnim sklepom.

32. člen

Delegat sodeluje v delu zdravstvene skupnosti, njene skupščine oziroma ustreznega zbora in drugih organov ali teles, v okviru pooblastil njegove delegacije oziroma konference delegacij, če ni izrecno drugače določeno v samoupravnem sporazumu o ustanovitvi zdravstvene skupnosti.

Delegat je pri svojem delu in odločanju samostojen.

33. člen

Delegacije oziroma konference delegacij delegirajo na zasedanje skupščine oziroma sejo ustreznega zbora zdravstvene skupnosti izmed sebe delegata ali določeno število delegatov, glede na vprašanja, ki jih bo skupščina obravnavala. V medsebojnih razmerjih znotraj te zdravstvene skupnosti se šteje za delegata član delegacije oziroma delegat konference delegacij, ki je že bil delegiran, dokler delegacija ali konferenca delegacij ne pošlje drugega delegata.

Delegacija, katere član je izvoljen za stalno funkcijo v organu zdravstvene skupnosti, ima pravico pošiljati na zasedanje skupščine oziroma sejo zbora drugega delegata. Delegat, ki je izvoljen za stalno funkcijo, v tem primeru nima pravice glasovati v skupščini.

34. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti delegira delegate v skupščino regionalne skupnosti in v skupščino zdravstvene skupnosti Slovenije v skladu s samoupravnimi sporazumi o ustanovitvi teh skupnosti.

Delegat je za opravljanje svojih dolžnosti odgovoren skupščini zdravstvene skupnosti. O stališčih, mnenjih in sklepih, ki so se izoblikovali v zboru in o svojem delu mora delegat obveščati skupščino, le-ta pa temeljne samoupravne organizacije in skupnosti.

35. člen

Delegat ima pravico predlagati v svojem zboru izdajo splošnih aktov, sklepov in odločitev z delovnega področja zdravstvene skupnosti, ki tudi spreminjavalne in dopolnilne predloge k aktom.

Delegat lahko predlaga obravnavanje vprašanj s področja zbora oziroma vprašanj, ki se nanašajo na politiko in delo zdravstvene skupnosti ter njenih organov.

36. člen

Kadar skupščina zdravstvene skupnosti soodloča z občinsko skupščino, uživajo njeni člani imuniteto.

Delegat ne more biti klican na kazensko odgovornost in prav tako ne priprti ali kaznovan za mnenje, ki ga je izrazil, ali za glas, ki ga je dal v zboru oziroma skupščini. Funkcija delegata je častna družbena funkcija.

Delegatom, ki zaradi opravljanja funkcije oziroma udeležbe v delu zdravstvene skupnosti izgubijo osebni dohodek, pripada nadomestilo osebnega dohodka v skladu z določili samoupravnega splošnega akta organizacije oziroma skupnosti. Povračilo potnih stroškov in drugih stroškov se prizna po samoupravnem aktu oziroma sklepu zdravstvene skupnosti.

37. člen

Delovni ljudje v organizaciji združenega dela oziroma samoupravni skupnosti ali skupščini skupnosti lahko odpoklicajo delegacijo kot celoto ali posameznega člana delegacije v skladu z načeli 50.-52. člena zakona o volitvah delegacij in delegiranju delegatov v skupščine družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 7/74).

Šesti del

UPRAVIČENCI IN UVELJAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. NEPOSREDNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

38. člen

Neposredno zdravstveno varstvo je zagotovljeno delovnim ljudem in občanom, članom te skupnosti, če jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno s posebnim zakonom ali ratificiranim mednarodnim sporazumom.

Do neposrednega zdravstvenega varstva so upravičeni tudi družinski člani delovnih ljudi-zavarovancev te skupnosti ob pogojih, ki jih določa statut.

Do neposrednega zdravstvenega varstva je kot občan upravičen tisti, ki ima stalno prebivališče na območju te zdravstvene skupnosti in je prijavljen pri pristojnem organu.

39. člen

Neposredno zdravstveno varstvo uveljavljajo upravičenci predvsem v zdravstvenem domu oziroma njegovih ustreznih službah, to je: splošne medicine, zdravstvenega varstva žensk, otrok, mladine, zdravstvenega varstva borcev NOV, medicine dela, prometa, športa, pnevmofiziološki službi, zobozdravstveni službi, psihiatrični službi, patronažni službi in drugih službah.

Učenci srednjih šol ter študenti višjih in visokih šol ter akademij uveljavljajo neposredno zdravstveno varstvo po samoupravnih splošnih aktih tiste zdravstvene skupnosti, na območju katere se šolajo.

40. člen

Upravičenec prosto izbira zdravstvene delavce v zdravstvenih domovih, kadar uveljavlja pravice iz neposrednega zdravstvenega varstva.

Zdravnik, ki si ga je upravičenec izbral, da ga stalno zdravi, je njegov izbrani zdravnik.

Upravičenec med zdravljenjem akutnih bolezni ne more menjati zdravnika, razen v medicinsko utemeljenih primerih in z vednostjo zdravnika, ki ga zdravi.

41. člen

V nujnem primeru sme upravičenec zahtevati zdravniško pomoč v vsaki zdravstveni organizaciji oziroma pri vsakem zdravstvenem delavcu.

42. člen

Zdravniško pomoč na domu lahko zahteva upravičenec:

– v primeru nujnosti,

– kadar ni sposoben priti v zdravstveni dom.

Zdravniške obiske na domu opravlja zdravnik, ki ga določi ustreznata enota najbližjega zdravstvenega doma.

Upravičenec, ki naroči zdravnika na dom, plača sam vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da obisk na domu ni bil potreben.

43. člen

Upravičenec uveljavlja zdravstveno varstvo pri zdravnikih-specialistih praviloma na podlagi napotnice, ki jo izda izbrani zdravnik.

Če se izkaže potreba po dodatnem specialističnem pregledu, napoti zdravnik specialist upravičenca k drugemu zdravniku-specialistu.

Za ponovne preglede za isto bolezen pri istem zdravniku-specialistu, opravljenem po odredbi izbranega zdravnika ali izbranega zdravnika-specialista, nova napotnica ni potrebna.

44. člen

Upravičenec sme brez napotnice izbrati zdravnika-specialista, in sicer okulista, da določi ostrino vida in predpiše očala, otologa zaradi okvare sluha, pediatra, ginekologa, venerologa, internista v primeru diabetičnega obolenja in fiziologa v primeru TBC obolenja.

45. člen

Če je upravičencu potrebna zdravniška pomoč zdravnika-specialista zaradi poškodbe ali nenadnega težjega obolenja, lahko zahteva pomoč brez napotnice. Pri ponovnem pregledu mora zdravniku-specialistu predložiti napotnico, če izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist meni, da je še potrebno zdravljenje pri zdravniku-specialistu.

46. člen

Upravičenca napoti v bolnišnico izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist, pri katerem se je zdravlil ali bil pregledan. Pri sprejemanju v bolnišnico mora predložiti predpisano napotnico.

Upravičenec sme brez napotnice nastopiti bolnišnično zdravljenje, kadar uveljavlja nujno zdravstveno pomoč. V takem primeru izpolni napotnico zdravnik bolnišnice. Bolnišnica mora o sprejemu takoj obvestiti organizacijo, v kateri dela.

Po končanem zdravljenju izda bolnišnica upravičencu odpustnico s podatki o zdravljenju v bolnišnici in z napotki zdravniku zdravstvenega doma za nadaljnje zdravljenje.

47. člen

Konziliarni zdravniški pregled upravičenca lahko zahteva zdravnik, ki bolnika zdravi, bolnik sam, njegovi svojci, zdravstvena organizacija ali skupnost, delovna, sindikalna ali druga prizadeta organizacija.

Stroške pregleda plača skupnost, če je pregled zahtevala skupnost ali zdravnik, v drugih primerih pa tisti, ki ga je zahteval.

48. člen

Upravičenca je mogoče napotiti v naravno zdravilišče, kadar so podane medicinske indikacije in drugi pogoji za zdravljenje v naravnih zdraviliščih, ki jih določa zdravstvena skupnost.

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

ljenja, v izjemnih primerih, ki so določeni s posebnim aktom, pa tudi kot nadaljevanje ali nadomestilo ambulantnega zdravljenja.

49. člen

Bolnišnice smejo premestiti upravičenca v naravna zdravilišča zaradi neposrednega nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja v primerih, ko iz medicinskih razlogov zdravljenje v bolnišnici ni več potrebno.

Zdravljenje v naravnem zdravilišču kot nadomestilo bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja odredi zdravniška komisija, upoštevajoč sredstva, ki so za to obliko zdravstvenega varstva predvidena v finančnem načrtu skupnosti.

50. člen

Zdravniška komisija sme na predlog izbranega zdravnika upravičencu odobriti okrevanje v naravnem zdravilišču v breme skupnosti, če sam ali njegova organizacija nosi stroške oskrbe in nastanitve.

Izbrani zdravnik mora v predlogu navesti, ali je takšno okrevanje koristno.

51. člen

Upravičencem so zagotovljena v zdravstveni skupnosti samo tista zdravila, ki so registrirana v državi, dobijo jih v lekarni na podlagi zdravniškega recepta.

Natančnejše pogoje o predpisovanju, izdajanju in plačevanju zdravil, ki se predpisujejo v breme skupnosti, določa poseben pravilnik.

52. člen

Upravičenec ima pravico do nabave in do povračila stroškov za neregistrirana zdravila, kupljena v tujini, le v izjemnih in življenjsko važnih primerih, če so bila registrirana zdravila brezuspešna, vendar zgolj na podlagi utemeljenega strokovnega mnenja zdravstvene organizacije, ki po zakonu lahko preizkuša neregistrirana zdravila.

53. člen

V breme skupnosti se lahko predpisujejo tudi sredstva za preprečevanje nosečnosti, ki se uživajo, vendar le na podlagi predhodnega mnenja ginekologa ali zdravnika v disperzerju za varstvo žena.

54. člen

Upravičenec ima pravico do tistih vrst zobotehničnih in zoboprotetičnih sredstev, ter protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih priprav in v takem obsegu, kot določajo:

— pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokov trajanja za zoboprotetično pomoč in o protetičnih sredstvih,

— pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokov trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarné priprave,

— pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokov trajanja očesnih pripomočkov,

— pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokov trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora.

55. člen

Upravičenec, ki zahteva izdelavo zobotehničnih, protetičnih ali ortotičnih sredstev ali sanitarnih priprav iz boljšega materiala ali po višjem standardu, kot je določeno v ustreznem pravilniku, plača poleg obveznega prispevka še razliko v ceni.

56. člen

Pravico do neposrednega zdravstvenega varstva uveljavljajo in uresničujejo delovni ljudje in občani (v nadaljevanju: upravičenci), praviloma v zdravstveni organizaciji v občini oziroma na območju regionalne zdravstvene skupnosti.

Kadar upravičenec uveljavlja pravice iz zdravstvenega varstva na način, ki ni v skladu z določbami iz prejšnjih členov, krije zdravstvena skupnost stroške do višine, kot bi jih plačala po svojih samoupravnih aktih.

Kadar je upravičenec napoten na zdravljenje izven območja regionalne zdravstvene skupnosti, zdravstvena skupnost krije dejanske stroške zdravljenja.

57. člen

Upravičenci, ki imajo po zakonu lastnost zavarovane osebe in prebivajo zunaj območja regionalne zdravstvene skupnosti, uveljavljajo neposredno zdravstveno varstvo v najbližji ustrezni zdravstveni organizaciji.

58. člen

Upravičenci, ki so v tujini na delu ali zasebnem potovanju, imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo v primerih in v obsegu, kot ga določa samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

Natančnejše pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini določa zdravstvena skupnost s pravilnikom.

Upravičenci lahko uživajo pravice do zdravstvenega varstva, če je bilo pred odhodom v tujino z zdravniškim pregledom ugotovljeno, da nimajo bolezni, ki bi zahtevale zdravniški poseg ali stalno nadzorstvo. Če pregled ni bil opravljen, se povrnejo stroški zdravstvenega varstva, če ugotovi zdravniška komisija, da je bolezensko stanje, ki je zahtevalo zdravniško pomoč, nastalo po odhodu v tujino.

Upravičencu se povrnejo stroški zdravstvenega varstva v tujini najmanj v višini, kolikor bi znašali stroški istovrstnega zdravljenja v državi po predpisih zdravstvene skupnosti.

59. člen

Preglede pred vstopom na delo na območju skupnosti opravlja služba za medicino dela zdravstvenega doma glede na kraj delavčeve nameravane zaposlitve.

Pregledi pred vstopom na delo, opravljeni v zdravstvenih organizacijah izven območja skupnosti in na njihovi podlagi izdana zdravniška spričevala, ne veljajo za vstop na delo na območju skupnosti.

Organizacije ter zasebni delodajalci, ki sprejmejo na delo delavca brez poprejšnjega pregleda oz. brez zdravniškega spričevala iz prvega odstavka tega člena, plačujejo sami vse stroške zdravstvenega varstva, nastale zaradi kasneje odkritih bolezni, ki bi jih bilo mogoče ugotoviti pri pregledu pred vstopom na delo.

Stroški pregledov iz tega člena ne gredo v breme zdravstvene skupnosti.

60. člen

Kadar upravičenec potuje zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva, oziroma je napoten ali poklican v drug kraj zaradi uveljavljanja pravic po zakonu ali statutu skupnosti, mora praviloma uporabljati redna javna prevozna sredstva.

Glede na nujnost primera ali zdravstveno stanje upravičenca sme zdravnik določiti drugačen način prevoza in sicer z reševalnim avtomobilom, osebnim avtomobilom, drugimi sredstvi in sredstvi, ki jih ima na voljo ustrezna reševalna služba.

61. člen

Upravičenec je upravičen do prevoza z reševalnim avtomobilom, če gre za življenjsko nevarno bolezensko stanje ali za drugačen nujen primer, ko je po načelih zdravniške vede potrebna takojšnja zdravniška intervencija.

Upravičenec je upravičen do prevoza z reševalnim avtomobilom tudi v primeru nalezljive bolezni, za katero je obvezna prijava, v primeru duševne bolezni, če je bolnik nevaren za okolico in v primeru,

kadar je iz zdravstvenih razlogov potreben prevoz osebe, ki ne more hoditi ali le s težavo hodi in zato ne more uporabiti rednih javnih prevoznih sredstev.

62. člen

Ob odpustu bolnišnice odobri zdravnik te zdravstvene organizacije prevoz upravičenca z reševalnim avtomobilom na njegov dom, če to terja zdravstveno stanje.

Prevoze z reševalnimi avtomobili izven območja skupnosti, oziroma na razdalji več kot 50 km izven meje, lahko odobri samo predstojnik bolnišnice.

63. člen

Upravičenec lahko uporabi zasebno prevozno sredstvo, kadar ni na voljo javnih rednih prevoznih sredstev. Zavarovana oseba lahko uporabi namesto reševalnega avtomobila zasebno prevozno sredstvo, kadar reševalni avtomobil ni na razpolago.

Skupnost bremenijo prevozni stroški z zasebnim prevoznim sredstvom v višini, ki jo določa sindikalna lista. Zahtevi za povračilo prevoznih stroškov je dolžan upravičenec priložiti račun in ustrezno medicinsko dokumentacijo.

64. člen

Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov za potovanje do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvene organizacije, ki lahko nudi potrebno zdravniško pomoč. Do povračila potnih stroškov da bolj oddaljenega zdravnika oziroma zdravstvene organizacije je upravičena, če je najbližji zdravnik odsoten, zdravniška pomoč pa je nujna.

2. DENARNA NADOMESTILA IN POVRAČILA

65. člen

Delovni ljudje, ki so zavarovane osebe (zavarovanci in njihovi družinski člani) po zakonu ali tem statutu, imajo v zdravstveni skupnosti tudi druge pravice za zagotovitev socialne varnosti v primeru bolezni, poškodbe, poroda in smrti: do nadomestila OD, povračila stroškov prehrane in nastanitve v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva ter denarnih dajatev ob smrti zavarovane osebe.

Primere, pogoje in obseg teh pravic določa samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja enotno na območju regijske skupnosti.

66. člen

Zdravstveno stanje in primere, ki upravičujejo zavarovanca do nadomestila osebnega dohodka, ugotavljajo zdravniki, ki jih pooblasti skupnost v pogodbi z zdravstveno organizacijo (prijavljeno zdravnik). Zoper odredbo pristojnega zdravnika o začasni zadržanosti od dela lahko zavarovanec ugovarja v 48 urah na zdravniško komisijo.

Delavci zaposleni v organizacijah, ki imajo obratne ambulante, ali pa so sklenile z zdravstveno organizacijo pogodbo o zdravstvenem varstvu za svoje delavce, uveljavljajo pravico po prejšnjem odstavku pri zdravnikih v teh ambulantah oziroma v teh zdravstvenih organizacijah.

Če organizacija nima obratne ambulante in tudi ne zdravnika, ki bi bil po prejš-

njem odstavku pooblaščen za presojo zadržanosti od dela, uveljavlja zavarovanec presojo pri svojem izbranem zdravniku, če ta dela v najbližjem zdravstvenem domu glede na kraj bivanja ali zaposlitve.

Če si je zavarovanec izbral zdravnika izven kraja bivanja ali zaposlitve je zanj pristojen zdravnik po 2. ali 3. odstavku tega člena.

67. člen

Kadar zaposleni zavarovanec zahteva nujno zdravniško pomoč ali zdravniško pomoč med začasno spremembo bivališča, sme od zdravstvene organizacije zahtevati le zdravstveno varstvo in izvajanje ukrepov, ki so v zvezi z zdravljenjem, nima pa pravice zahtevati, da odloči o njegovi zadržanosti od dela.

68. člen

Zdravniki-specialisti, ki delajo v specialistično-ambulantni službi, ne odločajo o začasni zadržanosti od dela.

69. člen

Pristojni zdravnik lahko pošlje zavarovanca na pregled ZK, ki oceni njegovo nezmožnost za delo.

ZK določi primere, ko mora pristojni zdravnik po določenem času obvezno poslati zavarovanca na pregled zaradi presoje njegove delanezmožnosti.

Zoper ocenitev ZK lahko ugovarja zavarovanec v 48 urah na komisijo zdravnikov-izvedencev.

70. člen

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

71. člen

Zavarovanec dokazuje začetek zadržanosti od dela z zdravstveno izkaznico, v katero pristojni zdravnik vpiše začetek zadržanosti.

Pravice zaradi nezmožnosti za delo gredo zavarovancu praviloma od dne, ko to ugotovi pristojni zdravnik.

Za čas pred tem dnem lahko zavarovanec uveljavlja zadržanost od dela, če ni mogel priti do pristojnega zdravnika zaradi narave obolenja, oddaljenosti ali drugih tehničnih razlogov. V takšnih primerih lahko pristojni zdravnik odobri zadržanost največ 3 dni pred dnem, ko se je zavarovanec zgledal pri njem, če pri pregledu še lahko ugotovi znake obolenja. Izjemoma lahko odobri pristojni zdravnik zadržanost od dela tudi za več kot 3 dni nazaj v utemeljenih primerih na podlagi dokumentacije zdravstvene organizacije, v kateri se je zavarovanec pred tem zdravil. Daljšo zadržanost lahko odobri v drugih primerih zdravniška komisija na podlagi osebnega pregleda zavarovanca in zdravstvene dokumentacije o zdravstvenem stanju zavarovanca.

72. člen

Med nezmožnostjo za delo je zavarovanec dolžan ostati in se zdraviti v kraju, kjer je bival ob začetku zadržanosti od dela.

Spremembo bivališča med zadržanostjo od dela do 30 dni sem odobriti zavarovancu pristojni zdravnik, če so v kraju boljše in ustrežnejše možnosti za bivanje in negovanje in če te boljše možnosti lahko pripomorejo do hitrejšega ozdravljenja in do hitrejšega usposobitve za delo. Potni stroški v takem primeru ne bremenijo skupnosti.

Če je potrebna sprememba bivališča nad 30 dni, napoti pristojni zdravnik zavarovanca na zdravniško komisijo zaradi odločitve o kraju bivališča, o trajanju biva-

nja, o povračilu potnih stroškov ter o odločitvi, ali in kdaj naj se zavarovanec ponovno zgleda pristojnemu zdravniku ali zdravniški komisiji.

Potni stroški grede v breme skupnosti, kadar zdravniška komisija pošlje zavarovanca iz terapevtskih razlogov na zdravljenje v drug kraj.

Zavarovanec, ki mu je odobrena sprememba bivališča, nadaljuje zdravljenje v najbližjem zdravstvenem domu glede na novi kraj bivanja.

73. člen

Če zavarovanec med zdravljenjem samovoljno odide iz kraja bivališča, se šteje, da namenoma preprečuje zdravljenje oziroma usposobitev za delo.

74. člen

Izjemoma se lahko podaljša zadržanost od dela zaradi negovanja obolelega otroka do 7 let starosti in drugih ožjih družinskih članov, če so izpolnjeni pogoji:

1. da je zdravstveno stanje negovanega družinskega člana tako, da bi bila brez ustrezne domače nege potrebna premestitev v bolnišnico;

2. da negovani družinski član živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem, ki ga neguje;

3. da v gospodinjstvu ni drugih odraslih članov, ki so sposobni negovati obolelega družinskega člana;

4. da z zamenjavo delovnega časa odraslih članov, ki žive v gospodinjstvi skupnosti, ni mogoče zagotoviti ustrezne nege.

Čas zadržanosti od dela in izjemnega podaljšanja zadržanosti od dela zaradi negovanja obolelega otroka do 7 let starosti ali ožjega družinskega člana v posameznem primeru skupaj ne smeta presežati 90 dni.

75. člen

Predlogu za podaljšanje mora biti priložena podrobna medicinska utemeljitev, o predlogu odloča na podlagi mnenja zdravniške komisije odbor za reševanje prošelj, ugovorov in pritožb.

Zavarovanec, ki uveljavlja podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka zaradi negovanja obolelega otroka oziroma družinskega člana, potrdi s posebno pismeno izjavo, da so izpolnjeni pogoji iz tega statuta.

Zavarovančeva izjava mora biti predložena zdravniški komisiji prve stopnje, ki ob upoštevanju socialnih in življenjskih razmer zavarovanca in obolelega otroka oziroma družinskega člana ustrezno odloči.

76. člen

Pravica do nadomestila osebnega dohodka zaradi nege otroka do 7 let starosti gre praviloma njegovi materi.

77. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka uveljavlja zavarovanec:

1. pri skupnosti v primeru, ko gre nadomestilo osebnega dohodka v njeno breme

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

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

Pravico do drugih denarnih dajatev oziroma povračil uveljavlja zavarovanec pri zdravstveni skupnosti.

Zdravstvena skupnost se lahko dogovori z organizacijo združenega dela, da uveljavljajo zavarovanci nadomestilo osebnega dohodka ter druge denarne dajatve in povračila neposredno pri organizaciji tudi takrat, kadar grede te dajatve v breme skupnosti.

78. člen

Pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve lahko uveljavlja zavarovana oseba z dokazilom o trajanju odsotnosti zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva.

79. člen

Spremljevalec je upravičen do povračila stroškov z istim prevoznim sredstvom kot zavarovana oseba, razen če je prevoz spremljevalca že vračunan v plačilu prevoznega sredstva za zavarovano osebo.

80. člen

Izplačilo pogrebne in posmrtnine se uveljavlja na podlagi poročila o smrti zavarovane osebe in ustreznega dokazila ali pismene izjave tistega, ki je oskrbel pogreb in ga plačal, izplačilo posmrtnine pa še na podlagi podatkov o osebnem dohodku.

Sedmi del

ZAVAROVANE OSEBE

ZAVAROVANCI

81. člen

V zdravstveni skupnosti združujejo sredstva za zagotovitev svobodne menjave dela v zdravstveni dejavnosti delovni ljudje - zavarovanci.

Zavarovanci zagotavljajo v zdravstveni skupnosti z zdravstvenim zavarovanjem po načelih vzajemnosti in solidarnosti sebi in svojim družinskim članom tudi druge oblike socialne varnosti v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

V zdravstveni skupnosti združujejo sredstva tudi drugi zavarovanci, ki jih določa zakon.

82. člen

Delovni ljudje pridobijo lastnost zavarovanca, ko pridobijo lastnost delavca v združenem delu, oziroma ko sklenejo delovno razmerje z zasebnim delodajalcem in delajo najmanj polovico polnega delovnega časa.

Drugi delovni ljudje in občani pridobijo lastnost zavarovanca z dnem in ob pogojih, ko nastopijo okoliščine, navedene v tem statutu.

Zavarovancu preneha zavarovanje v skupnosti v primeru, ko prenehajo dejavnost, svojstvo ali okoliščine, navedene v tem statutu.

Zavarovancu preneha zavarovanje v skupnosti, ko preneha dejavnost, svojstvo in okoliščina, na podlagi katere je zavarovan, zavarovanje pa mu gre, če po tem času dobiva nadomestilo osebnega dohodka iz zdravstvenega zavarovanja.

83. člen

Delovni ljudje-zavarovanci v tej zdravstveni skupnosti so:

1. delavci v združenem delu ali delovnem razmerju pri zasebnih delodajalcih, ki delajo najmanj polovico polnega delovnega časa,

2. izvoljeni delegati v skupščinah družbeno-političnih skupnosti ter samoupravnih in družbenih organizacijah, če jim je opravljanje dolžnosti v tej funkciji edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno povračilo.

3. člani obrtnih in ribiških zadrug, če jim je delo v zadrugi edini ali glavni poklic,

4. učenci v poklicnem izobraževanju in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli, ali pri zasebnem delodajalcu,

5. osebe, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov,

6. osebe na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega zgubile lastnost delavca v združenem delu, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta,

7. občani, ki jih pošlje organizacija pred pridobitvijo lastnosti delavca v združenem delu kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se s tem strokovno usposobijo ali izpopolnijo,

8. udeleženci javnih del in mladinskih delovnih akcij, ki so invalidsko zavarovani za vse primere invalidnosti,

9. osebe na pouku za obrambo in zaščito v mladinskih učnih enotah in centrih za pouk mladine,

10. začasno nezaposlene osebe po končanem študiju,

11. učenci srednjih šol ter študentje višjih in visokih šol ter akademij,

12. kmetje, preužitkarji, uživalci stalnih kmečkih preživnin ter uživalci kmečkih starostnih pokojnin,

13. začasno nezaposleni delavci, dokler so prijavljeni skupnosti za zaposlovanje, pod pogoji, ki jih določijo ta skupnosti,

14. uživalci prejemkov iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja,

15. uživalci stalnih priznavaln, družbenih preživnin in stalne, to je za več kot 6 mesecev priznane družbene pomoči.

84. člen

Za zavarovance iz 5. točke 83. člena, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, se pod pogojem, da opravljajo to dejavnost kot glavni in edini poklic in so pokojninsko in invalidsko zavarovani, štejejo:

1. osebe, ki opravljajo obrtno, gostinsko, avtoprevozniško in brodersko dejavnost ter prodajo na drobno in so po predpisih registrirani in evidentirani,

2. osebe, ki jim je priznana lastnost umetnika (književniki, prevajalci znanstvenih in umetniških del in drugi) filmski umetniki in filmski delavci, novinarji, odvetniki, arhitekti, športniki, duhovniki, kolporterji tiska, ulični in železniški prtljažni nosači in drugi,

3. osebe, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo kot samostojno dejavnost in so člani poklicne strokovne organizacije,

4. osebe, ki z osebnim delom opravljajo kakršnokoli dejavnost, če za svoje osebno delo prejemajo plačilo, oziroma ustvarjajo dohodek v višini najmanjšega osebnega dohodka, ugotovljenega po pristojnem organu.

85. člen

Če zakonec ali otroci zavarovanca — samostojnega obrtnika, ki je umrl, se naprej vodijo obratovalnico po veljavnih predpisih (po poslovodji), se šteje, da opravljajo samostojno dejavnost po tem statutu.

86. člen

Zavarovanci, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov in hkrati opravljajo tudi kmetijsko dejavnost, so zdravstveno zavarovani po 84. členu, če imajo pretežni del svojih dohodkov iz opravljanja samostojne dejavnosti.

87. člen

Začasno nezaposleni delavci pokončanem študiju (10. točka 83. člena) so zavarovanci, če so redno priglasi pri skupnosti za

zaposlovanje in če so se pri tej skupnosti priglasi v 60 dneh:

— od dneva, ko so končale strokovno usposobitev ali srednjo šolo,

— od dneva, ko jim je prenehal status študenta višje ali visoke šole ter akademije,

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

88. člen

Za zavarovance iz 12. točke 83. člena se štejejo osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic in jim ne gre svojstvo zavarovanca po drugi osnovi. Šteje se, da opravlja kmetijsko dejavnost kot svoj edini in glavni poklic oseba:

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

89. člen

Za zavarovance kmete se štejejo tudi člani gospodinjstva zavarovancev iz prejšnjega člena (bratje in sestre, zavarovančevi otroci, strici in tete, tasti in tašče ter svaki in svakinje) pod pogojem, da opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovančevem gospodarstvu kot edini in glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane, oziroma jim ni na kakšni drugi podlagi zagotovljeno zdravstveno varstvo. Za preužitkarje se štejejo osebe, ki jim je kmečki preužitek glavni vir za preživljanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem, za uživalce stalnih preživnin pa osebe, ki prejemajo preživnine od občinskih skupščin oziroma organizacij združenega dela.

Zavarovanci-kmetje so tudi uživalci kmečkih starostnih pokojnin z dnem, ko jim je priznana pravica do pokojnine.

Zdravstvena skupnost zagotavlja neposredno zdravstveno varstvo tudi članom družinske in gospodinjske skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanca iz 1. do 5. in 14. točke 83. člena, ki se na zavarovančevem zemljišču ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edini in glavnim poklicem in niso z zavarovancem v delovnem razmerju ter tudi ne spadajo med njegove družinske člane.

90. člen

Osebe iz 13. točke 83. člena so zavarovanci, če so redno priglasi pri pristojni skupnosti za zaposlovanje in so se tej skupnosti priglasi v 30 dneh od dneva:

— ko jim je prenehala lastnost delavca v združenem delu, oziroma delovno razmerje pri zasebnem delodajalcu, ali lastnost zavarovanca na podlagi opravljanja samostojne dejavnosti, oziroma ko prenehajo dobivati nadomestilo osebnega dohodka, do katerega imajo pravico po samoupravnem sporazumu o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o drugih pravicah iz zdravstvenega zavarovanja,

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

— ko so odpuščene iz kazenskega popboljševalnega zavoda, oziroma iz zavoda za varstvo in zdravljenje, če je bil zoper njih izrečen tak varnostni ukrep,

— po končani rehabilitaciji.

91. člen

Osebe iz 83. člena so zavarovane v tej skupnosti, če na njenem območju opravljajo dejavnost, po kateri so zavarovane, oziroma če stalno prebivajo na območju skupnosti, če niso zavarovane na podlagi opravljanja dejavnosti, če je na njenem območju skupnost za zaposlovanje, pri kateri so prijavljene, oziroma organ ali organizacija, ki ji izplačuje stalne priznavnine, preživnine in stalne družbene pomoči.

Če je zavarovanec poslan na začasno delo na območju druge zdravstvene skupnosti ali nastopi delo v tujini, ostane med tem časom zavarovan pri prejšnji zdravstveni skupnosti.

92. člen

Zavarovanci so tudi osebe:

1. ki so sklenile v tujini delovno razmerje, če niso zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

2. ki jim je prenehala lastnost delavca v združenem delu, pa se v tujini strokovno izpopolnjujejo in dobivajo štipendijo, če niso zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

3. ki uživajo pravice izključno od tujega nosilca pokojninskega ali invalidskega zavarovanja, če jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno z mednarodnimi sporazumi na stroške tujega nosilca zdravstvenega zavarovanja;

4. izseljenci-povratniki.

Osebe iz tretje točke tega člena so zavarovanci skupnosti, kadar se po prihodu iz tujine in pridobitvi pravice stalnega prebivališča prijavijo skupnosti.

Izseljenci-povratniki so zavarovani, ko se priglasi pristojni skupnosti za zaposlovanje.

93. člen

Kmetje kooperanti, ki niso zavarovani kot kmetje, pridobijo lastnost zavarovanca v zdravstveni skupnosti z dnem, ko pridobijo lastnost zavarovanca v pokojninskem in invalidskem zavarovanju.

DRUŽINSKI ČLANI ZAVAROVANCEV

94. člen

Kot družinski člani zavarovancev so zavarovani:

— ožji družinski člani: zavarovančev zakonec, zakonski in nezakonski otroci, posvojenci in pastorki;

— širši družinski člani: vzdrževani zavarovančevi starši, očim in mačeha, posvojitelj in posvojiteljica ter otroci, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja (vnuki, bratje, sestre in rejenci).

Družinski člani iz prejšnjega odstavka so zavarovani, če izpolnjujejo po tem statutu določene pogoje.

95. člen

Zavarovančev zakonec je zavarovan:

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

2. dokler je z njim v zakonu.

Pravice do zdravstvenega varstva in zavarovanja obdrži:

1. zakonec umrlega zavarovanca, ki po njegovi smrti ni pridobil pravice do družinske pokojnine, ker ni dopolnil določene starosti, če je bil ob zavarovančevi smrti star 40 let (žena) oziroma nad 55 let (mož). Če zakonec ni star 40 (žena) oziroma 55 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno priglasi pri pristojni skupnosti za zaposlovanje, če se priglasi v 6 mesecih od zavarovančeve smrti;

2. razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo priznana preživnina, če je bil ob razvezi zakona star nad 45 let (žena) oziroma nad 60 let (mož). Za zakonca, ki ob razvezi zakona še ni bil star 45 let (žena) oziroma 60 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, če je invalid I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, ali če se prikladi v 6 mesecih pri pristojni skupnosti za zaposlovanje.

96. člen

Zavarovančevi otroci, zakonski in nezakonski, posvojenci in pastorki ter otroci, ki jih je vzel k sebi in jih preživlja, so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če pa se šolajo, pa do konca predpisanega rednega šolanja, vendar najdalj do dopolnjenega 26. leta starosti.

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

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

Zavarovani so tudi otroci iz prvega odstavka tega člena, ki postanejo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju po preteku časa iz prvega, drugega oziroma tretjega odstavka tega člena, dokler traja nezmožnost, če jih zavarovanec preživlja.

97. člen

Zavarovančevi otroci in otroci, ki jih je vzel k sebi in jih preživlja od 15. do 18. leta starosti, so zavarovani, če:

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

Zavarovančevi otroci iz prejšnjega odstavka so zavarovani kot družinski člani le, če se prijavijo v roku 60 dni od dneva, ko so končali šolanje, pristojni skupnosti za zaposlovanje.

98. člen

Zavarovančevi starši so zdravstveno zavarovani:

1. če so dopolnili 55 let starosti (mati) oziroma 60 let (oče),
2. če so mlajši, pa so pridobitno nezmožni in je ta nezmožnost enaka invalidnosti I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju,
3. če jih zavarovanec preživlja in če sami nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov.

99. člen

Steje se, da starši nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov:

1. če nimajo nobenih lastnih dohodkov,
2. če imajo lastne dohodke iz enega ali več virov, pa skupno ne presegajo mesečno 2/3 zneska predpisanega najmanjšega osebnega dohodka, ki ga določajo republiški predpisi, pri čemer se dohodki iz kmetijstva računajo v 6-kratnem znesku katastrskega dohodka, dohodki oproščeni davka pa se všttevajo na podlagi idealne davčne osnove. Dohodki po tej točki so čisti mesečni dohodki po odbitku prispevkov in davkov.

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

Steje se, da zavarovanec preživlja starše, če živijo z njim v gospodinjstvi skupnosti ali redno mesečno prispeva k njihovem vzdrževanju najmanj 1/3 predpisanega najmanjšega osebnega dohodka.

Starši so zavarovani pod pogoji iz prejšnjega člena tudi po zavarovančevi smrti, če ne morejo uveljaviti pravice do družinske pokojnine.

100. člen

Vnuki, bratje, sestre in rejenci so zavarovani pod pogoji, ki so določeni za zavarovančeve otroke in pod pogojem, da jih zavarovanec preživlja in da sami nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov, navedenih v prejšnjem členu.

101. člen

Družinski člani tujcev-zavarovancev so zavarovani, dokler živijo na območju Jugoslavije, če ni z mednarodnimi pogodbami drugače določeno.

UGOTAVLJANJE IN UVELJAVLJANJE LASTNOSTI ZAVAROVANE OSEBE

102. člen

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

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico oziroma z drugo predpisano listino.

Obrazec zdravstvene izkaznice ali listine, s katero se dokazuje lastnost zavarovane osebe, način njenega izdajanja in uporabo ter druge obrazce v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja predpiše regionalna zdravstvena skupnost s posebnim aktom.

103. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotovi zdravstvena skupnost na podlagi predpisane prijave zavarovanja, z izdajo zdravstvene izkaznice, oziroma z drugo predpisano listino ali posebnim obvestilom, kadar se ta ugotovi po uradni dolžnosti.

Če skupnost osebi, za katero je vložena prijava zavarovanja, odreče lastnost zavarovane osebe, ji o tem mora izdati pisмено obvestilo najkasneje v 30 dneh po vložitvi prijave.

Če skupnost v roku iz prejšnjega odstavka ne izda obvestila, da odreka lastnost zavarovane osebe, se šteje, da je osebi ta lastnost priznana.

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

Zoper obvestilo, s katerim se odreče lastnost zavarovane osebe, ima prizadeti pravico pritožbe na drugostopni organ skupnosti v 15 dneh po prejemu obvestila.

Zoper dokončno odločbo, s katero skupnost odreče priznanje lastnosti zavarovane osebe, lahko prizadeti zaradi varstva pravic vložijo tožbo pri pristojnem sodišču združenega dela.

104. člen

Prijavo za zavarovanje vložijo za delavca organizacija združenega dela, delovna skupnost in druga organizacija, oziroma delodajalec, za druge zavarovance organ, ki je zavezan za plačevanje prispevka za njegovo zavarovanje in zavarovanec sam, če mora sam plačevati prispevek.

Prijava se mora vložiti pri strokovni službi v 8 dneh po pridobitvi lastnosti zavarovanca. V istem roku mora zavezanec odjaviti iz zavarovanja osebo, ki ji je lastnost zavarovanca prenehala, oziroma pri-

javiti spremembe, ki so nastale v okoliščinah, ki vplivajo na pravice zavarovanca.

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

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

105. člen

Za delavca, ki prvič pridobi lastnost delavca v združenem delu, ali stopi v delovno razmerje, ali združi svoje delo po več kot šestmesečni prekinitvi, se mora prijavi za zavarovanje priložiti izvid opravljenega zdravniškega pregleda s strokovnim mnenjem zdravnika, da je zdravstveno sposoben za predvideno delo.

106. člen

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

107. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja gredo zavarovani osebi od dneva, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovancu od dneva, ko nastopi delo, oziroma ko na drug način dobi lastnost zavarovanca, pa do preteka tridesetega dneva od dneva, ko neha biti zavarovanec.

Kot dan pridobitve lastnosti zavarovanca se šteje tudi dan, ko zavarovanec odide na pot, da nastopi delo, oziroma dolžnost po sklepu o sprejemu na delu.

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

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

108. člen

Družinskim in gospodinjstkim članom zavarovanca se zagotavlja zdravstveno varstvo ves čas, v katerem se zagotavlja zavarovancu. Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi za tisti čas, ko je zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na odsluženju vojaškega roka.

Družinskim članom zavarovanca, ki prestaja zaporno kazen, se zagotavlja zdravstveno varstvo, če zavarovancu med prestajanjem kazni ni prenehala lastnost delavca v združenem delu ali delovno razmerje pri zasebnem delodajalcu.

Osmi del

FINANCIRANJE

109. člen

V skladu s samoupravnim sporazumom o ustanovitvi zdravstvene skupnosti, si

zdravstvena skupnost zagotavlja rizično sposobnost in svobodno menjavo dela, kakor tudi skladen razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih organizacij, njihove zmogljivosti, sodoben razvoj zdravstvene vede in dejavnosti ter strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev, z združevanjem sredstev v regionalni zdravstveni skupnosti in za uresničevanje skupnih interesov na območju republike v Zdravstveni skupnosti Slovenije.

110. člen

Zdravstvena skupnost združuje sredstva tudi za učence srednjih šol ter študente višjih in visokih šol ter akademij. Prispevek za zdravstveno varstvo zavarovancev iz prejšnjega odstavka plačujejo, obračunavajo in odvajajo plačniki, ki jih določi samoupravni sporazum med Izobraževalno skupnostjo SR Slovenije, Zvezo socialistične mladine Slovenije, Univerzo in Zdravstveno skupnostjo Slovenije.

111. člen

Za financiranje dogovorjenega programa zdravstvenega varstva združujejo svoja sredstva v zdravstveni skupnosti:

– zavarovanci, ki prispevajo za zagotavljanje zdravstvenega varstva in drugih pravic iz zdravstvenega zavarovanja določeni del osebnih dohodkov,

– organizacije združenega dela, delovne skupnosti in zasebni delodajalci, ki prispevajo tisti del svojega dohodka, ki je določen za zavarovanje za nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo,

– skupnosti pokojninskega in invalidskega zavarovanja s prispevki za zdravstveno varstvo upokojujencev in invalidov,

– skupnosti za zaposlovanje s prispevki za zdravstveno varstvo začasno nezaposlenih in izseljencev-povratnikov, ki se prijavijo za zaposlitev,

– organi in organizacije, ki izplačujejo stalne priznavalnine, družbene preživnine in stalne družbene denarne pomoči s prispevki za zdravstveno varstvo uveljavcev teh pravic,

– zavarovanci iz 57. člena zakona o zdravstvenem varstvu sami s svojimi prispevki, če z ratificiranimi mednarodnimi sporazumi ni določeno drugače,

– uporabniki zdravstvenega varstva s prispevki k stroškom zdravstvenega varstva.

112. člen

Prispevke iz 149. člena zakona o zdravstvenem varstvu plačujejo, obračunavajo in odvajajo:

– za zavarovance iz prvega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih so zaposleni; organi, v katere so izvoljeni; zadruga, pri katerih delajo; organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih so v uku ali na praksi; občani, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, plačujejo prispevke sami iz svojih sredstev;

– za zavarovance iz drugega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih delajo kot delavci, organ ali organizacija, ki daje stipendijo, organizator javnih del, mladinskih delovnih akcij in pouka za obrambo in zaščito, za začasno nezaposlene osebe pa skupnost za zaposlovanje;

– za zavarovance iz tretjega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu plačniki, ki jih določijo samoupravni sporazumi med ustreznimi samoupravnimi interesnimi skupnostmi;

– za zavarovance iz četrtega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu: kmetje zase in za svoje družinske člane ter za osebe, ki jim morajo dajati preužitek; za uveljavce stalnih kmečkih preživnin organ

ali organizacija, ki jim izplačuje preživnino;

– za zavarovance iz petega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu: za začasno nezaposlene skupnost za zaposlovanje; za uveljavce prejemkov iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja; za uveljavce izjemnih pokojnin, stalnih priznavalnin, družbenih preživnin in stalne družbene pomoči pa organ ali organizacija, ki jim jih izplačuje;

– za zavarovance iz 70. člena zakona o zdravstvenem varstvu: organizacije, zasebni delodajalci oziroma skupnosti, ki so zavezani za njihovo zavarovanje.

Obveznosti zavezancev iz prejšnjega člena uveljavlja regionalna zdravstvena skupnost.

113. člen

Prispevki morajo biti izraženi v stopnji oziroma pavšalu in jih določi skupščina zdravstvene skupnosti po predhodni obravnavi med delovnimi ljudmi in občani na območju zdravstvene skupnosti.

Stopnje prispevkov so enotne in proporcionalne, pri tem se upošteva, ali so osebe zavarovane za vse, ali samo za posamezne zavarovane primere.

114. člen

Prispevne stopnje oziroma pavšali iz prejšnjega člena se določijo oziroma dogovorijo v skladu z družbenim planom, resolucijo o družbeno-ekonomski politiki in družbenim dogovorom o skupni porabi, ter morajo biti zaradi enotnosti pravic in zdravstvenega zavarovanja na območju regije enake.

Skupščina skupnosti določa ustrezno dogovorom iz prvega odstavka osnove za določanje prispevkov in pavšalne zneske prispevkov za zavarovance zunaj združenega dela in delovnih razmerij.

115. člen

Za financiranje posameznih nalog zdravstvene skupnosti se določijo s pogodbo ali samoupravnim sporazumom prispevki in pavšali iz dela osebnih dohodkov, namenjenih za zadovoljevanje osebnih potreb, tudi nad okviri iz prejšnjega člena.

SODELOVANJE Z DRUŽBENOPOLITIČNIMI SKUPNOSTMI, SKUPNOSTMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, ZDRAVSTVENIMI ORGANIZACIJAMI IN DRUGIMI ORGANIZACIJAMI NA OBMOČJU OBČINE

116. člen

Skupščina občinske zdravstvene skupnosti enakopravno s pristojnimi zbori občinske skupščine odloča v okviru sredstev, za katere se je dogovorila v regiji:

– o splošni politiki na področju zdravstvenega varstva;

– o politiki, načrtih in programih razvoja in pospeševanja zdravstvene dejavnosti;

– o drugih vprašanih s področja zdravstvenega varstva, ki se na podlagi ustave in zakona urejajo z odloki in drugimi splošnimi akti občinske skupščine.

117. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti sprejema v soglasju z občinsko skupščino od-

ločitve, ki so bistvenega pomena za uresničevanje pravic in obveznosti delovnih ljudi, združenih v skupnosti in so določene z zakonom ali odlokom občinske skupščine. Pred odločitvijo o soglasju razpravljajo in usklajujejo stališča delegati skupščine zdravstvene skupnosti z delegati pristojnih zborov občinske skupščine.

118. člen

Zdravstvena skupnost usklajuje razvojno politiko in programe zdravstvenega varstva s cilji ekonomskega in družbenega razvoja občine, določenimi v družbenih planih občine, z družbenim dogovarjanjem.

119. člen

Zaradi usklajevanja družbenih dejavnosti na območju občine, zaradi zagotovitve ustrezne vloge zdravstvene dejavnosti pri razvijanju produktivnosti dela in družbene reprodukcije, zaradi ustreznega sodelovanja v zdravstveni preventivi in varstvu ter izboljševanju življenjskega in delovnega okolja ter organiziranja priprav za splošni ljudski odpor, se povezuje in sodeluje zdravstvena skupnost tudi z drugimi skupnostmi, društvi, zdravstvenimi organizacijami in združenim delom.

120. člen

V sodelovanju z drugimi družbenopolitičnimi skupnostmi in drugimi skupnostmi, društvi in organizacijami, daje zdravstvena skupnost pobude in sprejema obveznosti po dogovoru z regionalno zdravstveno skupnostjo.

Deveti del

OPRAVLJANJE STROKOVNIH, ADMINISTRATIVNIH IN TEHNIČNIH OPRAVIL

121. člen

Strokovne, finančne in administrativne zadeve opravlja za zdravstveno skupnost strokovna služba Regionalne zdravstvene skupnosti Kranj.

Na strokovno službo se ne morejo prenašati pravice, pooblastila in odgovornosti zdravstvene skupnosti.

Deseti del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

122. člen

Učenci srednjih šol iz 110. člena tega statuta ostanejo do sklenitve samoupravnega sporazuma zavarovani kot družinski člani.

123. člen

Dokler ne bodo izdani novi ustrezni predpisi, se še uporabljajo: 64

1. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in plačevanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Ur. l. SRS št. 2/74).

2. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71).

3. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71).

4. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za omogočanje glasnega govora (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71).

5. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za zobno protetično pomoč in o protetičnih

sredstvih (Uradni vestnik Gorenjske številka 1/71).

6. Pravilnik o pogojih in načinu pošiljanja zavarovanih oseb v naravna zdravilišča (Uradni list SRS št. 33/72).

7. Pravilnik o imenovanju in delu zdravniških komisij (Uradni list SRS številka 35/72).

124. člen

Določbe tega statuta razlaga skupščina zdravstvene skupnosti.

125. člen

Spremembe in dopolnitve statuta se sprejemajo po enakem postopku kot statut.

Kadar se ta statut spreminja samo v tem, da se njegovo besedilo prilagodi spremembam zakona ali samoupravnih

sporazumov, se ne uporablja celotni postopek, ampak spremembe ugotovi skupščina zdravstvene skupnosti.

126. člen

Ta statut začne veljati, ko ga sprejme skupščina zdravstvene skupnosti na seji obeh zborov in ga potrdi občinska skupščina, uporablja pa se od 1. 1. 1976.

Radovljica, dne 2. 12. 1975

Številka: 02-1/76-02/3

Skupščina občinske
zdravstvene skupnosti
Radovljica

Predsednik:
ing. Vinko Čuden, s. r.

39.

Na podlagi 12. člena zakona o zdravstvenem varstvu (Ur. l. SRS šte. 38/74 in 1/75) in 26. člena samoupravnega sporazuma o ustanovitvi Občinske zdravstvene skupnosti Škofja Loka, je skupščina skupnosti na seji obeh zborov, dne 2. 12. 1975 sprejela

STATUT OBČINSKE ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI ŠKOFJA LOKA

Prvi del

TEMELJNA NAČELA

1. člen

Občinska zdravstvena skupnost Škofja Loka (v nadaljnjem besedilu: zdravstvena skupnost) je ustanovljena s samoupravnim sporazumom z dne 17. 1. 1975 kot samoupravna interesna skupnost uporabnikov in izvajalcev zdravstvenega varstva zaradi uresničevanja skupnih interesov in potreb ter svobodne menjave dela na območju občine Škofja Loka.

Zdravstvena skupnost je s samoupravnim sporazumom o ustanovitvi regionalne zdravstvene skupnosti z dne 23. 1. 1975 združena v Regionalno zdravstveno skupnost Kranj.

2. člen

Zdravstvena skupnost je pravna oseba. Sedež zdravstvene skupnosti je v Škofji Loki, Stara cesta 12. Zdravstvena skupnost ima pečat okrogle oblike z označbo imena in sedeža skupnosti.

Zdravstveno skupnost predstavlja predsednik skupščine.

3. člen

V zdravstveni skupnosti si delovni ljudje in občani kot uporabniki zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: uporabniki) zagotavljajo zdravstveno varstvo in druge oblike socialne varnosti ob pogojih, ki jih določa zakon, samoupravni sporazumi in ta statut, pri čemer se uporabniki dogovorijo z izvajalci zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: izvajalci)

o programu zdravstvenega varstva in drugih oblikah socialne varnosti.

4. člen

Delovni ljudje in občani, združeni v zdravstveni skupnosti, na podlagi enakopravnega odločanja in svobodne menjave dela, v okviru sredstev, združenih v regionalni zdravstveni skupnosti:

- določajo pravice in obveznosti iz zdravstvenega varstva;
- skrbijo za neposredno uveljavljanje in uresničevanje pravic iz zdravstvenega varstva;
- uresničujejo svobodno menjavo dela;
- določajo politiko razvoja zdravstvenega varstva;
- skrbijo za vzgojo in izobraževanje zdravstvenih delavcev;
- sprejemajo program zdravstvenega varstva;
- obravnavajo programe in dejavnosti zdravstvenih organizacij ter sprejemajo oziroma predlagajo potrebne ukrepe;
- sprejemajo in obravnavajo problematiko osnovnega zdravstvenega varstva in preskrbe z zdravili v občini;
- sklepajo samoupravne sporazume in družbene dogovore;
- soodločajo z občinsko skupščino v zadevah zdravstvenega varstva v skladu s statutom občine;
- obravnavajo problematiko in pristojnosti regionalne zdravstvene skupnosti ter ji dajejo svoja stališča in predloge;
- sodelujejo z drugimi samoupravnimi skupnostmi v občini;
- uresničujejo druge skupne interese na področju zdravstva.

5. člen

Zdravstvena skupnost ureja zadeve iz svojega delovnega področja s samoupravnimi splošnimi akti, in sicer:

- z družbenim dogovorom o skupni porabi v občini;
- s samoupravnimi sporazumi;
- s statutom zdravstvene skupnosti;
- s programi zdravstvenega varstva;
- s sklepi in pravilniki skupščine in drugih organov v zdravstveni skupnosti.

Drugi del

NAČIN OBVEŠČANJA IN JAVNOST DELA

6. člen

Delo zdravstvene skupnosti in njenih organov je javno. Skupščina zdravstvene skupnosti in njeni organi so dolžni obveščati delovne ljudi in občane, združene v zdravstveni skupnosti, kot tudi občinsko skupščino in družbeno-politične dejavnike v občini o uresničevanju programov zdravstvenega varstva in o uporabi združenih sredstev ter o načinu zagovitve neposrednega zdravstvenega varstva in drugih oblik socialne varnosti na svojem območju.

Delovni ljudje in občani morajo biti popolno in sproti obveščeni o stvarih, ki pomenijo njihove neodtujljive pravice in o predpisih in aktih, ki se tičejo razvoja na področju zdravstvenega varstva.

7. člen

Zdravstvena skupnost obvešča delovne ljudi in občane o stanju in o problemih

zdravstvene skupnosti praviloma po delegatih, in sicer na zborih delovnih ljudi in občanov, s posebnimi poročili, z objavo v občinskem glasilu ali z drugimi sredstvi javnega obveščanja.

Samoupravni splošni akti zdravstvene skupnosti se objavljajo v Uradnem vestniku Gorenjske. Če samoupravni splošni akt zadeva več zdravstvenih skupnosti z območja regije, se ta objavi v Uradnem listu SR Slovenije.

Tretji del

ORGANI ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI IN NJIHOVO DELOVNO PODROČJE

1. SKUPŠČINA SKUPNOSTI

8. člen

Zdravstveno skupnost upravlja skupščina skupnosti.

Skupščina zdravstvene skupnosti ima dva zbora: zbor uporabnikov in zbor izvajalcev.

Število delegatskih mest v skupščini določa samoupravni sporazum o ustanovitvi zdravstvene skupnosti tako, da je zagotovljena zastopanost interesov vseh delovnih ljudi, samoupravnih organizacij in skupnosti.

9. člen

Zbor uporabnikov ima 45 delegatskih mest, sestavljajo ga delegati delegacij, ki jih volijo delovni ljudje in občani-člani te zdravstvene skupnosti neposredno in prek organizacij združenega dela in drugih organizacij in skupnosti ter delovni ljudje in občani v krajevnih skupnostih.

10. člen

Zbor izvajalcev ima 22 delegatskih mest, sestavljajo pa ga delegati delegacij, ki jih volijo delavci v zdravstvenih organizacijah ter delavci drugih za opravljanje zdravstvene dejavnosti z zakonom pooblaščenih organizacij združenega dela.

11. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti in njena zbora izvolijo izmed delegatov predsednika skupščine in predsednika zborov kot podpredsednika in njuna namestnika. Predsednik skupščine ter predsednika zborov in njuna namestnika se volijo za štiri leta.

12. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti odloča praviloma na sejah obeh zborov. O vprašanjih, o katerih odločata zbora enakopravno, mora biti odločitev sprejeta v obeh zborih v enakem besedilu.

Če odločitev ni sprejeta v enakem besedilu v obeh zborih skupščine, se izvede usklajevalni postopek med zboroma, ki ga določa skupščina s poslovnikom. Če tudi v usklajevalnem postopku med zboroma ni doseženo soglasje, lahko občinska skupščina začasno uredi tako vprašanje, vendar njena odločitev velja največ eno leto.

13. člen

Za sklepčnost seje zborov je potrebna navzočnost več kot polovice delegatov vsakega zbora. Odločitev zbora je veljavna, če za predlog glasuje večina delegatov, ki ga sestavljajo.

14. člen

Če zdravstvena skupnost ne odloči o vprašanju, od katerega je bistveno odvisno njeno delo in bi zaradi tega nastala občutna škoda, skupščina občine Kranj na predlog njenega izvršnega sveta s svojo odločitvijo začasno uredi tako vprašanje.

15. člen

Zbor uporabnikov in izvajalcev enakopravno:

- sprejemata splošne akte, statut, pravilnike in sklepe, če posamezne zadeve niso v izključni pristojnosti posameznega zbora;

- sprejemata program zdravstvenega varstva v občini;

- določata višino prispevka, izraženo v stopnji;

- sodelujeta pri oblikovanju finančnega načrta in zaključnega računa regionalne zdravstvene skupnosti;

- obravnavata in sprejemata letno poročilo o delu;

- odločata o medsebojnih razmerjih in izhodiščih menjave dela v zdravstvenem varstvu;

- odločata o razpisu referendumov;

- dajeta soglasje na statut in statusne spremembe zdravstvenih organizacij, ki opravljajo svojo dejavnost na območju občine;

- volita, odpoklicujeta in razrešujeta organe zdravstvene skupnosti;

- delegirata, odpoklicujeta in razrešujeta delegate v skupščini regionalne zdravstvene skupnosti in v skupščini Zdravstvene skupnosti Slovenije;

- odločata o načinu in vsebini sodelovanja z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami.

16. člen

Zbor uporabnikov na podlagi in v okviru splošnih aktov skupnosti samostojno:

- sprejema samoupravne sporazume in druge splošne akte o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja;

- soodloča o uporabi združenih sredstev za uresničevanje oblik socialne varnosti oziroma zdravstvenega zavarovanja;

- soodloča z občinskimi zdravstvenimi skupnostmi v regiji o valorizaciji nadomestil in drugih denarnih dajatev;

- razpravlja in odloča o predlogih in pripombah enot in organov organizacij združenega dela in samoupravnih skupnosti;

- opravlja druge zadeve, ki so mu s statutom ali drugim splošnim aktom dane v pristojnost.

17. člen

Zbor izvajalcev na podlagi in v okvirih splošnih aktov skupnosti samostojno:

- odloča o organizaciji neposrednega zdravstvenega varstva na območju zdravstvene skupnosti v okviru programa zdravstvenega varstva;

- obravnava razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih organizacij oziroma zdravstvenih zmogljivosti;

- razpravlja in odloča o predlogih in pripombah enot in organov organizacij združenega dela in samoupravnih skupnosti s področja neposrednega zdravstvenega varstva;

- obravnava probleme vzgoje in izobraževanja zdravstvenih delavcev;

- opravlja druge naloge, ki so mu s statutom ali drugim splošnim akti dane v pristojnost.

18. člen

Skupščina občinske zdravstvene skupnosti enakopravno s pristojnimi zbori občinske skupščine odloča:

- o politiki razvoja in pospeševanja zdravstvenih dejavnosti ter o načrtih in programih njenega razvoja;

- o drugih vprašanih s področja zdravstvenega varstva, ki se na podlagi

ustave in zakona urejajo z odloki in z drugimi splošnimi akti skupščine družbenopolitične skupnosti.

Izvršilni odbor

19. člen

Izvršilne funkcije opravlja izvršilni odbor.

Izvršilni odbor ima predsednika in 9 članov, ki jih izvoli skupščina zdravstvene skupnosti v enakem številu izmed delegatov uporabnikov in izvajalcev.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta; nihče ne more biti izvoljen v izvršilni odbor več kot dvakrat zapored.

20. člen

Izvršilni odbor opravlja te naloge:

- zagotavlja pravilno in pravočasno izvrševanje sklepov skupščine;

- skrbi za pravilno in pravočasno uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja;

- predlaga skupščini zdravstvene skupnosti program zdravstvenega varstva, finančni načrt in zaključni račun regionalne zdravstvene skupnosti ter druge splošne in posamične akte;

- obravnava samoupravne sporazume o programiranju in financiranju zdravstvenega varstva ter druge samoupravne sporazume;

- daje pobudo za sklic skupščine zdravstvene skupnosti ali posameznega zbora;

- spremlja izvrševanje finančnega načrta regionalne zdravstvene skupnosti;

- opravlja druge zadeve, ki mu jih nalogajo statut, drugi splošni akti ali ga zanje pooblasti skupščina zdravstvene skupnosti.

24. člen

Odbor samoupravnega nadzora:

- opravlja nadzor nad izvajanjem v skupnosti sprejete politike,

- nadzoruje uresničevanje samoupravljanja in izvajanje sprejetih družbenih dogovorov, samoupravnih sporazumov, splošnih aktov in sklepov skupščine,

- nadzira delo organov skupnosti in strokovne službe,

- nadzira uporabo sredstev skupnosti,

- nadzira izvajanje oziroma uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva in zavarovanja pri strokovni službi, pri zdravstvenih organizacijah, organizacijah združenega dela in pri zasebnih delodajalcih.

25. člen

Odbor samoupravnega nadzora organizira in opravlja nadzor po svojih odločitvi, na predlog skupščine, izvršilnega odbora ali sekretarja zdravstvene skupnosti.

Nadzor opravi odbor sam, lahko pa za posamezna dela pooblasti strokovne organizacije ali druge strokovnjake.

O ugotovitvah nadzora predloži odbor samoupravnega nadzora poročilo skupščini oziroma organu, ki je nadzor predlagal ter priporoči ukrepe za odpravo ugotovljenih nepravilnosti.

Četrti del

ENOTE ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI

26. člen

V zdravstveni skupnosti se lahko delovni ljudje in občani, uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva, zaradi kar najbolj neposrednega uresničevanja samoupravnih pravic in interesov v okviru ožjih samoupravnih organizacij in skupnosti organizirajo v enote zdravstvene skupnosti.

Enote zdravstvene skupnosti se lahko organizirajo po teritorialnem in funkcionalnem principu, po statutih občin, krajevnih skupnosti, oziroma po samoupravnih sporazumih o medsebojnih razmerjih delavcev v združenem delu.

27. člen

Enote zdravstvene skupnosti so pravne osebe s pravicami, obveznostmi in odgovornostmi, ki jih imajo po zakonu, samoupravnem sporazumu o ustanovitvi zdravstvene skupnosti in po svojem statutu.

28. člen

Enote zdravstvene skupnosti zlasti:

- skrbijo za uresničevanje zdravstvenega varstva, predvsem preventivnega zdravstvenega varstva, ki obsega izvajanje ukrepov, da se odvrta in preprečujejo nesreče pri delu in obolenja za poklicno bolezen,

- sodelujejo pri oblikovanju programa zdravstvenega varstva občinske zdravstvene skupnosti,

- v okviru zdravstvene skupnosti uveljavljajo posebne potrebe po zdravstvenem varstvu,

- obravnavajo delo in problematiko zdravstvenih organizacij, v katerih uveljavljajo delovni ljudje in občani svoje pravice iz zdravstvenega varstva in predlagajo ustrezne ukrepe občinskim zdravstvenim skupnostim.

S samoupravnim aktom o organizaciji enote in s statutom se podrobneje določijo njene naloge, pravice in organizacija.

Stalne in občasne komisije

21. člen

Za posamezna vprašanja lahko skupščina izvoli stalne in občasne komisije. Stalne komisije so sestavljene iz vrst delegatov uporabnikov in izvajalcev. Začasne komisije lahko sestavljajo tudi drugi delovni ljudje in občani.

Skupščina po potrebi imenuje delegate v skupne komisije regionalne in republiške zdravstvene skupnosti.

2. ODBOR SAMOUPRAVNEGA NADZORA

22. člen

Samoupravni nadzor v zdravstveni skupnosti izvajajo delovni ljudje - uporabniki in izvajalci prek odbora samoupravnega nadzora.

Člane samoupravnega nadzora volijo delovni ljudje in občani v temeljnih organizacijah združenega dela in v drugih samoupravnih organizacijah po postopku, določenem z zakonom o oblikovanju in volitvah delegacij ter delegiranju delegatov v skupščine samoupravnih interesnih skupnosti, ki enakopravno odločajo s pristojnimi zbori skupščin družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 34/74).

23. člen

Odbor samoupravnega nadzora ima 4 člane, ki jih izvolijo delegacije oziroma konference delegacij iz vrst uporabnikov in izvajalcev.

Mandat odbora samoupravnega nadzora traja 4 leta; nihče ne more biti izvoljen v odbor samoupravnega nadzora več kot dvakrat zapored.

29. člen

Zadovoljevanje posebnih potreb po zdravstvenem varstvu v enoti ne more okrniti izvajanja programa zdravstvenega varstva v zdravstveni skupnosti.

Delovni ljudje in občani v enoti morajo za posebne potrebe po zdravstvenem varstvu zagotoviti potrebna sredstva.

Peti del

VOLITVE, ODPOKLIC IN RAZREŠITEV DELEGATOV

30. člen

Delovni ljudje in občani v temeljnih organizacijah združenega dela ter v drugih samoupravnih organizacijah in skupnostih kot uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva uresničujejo svoje pravice do samoupravnega odločanja v zdravstveni skupnosti po načelu delegatskega sistema prek svojih delegatov in delegacij, ki jih volijo, odpoklicujejo, oziroma delegirajo delegacije in konference delegacij po zakonu o oblikovanju in volitvah delegacij ter delegiranju delegatov v skupščine samoupravnih interesnih skupnosti, ki enakopravno odločajo s pristojnimi zbori skupščine družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 34/74).

31. člen

Število delegatskih mest, ki jih ima v skupščini in organu samoupravnega nadzora posamezna delegacija oziroma konferenca delegacij uporabnikov in izvajalcev, določi skupščina s posebnim sklepom.

32. člen

Delegat sodeluje v delu zdravstvene skupnosti, njene skupščine oziroma ustreznega zbora in drugih organov ali teles, v okviru pooblastil njegove delegacije oziroma konference delegacij, če ni izrecno drugače določeno v samoupravnem sporazumu o ustanovitvi zdravstvene skupnosti.

Delegat je pri svojem delu in odločanju samostojen.

33. člen

Delegacije oziroma konference delegacij delegirajo na zasedanje skupščine oziroma sejo ustreznega zbora zdravstvene skupnosti izmed sebe delegata ali določeno število delegatov, glede na vprašanja, ki jih bo skupščina obravnavala. V medsebojnih razmerjih znotraj te zdravstvene skupnosti se šteje za delegata član delegacije oziroma delegat konference delegacij, ki je bil delegiran, dokler delegacija ali konferenca delegacij ne pošlje drugega delegata.

Delegacija, katere član je izvoljen za stalno funkcijo v organu zdravstvene skupnosti, ima pravico pošiljati na zasedanje skupščine oziroma sejo zbora drugega delegata. Delegat, ki je izvoljen za stalno funkcijo, v tem primeru nima pravice glasovati v skupščini.

34. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti delegira delegate v skupščino regionalne skupnosti in v skupščino zdravstvene skupnosti Slovenije v skladu s samoupravnimi sporazumi o ustanovitvi teh skupnosti.

Delegat je za opravljanje svojih dolžnosti odgovoren skupščini zdravstvene skupnosti. O stališčih, mnenjih in sklepih, ki so se izoblikovali v zboru in o svojem delu mora delegat obveščati skupščino,

le-ta pa temeljne samoupravne organizacije in skupnosti.

35. člen

Delegat ima pravico predlagati v svojem zboru izdajo splošnih aktov, sklepov in odločitev z delovnega področja zdravstvene skupnosti, kot tudi spreminjevalne in dopolnilne predloge k aktom.

Delegat lahko predlaga obravnavanje vprašanj s področja zbora oziroma vprašanj, ki se nanašajo na politiko in delo zdravstvene skupnosti ter njenih organov.

36. člen

Kadar skupščina zdravstvene skupnosti soodloča z občinsko skupščino, uživajo njeni člani imuniteto.

Delegat ne more biti klican na kazensko odgovornost in prav tako ne priprt ali kaznovan za mnenje, ki ga je izrazil, ali za glas, ki ga je dal v zboru oziroma skupščini. Funkcija delegata je častna družbena funkcija.

Delegatom, ki zaradi opravljanja funkcije oziroma udeležbe v delu zdravstvene skupnosti izgubi osebnih dohodek, pripada nadomestilo osebnega dohodka v skladu z določili samoupravnega splošnega akta organizacije oziroma skupnosti. Povračilo potnih stroškov in drugih stroškov se prizna po samoupravnem aktu oziroma sklepu zdravstvene skupnosti.

37. člen

Delovni ljudje v organizaciji združenega dela oziroma samoupravni skupnosti ali skupščini skupnosti lahko odpoklicajo delegacijo kot celoto ali posameznega člana delegacije v skladu z načeli 50.-52. člena zakona o volitvah delegacij in delegiranju delegatov v skupščine družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 7/74).

Šesti del

UPRAVIČENCI IN UVELJAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. NEPOSREDNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

38. člen

Neposredno zdravstveno varstvo je zagotovljeno delovnim ljudem in občanom članom te skupnosti, če jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno s posebnim zakonom ali ratificiranim mednarodnim sporazumom.

Do neposrednega zdravstvenega varstva so upravičeni tudi družinski člani delovnih ljudi-zavarovancev te skupnosti ob pogojih, ki jih določa statut.

Do neposrednega zdravstvenega varstva je kot občan upravičen tisti, ki ima stalno prebivališče na območju te zdravstvene skupnosti in je prijavljen pri pristojnem organu.

39. člen

Neposredno zdravstveno varstvo uveljavljajo upravičenci predvsem v zdravstvenem domu oziroma njegovih ustreznih službah, to je: splošne medicine, zdravstvenega varstva žensk, otrok, mladine, zdravstvenega varstva borcev NOV, medicine dela, prometa, športa, pnevmofiziološki službi, zobozdravstveni službi, psihiatrični službi, patronažni službi in drugih službah.

Učenci srednjih šol ter študenti višjih in visokih šol ter akademij uveljavljajo nepo-

sredno zdravstveno varstvo po samoupravnih splošnih aktih tiste zdravstvene skupnosti, na območju katere se šolajo.

40. člen

Upravičenec prosto izbira zdravstvene delavce v zdravstvenih domovih, kadar uveljavlja pravice iz neposrednega zdravstvenega varstva.

Zdravnik, ki si ga je upravičenec izbral, da ga stalno zdravi, je njegov izbrani zdravnik.

Upravičenec med zdravljenjem akutnih bolezni ne more menjati zdravnika, razen v medicinsko utemeljenih primerih in z vednostjo zdravnika, ki ga zdravi.

41. člen

V nujnem primeru sme upravičenec zahtevati zdravniško pomoč v vsaki zdravstveni organizaciji oziroma pri vsakem zdravstvenem delavcu.

42. člen

Zdravniško pomoč na domu lahko zahteva upravičenec:

- v primeru nujnosti,
- kadar ni sposoben priti v zdravstveni dom.

Zdravniške obiske na domu opravlja zdravnik, ki ga določi ustreznata enota najbližjega zdravstvenega doma.

Upravičenec, ki naroči zdravnika na dom, plača sam vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da obisk na domu ni bil potreben.

43. člen

Upravičenec uveljavlja zdravstveno varstvo pri zdravnikih-specialistih praviloma na podlagi napotnice, ki jo izda izbrani zdravnik.

Če se izkaže potreba po dodatnem specialističnem pregledu, napoti zdravnik specialist upravičenca k drugemu zdravniku-specialistu.

Za ponovne preglede za isto bolezen pri istem zdravniku-specialistu, opravljenem po odredbi izbranega zdravnika ali izbranega zdravnika-specialista, nova napotnica ni potrebna.

44. člen

Upravičenec sme brez napotnice izbrati zdravnika-specialista, in sicer okulista, da določi ostrino vida in predpiše očala, otologa zaradi okvare sluha, pediatra, ginekologa, venerologa, internista v primeru diabetičnega obolenja in ftiziologa v primeru TBC obolenja.

45. člen

Če je upravičencu potrebna zdravniška pomoč zdravnika-specialista zaradi poškodbe ali nenadnega težjega obolenja, lahko zahteva pomoč brez napotnice. Pri ponovnem pregledu mora zdravniku-specialistu predložiti napotnico, če izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist meni, da je še potrebno zdravljenje pri zdravniku-specialistu.

46. člen

Upravičenca napoti v bolnišnico izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist, pri katerem se je zdravil ali bil pregledan. Pri sprejemanju v bolnišnico mora predložiti predpisano napotnico.

Upravičenec sme brez napotnice nastopiti bolnišnično zdravljenje, kadar uveljavlja nujno zdravstveno pomoč. V takem primeru izpolni napotnico zdravnik bolnišnice. Bolnišnica mora o sprejemu takoj obvestiti organizacijo, v kateri dela.

Po končanem zdravljenju izda bolnišnica upravičencu odpustnico s podatki o zdravljenju v bolnišnici in z napotki zdravniku zdravstvenega doma za nadaljnje zdravljenje.

47. člen

Konziliarni zdravniški pregled upravičenca lahko zahteva zdravnik, ki bolnika

zdravi, bolnik sam, njegovi svojci, zdravstvena organizacija ali skupnost, delovna, sindikalna ali druga prizadeta organizacija.

Stroške pregleda plača skupnost, če je pregled zahtevala skupnost ali zdravnik, v drugih primerih pa tisti, ki ga je zahteval.

48. člen

Upravičenca je mogoče napotiti v naravno zdravilišče, kadar so podane medicinske indikacije in drugi pogoji za zdravljenje v naravnih zdraviliščih, ki jih določi zdravstvena skupnost.

Zdravljenje v naravnem zdravilišču in okrevanje se zagotavlja kot nadaljevanje ali kot nadomestilo bolnišničnega zdravljenja, v izjemnih primerih, ki so določeni s posebnim aktom, pa tudi kot nadaljevanje ali nadomestilo ambulantnega zdravljenja.

49. člen

Bolnišnice smejo prenesti upravičenca v naravna zdravilišča zaradi neposrednega nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja v primerih, ko iz medicinskih razlogov zdravljenje v bolnišnici ni več potrebno.

Zdravljenje v naravnem zdravilišču kot nadomestilo bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja odredi zdravniška komisija, upoštevajoč sredstva, ki so za to obliko zdravstvenega varstva predvidena v finančnem načrtu skupnosti.

50. člen

Zdravniška komisija sme na predlog izbranega zdravnika upravičencu odobriti okrevanje v naravnem zdravilišču v breme skupnosti, če sam ali njegova organizacija nosi stroške oskrbe in nastanitve.

Izbrani zdravnik mora v predlogu navesti, ali je takšno okrevanje koristno.

51. člen

Upravičencem so zagotovljena v zdravstveni skupnosti samo tista zdravila, ki so registrirana v državi, dobijo jih v lekarni na podlagi zdravniškega recepta.

Natančnejše pogoje o predpisovanju, izdajanju in plačevanju zdravil, ki se predpisujejo v breme skupnosti, določi poseben pravilnik.

52. člen

Upravičenec ima pravico do nabave in do povračila stroškov za neregistrirana zdravila, kupljena v tujini, le v izjemnih in življenjsko važnih primerih, če so bila registrirana zdravila brezuspešna, vendar zgolj na podlagi utemeljenega strokovnega mnenja zdravstvene organizacije, ki po zakonu lahko preizkuša neregistrirana zdravila.

53. člen

V breme skupnosti se lahko predpisujejo tudi sredstva za preprečevanje nosečnosti, ki se uživajo, vendar le na podlagi predhodnega mnenja ginekologa ali zdravnika v dispanzerju za varstvo žena.

54. člen

Upravičenec ima pravico do tistih vrst zobotehničnih in zoboprotetičnih sredstev, ter protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih priprav in v takem obsegu, kot določajo:

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za zoboprotetično pomoč in o protetičnih sredstvih,

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave,

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja očesnih pripomočkov,

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora.

55. člen

Upravičenec, ki zahteva izdelavo zobotehničnih, protetičnih ali ortotičnih sredstev ali sanitarnih priprav iz boljšega materiala ali po višjem standardu, kot je določeno v ustreznem pravilniku, plača poleg obveznega prispevka še razliko v ceni.

56. člen

Pravico do neposrednega zdravstvenega varstva uveljavljajo in uresničujejo delovni ljudje in občani (v nadaljevanju: upravičenci), praviloma v zdravstveni organizaciji v občini oziroma na območju regionalne zdravstvene skupnosti.

Kadar upravičenec uveljavlja pravice iz zdravstvenega varstva na način, ki ni v skladu z določbami iz prejšnjih členov, krije zdravstvena skupnost stroške do višine, kot bi jih plačala po svojih samoupravnih aktih.

Kadar je upravičenec napoten na zdravljenje izven območja regionalne zdravstvene skupnosti, zdravstvena skupnost krije dejanske stroške zdravljenja.

57. člen

Upravičenci, ki imajo po zakonu lastnost zavarovane osebe in prebivajo zunaj območja regionalne zdravstvene skupnosti, uveljavljajo neposredno zdravstveno varstvo v najbližji ustreznih zdravstveni organizaciji.

58. člen

Upravičenci, ki so v tujini na delu ali zasebnem potovanju, imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo v primerih in v obsegu, kot ga določa samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

Natančnejše pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini določi zdravstvena skupnost s pravilnikom.

Upravičenci lahko uživajo pravice do zdravstvenega varstva, če je bilo pred odhodom v tujino z zdravniškim pregledom ugotovljeno, da nimajo bolezni, ki bi zahtevale zdravniški poseg ali stalno nadzorstvo. Če pregled ni bil opravljen, se povrnejo stroški zdravstvenega varstva, če ugotovi zdravniška komisija, da je bolezensko stanje, ki je zahtevalo zdravniško pomoč, nastalo po odhodu v tujino.

Upravičencu se povrnejo stroški zdravstvenega varstva v tujini najmanj v višini, kolikor bi znašali stroški istovrstnega zdravljenja v državi po predpisih zdravstvene skupnosti.

59. člen

Preglede pred vstopom na delo na območju skupnosti opravlja služba za medicino dela zdravstvenega doma glede na kraj delavčeve nameravane zaposlitve.

Pregledi pred vstopom na delo, opravljeni v zdravstvenih organizacijah izven območja skupnosti in na njihovi podlagi izdana zdravniška spričevala, ne veljajo za vstop na delo na območju skupnosti.

Organizacije ter zasebni delodajalci, ki sprejmejo na delo delavca brez poprejšnjega pregleda oz. brez zdravniškega spričevala iz prvega odstavka tega člena, plačujejo sami vse stroške zdravstvenega varstva, nastale zaradi kasnejše odkritih bolezni, ki bi jih bilo mogoče ugotoviti pri pregledu pred vstopom na delo.

Stroški pregledov iz tega člena ne gredo v breme zdravstvene skupnosti.

60. člen

Kadar upravičenec potuje zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva, oziroma je napoten ali poklican v drug kraj zaradi uveljavljanja pravic po zakonu ali statutu skupnosti, mora praviloma uprablyati redna javna prevozna sredstva.

Glede na najnost primera ali zdravstveno stanje upravičenca sme zdravnik določiti drugačen način prevoza in sicer z

reševalnim avtomobilom, osebnim avtomobilom, drugimi sredstvi in sredstvi, ki jih ima na voljo ustrezna reševalna služba.

61. člen

Upravičenec je upravičen do prevoza z reševalnim avtomobilom, če gre za življenjsko nevarno bolezensko stanje ali za drugačen nujen primer, ko je po načelih zdravniške vede potrebna takojšnja zdravniška intervencija.

Upravičenec je upravičen do prevoza z reševalnim avtomobilom tudi v primeru nalezljive bolezni, za katero je obvezna prijava, v primeru duševne bolezni, če je bolnik nevaren za okolico in v primeru, kadar je iz zdravstvenih razlogov potreben prevoz osebe, ki ne more hoditi ali le s težavo hodi in zato ne more uporabiti rednih javnih prevoznih sredstev.

62. člen

Ob odpustu bolnišnice odobri zdravnik te zdravstvene organizacije prevoz upravičenca z reševalnim avtomobilom na njegov dom, če to terja zdravstveno stanje.

Prevoze z reševalnimi avtomobili izven območja skupnosti, oziroma na razdalji več kot 50 km izven meje, lahko odobri samo predstojnik bolnišnice.

63. člen

Upravičenec lahko uporabi zasebno prevozno sredstvo, kadar ni na voljo javnih rednih prevoznih sredstev. Zavarovana oseba lahko uporabi namesto reševalnega avtomobila zasebno prevozno sredstvo, kadar reševalni avtomobil ni na razpolago.

Skupnost bremenijo prevozniki stroški z zasebnim prevoznim sredstvom v višini, ki jo določa sindikalna lista. Zahtevi za povračilo prevoznih stroškov je dolžan upravičenec priložiti račun in ustrezno medicinsko dokumentacijo.

64. člen

Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov za potovanje do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvene organizacije, ki lahko nudi potrebno zdravniško pomoč. Do povračila potnih stroškov da bolj oddaljenega zdravnika oziroma zdravstvene organizacije je upravičena, če je najbližji zdravnik odsoten, zdravniška pomoč pa je nujna.

2. DENARNA NADOMESTILA IN POVRAČILA

65. člen

Delovni ljudje, ki so zavarovane osebe (zavarovanci in njihovi družinski člani) po zakonu ali tem statutu, imajo v zdravstveni skupnosti tudi druge pravice za zagotovitev socialne varnosti v primeru bolezni, poškodbe, poroda in smrti: do nadomestila OD, povračila stroškov prehrane in nastanitve v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva ter denarnih dajatev ob smrti zavarovane osebe.

Primere, pogoje in obseg teh pravic določa samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja enotno na območju regijske skupnosti.

66. člen

Zdravstveno stanje in primere, ki upravičujejo zavarovanca do nadomestila osebne dohodka, ugotavljajo zdravniki.

ki jih pooblasti skupnost v pogodbi z zdravstveno organizacijo (pristojni zdravnik). Zoper odredbo pristojnega zdravnika o začasnih zadržanosti od dela lahko zavarovanec ugovarja v 48 urah na zdravniško komisijo.

Delavci zaposleni v organizacijah, ki imajo obratne ambulante, ali pa so sklenile z zdravstveno organizacijo pogodbo o zdravstvenem varstvu za svoje delavce, uveljavljajo pravico po prejšnjem odstavku pri zdravnikih v teh ambulantah oziroma v teh zdravstvenih organizacijah.

Če organizacija nima obratne ambulante in tudi ne zdravnika, ki bi bil po prejšnjem odstavku pooblaščen za presojo zadržanosti od dela, uveljavlja zavarovanec presojo pri svojem izbranem zdravniku, če ta dela v najbližjem zdravstvenem domu glede na kraj bivanja ali zaposlitve.

Če si je zavarovanec izbral zdravnika izven kraja bivanja ali zaposlitve je zanj pristojen zdravnik po 2. ali 3. odstavku tega člena.

67. člen

Kadar zaposleni zavarovanec zahteva nujno zdravniško pomoč ali zdravniško pomoč medčasno spremembo bivališča, sme od zdravstvene organizacije zahtevati le zdravstveno varstvo in izvajanje ukrepov, ki so v zvezi z zdravljenjem, nima pa pravice zahtevati, da odloči o njegovi zadržanosti od dela.

68. člen

Zdravniki-specialisti, ki delajo v specialistično-ambulantni službi, ne odločajo o začasnih zadržanosti od dela.

69. člen

Pristojni zdravnik lahko pošlje zavarovanca na pregled ZK, ki oceni njegovo nezmožnost za delo.

ZK določi primere, ko mora pristojni zdravnik po določenem času obvezno poslati zavarovanca na pregled zaradi presoje njegove delanezmožnosti.

Zoper ocenitev ZK lahko ugovarja zavarovanec v 48 urah na komisijo zdravnikov-izvedencev.

70. člen

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

71. člen

Zavarovanec dokazuje začetek zadržanosti od dela z zdravstveno izkaznico, v katero pristojni zdravnik vpiše začetek zadržanosti.

Pravice zaradi nezmožnosti za delo gredo zavarovancu praviloma od dne, ko to ugotovi pristojni zdravnik.

Za čas pred tem dnem lahko zavarovanec uveljavi zadržanost od dela, če ni mogel priti do pristojnega zdravnika zaradi narave obolenja, oddaljenosti ali drugih tehtnih razlogov. V takšnih primerih lahko pristojni zdravnik odobri zadržanost največ 3 dni pred dnem, ko se je zavarovanec zgledil pri njem, če pri pregledu še lahko ugotovi znake obolenja. Izjemoma lahko odobri pristojni zdravnik zadržanost od dela tudi za več kot 3 dni nazaj v utemeljenih primerih na podlagi dokumentacije zdravstvene organizacije, v kateri se je zavarovanec pred tem zdravil. Daljšo zadržanost lahko odobri v drugih primerih zdravniška komisija na podlagi osebnega pregleda zavarovanca in zdravstvene dokumentacije o zdravstvenem stanju zavarovanca.

72. člen

Med nezmožnostjo za delo je zavarovanec dolžan ostati in se zdraviti v kraju, kjer je bival ob začetku zadržanosti od dela.

Spremembo bivališča med zadržanostjo od dela do 30 dni sem odobriti zavarovancu pristojni zdravnik, če so v kraju boljše in ustrežnejše možnosti za bivanje in negovanje in če te boljše možnosti lahko pripomorejo do hitrejšega ozdravljenja in do hitrejše usposobitve za delo. Potni stroški v takem primeru ne bremenijo skupnosti.

Če je potrebna sprememba bivališča nad 30 dni, napoti pristojni zdravnik zavarovanca na zdravniško komisijo zaradi odločitve o kraju bivališča, o trajanju bivanja, o povračilu potnih stroškov ter o odločitvi, ali in kdaj naj se zavarovanec ponovno zgleda pristojnemu zdravniku ali zdravniški komisiji.

Potni stroški grede v breme skupnosti, kadar zdravniška komisija pošlje zavarovanca iz terapevtskih razlogov na zdravljenje v drug kraj.

Zavarovanec, ki mu je odobrena sprememba bivališča, nadaljuje zdravljenje v najbližjem zdravstvenem domu glede na novi kraj bivanja.

73. člen

Če zavarovanec med zdravljenjem samovoljno odide iz kraja bivališča, se šteje, da namenoma preprečuje zdravljenje oziroma usposobitev za delo.

74. člen

Izjemoma se lahko podaljša zadržanost od dela zaradi negovanja obolelega otroka do 7 let starosti in drugih ožjih družinskih članov, če so izpolnjeni pogoji:

1. da je zdravstveno stanje negovanega družinskega člana tako, da bi bila brez ustrezne domače nege potrebna premestitev v bolnišnico;

2. da negovani družinski član živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem, ki ga neguje;

3. da v gospodinjstvu ni drugih odraslih članov, ki so sposobni negovati obolelega družinskega člana;

4. da z zamenjavo delovnega časa odraslih članov, ki žive v gospodinjstvi skupnosti, ni mogoče zagotoviti ustrežne nege.

Čas zadržanosti od dela in izjemnega podaljšanja zadržanosti od dela zaradi negovanja obolelega otroka do 7 let starosti ali ožjega družinskega člana v posameznem primeru skupaj ne smeta presežati 90 dni.

75. člen

Predlogu za podaljšanje mora biti priložena podrobna medicinska utemeljitev, o predlogu odloča na podlagi mnenja zdravniške komisije odbor za reševanje prošenj, ugovorov in pritožb.

Zavarovanec, ki uveljavlja podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka zaradi negovanja obolelega otroka oziroma družinskega člana, potrdi s posebno pisмено izjavo, da so izpolnjeni pogoji iz tega statuta.

Zavarovanečeva izjava mora biti predložena zdravniški komisiji prve stopnje, ki ob upoštevanju socialnih in življenjskih razmer zavarovanca in obolelega otroka oziroma družinskega člana ustrezno odloči.

76. člen

Pravica do nadomestila osebnega dohodka zaradi nege otroka do 7 let starosti gre praviloma njegovi materi.

77. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka uveljavlja zavarovanec:

1. pri skupnosti v primeru, ko gre nadomestilo osebnega dohodka v njeno breme

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

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

Pravico do drugih denarnih dajatev oziroma povračil uveljavlja zavarovanec pri zdravstveni skupnosti.

Zdravstvena skupnost se lahko dogovori z organizacijo združenega dela, da uveljavljajo zavarovanci nadomestilo osebnega dohodka ter druge denarne dajatve in povračila neposredno pri organizaciji tudi takrat, kadar grede te dajatve v breme skupnosti.

78. člen

Pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve lahko uveljavi zavarovana oseba z dokazilom o trajanju odsotnosti zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva.

79. člen

Spremljevalec je upravičen do povračila stroškov z istim prevoznim sredstvom kot zavarovana oseba, razen če je prevoz spremljevalca že vračunan v plačilu prevoznega sredstva za zavarovano osebo.

80. člen

Izplačilo pogrebne in posmrtnine se uveljavlja na podlagi poročila o smrti zavarovane osebe in ustreznega dokazila ali pismene izjave tistega, ki je oskrbel pogreb in ga plačal, izplačilo posmrtnine pa še na podlagi podatkov o osebnem dohodku.

Sedmi del

ZAVAROVANE OSEBE

ZAVAROVANCI

81. člen

V zdravstveni skupnosti združujejo sredstva za zagotovitev svobodne menjave dela v zdravstveni dejavnosti delovni ljudje - zavarovanci.

Zavarovanci zagotavljajo v zdravstveni skupnosti z zdravstvenim zavarovanjem po načelih vzajemnosti in solidarnosti sebi in svojim družinskim članom tudi druge oblike socialne varnosti v primeru bolezni, poškodb, poroda ali smrti.

V zdravstveni skupnosti združujejo sredstva tudi drugi zavarovanci, ki jih določa zakon.

82. člen

Delovni ljudje pridobijo lastnost zavarovanca, ko pridobijo lastnost delavca v združenem delu, oziroma ko sklenejo delovno razmerje z zasebnim delodajalcem in delajo najmanj polovico polnega delovnega časa.

Drugi delovni ljudje in občani pridobijo lastnost zavarovanca z dnem in ob pogojih, ko nastopijo okoliščine, navedene v tem statutu.

Zavarovancu preneha zavarovanje v skupnosti v primeru, ko prenehajo dejavnost, svojstvo ali okoliščine, navedene v tem statutu.

Zavarovancu preneha zavarovanje v skupnosti, ko preneha dejavnost, svojstvo in okoliščina, na podlagi katere je zavarovan, zavarovanje pa mu gre, če po tem času dobiva nadomestilo osebnega dohodka iz zdravstvenega zavarovanja.

83. člen

Delovni ljudje-zavarovanci v tej zdravstveni skupnosti so:

1. delavci v združenem delu ali delovnem razmerju pri zasebnih delodajalcih, ki delajo najmanj polovico polnega delovnega časa,

2. izvoljeni delegati v skupščinah družbeno-političnih skupnosti ter samoupravnih in družbenih organizacijah, če jim je opravljanje dolžnosti v tej funkciji edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno povračilo,

3. člani obrtnih in ribiških zadrug, če jim je delo v zadrugi edini ali glavni poklic,

4. učenci v poklicnem izobraževanju in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli, ali pri zasebnem delodajalcu,

5. osebe, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov,

6. osebe na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega zgubile lastnost delavca v združenem delu, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta,

7. občani, ki jih pošlje organizacija pred pridobitvijo lastnosti delavca v združenem delu kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se s tem strokovno usposobijo ali izpopolnijo,

8. udeleženci javnih del in mladinskih delovnih akcij, ki so invalidsko zavarovani za vse primere invalidnosti,

9. osebe na pouku za obrambo in zaščito v mladinskih učnih enotah in centrih za pouk mladine,

10. začasno nezaposlene osebe po končanem študiju,

11. učenci srednjih šol ter študentje višjih in visokih šol ter akademij,

12. kmetje, preužitkarji, uživalci stalnih kmečkih preživnin ter uživalci kmečkih starostnih pokojnin,

13. začasno nezaposleni delavci, dokler so prijavljeni skupnosti za zaposlovanje, pod pogoji, ki jih določa ta skupnost,

14. uživalci prejemkov iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja,

15. uživalci stalnih priznavalnin, družbenih preživnin in stalne, to je za več kot 6 mesecev priznane družbene pomoči.

84. člen

Za zavarovance iz 5. točke 83. člena, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, se pod pogojem, da opravljajo to dejavnost kot glavni in edini poklic in so pokojninsko in invalidsko zavarovani, štejejo:

1. osebe, ki opravljajo obrtno, gostinško, avtoprevozniško in brodarsko dejavnost ter prodajo na drobno in sô po predpisih registrirani in evidentirani,

2. osebe, ki jim je priznana lastnost umetnika (književniki, prevajalci znanstvenih in umetniških del in drugi) filmski umetniki in filmski delavci, novinarji, odvetniki, arhitekti, športniki, duhovniki, kolpolterji tiska, ulični in železniški kolpolterji in drugi,

3. osebe, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo kot samostojno dejavnost in občani-člani poklicne strokovne organizacije,

4. osebe, ki z osebnim delom opravljajo kakršnokoli dejavnost, če za svoje osebno delo prejemajo plačilo, oziroma ustvarjajo

dohodek v višini najmanjšega osebnega dohodka, ugotovljenega po pristojnem organu.

85. člen

Če zakonec ali otroci zavarovanca — samostojnega obrtnika, ki je umrl, še naprej vodijo obratovalnico po veljavnih predpisih (po poslovodji), se šteje, da opravljajo samostojno dejavnost po tem statutu.

86. člen

Zavarovanci, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov in hkrati opravljajo tudi kmetijsko dejavnost, so zdravstveno zavarovani po 84. členu, če imajo pretežni del svojih dohodkov iz opravljanja samostojne dejavnosti.

87. člen

Začasno nezaposleni delavci po končanem študiju (10. točka 83. člena) so zavarovanci, če so redno priglašeni pri skupnosti za zaposlovanje in če so se pri tej skupnosti prijavili v 60 dneh:

— od dneva, ko so končale strokovno usposobitev ali srednjo šolo,

— od dneva, ko jim je prenehal status študenta višje ali visoke šole ter akademije,

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

88. člen

Za zavarovance iz 12. točke 83. člena se štejejo osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic in jim ne gre svojstvo zavarovanca po drugi osnovi. Šteje se, da opravlja kmetijsko dejavnost kot svoj edini in glavni poklic oseba:

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

89. člen

Za zavarovance kmete se štejejo tudi člani gospodarstva zavarovancev iz prejšnjega člena (bratje in sestre, zavarovančevi otroci, strici in tete, tasti in tašče ter svaki in svakinje) pod pogojem, da opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovančevem gospodarstvu kot edini in glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane, oziroma jim ni na kakšni drugi podlagi zagotovljeno zdravstveno varstvo. Za preužitkarje se štejejo osebe, ki jim je kmečki preužitek glavni vir za preživljanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem, za uživalce stalnih preživnin pa osebe, ki prejemajo preživnine od občinskih skupščin oziroma organizacij združenega dela.

Zavarovanci-kmetje so tudi uživalci kmečkih starostnih pokojnin z dnem, ko jim je priznana pravica do pokojnine.

Zdravstvena skupnost zagotavlja neposredno zdravstveno varstvo tudi članom družinske in gospodinjske skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanca iz 1. do 5. in 14. točke 83. člena, ki se na zavarovančevem zemljišču ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim in glavnim poklicem in niso z zavarovancem v delovnem razmerju ter tudi ne spadajo med njegove družinske člane.

90. člen

Osebe iz 13. točke 83. člena so zavarovanci, če so redno priglašeni pri pristojni skupnosti za zaposlovanje in so se tej skupnosti prijavile v 30 dneh od dneva:

— ko jim je prenehala lastnost delavca v združenem delu, oziroma delovno razmerje pri zasebnem delodajalcu, ali lastnost zavarovanca na podlagi opravljanja samostojne dejavnosti, oziroma ko prenehajo dobivati nadomestilo osebnega dohodka, do katerega imajo pravico po samoupravnem sporazumu o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o drugih pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

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

— ko so odpuščene iz kazenskega popeljševalnega zavoda, oziroma iz zavoda za varstvo in zdravljenje, če je bil zoper njih izrečen tak varnostni ukrep,

— po končani rehabilitaciji.

91. člen

Osebe iz 83. člena so zavarovane v tej skupnosti, če na njenem območju opravljajo dejavnost, po kateri so zavarovane, oziroma če stalno prebivajo na območju skupnosti, če niso zavarovane na podlagi opravljanja dejavnosti, če je na njenem območju skupnost za zaposlovanje, pri kateri so prijavljene, oziroma organ ali organizacija, ki ji izplačuje stalne priznavalnine, preživnine in stalne družbene pomoči.

Če je zavarovanec poslan na začasno delo na območju druge zdravstvene skupnosti ali nastopi delo v tujini, ostane med tem časom zavarovan pri prejšnji zdravstveni skupnosti.

92. člen

Zavarovanci so tudi osebe:

1. ki so sklenile v tujini delovno razmerje, če niso zavarovani pri tujem nosilec zdravstvenega zavarovanja;

2. ki jim je prenehala lastnost delavca v združenem delu, pa se v tujini strokovno izpopolnjujejo in dobivajo štipendijo, če niso zavarovani pri tujem nosilec zdravstvenega zavarovanja;

3. ki uživajo pravice izključno od tujega nosilca pokojninskega ali invalidskega zavarovanja, če jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno z mednarodnimi sporazumi na stroške tujega nosilca zdravstvenega zavarovanja;

4. izseljenci-povratniki.

Osebe iz tretje točke člena so zavarovanci skupnosti, kadar se po prihodu iz tujine in pridobitvi pravice stalnega prebivališča prijavijo skupnosti.

Izseljenci-povratniki so zavarovani, ko se prijavijo pristojni skupnosti za zaposlovanje.

93. člen

Kmetje kooperanti, ki niso zavarovani kot kmetje, pridobijo lastnost zavarovanca v zdravstveni skupnosti z dnem, ko pridobijo lastnost zavarovanca v pokojninskem in invalidskem zavarovanju.

DRUŽINSKI ČLANI ZAVAROVANCEV

94. člen

Kot družinski člani zavarovancev so zavarovani:

— ožji družinski člani: zavarovančev zakonec, zakonski in nezakonski otroci, posvojenci in pastorki;

— širši družinski člani: vzdrževani zavarovančevi starši, očim in mačeha, posvojitelj in posvojiteljica ter otroci, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja (vnuki, bratje, sestre in rejenci).

Družinski člani iz prejšnjega odstavka so zavarovani, če izpolnjujejo po tem statutu določene pogoje.

95. člen

Zavarovančev zakonec je zavarovan:

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

2. dokler je z njim v zakonu.

Pravice do zdravstvenega varstva in zavarovanja obdrži:

1. zakonec umrlega zavarovanca, ki po njegovi smrti ni pridobil pravice do družinske pokojnine, ker ni dopolnil določene starosti, če je bil ob zavarovančevi smrti star 40 let (žena) oziroma nad 55 let (mož). Če zakonec ni star 40 (žena) oziroma 55 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno priglašen pri pristojni skupnosti za zaposlovanje, če se priglasí v 6 mesecih od zavarovančeve smrti;

2. razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo priznana preživnina, če je bil ob razvezi zakona star nad 45 let (žena) oziroma nad 60 let (mož). Za zakonca, ki ob razvezi zakona še ni bil star 45 let (žena) oziroma 60 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, če je invalid I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, ali če se priglasí v 6 mesecih pri pristojni skupnosti za zaposlovanje.

96. člen

Zavarovančevi otroci, zakonski in nezakonski, posvojenci in pastorki ter otroci, ki jih je vzel k sebi in jih preživlja, so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če pa se šolajo, pa do konca predpisanega rednega šolanja, vendar najdalj do dopolnjenega 26. leta starosti.

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

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

Zavarovani so tudi otroci iz prvega odstavka tega člena, ki postanejo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju po preteku časa iz prvega, drugega oziroma tretjega odstavka tega člena, dokler traja nezmožnost, če jih zavarovanec preživlja.

97. člen

Zavarovančevi otroci in otroci, ki jih je vzel k sebi in jih preživlja od 15. do 18. leta starosti, so zavarovani, če:

— se ne morejo redno šolati ali

— ne morejo dobiti ustreznega mesta za uk.

Zavarovančevi otroci iz prejšnjega odstavka so zavarovani kot družinski člani le, če se prijavijo v roku 60 dni od dneva, ko so končali šolanje, pristojni skupnosti za zaposlovanje.

98. člen

Zavarovančevi starši so zdravstveno zavarovani:

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

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

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

99. člen

Šteje se, da starši nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov:

1. če nimajo nobenih lastnih dohodkov,

2. če imajo lastne dohodke iz enega ali več virov, pa skupno ne presegajo mesečno 2/3 zneska predpisanega najmanjšega osebnega dohodka, ki ga določajo republiški predpisi, pri čemer se dohodki iz kmetijstva računajo v 6-kratnem znesku katastrskega dohodka, dohodki oproščeni davka pa se všttevajo na podlagi idealne davčne osnove. Dohodki po tej točki so čisti mesečni dohodki po odbitku prispevkov in davkov.

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

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

Starši so zavarovani pod pogoji iz prejšnjega člena tudi po zavarovančevi smrti, če ne morejo uveljaviti pravice do družinske pokojnine.

100. člen

Vnuki, bratje, sestre in rejenci so zavarovani pod pogoji, ki so določeni za zavarovančeve otroke in pod pogojem, da jih zavarovanec preživlja in da sami nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov, navedenih v prejšnjem členu.

101. člen

Družinski člani tujcev-zavarovancev so zavarovani, dokler živijo na območju Jugoslavije, če ni z mednarodnimi pogodbami drugače določeno.

UGOTAVLJANJE IN UVELJAVLJANJE LASTNOSTI ZAVAROVANE OSEBE

102. člen

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

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico oziroma z drugo predpisano listino.

Obrazec zdravstvene izkaznice ali listine, s katero se dokazuje lastnost zavarovane osebe, način njenega izdajanja in uporabo ter druge obrazce v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja predpiše regionalna zdravstvena skupnost s posebnim aktom.

103. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotovi zdravstvena skupnost na podlagi predpisane prijave zavarovanja, z izdajo zdravstvene izkaznice, oziroma z drugo predpisano listino ali posebnim obvestilom, kadar se ta ugotovi po uradni dolžnosti.

Če skupnost osebi, za katero je vložena prijava zavarovanja, odreče lastnost zavarovane osebe, ji o tem mora izdati pismeno obvestilo najkasneje v 30 dneh po vložitvi prijave.

Če skupnost v roku iz prejšnjega odstavka ne izda obvestila, da odreka lastnost zavarovane osebe, se šteje, da je osebi ta lastnost priznana.

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

Zoper obvestilo, s katerim se odreče lastnost zavarovane osebe, ima prizadeti pravico pritožbe na drugostopni organ skupnosti v 15 dneh po prejemu obvestila.

Zoper dokončno odločbo, s katero skupnost odreče priznanje lastnosti zavarovane osebe, lahko prizadeti zaradi varstva pravice vloží tožbo pri pristojnem sodišču združenega dela.

104. člen

Prijava za zavarovanje vloží za delavca organizacija združenega dela, delovna skupnost in druga organizacija, oziroma delodajalec, za druge zavarovance organ, ki je zavezan za plačevanje prispevka za njegovo zavarovanje in zavarovanec sam, če mora sam plačevati prispevek.

Prijava se mora vložiti pri strokovni službi v 8 dneh po pridobitvi lastnosti zavarovanca. V istem roku mora zavezanec odjaviti iz zavarovanja osebo, ki ji je lastnost zavarovanca prenehala, oziroma prijaviti spremembe, ki so nastale v okoliščinah, ki vplivajo na pravice zavarovanca.

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

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

105. člen

Za delavca, ki prvič pridobi lastnost delavca v združenem delu, ali stopi v delovno razmerje, ali združi svoje delo po več kot šestmesečni prekinitvi, se mora prijaviti za zavarovanje priložiti izvid opravljenega zdravniškega pregleda s strokovnim mnenjem zdravnika, da je zdravstveno sposoben za predvideno delo.

106. člen

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

107. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja gredo zavarovani osebi od dneva, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovancu od dneva, ko nastopi delo, oziroma ko na drug način dobi lastnost zavarovanca, pa do preteka tridesetega dneva od dneva, ko neha biti zavarovanec.

Kot dan pridobitve lastnosti zavarovanca se šteje tudi dan, ko zavarovanec odide na pot, da nastopi delo, oziroma dolžnost po sklepu o sprejemu na delu.

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

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

108. člen

Družinskim in gospodinjiskim članom zavarovanca se zagotavlja zdravstveno varstvo ves čas, v katerem se zagotavlja zavarovancu. Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi za tisti čas, ko je zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na odsluženju vojaškega roka.

Družinskim članom zavarovanca, ki prestaja zaporno kazen, se zagotavlja zdravstveno varstvo, če zavarovancu med prestajanjem kazni ni prenehala lastnost delavca v združenem delu ali delovno razmerje pri zasebnem delodajalcu.

Osmi del

FINANCIRANJE

109. člen

V skladu s samoupravnim sporazumom o ustanovitvi zdravstvene skupnosti, si zdravstvena skupnost zagotavlja rizično sposobnost in svobodno menjavo dela, kakor tudi skladen razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih organizacij, njihove zmogljivosti, sodoben razvoj zdravstvene vede in dejavnosti ter strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev, z združevanjem sredstev v regionalni zdravstveni skupnosti in za uresničevanje skupnih interesov na območju republike v Zdravstveni skupnosti Slovenije.

110. člen

Zdravstvena skupnost združuje sredstva tudi za učence srednjih šol ter študente višjih in visokih šol ter akademij. Prispevek za zdravstveno varstvo zavarovancev iz prejšnjega odstavka plačujejo, obračunavajo in odvajajo plačniki, ki jih določa samoupravni sporazum med Izobraževalno skupnostjo SR Slovenije, Zvezo socialistične mladine Slovenije, Univerzo in Zdravstveno skupnostjo Slovenije.

111. člen

Za financiranje dogovorjenega programa zdravstvenega varstva združujejo svoja sredstva v zdravstveni skupnosti:

– zavarovanci, ki prispevajo za zagotavljanje zdravstvenega varstva in drugih pravic iz zdravstvenega zavarovanja določeni del osebnih dohodkov,

– organizacije združenega dela, delovne skupnosti in zasebni delodajalci, ki prispevajo tisti del svojega dohodka, ki je določen za zavarovanje za nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo,

– skupnosti pokojninskega in invalidskega zavarovanja s prispevki za zdravstveno varstvo upokojenecv in invalidov,

– skupnosti za zaposlovanje s prispevki za zdravstveno varstvo začasno nezaposlenih in izseljenecv-povratnikov, ki se prijavijo za zaposlitev,

– organi in organizacije, ki izplačujejo stalne priznavalnine, družbene preživnine in stalne družbene denarne pomoči s prispevki za zdravstveno varstvo uživalcev teh pravic,

– zavarovanci iz 57. člena zakona o zdravstvenem varstvu sami s svojimi prispevki, če z ratificiranimi mednarodnimi sporazumi ni določeno drugače,

– uporabniki zdravstvenega varstva s prispevki k stroškom zdravstvenega varstva.

112. člen

Prispevke iz 149. člena zakona o zdravstvenem varstvu plačujejo, obračunavajo in odvajajo:

– za zavarovance iz prvega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih so zaposleni; organi, v katere so izvoljeni; zadrage, pri katerih delajo; organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih so v uku ali na praksi; občani, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, plačujejo prispevke sami iz svojih sredstev;

– za zavarovance iz drugega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih delajo kot delavci, organ ali organizacija, ki daje študentsko stipendijo, organizator javnih del, mladinskih delovnih akcij in pouka za obrambo in zaščito, za začasno nezaposlene osebe pa skupnost za zaposlovanje;

– za zavarovance iz tretjega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu plačniki, ki jih določa samoupravni sporazum med ustreznimi samoupravnimi interesnimi skupnostmi;

– za zavarovance iz četrtega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu: kmetje zase in za svoje družinske člane ter za osebe, ki jim morajo dajati preužitek; za uživalce stalnih kmečkih preživnin organ ali organizacija, ki jim izplačuje preživnino;

– za zavarovance iz petega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu: za začasno nezaposlene skupnost za zaposlovanje; za uživalce prejemkov iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja skupnost pokojninskega in invalidskega zavarovanja; za uživalce izjemnih pokojnin, stalnih priznavalnin, družbenih preživnin in stalne družbene pomoči pa organ ali organizacija, ki jim jih izplačuje;

– za zavarovance iz 70. člena zakona o zdravstvenem varstvu: organizacije, zasebni delodajalci oziroma skupnosti, ki so zavezani za njihovo zavarovanje.

Obveznosti zavezancev iz prejšnjega člena uveljavlja regionalna zdravstvena skupnost.

113. člen

Prispevki morajo biti izraženi v stopnji oziroma pavšalu in jih določa skupščina zdravstvene skupnosti po predhodni obravnavi med delovnimi ljudmi in občani na območju zdravstvene skupnosti.

Stopnje prispevkov so enotne in proporcionalne, pri tem se upošteva, ali so osebe zavarovane za vse, ali samo za posamezne zavarovane primere.

114. člen

Prispevne stopnje oziroma pavšali iz prejšnjega člena se določijo oziroma dogo-

vorijo v skladu z družbenim planom, resolucijo o družbeno-ekonomski politiki in družbenim dogovorom o skupni porabi, ter morajo biti zaradi enotnosti pravic in zdravstvenega zavarovanja na območju regije enake.

Skupščina skupnosti določa ustrezno dogovorom iz prvega odstavka osnove za določanje prispevkov in pavšalne zneske prispevkov za zavarovance zunaj združenega dela in delovnih razmerij.

115. člen

Za financiranje posameznih nalog zdravstvene skupnosti se določijo s pogodbo ali samoupravnim sporazumom prispevki in pavšali iz dela osebnih dohodkov, namenjenih za zadovoljevanje osebnih potreb, tudi nad okviri iz prejšnjega člena.

SODELOVANJE Z DRUŽBENOPOLITIČNIMI SKUPNOSTMI, SKUPNOSTMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, ZDRAVSTVENIMI ORGANIZACIJAMI IN DRUGIMI ORGANIZACIJAMI NA OBMOČJU OBČINE

116. člen

Skupščina občinske zdravstvene skupnosti enakopravno s pristojnimi zbori občinske skupščine odloča v okviru sredstev, za katere se je dogovorila v regiji:

– o splošni politiki na področju zdravstvenega varstva;

– o politiki, načrtih in programih razvoja in pospeševanja zdravstvene dejavnosti;

– o drugih vprašanih s področja zdravstvenega varstva, ki se na podlagi ustave in zakona urejajo z odloki in drugimi splošnimi akti občinske skupščine.

117. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti sprejema v soglasju z občinsko skupščino odločitve, ki so bistvenega pomena za uresničevanje pravic in obveznosti delovnih ljudi, združenih v skupnosti in so določene z zakonom ali odlokom občinske skupščine. Pred odločitvijo o soglasju razpravljajo in usklajujejo stališča delegati skupščine zdravstvene skupnosti s delegati pristojnih zborov občinske skupščine.

118. člen

Zdravstvena skupnost usklajuje razvojno politiko in programe zdravstvenega varstva s cilji ekonomskega in družbenega razvoja občine, določenimi v družbenih planih občine, z družbenim dogovarjanjem.

119. člen

Zaradi usklajevanja družbenih dejavnosti na območju občine, zaradi zagotovitve ustrezne vloge zdravstvene dejavnosti pri razvijanju produktivnosti dela in družbene reprodukcije, zaradi ustreznega sode-

lovanja v zdravstveni preventivi in varstvu ter izboljševanju življenjskega in delovnega okolja ter organiziranja priprav za splošni ljudski odpor, se povezuje in sodeluje zdravstvena skupnost tudi z drugimi skupnostmi, društvi, zdravstvenimi organizacijami in združenim delom.

120. člen

V sodelovanju z drugimi družbenopolitičnimi skupnostmi in drugimi skupnostmi, društvi in organizacijami, daje zdravstvena skupnost pobude in sprejema obveznosti po dogovoru z regionalno zdravstveno skupnostjo.

Deveti del

OPRAVLJANJE STROKOVNIH, ADMINISTRATIVNIH IN TEHNIČNIH OPRAVIL

121. člen

Strokovne, finančne in administrativne zadeve opravlja za zdravstveno skupnost strokovna služba Regionalne zdravstvene skupnosti Kranj.

Na strokovno službo se ne morejo prenašati pravice, pooblastila in odgovornosti zdravstvene skupnosti.

Deseti del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

122. člen

Učenci srednjih šol iz 110. člena tega statuta ostanejo do sklenitve samoupravnega sporazuma zavarovani kot družinski člani.

123. člen

Dokler ne bodo izdani novi ustrezni predpisi, se še uporabljajo:

1. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in plačevanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Ur. l. SRS št. 2/74).

2. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71).

3. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71).

4. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za omogočanje glasnega govora (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71).

5. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za zobno protetično pomoč in o protetičnih sredstvih (Uradni vestnik Gorenjske številka 1/71).

6. Pravilnik o pogojih in načinu pošiljanja zavarovanih oseb v naravna zdravilišča (Uradni list SRS št. 33/72).

7. Pravilnik o imenovanju in delu zdravniških komisij (Uradni list SRS številka 35/72).

124. člen

Določbe tega statuta razlaga skupščina zdravstvene skupnosti.

125. člen

Spremembe in dopolnitve statuta se sprejemajo po enakem postopku kot statut.

Kadar se ta statut spreminja samo v tem, da se njegovo besedilo prilagodi spremembam zakona ali samoupravnih sporazumov, se ne uporablja celotni postopek, ampak spremembe ugotovi skupščina zdravstvene skupnosti.

126. člen

Ta statut začne veljati, ko ga sprejme skupščina zdravstvene skupnosti na seji obeh zborov in ga potrdi občinska skupščina, uporablja pa se od 1. 1. 1976.

Škofja Loka, dne 2. 12. 1975
Številka: 02-1/76-02/3

Skupščina občinske
zdravstvene skupnosti
Škofja Loka
Predsednik:
Tine Kokelj, s. r.

Na podlagi 12. člena zakona o zdravstvenem varstvu (Ur. l. SRS šte. 38/74 in 1/75) in 26. člena samoupravnega sporazuma o ustanovitvi Občinske zdravstvene skupnosti Tržič, je skupščina skupnosti na seji obeh zborov, dne 2. 12. 1975, sprejela

STATUT OBČINSKE ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI TRŽIČ

Prvi del

TEMELJNA NAČELA

1. člen

Občinska zdravstvena skupnost Tržič (v nadaljnjem besedilu: zdravstvena skupnost) je ustanovljena s samoupravnim sporazumom z dne 20. 1. 1975 kot samoupravna interesna skupnost uporabnikov in izvajalcev zdravstvenega varstva zaradi uresničevanja skupnih interesov in potreb ter svobodne menjave dela na območju občine Tržič.

Zdravstvena skupnost je s samoupravnim sporazumom o ustanovitvi regionalne zdravstvene skupnosti z dne 23. 1. 1975 združena v Regionalno zdravstveno skupnost Kranj.

2. člen

Zdravstvena skupnost je pravna oseba. Sedež zdravstvene skupnosti je v Tržiču, Blejska 10. Zdravstvena skupnost ima pečat okrogle oblike z označbo imena in sedeža skupnosti.

Zdravstveno skupnost predstavlja predsednik skupščine.

3. člen

V zdravstveni skupnosti si delovni ljudje in občani kot uporabniki zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: uporabniki) zagotavljajo zdravstveno varstvo in druge oblike socialne varnosti ob pogojih, ki jih določa zakon, samoupravni sporazumi in ta statut, pri čemer se uporabniki dogovorijo z izvajalci zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) o programu zdravstvenega varstva in drugih oblikah socialne varnosti.

4. člen

Delovni ljudje in občani, združeni v zdravstveni skupnosti, na podlagi enakopravnega odločanja in svobodne menjave dela, v okviru sredstev, združenih v regionalni zdravstveni skupnosti:

- določajo pravice in obveznosti iz zdravstvenega varstva;
- skrbijo za neposredno uveljavljanje in uresničevanje pravic iz zdravstvenega varstva;
- uresničujejo svobodno menjavo dela;
- določajo politiko razvoja zdravstvenega varstva;
- skrbijo za vzgojo in izobraževanje zdravstvenih delavcev;
- sprejemajo program zdravstvenega varstva;
- obravnavajo programe in dejavnosti zdravstvenih organizacij ter sprejemajo oziroma predlagajo potrebne ukrepe;
- sprejemajo in obravnavajo problematiko osnovnega zdravstvenega varstva in preskrbe z zdravili v občini;
- sklepajo samoupravne sporazume in družbene dogovore;
- soodločajo z občinsko skupščino v zadevah zdravstvenega varstva v skladu s statutom občine;
- obravnavajo problematiko in pristojnosti regionalne zdravstvene skupnosti ter ji dajejo svoja stališča in predloge;
- sodelujejo z drugimi samoupravnimi skupnostmi v občini;
- uresničujejo druge skupne interese na področju zdravstva.

5. člen

Zdravstvena skupnost ureja zadeve iz svojega delovnega področja s samoupravnimi splošnimi akti, in sicer:

- z družbenim dogovorom o skupni porabi v občini;
- s samoupravnimi sporazumi;
- s statutom zdravstvene skupnosti;
- s programi zdravstvenega varstva;
- s sklepi in pravilniki skupščine in drugih organov v zdravstveni skupnosti.

Drugi del

NAČIN OBVEŠČANJA IN JAVNOST DELA

6. člen

Delo zdravstvene skupnosti in njenih organov je javno. Skupščina zdravstvene

skupnosti in njeni organi so dolžni obveščati delovne ljudi in občane, združene v zdravstveni skupnosti, kot tudi občinsko skupščino in družbeno-politične dejavnike v občini o uresničevanju programov zdravstvenega varstva in o uporabi združenih sredstev ter o načinu zagotovitve neposrednega zdravstvenega varstva in drugih oblik socialne varnosti na svojem območju.

Delovni ljudje in občani morajo biti popolno in sproti obveščeni o stvareh, ki pomenijo njihove neodtujljive pravice in o predpisih in aktih, ki se tičejo razvoja na področju zdravstvenega varstva.

7. člen

Zdravstvena skupnost obvešča delovne ljudi in občane o stanju in o problemih zdravstvene skupnosti praviloma po delegatih, in sicer na zborih delovnih ljudi in občanov, s posebnimi poročili, z objavo v občinskem glasilu ali z drugimi sredstvi javnega obveščanja.

Samoupravni splošni akti zdravstvene skupnosti se objavljajo v Uradnem vestniku Gorenjske. Če samoupravni splošni akt zadeva več zdravstvenih skupnosti z območja regije, se ta objavi v Uradnem listu SR Slovenije.

Tretji del

ORGANI ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI IN NJIHOVO DELOVNO PODROČJE

1. SKUPŠČINA SKUPNOSTI

8. člen

Zdravstveno skupnost upravlja skupščina skupnosti.

Skupščina zdravstvene skupnosti ima dva zbora: zbor uporabnikov in zbor izvajalcev.

Število delegatskih mest v skupščini določa samoupravni sporazum o ustanovitvi zdravstvene skupnosti tako, da je zagotovljena zastopnost interesov vseh delovnih ljudi, samoupravnih organizacij in skupnosti.

9. člen

Zbor uporabnikov ima 34 delegatskih mest, sestavljajo ga delegati delegacij, ki jih volijo delovni ljudje in občani-člani te zdravstvene skupnosti neposredno in prek organizacij združenega dela in drugih organizacij in skupnosti ter delovni ljudje in občani v krajevnih skupnostih.

10. člen

Zbor izvajalcev ima 17 delegatskih mest, sestavljajo pa ga delegati delegacij, ki jih volijo delavci v zdravstvenih organizacijah ter delavci drugih za opravljanje zdravstvene dejavnosti z zakonom pooblaščenih organizacij združenega dela.

11. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti in njena zborna izvolijo izmed delegatov predsednika skupščine in predsednika zborov kot podpredsednika in njuna namestnika.

Predsednik skupščine ter predsednika zborov in njuna namestnika se volijo za štiri leta.

12. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti odloča praviloma na sejah obeh zborov. O vprašanih, o katerih odločata zborna enakopravno, mora biti odločitev sprejeta v obeh zborih v enakem besedilu.

Če odločitev ni sprejeta v enakem besedilu v obeh zborih skupščine, se izvede usklajevalni postopek med zboroma, ki ga določa skupščina s poslovnikom. Če tudi v usklajevalnem postopku med zboroma ni doseženo soglasje, lahko občinska skupščina začasno uredi tako vprašanje, vendar njena odločitev velja največ eno leto.

13. člen

Za sklepčnost seje zborov je potrebna navzočnost več kot polovice delegatov vsakega zbora. Odločitev zbora je veljavna, če za predlog glasuje večina delegatov, ki ga sestavljajo.

14. člen

Če zdravstvena skupnost ne odloči o vprašanju, od katerega je bistveno odvisno njeno delo in bi zaradi tega nastala občutna škoda, skupščina občine Kranj na predlog njenega izvršnega sveta s svojo odločitvijo začasno uredi tako vprašanje.

15. člen

Zbor uporabnikov in izvajalcev enakopravno:

- sprejemata splošne akte, statut, pravilnike in sklepe, če posamezne zadeve niso v izključni pristojnosti posameznega zbora;

- sprejemata program zdravstvenega varstva v občini;

- določata višino prispevka, izraženo v stopnji;

- sodelujeta pri oblikovanju finančnega načrta in zaključnega računa regionalne zdravstvene skupnosti;

- obravnavata in sprejemata letno poročilo o delu;

- odločata o medsebojnih razmerjih in izhodiščih menjave dela v zdravstvenem varstvu;

- odločata o razpisu referendumu;

- dajeta soglasje na statut in statusne spremembe zdravstvenih organizacij, ki opravljajo svojo dejavnost na območju občine;

- volita, odpoklicujeta in razrešujeta organe zdravstvene skupnosti;

- delegirata, odpoklicujeta in razrešujeta delegate v skupščini regionalne zdravstvene skupnosti in v skupščini Zdravstvene skupnosti Slovenije;

- odločata o načinu in vsebini sodelovanja z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami.

16. člen

Zbor uporabnikov na podlagi in v okviru splošnih aktov skupnosti samostojno:

- sprejema samoupravne sporazume in druge splošne akte o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja;

- soodloča o uporabi združenih sredstev za uresničevanje oblik socialne varnosti oziroma zdravstvenega zavarovanja;

- soodloča z občinskimi zdravstvenimi skupnostmi v regiji o valorizaciji nadomestil in drugih denarnih dajatev;

- razpravlja in odloča o predlogih in pripombah enot in organov organizacij združenega dela in samoupravnih skupnosti;

- opravlja druge zadeve, ki so mu s statutom ali drugim splošnim aktom dane v pristojnost.

17. člen

Zbor izvajalcev na podlagi in v okviru splošnih aktov skupnosti samostojno:

- odloča o organizaciji neposrednega zdravstvenega varstva na območju zdravstvene skupnosti v okviru programa zdravstvenega varstva;

- obravnava razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih organizacij oziroma zdravstvenih zmogljivosti;

- razpravlja in odloča o predlogih in pripombah enot in organov organizacij združenega dela in samoupravnih skupnosti s področja neposrednega zdravstvenega varstva;

- obravnava probleme vzgoje in izobraževanja zdravstvenih delavcev;

- opravlja druge naloge, ki so mu s statutom ali drugimi splošnimi akti dane v pristojnost.

18. člen

Skupščina občinske zdravstvene skupnosti enakopravno s pristojnimi zbori občinske skupščine odloča:

- o politiki razvoja in pospeševanja zdravstvenih dejavnosti ter o načrtih in programih njenega razvoja;

- o drugih vprašanih s področja zdravstvenega varstva, ki se na podlagi ustave in zakona urejajo z odloki in z drugimi splošnimi akti skupščine družbenopolitične skupnosti.

ščina izvoli stalne in občasne komisije. Stalne komisije so sestavljene iz vrst delegatov uporabnikov in izvajalcev. Začasne komisije lahko sestavljajo tudi drugi delovni ljudje in občani.

Skupščina po potrebi imenuje delegate v skupne komisije regionalne in republiške zdravstvene skupnosti.

2. ODBOR SAMOUPRAVNEGA NADZORA

22. člen

Samoupravni nadzor v zdravstveni skupnosti izvajajo delovni ljudje – uporabniki in izvajalci prek odbora samoupravnega nadzora.

Člane samoupravnega nadzora volijo delovni ljudje in občani v temeljnih organizacijah združenega dela in v drugih samoupravnih organizacijah po postopku, določenem z zakonom o oblikovanju in volitvah delegacij ter delegiranju delegatov v skupščine samoupravnih interesnih skupnosti, ki enakopravno odločajo s pristojnimi zbori skupščin družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 34/74).

23. člen

Odbor samoupravnega nadzora ima 4 člane, ki jih volijo delegacije oziroma konference delegacij iz vrst uporabnikov in izvajalcev.

Mandat odbora samoupravnega nadzora traja 4 leta; nihče ne more biti izvoljen v odbor samoupravnega nadzora več kot dvakrat zapored.

24. člen

Odbor samoupravnega nadzora:

- opravlja nadzor nad izvajanjem v skupnosti sprejete politike,

- nadzoruje uresničevanje samoupravljanja in izvajanje sprejetih družbenih dogovorov, samoupravnih sporazumov, splošnih aktov in sklepov skupščine,

- nadzira delo organov skupnosti in strokovne službe,

- nadzira uporabo sredstev skupnosti,

- nadzira izvajanje oziroma uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva in zavarovanja pri strokovni službi, pri zdravstvenih organizacijah, organizacijah združenega dela in pri zasebnih delodajalcih.

25. člen

Odbor samoupravnega nadzora organizira in opravlja nadzor po svojih odločitvah, na predlog skupščine, izvršilnega odbora ali sekretarja zdravstvene skupnosti.

Nadzor opravi odbor sam, lahko pa za posamezna dela pooblasti strokovne organizacije ali druge strokovnjake.

O ugotovitvah nadzora predloži odbor samoupravnega nadzora poročilo skupščini oziroma organu, ki je nadzor predlagal ter priporoči ukrepe za odpravo ugotovljenih nepravilnosti.

Izvršilni odbor

19. člen

Izvršilne funkcije opravlja izvršilni odbor.

Izvršilni odbor ima predsednika in članov, ki jih izvoli skupščina zdravstvene skupnosti v enakem številu izmed delegatov uporabnikov in izvajalcev.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta; nihče ne more biti izvoljen v izvršilni odbor več kot dvakrat zapored.

20. člen

Izvršilni odbor opravlja te naloge:

- zagotavlja pravilno in pravočasno izvrševanje sklepov skupščine;

- skrbi za pravilno in pravočasno uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja;

- predlaga skupščini zdravstvene skupnosti program zdravstvenega varstva, finančni načrt in zaključni račun regionalne zdravstvene skupnosti ter druge splošne in posamične akte;

- obravnava samoupravne sporazume o programiranju in financiranju zdravstvenega varstva ter druge samoupravne sporazume;

- daje pobudo za sklic skupščine zdravstvene skupnosti ali posameznega zbora;

- spremlja izvrševanje finančnega načrta regionalne zdravstvene skupnosti;

- opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut, drugi splošni akti ali ga zanje pooblasti skupščina zdravstvene skupnosti.

Stalne in občasne komisije

21. člen

Za posamezna vprašanja lahko skup-

ENOTE ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI

26. člen

V zdravstveni skupnosti se lahko delovni ljudje in občani, uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva, zaradi kar najbolj neposrednega uresničevanja samoupravnih pravic in interesov v okviru ožjih samoupravnih organizacij in skupnosti organizirajo v enote zdravstvene skupnosti.

Enote zdravstvene skupnosti se lahko organizirajo po teritorialnem in funkcionalnem principu, po statutih občin, krajevnih skupnosti, oziroma po samoupravnih sporazumih o medsebojnih razmerjih delavcev v združenem delu.

27. člen

Enote zdravstvene skupnosti so pravne osebe s pravicami, obveznostmi in odgovornostmi, ki jih imajo po zakonu, samoupravnem sporazumu o ustanovitvi zdravstvene skupnosti in po svojem statutu.

28. člen

Enote zdravstvene skupnosti zlasti:

- skrbijo za uresničevanje zdravstvenega varstva, predvsem preventivnega zdravstvenega varstva, ki obsega izvajanje ukrepov, da se odvrta in preprečuje nesreče pri delu in obolenja za poklicno bolezen,

- sodelujejo pri oblikovanju programa zdravstvenega varstva občinske zdravstvene skupnosti,

- v okviru zdravstvene skupnosti uveljavljajo posebne potrebe po zdravstvenem varstvu,

- obravnavajo delo in problematiko zdravstvenih organizacij, v katerih uveljavljajo delovni ljudje in občani svoje pravice iz zdravstvenega varstva in predlagajo ustrezne ukrepe občinskim zdravstvenim skupnostim.

S samoupravnim aktom o organizaciji enote in s statutom se podrobneje določijo njene naloge, pravice in organizacija.

29. člen

Zadovoljevanje posebnih potreb po zdravstvenem varstvu v enoti ne more okrniti izvajanja programa zdravstvenega varstva v zdravstveni skupnosti.

Delovni ljudje in občani v enoti morajo za posebne potrebe po zdravstvenem varstvu zagotoviti potrebna sredstva.

Peti del

VOLITVE, ODPOKLIC IN RAZREŠITEV DELEGATOV

30. člen

Delovni ljudje in občani v temeljnih organizacijah združenega dela ter v drugih samoupravnih organizacijah in skupnostih kot uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva uresničujejo svoje pravice do samoupravnega odločanja v zdravstveni skupnosti po načelu delegatskega sistema

prek svojih delegatov in delegacij, ki jih volijo, odpoklicujejo, oziroma delegirajo delegacije in konference delegacij po zakonu o oblikovanju in volitvah delegacij ter delegiranju delegatov v skupščine samoupravnih interesnih skupnosti, ki enakopravno odločajo s pristojnimi zbori skupščine družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 34/74).

31. člen

Število delegatskih mest, ki jih ima v skupščini in organu samoupravnega nadzora posamezna delegacija oziroma konferenca delegacij uporabnikov in izvajalcev, določi skupščina s posebnim sklepom.

32. člen

Delegat sodeluje v delu zdravstvene skupnosti, njene skupščine oziroma ustreznega zbora in drugih organov ali teles, v okviru pooblastil njegove delegacije oziroma konference delegacij, če ni izrecno drugače določeno v samoupravnem sporazumu o ustanovitvi zdravstvene skupnosti.

Delegat je pri svojem delu in odločanju samostojen.

33. člen

Delegacije oziroma konference delegacij delegirajo na zasedanje skupščine oziroma sejo ustreznega zbora zdravstvene skupnosti izmed sebe delegata ali določeno število delegatov, glede na vprašanja, ki jih bo skupščina obravnavala. V medsebojnih razmerjih znotraj te zdravstvene skupnosti se šteje za delegata član delegacije oziroma delegat konference delegacij, ki je že bil delegiran, dokler delegacija ali konferenca delegacij ne pošlje drugega delegata.

Delegacija, katere član je izvoljen za stalno funkcijo v organu zdravstvene skupnosti, ima pravico pošiljati na zasedanje skupščine oziroma sejo zbora drugega delegata. Delegat, ki je izvoljen za stalno funkcijo, v tem primeru nima pravice glasovati v skupščini.

34. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti delegira delegate v skupščino regionalne skupnosti in v skupščino zdravstvene skupnosti Slovenije v skladu s samoupravnimi sporazumi o ustanovitvi teh skupnosti.

Delegat je za opravljanje svojih dolžnosti odgovoren skupščini zdravstvene skupnosti. O stališčih, mnenjih in sklepih, ki so se izoblikovali v zboru in o svojem delu mora delegat obveščati skupščino, le-ta pa temeljne samoupravne organizacije in skupnosti.

35. člen

Delegat ima pravico predlagati v svojem zboru izdajo splošnih aktov, sklepov in odločitev z delovnega področja zdravstvene skupnosti, kot tudi spreminjevalne in dopolnilne predloge k aktom.

Delegat lahko predlaga obravnavanje vprašanj s področja zbora oziroma vprašanj, ki se nanašajo na politiko in delo zdravstvene skupnosti ter njenih organov.

36. člen

Kadar skupščina zdravstvene skupnosti soodloča z občinsko skupščino, uživajo njeni člani imuniteto.

Delegat ne more biti klican na kazensko odgovornost in prav tako ne priprt ali kaznovan za mnenje, ki ga je izrazil, ali za glas, ki ga je dal v zboru oziroma skupščini. Funkcija delegata je častna družbena funkcija.

Delegatom, ki zaradi opravljanja funkcije oziroma udeležbe v delu zdravstvene skupnosti izgubijo osebni dohodek, pripada nadomestilo osebnega dohodka v skladu z določili samoupravnega splošnega akta organizacije oziroma skupnosti. Povračilo potnih stroškov in drugih stroškov se prizna po samoupravnem aktu oziroma sklepu zdravstvene skupnosti.

37. člen

Delovni ljudje v organizaciji združenega dela oziroma samoupravni skupnosti ali skupščini skupnosti lahko odpoklicajo delegacijo kot celoto ali posameznega člana delegacije v skladu z načeli 50.-52. člena zakona o volitvah delegacij in delegiranju delegatov v skupščine družbenopolitičnih skupnosti (Ur. l. SRS št. 7/74).

Šesti del

UPRAVIČENCI IN UVELJAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. NEPOSREDNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

38. člen

Neposredno zdravstveno varstvo je zagotovljeno delovnim ljudem in občanom, članom te skupnosti, če jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno s posebnim zakonom ali ratificiranim mednarodnim sporazumom.

Do neposrednega zdravstvenega varstva so upravičeni tudi družinski člani delovnih ljudi-zavarovancev te skupnosti ob pogojih, ki jih določa statut.

Do neposrednega zdravstvenega varstva je kot občan upravičen tisti, ki ima stalno prebivališče na območju te zdravstvene skupnosti in je prijavljen pri pristojnem organu.

39. člen

Neposredno zdravstveno varstvo uveljavljajo upravičenci predvsem v zdravstvenem domu oziroma njegovih ustreznih službah, to je: splošne medicine, zdravstvenega varstva žensk, otrok, mladine, zdravstvenega varstva borcev NOV, medicine dela, prometa, športa, pnevmoftiziološki službi, zobozdravstveni službi, psihiatrični službi, patronažni službi in drugih službah.

Učenci srednjih šol ter študenti višjih in visokih šol ter akademij uveljavljajo neposredno zdravstveno varstvo po samoupravnih splošnih aktih tiste zdravstvene skupnosti, na območju katere se šolajo.

40. člen

Upravičenec prosto izbira zdravstvene delavce v zdravstvenih domovih, kadar uveljavlja pravice iz neposrednega zdravstvenega varstva.

Zdravnik, ki si ga je upravičenec izbral, da ga stalno zdravi, je njegov izbrani zdravnik.

Upravičenec med zdravljenjem akutnih bolezni ne more menjati zdravnika, razen v medicinsko utemeljenih primerih in z vednostjo zdravnika, ki ga zdravi.

41. člen

V nujnem primeru sme upravičenec zahtevati zdravniško pomoč v vsaki zdravstveni organizaciji oziroma pri vsakem zdravstvenem delavcu.

42. člen

Zdravniško pomoč na domu lahko zahteva upravičenec:

- v primeru nujnosti,
- kadar ni sposoben priti v zdravstveni dom.

Zdravniške obiske na domu opravlja zdravnik, ki ga določi ustrezna enota najbližjega zdravstvenega doma.

Upravičenec, ki naroči zdravnika na dom, plača sam vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da obisk na domu ni bil potreben.

43. člen

Upravičenec uveljavlja zdravstveno varstvo pri zdravnikih-specialistih praviloma na podlagi napotnice, ki jo izda izbrani zdravnik.

Če se izkaže potreba po dodatnem specialističnem pregledu, napoti zdravnik specialist upravičenca k drugemu zdravniku-specialistu.

Za ponovne preglede za isto bolezen pri istem zdravniku-specialistu, opravljenem po odredbi izbranega zdravnika ali izbranega zdravnika-specialista, nova napotnica ni potrebna.

44. člen

Upravičenec sme brez napotnice izbrati zdravnika-specialista, in sicer okulista, da določi ostrino vida in predpiše očala, otologa zaradi okvare sluha, pediatra, ginekologa, venerologa, internista v primeru diabetičnega obolenja in ftiziologa v primeru TBC obolenja.

45. člen

Če je upravičenec potrebna zdravniška pomoč zdravnika-specialista zaradi poškodbe ali nenadnega težjega obolenja, lahko zahteva pomoč brez napotnice. Pri ponovnem pregledu mora zdravniku-specialistu predložiti napotnico, če izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist meni, da je še potrebno zdravljenje pri zdravniku-specialistu.

46. člen

Upravičenca napoti v bolnišnico izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist, pri katerem se je zdravil ali bil pregledan. Pri sprejemanju v bolnišnico mora predložiti predpisano napotnico.

Upravičenec sme brez napotnice nastopiti bolnišnično zdravljenje, kadar uveljavlja nujno zdravstveno pomoč. V takem primeru izpolni napotnico zdravnik bolnišnice. Bolnišnica mora o sprejemu takoj obvestiti organizacijo, v kateri dela.

Po končanem zdravljenju izda bolnišnica upravičenecu odpustnico s podatki o zdravljenju v bolnišnici in z napotki zdravniku zdravstvenega doma za nadaljnje zdravljenje.

47. člen

Konziliarni zdravniški pregled upravičenca lahko zahteva zdravnik, ki bolnika zdravi, bolnik sam, njegovi svojci, zdravstvena organizacija ali skupnost, delovna, sindikalna ali druga prizadeta organizacija.

Stroške pregleda plača skupnost, če je pregled zahtevala skupnost ali zdravnik, v drugih primerih pa tisti, ki ga je zahteval.

48. člen

Upravičenca je mogoče napotiti v naravno zdravilišče, kadar so podane medicinske indikacije in drugi pogoji za zdravljenje v naravnih zdraviliščih, ki jih določi zdravstvena skupnost.

Zdravljenje v naravnem zdravilišču in okrevanje se zagotavlja kot nadaljevanje ali kot nadomestilo bolnišničnega zdravljenja, v izjemnih primerih, ki so določeni s posebnim aktom, pa tudi kot nadaljevanje ali nadomestilo ambulantnega zdravljenja.

49. člen

Bolnišnice smejo prenesti upravičenca v naravna zdravilišča zaradi neposrednega nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja v primerih, ko iz medicinskih razlogov zdravljenje v bolnišnici ni več potrebno.

Zdravljenje v naravnem zdravilišču kot nadomestilo bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja odredi zdravniška komisija, upoštevajoč sredstva, ki so za to obliko zdravstvenega varstva predvidena v finančnem načrtu skupnosti.

50. člen

Zdravniška komisija sme na predlog izbranega zdravnika upravičencu odobriti okrevanje v naravnem zdravilišču v breme skupnosti, če sam ali njegova organizacija nosi stroške oskrbe in nastanitve.

Izbrani zdravnik mora v predlogu navesti, ali je takšno okrevanje koristno.

51. člen

Upravičencem so zagotovljena v zdravstveni skupnosti samo tista zdravila, ki so registrirana v državi, dobijo jih v lekarni na podlagi zdravniškega recepta.

Natančnejše pogoje o predpisovanju, izdajanju in plačevanju zdravil, ki se predpisujejo v breme skupnosti, določi poseben pravilnik.

52. člen

Upravičenec ima pravico do nabave in do povračila stroškov za neregistrirana zdravila, kupljena v tujini, le v izjemnih in življenjsko važnih primerih, če so bila registrirana zdravila brezuspešna, vendar zgolj na podlagi utemeljenega strokovnega mnenja zdravstvene organizacije, ki po zakonu lahko preizkuša neregistrirana zdravila.

53. člen

V breme skupnosti se lahko predpisujejo tudi sredstva za preprečevanje nosečnosti, ki se uživajo, vendar le na podlagi predhodnega mnenja ginekologa ali zdravnika v dispanzerju za varstvo žena.

54. člen

Upravičenec ima pravico do tistih vrst zobotehničnih in zoboprotetičnih sredstev, ter protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih priprav in v takem obsegu, kot določajo:

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za zoboprotetično pomoč in o protetičnih sredstvih,

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave,

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja očesnih pripomočkov,

- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora.

55. člen

Upravičenec, ki zahteva izdelavo zobotehničnih, protetičnih ali ortotičnih sredstev ali sanitarnih priprav iz boljšega materiala ali po višjem standardu, kot je določeno v ustreznem pravilniku, plača poleg obveznega prispevka še razliko v ceni.

56. člen

Pravico do neposrednega zdravstvenega varstva uveljavljajo in uresničujejo delovni ljudje in občani (v nadaljevanju: upravičenci), praviloma v zdravstveni organizaciji v občini oziroma na območju regionalne zdravstvene skupnosti.

Kadar upravičenec uveljavlja pravice iz zdravstvenega varstva na način, ki ni v skladu z določbami iz prejšnjih členov, krije zdravstvena skupnost stroške do višine, kot bi jih plačala po svojih samoupravnih aktih.

Kadar je upravičenec napoten na zdravljenje izven območja regionalne zdravstvene skupnosti, zdravstvena skupnost krije dejanske stroške zdravljenja.

57. člen

Upravičenci, ki imajo po zakonu lastnost zavarovane osebe in prebivajo zunaj območja regionalne zdravstvene skupnosti, uveljavljajo neposredno zdravstveno varstvo v najbližji ustrezni zdravstveni organizaciji.

58. člen

Upravičenci, ki so v tujini na delu ali zasebnem potovanju, imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo v primerih in v obsegu, kot ga določa samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

Natančnejše pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini določi zdravstvena skupnost s pravilnikom.

Upravičenci lahko uživajo pravice do zdravstvenega varstva, če je bilo pred odhodom v tujino z zdravniškim pregledom ugotovljeno, da nimajo bolezni, ki bi zahtevale zdravniški poseg ali stalno nadzorstvo. Če pregled ni bil opravljen, se povrnejo stroški zdravstvenega varstva, če ugotovi zdravniška komisija, da je bolezensko stanje, ki je zahtevalo zdravniško pomoč, nastalo po odhodu v tujino.

Upravičencu se povrnejo stroški zdravstvenega varstva v tujini najmanj v višini, kolikor bi znašali stroški istovrstnega zdravljenja v državi po predpisih zdravstvene skupnosti.

59. člen

Preglede pred vstopom na delo na območju skupnosti opravlja služba za medicino dela zdravstvenega doma glede na kraj delavčeve nameravane zaposlitve.

Pregledi pred vstopom na delo, opravljeni v zdravstvenih organizacijah izven območja skupnosti in na njihovi podlagi izdana zdravniška spričevala, ne veljajo za vstop na delo na območju skupnosti.

Organizacije ter zasebni delodajalci, ki sprejmejo na delo delavca brez poprejšnjega pregleda oz. brez zdravniškega spričevala iz prvega odstavka tega člena, plačujejo sami vse stroške zdravstvenega varstva, nastale zaradi kasnejše odkritih bolezni, ki bi jih bilo mogoče ugotoviti pri pregledu pred vstopom na delo.

Stroški pregledov iz tega člena ne gredo v breme zdravstvene skupnosti.

60. člen

Kadar upravičenec potuje zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva, oziroma je napoten ali poklican v drug kraj zaradi uveljavljanja pravic po zakonu ali statutu skupnosti, mora praviloma uporabljati redna javna prevozna sredstva.

Glede na nujnost primera ali zdravstveno stanje upravičenca sme zdravnik določiti drugačen način prevoza in sicer z reševalnim avtomobilom, osebnim avtomobilom, drugimi sredstvi in sredstvi, ki jih ima na voljo ustrezna reševalna služba.

61. člen

Upravičenec je upravičen do prevoza z reševalnim avtomobilom, če gre za življenjsko nevarno bolezensko stanje ali za drugačen nujen primer, ko je po načelih zdravniške vede potrebna takojšnja zdravniška intervencija.

Upravičenec je upravičen do prevoza z reševalnim avtomobilom tudi v primeru nalezljive bolezni, za katero je obvezna prijava, v primeru duševne bolezni, če je bolnik nevaren za okolico in v primeru.

kadar je iz zdravstvenih razlogov potreben prevoz osebe, ki ne more hoditi ali le s težavo hodi in zato ne more uporabiti rednih javnih prevoznih sredstev.

62. člen

Ob odpustu bolnišnice odobri zdravnik te zdravstvene organizacije prevoz upravičenca z reševalnim avtomobilom na njegov dom, če to terja zdravstveno stanje. Prevoze z reševalnimi avtomobili izven območja skupnosti, oziroma na razdalji več kot 50 km izven meje, lahko odobri samo predstojnik bolnišnice.

63. člen

Upravičenec lahko uporabi zasebno prevozno sredstvo, kadar ni na voljo javnih rednih prevoznih sredstev. Zavarovana oseba lahko uporabi namesto reševalnega avtomobila zasebno prevozno sredstvo, kadar reševalni avtomobil ni na razpolago. Skupnost bremenijo prevozni stroški z zasebnim prevoznim sredstvom v višini, ki jo določa sindikalna lista. Zahtevi za povračilo prevoznih stroškov je dolžan upravičenec priložiti račun in ustrezno medicinsko dokumentacijo.

64. člen

Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov za potovanje do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvene organizacije, ki lahko nudi potrebno zdravniško pomoč. Do povračila potnih stroškov da bolj oddaljenega zdravnika oziroma zdravstvene organizacije je upravičena, če je najbližji zdravnik odsoten, zdravniška pomoč pa je nujna.

2. DENARNA NADOMESTILA IN POVRAČILA

65. člen

Delovni ljudje, ki so zavarovane osebe (zavarovanci in njihovi družinski člani) po zakonu ali tem statutu, imajo v zdravstveni skupnosti tudi druge pravice za zagotovitev socialne varnosti v primeru bolezni, poškodbe, poroda in smrti: do nadomestila OD, povračila stroškov prehrane in nastanitve v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva ter denarnih dajatev ob smrti zavarovane osebe. Primere, pogoje in obseg teh pravic določa samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja enotno na območju regijske skupnosti.

66. člen

Zdravstveno stanje in primere, ki upravičujejo zavarovanca do nadomestila osebnega dohodka, ugotavljajo zdravniki, ki jih pooblasti skupnost v pogodbi z zdravstveno organizacijo (pristojni zdravnik). Zoper odredbo pristojnega zdravnika o začasnih zadržanosti od dela lahko zavarovavec ugovarja v 48 urah na zdravniško komisijo.

Delavci zaposleni v organizacijah, ki imajo obratne ambulante, ali pa so sklenile z zdravstveno organizacijo pogodbo o zdravstvenem varstvu za svoje delavce, uveljavljajo pravico po prejšnjem odstavku pri zdravnikih v teh ambulantah oziroma v teh zdravstvenih organizacijah.

Ce organizacija nima obratne ambulante in tudi ne zdravnika, ki bi bil po prejšnjem odstavku pooblaščen za presojo zadržanosti od dela, uveljavlja zavarovavec pri svojem izbranem zdravniku, če ta dela v najbližjem zdravstvenem domu glede na kraj bivanja ali zaposlitve.

Če si je zavarovavec izbral zdravnika izven kraja bivanja ali zaposlitve je zanj pristojen zdravnik po 2. ali 3. odstavku tega člena.

67. člen

Kadar zaposleni zavarovavec zahteva nujno zdravniško pomoč ali zdravniško pomoč med začasno spremembo bivališča, sme od zdravstvene organizacije zahtevati le zdravstveno varstvo in izvajanje ukrepov, ki so v zvezi z zdravljenjem nima pa pravice zahtevati, da odloči o njegovi zadržanosti od dela.

68. člen

Zdravniki-specialisti, ki delajo v specialistično-ambulantni službi, ne odločajo o začasnih zadržanosti od dela.

69. člen

Pristojni zdravnik lahko pošlje zavarovanca na pregled ZK, ki oceni njegovo nezmožnost za delo.

ZK določi primere, ko mora pristojni zdravnik po določenem času obvezno poslati zavarovanca na pregled zaradi presoje njegove delanezmožnosti.

Zoper ocenitev ZK lahko ugovarja zavarovavec v 48 urah na komisijo zdravnikov-izvedencev.

70. člen

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

71. člen

Zavarovavec dokazuje začetek zadržanosti od dela z zdravstveno izkaznico, v katero pristojni zdravnik vpiše začetek zadržanosti.

Pravice zaradi nezmožnosti za delo gredo zavarovancu praviloma od dne, ko to ugotovi pristojni zdravnik.

Za čas pred tem dnevom lahko zavarovavec uveljavlja zadržanost od dela, če ni mogel priti do pristojnega zdravnika zaradi narave obolenja, oddaljenosti ali drugih tehničnih razlogov. V takšnih primerih lahko pristojni zdravnik odobri zadržanost največ 3 dni pred dnevom, ko se je zavarovavec zglasil pri njem, če pri pregledu se lahko ugotovi znake obolenja. Izjemoma lahko odobri pristojni zdravnik zadržanost od dela tudi za več kot 3 dni nazaj v utemeljenih primerih na podlagi dokumentacije zdravstvene organizacije, v kateri se je zavarovavec pred tem zdravil. Daljšo zadržanost lahko odobri v drugih primerih zdravniška komisija na podlagi osebnega pregleda zavarovanca in zdravstvene dokumentacije o zdravstvenem stanju zavarovanca.

72. člen

Med nezmožnostjo za delo je zavarovavec dolžan ostati in se zdraviti v kraju, kjer je bival ob začetku zadržanosti od dela.

Spremembo bivališča med zadržanostjo od dela do 30 dni sem odobriti zavarovancu pristojni zdravnik, če so v kraju boljše in ustrežnejše možnosti za bivanje in negovanje in če te boljše možnosti lahko pripomorejo do hitrejšega ozdravljenja in do hitrejše usposobitve za delo. Potni stroški v takem primeru ne bremenijo skupnosti.

Ce je potrebna sprememba bivališča nad 30 dni, napoti pristojni zdravnik zavarovanca na zdravniško komisijo zaradi odločitve o kraju bivališča, o trajanju bivanja, o povračilu potnih stroškov ter o odločitvi, ali in kdaj naj se zavarovavec po-

novno zgłosi pristojnemu zdravniku ali zdravniški komisiji.

Potni stroški gredo v breme skupnosti, kadar zdravniška komisija pošlje zavarovanca iz terapevtskih razlogov na zdravljenje v drug kraj.

Zavarovavec, ki mu je odobrena spremembas bivališča, nadaljuje zdravljenje v najbližjem zdravstvenem domu glede na novi kraj bivanja.

73. člen

Če zavarovavec med zdravljenjem samovoljno odide iz kraja bivališča, se šteje, da namenoma preprečuje zdravljenje oziroma usposobitev za delo.

74. člen

Izjemoma se lahko podaljša zadržanost od dela zaradi negovanja obolelega otroka do 7 let starosti in drugih ožjih družinskih članov, če so izpolnjeni pogoji:

1. da je zdravstveno stanje negovanega družinskega člana tako, da bi bila brez ustrezne domače nege potrebna premestitev v bolnišnico;

2. da negovani družinski član živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem, ki ga neguje;

3. da v gospodinjstvu ni drugih odraslih članov, ki so sposobni negovati obolelega družinskega člana;

4. da z zamenjavo delovnega časa odraslih članov, ki žive v gospodinjstvi skupnosti, ni mogoče zagotoviti ustrezne nege.

Čas zadržanosti od dela in izjemnega podaljšanja zadržanosti od dela zaradi negovanja obolelega otroka do 7 let starosti ali ožjega družinskega člana v posameznem primeru skupaj ne smeta presežati 90 dni.

75. člen

Predlogu za podaljšanje mora biti priložena podrobna medicinska utemeljitev, o predlogu odloča na podlagi mnenja zdravniške komisije odbor za reševanje prošelj, ugovorov in pritožb.

Zavarovavec, ki uveljavlja podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka zaradi negovanja obolelega otroka oziroma družinskega člana, potrdi s posebno pismeno izjavo, da so izpolnjeni pogoji iz tega statuta.

Zavarovanceva izjava mora biti predložena zdravniški komisiji prve stopnje, ki ob upoštevanju socialnih in življenjskih razmer zavarovanca in obolelega otroka oziroma družinskega člana ustrezno odloči.

76. člen

Pravica do nadomestila osebnega dohodka zaradi nege otroka do 7 let starosti gre praviloma njegovi materi.

77. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka uveljavlja zavarovavec:

1. pri skupnosti v primeru, ko gre nadomestilo osebnega dohodka v njeno breme

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

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

Pravico do drugih denarnih dajatev oziroma povračil uveljavlja zavarovavec pri zdravstveni skupnosti.

Zdravstvena skupnost se lahko dogovori z organizacijo združenega dela, da uveljavljajo zavarovanci nadomestilo osebnega dohodka ter druge denarne da-

jatve in povračila neposredno pri organizaciji tudi takrat, kadar gredo te dajatve v breme skupnosti.

78. člen

Pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve lahko uveljavi zavarovana oseba z dokazilom o trajanju odsotnosti zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva.

79. člen

Spremljevalec je upravičen do povračila stroškov z istim prevoznim sredstvom kot zavarovana oseba, razen če je prevoz spremljevalca že vračunan v plačilu prevoznega sredstva za zavarovano osebo.

80. člen

Izplačilo pogrebne in posmrtnine se uveljavlja na podlagi poročila o smrti zavarovane osebe in ustreznega dokazila ali pismene izjave tistega, ki je oskrbel pogreb in ga plačal, izplačilo posmrtnine pa še na podlagi podatkov o osebnem dohodku.

Sedmi del

ZAVAROVANE OSEBE

ZAVAROVANCI

81. člen

V zdravstveni skupnosti združujejo sredstva za zagotovitev svobodne menjave dela v zdravstveni dejavnosti delovni ljudje – zavarovanci.

Zavarovanci zagotavljajo v zdravstveni skupnosti z zdravstvenim zavarovanjem po načelih vzajemnosti in solidarnosti sebi in svojim družinskim članom tudi druge oblike socialne varnosti v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

V zdravstveni skupnosti združujejo sredstva tudi drugi zavarovanci, ki jih določa zakon.

82. člen

Delovni ljudje pridobijo lastnost zavarovanca, ko pridobijo lastnost delavca v združenem delu, oziroma ko sklenejo delovno razmerje z zasebnim delodajalcem in delajo najmanj polovico polnega delovnega časa.

Drugi delovni ljudje in občani pridobijo lastnost zavarovanca z dnem in ob pogojih, ko nastopijo okoliščine, navedene v tem statutu.

Zavarovancu preneha zavarovanje v skupnosti v primeru, ko prenehajo dejavnost, svojstvo ali okoliščine, navedene v tem statutu.

Zavarovancu preneha zavarovanje v skupnosti, ko preneha dejavnost, svojstvo in okoliščina, na podlagi katere je zavarovan, zavarovanje pa mu gre, če po tem času dobiva nadomestilo osebnega dohodka iz zdravstvenega zavarovanja.

83. člen

Delovni ljudje-zavarovanci v tej zdravstveni skupnosti so:

1. delavci v združenem delu ali delovnem razmerju pri zasebnih delodajalcih, ki delajo najmanj polovico polnega delovnega časa,

2. izvoljeni delegati v skupščinah družbeno-političnih skupnosti ter samoupravnih in družbenih organizacijah, če jim je opravljanje dolžnosti v tej funkciji edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno povračilo,

3. člani obrtnih in ribiških zadrug, če jim je delo v zadrugi edini ali glavni poklic,

4. učenci v poklicnem izobraževanju in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli, ali pri zasebnem delodajalcu,

5. osebe, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov,

6. osebe na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega zgubile lastnost delavca v združenem delu, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta,

7. občani, ki jih pošlje organizacija pred pridobitvijo lastnosti delavca v združenem delu kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se s tem strokovno usposobijo ali izpopolnijo,

8. udeleženci javnih del in mladinskih delovnih akcij, ki so invalidsko zavarovani za vse primere invalidnosti,

9. osebe na pouku za obrambo in zaščito v mladinskih učnih enotah in centrih za pouk mladine,

10. začasno nezaposlene osebe po končanem študiju,

11. učenci srednjih šol ter študentje višjih in visokih šol ter akademij,

12. kmetje, preužitkarji, uživalci stalnih kmečkih preživnin ter uživalci kmečkih starostnih pokojnin,

13. začasno nezaposleni delavci, dokler so prijavljeni skupnosti za zaposlovanje, pod pogoji, ki jih določi ta skupnost,

14. uživalci prejemkov iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja,

15. uživalci stalnih priznavaln, družbenih preživnin in stalne, to je za več kot 6 mesecev priznane družbene pomoči.

84. člen

Za zavarovance iz 5. točke 83. člena, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, se pod pogojem, da opravljajo to dejavnost kot glavni in edini poklic in so pokojninsko in invalidsko zavarovani, štejejo:

1. osebe, ki opravljajo obrtno, gostinško, avtoprevozniško in brodarsko dejavnost ter prodajo na drobno in so po predpisih registrirani in evidentirani,

2. osebe, ki jim je priznana lastnost umetnika (književniki, prevajalci znanstvenih in umetniških del in drugi) filmski umetniki in filmski delavci, novinarji, odvetniki, arhitekti, športniki, duhovniki, kolpolterji tiska, ulični in železniški prtljažni nosači in drugi,

3. osebe, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo kot samostojno dejavnost in občani-člani poklicne strokovne organizacije,

4. osebe, ki z osebnim delom opravljajo kakršnokoli dejavnost, če za svoje osebno delo prejemajo plačilo, oziroma ustvarjajo dohodek v višini najmanjšega osebnega dohodka, ugotovljenega po pristojnem organu.

85. člen

Če zakonec ali otroci zavarovanca – samostojnega obrtnika, ki je umrl, se naprej vodijo obratovalnico po veljavnih predpisih (po poslovodji), se šteje, da opravljajo samostojno dejavnost po tem statutu.

86. člen

Zavarovanci, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov in hkrati opravljajo tudi kmetijsko dejavnost, so zdravstveno zavarovani po 84. členu, če imajo pretežni del svojih dohodkov iz opravljanja samostojne dejavnosti.

87. člen

Začasno nezaposleni delavci po končanem študiju (10. točka 83. člena) so zavarovanci, če so redno priglasi pri skupnosti za zaposlovanje in če so se pri tej skupnosti priglasi v 60 dneh:

– od dneva, ko so končale strokovno usposobitev ali srednjo šolo,

– od dneva, ko jim je prenehal status študenta višje ali visoke šole ter akademije,

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

88. člen

Za zavarovance iz 12. točke 83. člena se štejejo osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic in jim ne gre svojstvo zavarovanca po drugi osnovi. Šteje se, da opravlja kmetijsko dejavnost kot svoj edini in glavni poklic oseba:

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

89. člen

Za zavarovance kmete se štejejo tudi člani gospodinjstva zavarovancev iz prejšnjega člena (bratje in sestre, zavarovancevi otroci, strici in tete, tasti in tašče ter svaki in svakinje) pod pogojem, da opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovancevem gospodarstvu kot edini in glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane, oziroma jim ni na kakšni drugi podlagi zagotovljeno zdravstveno varstvo. Za preužitkarje se štejejo osebe, ki jim je kmečki preužitnik glavni vir za preživljanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem, za uživalce stalnih preživnin pa osebe, ki prejemajo preživnine od občinskih skupščin oziroma organizacij združenega dela.

Zavarovanci-kmetje so tudi uživalci kmečkih starostnih pokojnin z dnem, ko jim je priznana pravica do pokojnine.

Zdravstvena skupnost zagotavlja neposredno zdravstveno varstvo tudi članom družinske in gospodinjske skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanca iz 1. do 5. in 14. točke 83. člena, ki se na zavarovančevem zemljišču ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim in glavnim poklicem in niso z zavarovancem v delovnem razmerju ter tudi ne spadajo med njegove družinske člane.

90. člen

Osebe iz 13. točke 83. člena so zavarovanci, če so redno priglašeni pri pristojni skupnosti za zaposlovanje in so se tej skupnosti priglasile v 30 dneh od dneva: — ko jim je prenehala lastnost delavca v združenem delu, oziroma delovno razmerje pri zasebnem delodajalcu, ali lastnost zavarovanca na podlagi opravljanja samostojne dejavnosti, oziroma ko prenehajo dobivati nadomestilo osebnega dohodka, do katerega imajo pravico po samoupravnem sporazumu o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o drugih pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

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

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

— po končani rehabilitaciji.

91. člen

Osebe iz 83. člena so zavarovane v tej skupnosti, če na njenem območju opravljajo dejavnost, po kateri so zavarovane, oziroma če stalno prebivajo na območju skupnosti, če niso zavarovane na podlagi opravljanja dejavnosti, če je na njenem območju skupnost za zaposlovanje, pri kateri so prijavitelne, oziroma organ ali organizacija, ki ji izplačuje stalne priznane prispevke, preživitve in stalne družbene pomoči.

Če je zavarovanec poslan na začasno delo na območju druge zdravstvene skupnosti ali nastopi delo v tujini, ostane med tem časom zavarovan pri prejšnji zdravstveni skupnosti.

92. člen

Zavarovanci so tudi osebe: 1. ki so sklenile v tujini delovno razmerje, če niso zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

2. ki jim je prenehala lastnost delavca v združenem delu, pa se v tujini strokovno izpopolnjujejo in dobivajo štipendijo, če niso zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;

3. ki uživajo pravice izključno od tujega nosilca pokojninskega ali invalidskega zavarovanja, če jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno z mednarodnimi sporazumi na stroške tujega nosilca zdravstvenega zavarovanja;

4. izseljenci-povratniki.

Osebe iz tretje točke tega člena so zavarovanci skupnosti, kadar se po prihodu iz tujine in pridobitvi pravice stalnega prebivališča prijavijo skupnosti.

Izseljenci-povratniki so zavarovani, ko se prijavijo pristojni skupnosti za zaposlovanje.

93. člen

Kmetje kooperanti, ki niso zavarovani kot kmetje, pridobijo lastnost zavarovanca

v zdravstveni skupnosti z dnem, ko pridobijo lastnost zavarovanca v pokojninskem in invalidskem zavarovanju.

DRUŽINSKI ČLANI ZAVAROVANCEV

94. člen

Kot družinski člani zavarovancev so zavarovani:

— ožji družinski člani: zavarovančev zakonec, zakonski in nezakonski otroci, posvojenci in pastorki;

— širši družinski člani: vzdrževani zavarovančevi starši, očim in mačeha, posvojitelj in posvojiteljica ter otroci, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja (vnuki, bratje, sestre in rejenci).

Družinski člani iz prejšnjega odstavka so zavarovani, če izpolnjujejo po tem statutu določene pogoje.

95. člen

Zavarovančev zakonec je zavarovan:

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

2. dokler je z njim v zakonu.

Pravice do zdravstvenega varstva in zavarovanja obdrži:

1. zakonec umrlega zavarovanca, ki po njegovi smrti ni pridobil pravice do družinske pokojnine, ker ni dopolnil določene starosti, če je bil ob zavarovančevi smrti star 40 let (žena) oziroma nad 55 let (mož). Če zakonec ni star 40 (žena) oziroma 55 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno priglašen pri pristojni skupnosti za zaposlovanje, če se priklasi v 6 mesecih od zavarovančeve smrti;

2. razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo priznana preživitina, če je bil ob razvezi zakona star nad 45 let (žena) oziroma nad 60 let (mož). Za zakonca, ki ob razvezi zakona še ni bil star 45 let (žena) oziroma 60 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, če je invalid I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, ali če se priklasi v 6 mesecih pri pristojni skupnosti za zaposlovanje.

96. člen

Zavarovančevi otroci, zakonski in nezakonski, posvojenci in pastorki ter otroci, ki jih je vzel k sebi in jih preživlja, so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če pa se šolajo, pa do konca predpisanega rednega šolanja, vendar najdalj do dopolnjenega 26. leta starosti.

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

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

Zavarovani so tudi otroci iz prvega odstavka tega člena, ki postanejo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju po preteku časa iz prvega, drugega oziroma tretjega odstavka tega člena, dokler traja nezmožnost, če jih zavarovanec preživlja.

97. člen

Zavarovančevi otroci in otroci, ki jih je vzel k sebi in jih preživlja od 15. do 18. leta starosti, so zavarovani, če:

— se ne morejo redno šolati ali

— ne morejo dobiti ustreznega mesta za uk.

Zavarovančevi otroci iz prejšnjega odstavka so zavarovani kot družinski člani le, če se prijavijo v roku 60 dni od dneva, ko so končali šolanje, pristojni skupnosti za zaposlovanje.

98. člen

Zavarovančevi starši so zdravstveno zavarovani:

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

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

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

99. člen

Šteje se, da starši nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov:

1. če nimajo nobenih lastnih dohodkov,

2. če imajo lastne dohodke iz enega ali več virov, pa skupno ne presegajo mesečno 2/3 zneska predpisanega najmanjšega osebnega dohodka, ki ga določajo republiški predpisi, pri čemer se dohodki iz kmetijstva računajo v 6-kratnem znesku katastrskega dohodka, dohodki oproščeni davka pa se vštetejo na podlagi idealne davčne osnove. Dohodki po tej točki so čisti mesečni dohodki po odbitku prispevkov in davkov.

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

Šteje se, da zavarovanec preživlja starše, če živijo z njim v gospodinjski skupnosti ali redno mesečno prispeva k njihovem vzdrževanju najmanj 1/3 predpisanega najmanjšega osebnega dohodka.

Starši so zavarovani pod pogoji iz prejšnjega člena tudi po zavarovančevi smrti, če ne morejo uveljaviti pravice do družinske pokojnine.

100. člen

Vnuki, bratje, sestre in rejenci so zavarovani pod pogoji, ki so določeni za zavarovančeve otroke in pod pogojem, da jih zavarovanec preživlja in da sami nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov, navedenih v prejšnjem členu.

101. člen

Družinski člani tužcev-zavarovancev so zavarovani, dokler živijo na območju Jugoslavije, če ni z mednarodnimi pogodbami drugače določeno.

UGOTAVLJANJE IN UVELJAVLJANJE LASTNOSTI ZAVAROVANE OSEBE

102. člen

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

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico oziroma z drugo predpisano listino.

Obrazec zdravstvene izkaznice ali listine, s katero se dokazuje lastnost zavarovane osebe, način njenega izdajanja in uporabo ter druge obrazce v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja predpiše regionalna zdravstvena skupnost s posebnim aktom.

103. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotovi zdravstvena skupnost na podlagi predpisane prijave zavarovanja, z izdajo zdravstvene izkaznice, oziroma z drugo predpisano listino ali posebnim obvestilom, kadar se ta ugotovi po uradni dolžnosti.

Če skupnost osebi, za katero je vložena prijava zavarovanja, odreče lastnost zavarovane osebe, ji o tem mora izdati pismeno obvestilo najkasneje v 30 dneh po vložitvi prijave.

Če skupnost v roku iz prejšnjega odstavka ne izda obvestila, da odreka lastnost zavarovane osebe, se šteje, da je osebi ta lastnost priznana.

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

Zoper obvestilo, s katerim se odreče lastnost zavarovane osebe, ima prizadeti pravico pritožbe na drugostopni organ skupnosti v 15 dneh po prejemu obvestila.

Zoper dokončno odločbo, s katero skupnost odreče priznanje lastnosti zavarovane osebe, lahko prizadeti zaradi varstva pravic vložijo tožbo pri pristojnem sodišču združenega dela.

104. člen

Prijavo za zavarovanje vložijo za delavca organizacija združenega dela, delovna skupnost in druga organizacija, oziroma delodajalec, za druge zavarovance organ, ki je zavezan za plačevanje prispevka za njegovo zavarovanje in zavarovane sam, če mora sam plačevati prispevek.

Prijava se mora vložiti pri strokovni službi v 8 dneh po pridobitvi lastnosti zavarovanja. V istem roku mora zavezanec odjaviti iz zavarovanja osebo, ki ji je lastnost zavarovanja prenehala, oziroma prijaviti spremembe, ki so nastale v okoliščinah, ki vplivajo na pravice zavarovanca.

Organizacija oziroma zavarovane mora prijaviti tudi do zdravstvenega zavarovanja upravičenega družinskega člana ter vsako spremembo, ki bi vplivala na pravice in odjaviti družinskega člana, če ta nima več pravic do zavarovanja, in sicer v rokih, ki veljajo za prijavo zavarovanja.

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

105. člen

Za delavca, ki prvič pridobi lastnost delavca v združenem delu, ali stopi v delovno razmerje, ali združi svoje delo po več kot šestmesečni prekinitvi, se mora prijaviti za zavarovanje priložiti izvid opravljenega zdravniškega pregleda s strokovnim mnenjem zdravnika, da je zdravstveno sposoben za predvideno delo.

106. člen

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

107. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja gredo zavarovani osebi od dneva, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovancu od dneva, ko nastopi delo, oziroma ko na drug način dobi lastnost zavarovanja, pa do preteka tridesetega dneva od dneva, ko neha biti zavarovane.

Kot dan pridobitve lastnosti zavarovanca se šteje tudi dan, ko zavarovane odide na pot, da nastopi delo, oziroma dolžnost po sklepu o sprejemu na delu.

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

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

108. člen

Družinskim in gospodinjiskim članom zavarovanca se zagotavlja zdravstveno varstvo ves čas, v katerem se zagotavlja zavarovancu. Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi za tisti čas, ko je zavarovane, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na odsluženju vojaškega roka.

Družinskim članom zavarovanca, ki prestaja zaporno kazen, se zagotavlja zdravstveno varstvo, če zavarovancu med prestajanjem kazni ni prenehala lastnost delavca v združenem delu ali delovno razmerje pri zasebnem delodajalcu.

Osmi del

FINANCIRANJE

109. člen

V skladu s samoupravnim sporazumom o ustanovitvi zdravstvene skupnosti, si zdravstvena skupnost zagotavlja rizično sposobnost in svobodno menjavo dela, kakor tudi skladen razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih organizacij, njihove zmogljivosti, sodoben razvoj zdravstvene vede in dejavnosti ter strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev, z združevanjem sredstev v regionalni zdravstveni skupnosti in za uresničevanje skupnih interesov na območju republike v Zdravstveni skupnosti Slovenije.

110. člen

Zdravstvena skupnost združuje sredstva tudi za učence srednjih šol ter študente višjih in visokih šol ter akademij. Prispevek za zdravstveno varstvo zavarovancev iz prejšnjega odstavka plačujejo, obračunavajo in odvajajo plačniki: ki jih določi samoupravni sporazum med Izobraževalno skupnostjo SR Slovenije, Zvezo socialistične mladine Slovenije, Univerzo in Zdravstveno skupnostjo Slovenije.

111. člen

Za financiranje dogovorjenega programa zdravstvenega varstva združujejo svoja sredstva v zdravstveni skupnosti:

– zavarovanci, ki prispevajo za zagotavljanje zdravstvenega varstva in drugih pravic iz zdravstvenega zavarovanja določeni del osebnih dohodkov,

– organizacije združenega dela, delovne skupnosti in zasebni delodajalci, ki prispevajo tisti del svojega dohodka, ki je določen za zavarovanje za nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo,

– skupnosti pokojninskega in invalidskega zavarovanja s prispevki za zdravstveno varstvo upokojencev in invalidov,

– skupnosti za zaposlovanje s prispevki za zdravstveno varstvo začasno nezaposlenih in izseljencev-povratnikov, ki se prijavijo za zaposlitev,

– organi in organizacije, ki izplačujejo stalne priznavalnine, družbene preživnine in stalne družbene denarne pomoči s prispevki za zdravstveno varstvo uživalcev teh pravic,

– zavarovanci iz 57. člena zakona o zdravstvenem varstvu sami s svojimi prispevki, če z ratificiranimi mednarodnimi sporazumi ni določeno drugače,

– uporabniki zdravstvenega varstva s prispevki k stroškom zdravstvenega varstva.

112. člen

Prispevke iz 149. člena zakona o zdravstvenem varstvu plačujejo, obračunavajo in odvajajo:

– za zavarovance iz prvega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih so zaposleni; organi, v katere so izvoljeni; zadrage, pri katerih delajo; organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih so v uku ali na praksi; občani, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov, plačujejo prispevke sami iz svojih sredstev;

– za zavarovance iz drugega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu organizacije združenega dela oziroma zasebni delodajalci, pri katerih delajo kot delavci, organ ali organizacija, ki daje študentske delovnih akcij in pouka za obrambo in zaščito, za začasno nezaposlene osebe pa skupnost za zaposlovanje;

– za zavarovance iz tretjega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu plačniki, ki jih določi samoupravni sporazum med ustreznimi samoupravnimi interesnimi skupnostmi;

– za zavarovance iz četrtega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu: kmetje zase in za svoje družinske člane ter za osebe, ki jim morajo dati preužitek; za uživalce stalnih kmečkih preživnin organ ali organizacija, ki jim izplačuje preživnino;

– za zavarovance iz petega odstavka 56. člena zakona o zdravstvenem varstvu: za začasno nezaposlene skupnost za zaposlovanje; za uživalce prejemkov iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja; za uživalce kmečkih preživnin, stalnih priznavalnin, družbenih preživnin in stalne družbene pomoči pa organ ali organizacija, ki jim jih izplačuje;

– za zavarovance iz 70. člena zakona o zdravstvenem varstvu: organizacije, zasebni delodajalci oziroma skupnosti, ki so zavezani za njihovo zavarovanje.

Obveznosti zavezancev iz prejšnjega člena uveljavlja regionalna zdravstvena skupnost.

113. člen

Prispevki morajo biti izraženi v stopnji oziroma pavšalu in jih določa skupščina zdravstvene skupnosti po predhodni obrav-

navi med delovnimi ljudmi in občani na območju zdravstvene skupnosti.

Stopnje prispevkov so enotne in proporcionalne, pri tem se upošteva, ali so osebe zavarovane za vse, ali samo za posamezne zavarovane primere.

114. člen

Prispevne stopnje oziroma pavšali iz prejšnjega člena se določijo oziroma dogovorijo v skladu z družbenim planom, resolucijo o družbeno-ekonomski politiki in družbenim dogovorom o skupni porabi, ter morajo biti zaradi enotnosti pravic in zdravstvenega zavarovanja na območju regije enake.

Skupščina skupnosti določa ustrezno dogovorom iz prvega odstavka osnove za določanje prispevkov in pavšalne zneske prispevkov za zavarovance zunaj združenega dela in delovnih razmerij.

115. člen

Za financiranje posameznih nalog zdravstvene skupnosti se določijo s pogodbo ali samoupravnim sporazumom prispevki in pavšali iz dela osebnih dohodkov, ki in pavšali iz dela osebnih dohodkov, namenjenih za zadovoljevanje osebnih potreb, tudi nad okviri iz prejšnjega člena.

SODELOVANJE Z DRUŽBENOPOLITIČNIMI SKUPNOSTMI, SKUPNOSTMI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, ZDRAVSTVENIMI ORGANIZACIJAMI IN DRUGIMI ORGANIZACIJAMI NA OBMOČJU OBČINE

116. člen

Skupščina občinske zdravstvene skupnosti enakopravno s pristojnimi zbori občinske skupščine odloča v okviru sredstev, za katere se je dogovorila v regiji:

— o splošni politiki na področju zdravstvenega varstva;

— o politiki, načrtih in programih razvoja in pospeševanja zdravstvene dejavnosti;

— o drugih vprašanih s področja zdravstvenega varstva, ki se na podlagi ustave in zakona urejajo z odloki in drugimi splošnimi akti občinske skupščine.

117. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti sprejema v soglasju z občinsko skupščino odločitve, ki so bistvenega pomena za uresničevanje pravic in obveznosti delovnih ljudi, združenih v skupnosti in so določene z za-

konom ali odlokom občinske skupščine. Pred odločitvijo o soglasju razpravljajo in usklajujejo stališča delegati skupščine zdravstvene skupnosti z delegati pristojnih zborov občinske skupščine.

118. člen

Zdravstvena skupnost usklajuje razvojno politiko in programe zdravstvenega varstva s cilji ekonomskega in družbenega razvoja občine, določenimi v družbenih planih občine, z družbenim dogovarjanjem.

119. člen

Zaradi usklajevanja družbenih dejavnosti na območju občine, zaradi zagotovitve ustreznih vloge zdravstvene dejavnosti pri razvijanju produktivnosti dela in družbene reprodukcije, zaradi ustreznega sodelovanja v zdravstveni preventivi in varstvu ter izboljševanju življenjskega in delovnega okolja ter organiziranja priprav za splošni ljudski odpor, se povezuje in sodeluje zdravstvena skupnost tudi z drugimi skupnostmi, društvi, zdravstvenimi organizacijami in združenim delom.

120. člen

V sodelovanju z drugimi družbenopolitičnimi skupnostmi in drugimi skupnostmi, društvi in organizacijami, daje zdravstvena skupnost pobude in sprejema obveznosti po dogovoru z regionalno zdravstveno skupnostjo.

Deveti del

OPRAVLJANJE STROKOVNIH, ADMINISTRATIVNIH IN TEHNIČNIH OPRAVIL

121. člen

Strokovne, finančne in administrativne zadeve opravlja za zdravstveno skupnost strokovna služba Regionalne zdravstvene skupnosti Kranj.

Na strokovno službo se ne morejo prenašati pravice, pooblastila in odgovornosti zdravstvene skupnosti.

Deseti del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

122. člen

Učenci srednjih šol iz 110. člena tega statuta ostanejo do sklenitve samouprav-

nega sporazuma zavarovani kot družinski člani.

123. člen

Dokler ne bodo izdani novi ustrezni predpisi, se še uporabljajo:

1. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in plačevanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Ur. l. SRS št. 2/74),

2. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71),

3. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71),

4. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za omogočanje glasnega govora (Uradni vestnik Gorenjske št. 1/71),

5. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja za zobno protetično pomoč in o protetičnih sredstvih (Uradni vestnik Gorenjske številka 1/71),

6. Pravilnik o pogojih in načinu pošiljanja zavarovanih oseb v naravna zdravilišča (Uradni list SRS št. 33/72),

7. Pravilnik o imenovanju in delu zdravniških komisij (Uradni list SRS številka 35/72).

124. člen

Določbe tega statuta razlaga skupščina zdravstvene skupnosti.

125. člen

Spremembe in dopolnitve statuta se sprejemajo po enakem postopku kot statut.

Kadar se ta statut spreminja samo v tem, da se njegovo besedilo prilagodi spremembam zakona ali samoupravnih sporazumov, se ne uporablja celotni postopek, ampak spremembe ugotovi skupščina zdravstvene skupnosti.

126. člen

Ta statut začne veljati, ko ga sprejme skupščina zdravstvene skupnosti na seji obeh zborov in ga potrdi občinska skupščina, uporablja pa se od 1. 1. 1976.

Tržič, dne 2. 12. 1975
Številka: 02-1/76-02/3

Skupščina občinske
zdravstvene skupnosti
Tržič

Predsednik:
Vili Lang, s. r.

Regionalna zdravstvena skupnost Kranj

41.

Na podlagi 12. člena zakona o zdravstvenem varstvu (Ur. l. SRS, št. 38/74 in 1/75) in 33. člena samoupravnega sporazuma o ustanovitvi regionalne zdravstvene skupnosti Kranj je skupščina skupnosti na seji obeh zborov, dne 9. 12. 75 sprejela

STATUT REGIONALNE ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI KRANJ

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen
Regionalno zdravstveno skupnost
Kranj so ustanovile s samoupravnim spo-

razumom dne 23. 1. 1975 občinske zdravstvene skupnosti Jesenice, Kranj, Radovljica, Škofja Loka, Tržič, da bi na območju občin Jesenice, Kranj, Radovljica, Škofja Loka in Tržič zagotovile enotnost pravic in obveznosti, rizično sposobnost v zdravstvenem zavarovanju, svobodno menjavo dela in skladni razvoj zdravstvene dejavnosti in območju regije ter druge skupne interese.

2. člen

V regionalni zdravstveni skupnosti (v nadaljnjem besedilu: regionalna skupnost) občinske zdravstvene skupnosti po načelih vzajemnosti in solidarnosti:

- določajo s samoupravnim sporazumom enake pravice in obveznosti iz zdravstvenega varstva za območje regije in v ta namen združujejo svoja sredstva,

- oblikujejo na področju zdravstvenega varstva enotna merila za uresničevanje svobodne menjave dela za območje regije,

- usklajujejo svoje programe zdravstvenega varstva za območje regije,

- skrbijo za delitev dela med zdravstvenimi organizacijami v skladu s potrebami delovnih ljudi, v skladu z učinkovitostjo zdravstvenega varstva in gospodarnim izkoriščanjem zdravstvenih zmogljivosti in materialnih možnosti območja,

- uresničujejo skupne družbene interese na področju zdravstvenega varstva, o katerih so se sporazumele v zdravstveni skupnosti Slovenije,

- zagočavljajo skladen razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih zmogljivosti,

- zagotavljajo možnosti za napredek zdravstvene dejavnosti ter za vzgojo in izobraževanje zdravstvenih kadrov,

- spodbujajo samoupravno sporazumevanje in družbeno dogovarjanje v regiji ter samoupravne sporazume in družbene dogovore za območje regije,

- sklepajo z zdravstvenimi organizacijami samoupravne sporazume o izvajanju zdravstvenega varstva,

- sodelujejo z družbenopolitičnimi in samoupravnimi skupnostmi v zadevah, ki imajo pomen za zdravstveno varstvo,

- opravljajo še druge naloge s področja zdravstvenega varstva, ki so skupnega pomena za regijo.

3. člen

Regionalna skupnost je pravna oseba, ki ima svoj sedež v Kranju. Regionalna skupnost ima pečat okrogle oblike, ki ima v krogu napis: »Regionalna zdravstvena skupnost«, sedež »Kranj« pa v sredini.

Regionalno skupnost predstavlja predsednik skupščine.

4. člen

V regionalni skupnosti urejajo občinske zdravstvene skupnosti vprašanja, ki so skupnega pomena za območje regije z družbenimi dogovori, samoupravnimi sporazumi in samoupravnimi akti regionalne skupnosti.

Skupne interese glede urejanja in izvajanja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja uresničuje skupnost s samoupravnim sporazumevanjem z drugimi organizacijami in skupnostmi.

5. člen

Regionalna skupnost opravlja svojo dejavnost v skladu z zakonom, samoupravnim sporazumom o ustanovitvi skupnosti, tem statutom in drugimi akti skupnosti.

Samoupravni akti skupnosti so: družbeni dogovori, samoupravni sporazumi, statut, programi zdravstvenega varstva ter pravilniki in sklepi skupščine in drugih organov v zdravstveni skupnosti.

Statut, pravilniki in sklepi se objavljajo v Uradnem listu SRS in začnejo veljati osmi dan po objavi, če v splošnem aktu ni drugače določeno. Začetek uporabe se določi v splošnem aktu.

6. člen

Delo regionalne skupnosti in njenih organov je javno. Regionalna skupnost obvešča delovne ljudi, združene v občinskih zdravstvenih skupnostih, o stanju in problemih skupnosti praviloma po delegatih skupnosti, preko javnih sredstev obveščanja ali na druge načine, ki jih določijo skupščina in njeni izvršilni organi.

Delovni ljudje in občani morajo biti popolno in sproti obveščeni o stvareh, ki pomenijo njihove neodtujljive pravice in o predpisih in aktih, ki se tičejo razvoja zdravstvenega varstva na območju regije.

Drugi del

ORGANI REGIONALNE SKUPNOSTI SKUPŠČINA SKUPNOSTI

7. člen

Regionalno skupnost upravlja skupščina skupnosti.

V zboru skupščine delegirajo delegate občinske zdravstvene skupnosti po postopku in v številu, ki ga določa samoupravni sporazum o ustanovitvi regionalne skupnosti.

8. člen

V skupščini regionalne skupnosti se šteje za delegata posamezne občinske zdravstvene skupnosti tisti, ki je že bil delegiran, dokler skupščina zadevne občinske zdravstvene skupnosti ne pošlje drugega delegata.

Občinska zdravstvena skupnost, katere delegat je izvoljen v organ regionalne skupnosti s stalno funkcijo, ima pravico pošiljati na seje skupščine ali zbora regionalne skupnosti drugega delegata. Delegat občinske zdravstvene skupnosti s stalno funkcijo v tem primeru nima pravice glasovati v skupščini regionalne skupnosti.

9. člen

Zbora skupščine skupnosti enakopravno:

1. sprejemata srednjeročni in letni program zdravstvenega varstva, finančni načrt in zaključni račun skupnosti,

2. sprejemata splošne akte, statut, pravilnike in sklepe, če posamezne zadeve niso v izkjučni pristojnosti posameznega zbora,

3. sklepata družbene dogovore in samoupravne sporazume,

4. predlagata in vsklajujeta stopnje prispevkov za posamezne kategorije zavarovancev med občinskimi zdravstvenimi skupnostmi po predhodni obravnavi z delovnimi ljudmi in občani,

5. sodelujeta s pristojnimi družbenopolitičnimi skupnostmi, z republiško zdravstveno skupnostjo in drugimi regionalnimi zdravstvenimi skupnostmi,

6. oblikujeta enotna merila za uresničevanje svobodne menjave dela na področju zdravstvenega varstva,

7. sprejemata ukrepe za smotrno organizacijo in koriščenje zmogljivosti zdravstvene službe na območju skupnosti,

8. volita, imenujeta in razrešujeta predsednika skupščine, izvršilne in ostale organe, ki jih skupščina imenuje,

9. v soglasju s skupščinami pristojnih družbenopolitičnih skupnosti imenujeta sekretarja skupnosti — vodjo strokovne službe,

10. dajeta soglasje na statut in statusne spremembe zdravstvenih delovnih organizacij, ki opravljajo na območju regije dejavnosti bolnišničnega in specialistično-ambulantnega zdravstvenega varstva,

11. določita naloge in obseg dela strokovne službe.

Odločitev o vprašanjih, o katerih odločata zbor enakopravno, velja, če je sprejeta v obeh zborih v enakem besedilu.

10. člen

Zbor uporabnikov sklepa samostojno o:

- uveljavljanju in izvajanju oblik socialne varnosti v zdravstvenem zavarovanju,

- predlogih in pripombah občinskih zdravstvenih skupnosti in njihovih enot s področja socialne varnosti v zdravstvenem varstvu,

- o opredelitvi osnov in določitvi načina usklajevanja nadomestila osebnega dohodka z dejanskim gibanjem osebnih dohodkov v SR Sloveniji ter usklajevanju višine nadomestila osebnega dohodka med regionalnimi zdravstvenimi skupnostmi,

- povračilih potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva in denarnih dajatvah ob smrti zavarovanca ali družinskega člana zavarovanca.

11. člen

Zbor izvajalcev samostojno:

- razpravlja o splošnih pripombah in ugovorih zavarovancev in občanov na delo zdravstvenih organizacij,

- razpravlja o predlogih in pripombah občinskih zdravstvenih skupnosti in njihovih enot s področja neposrednega zdravstvenega varstva,

- razpravlja in sklepa o delitvi dela med zdravstvenimi organizacijami v skladu s potrebami delovnih ljudi,

- skrbi za skladen razvoj teritorialne razporejenosti zdravstvenih zmogljivosti,

- obravnava probleme kadrov in strokovnega izobraževanja zdravstvenih delavcev.

12. člen

Predsedstvo skupščine: Predsedstvo skupščine sestavljajo predsednik, predsednika obeh zborov, predsednik izvršilnega odbora in sekretar skupnosti.

Predsedstvo skupščine:

- določi dnevni red seje skupščine, kadar skupaj zasedata oba zbora,
- v primeru nujnosti, ko ni možno takoj sklicati skupščine, daje mnenja, ki jih zahteva zdravstvena skupnost Slovenije ali družbenopolitične skupnosti,
- po predlogu izvršilnega odbora v nujnih zadevah sprejema ukrepe, ki naj preprečijo neupravičeno porabo sredstev skupnosti ali odvrnejo morebitno škodo,
- predhodno usklajuje nesoglasja med obema zboroma skupščine.

Za dana mnenja in ukrepe v nujnih zadevah mora predsedstvo na prvi seji zahtevati soglasje skupščine.

IZVRŠILNI ODBOR

13. člen

Izvršilni odbor skupščine:

- zagotavlja pravilno in pravočasno izvrševanje sklepov skupščine,
- pripravi in predlaga skupščini srednjeročni in letni program zdravstvenega varstva, finančni načrt in zaključni račun skupnosti,
- pripravi in predlaga skupščini splošne in druge akte, za katere je pristojna,
- pripravi in predlaga skupščini predlog samoupravnega sporazuma o izvajanju menjave dela z zdravstvenimi organizacijami in sklepa o tem pogodbe,
- skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovancev in drugih upravičencev,
- skladno s sklepi in smernicami skupščine skrbi za izvrševanje finančnega načrta glede dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje sredstev skladov in njihovih rezerv,
- obravnava predloge republiških in občinskih družbenih dogovorov in samoupravnih sporazumov in predlaga svoja mnenja in stališča skupščini,
- odloča o vlogah zavarovancev in drugih oseb, kadar je odločitev s splošnim aktom v pristojnosti izvršilnega odbora,
- obravnava in sprejema letni načrt, program dela in samoupravne akte o organizaciji strokovne službe in se dogovori o višini povračila,
- pripravlja druge predloge o zadevah z delovnega področja skupščine in daje pobude za sklicevanje sej skupščine,
- opravlja druge zadeve, ki jih določa statut in drugi splošni akti skupščine, ali ga zanje pooblasti skupščina.

ODBOR SAMOUPRAVNEGA NADZORA

14. člen

Odbor samoupravnega nadzora:

- opravlja nadzor nad izvajanjem v skupnosti sprejete politike.

- nadzoruje uresničevanje samoupravljanja in izvajanje sprejetih družbenih dogovorov, samoupravnih sporazumov, splošnih aktov in sklepov skupščine,

- nadzira delo organov skupnosti in strokovne službe,

- nadzira uporabo sredstev skupnosti,

- nadzira izvajanje oziroma uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva in zavarovanja pri strokovni službi, pri zdravstvenih organizacijah, organizacijah združenega dela in pri zasebnih delodajalcih.

15. člen

Odbor samoupravnega nadzora organizira in opravlja nadzor po svoji odločitvi, na predlog skupščine, izvršilnega odbora ali sekretarja.

Nadzor opravi odbor sam, lahko pa za posamezna dela pooblasti strokovne organizacije ali druge strokovnjake.

O ugotovitvah nadzora predloži odbor poročilo skupščini oziroma organu, ki je nadzor predlagal ter priporoči ukrepe za odpravo ugotovljenih nepravilnosti.

SEKRETAR SKUPNOSTI

16. člen

Sekretar je izvršilni organ skupnosti in hkrati vodja strokovne službe.

Sekretarja skupnosti imenuje skupščina skupnosti, za njegovo imenovanje kot vodje strokovne službe pa je potrebno soglasje družbenopolitičnih skupnosti in skupščin občinskih zdravstvenih skupnosti z območja regije. Sekretar je imenovan za štiri leta in je po poteku štiriletne dobe lahko ponovno imenovan. Po prenehanju mandata ostane sekretar član delovne skupnosti strokovne službe.

Skupščina skupnosti določi, kakšne pogoje mora izpolnjevati sekretar.

17. člen

Sekretar skupnosti:

- sodeluje pri določanju politike skupnosti in skupno z izvršnimi organi skrbi za njeno izvajanje,
- zastopa skupnost in strokovno službo v vseh premoženjskopравnih zadevah ter je odredbodajalec za izvajanje finančnega načrta skupnosti in strokovne službe,
- organizira in vodi delo strokovne službe,
- skrbi za zakonitost dela skupnosti in strokovne službe,
- skrbi za uspešnost, ekonomičnost in racionalnost poslovanja skupnosti in strokovne službe,
- odgovarja za namensko uporabo sredstev, s katerimi upravlja strokovna služba na podlagi zakona ali samoupravnih aktov skupnosti,
- sklepa pogodbe in dogovore v skladu s pooblastili organov skupnosti in strokovne službe.

Sekretar ima pravico in dolžnost prisostvovati sejам skupščine, izvršilnega odbora, skupščin občinskih zdravstvenih skupnosti in sejам ostalih organov skupščine skupnosti.

Sekretar je za svoje delo in delo strokovne službe odgovoren skupščini skupnosti, glede nalog, zadev in dejavnosti, o katerih soodločajo skupnosti s pristojnimi zbori družbenopolitičnih skupnosti, pa tudi družbenopolitičnim skupnostim.

18. člen

Kadar je sekretar zadržan oziroma odsoten, ima njegove pravice in obveznosti vodilni delavec, ki ga nadomešča.

Sekretar lahko odločanje o posameznih zadevah iz svoje pristojnosti prenese z individualnim pooblastilom na vodilne delavce strokovne službe.

ARBITRAŽA

19. člen

Za reševanje spornih vprašanj v zvezi s sklepanjem pogodb med zdravstveno skupnostjo in zdravstvenimi organizacijami ima skupnost posebno arbitražo.

20. člen

Predsednika arbitraže imenuje skupščina regionalne skupnosti.

Dva člana arbitraže imenuje zbor upravnikov, enega člana imenuje zbor izvajalcev in enega člana zdravstvena organizacija, ki je v sporu s skupnostjo.

21. člen

Odločitve sprejema arbitraža z večino glasov.

Odločitev arbitraže je za stranke obvezna.

REGIONALNI ZDRAVSTVENI SVET

22. člen

Regionalni zdravstveni svet je posvetovalni organ skupščine in drugih organov skupnosti.

Regionalni zdravstveni svet:

- spremlja in proučuje zdravstvene in higienske razmere prebivalstva, sanacije in izredne razmere v regiji,
- ugotavlja družbene potrebe po zdravstvenem varstvu in daje ustrezne predloge,
- pripravlja predloge programov zdravstvenega varstva in spremlja uresničevanje posameznih oblik zdravstvenega varstva,
- usklajuje strokovno delo in organizacijo zdravstvenih organizacij,
- pripravlja programe razvojne mreže zdravstvenih organizacij.

- sodeluje pri oblikovanju izhodišč za financiranje zdravstvenega varstva,
- daje strokovno mnenje k delovnim načrtom zdravstvenih organizacij, o njihovi usklajenosti s programom zdravstvenega varstva in spremlja uresničevanje delovnih načrtov zdravstvenih organizacij,
- usklajuje interese skupnosti in zdravstvenih organizacij in sodeluje pri oblikovanju stališč v zvezi s sklepanjem samoupravnih sporazumov,
- opravlja druge naloge po naročilu skupščine skupnosti ali izvršilnega odbora.

23. člen

Regionalni zdravstveni svet ima 18 članov.

Predsednika in člane regionalnega zdravstvenega sveta imenuje skupščina.

Občinske zdravstvene skupnosti predlagajo iz zdravstvenih organizacij svojega območja Jesenice 4, Kranj 5, Radovljica 2, Škofja Loka 1 in Tržič 1 člana. Ostalih 5 članov predlaga izvršilni odbor regionalne skupnosti tako, da so zastopani zdravstveni, gospodarski in pravni strokovnjaki.

Gospodarski in pravni strokovnjaki se seje regionalnega zdravstvenega sveta udeležujejo, ko svet obravnava gospodarska in pravna vprašanja v zvezi z organizacijo in financiranjem zdravstvene dejavnosti.

Regionalni zdravstveni svet sprejme poslovnik, v katerem določi organizacijo in način dela.

24. člen

Regionalni zdravstveni svet sprejema sklepe, ugotovitve, priporočila in predloge na sejah in jih predlaga skupščini skupnosti in njenim organom.

Za izvrševanje svojih nalog svet lahko ustanovi stalne ali občasne komisije.

Regionalni zdravstveni svet v zadevah s svojega delovnega področja predvsem sodeluje z Zavodom za socialno medicino in higieno.

ZDRAVNIŠKE KOMISIJE

25. člen

Za ugotavljanje zdravstvenega stanja in zmožnosti za delo ima skupnost izvedenske organe:

- zdravniško komisijo prve stopnje in
- zdravniško komisijo druge stopnje.

Po potrebi lahko skupnost imenuje več senatov zdravniških komisij.

Zdravniške komisije imenuje skupščina regionalne skupnosti enotno za območje regije.

26. člen

Zdravniška komisija prve stopnje:

1. Presoja delovno zmožnost zavarovanca, kadar ga pošlje na pregled pristojni zdravnik.

2. Določi primere, ko mora pristojni zdravnik obvezno poslati bolnega zavarovanca na pregled zaradi presoje njegove delazmožnosti.

vanca na pregled zaradi presoje njegove delazmožnosti.

3. Opravlja kontrolo staleža delanezmožnih v ambulantah zdravnikov, ki so pristojni odločati o zadržanosti od dela zaradi bolezni.

4. Presoja delovno zmožnost, kadar to zahteva strokovna služba skupnosti, delovna organizacija ali delodajalec.

5. Daje mnenje v zvezi z ugovorom zoper mnenje posameznega zdravnika.

6. Odloča o napotitvi na zdraviliško zdravljenje.

7. Opravlja upravičenost zahtev za novimi zobnimi in drugimi protezami, ortopedskimi in drugimi pripomočki in sanitarnimi pripravami pred pretekom dobe, ki je določena za njihovo trajanje.

8. Po potrebi daje mnenje o zahtevah za povračilo zdravstvenih in potnih stroškov.

9. Opravlja preglede zavarovanih oseb, kadar odhajajo v tujino izven evropskih dežel.

10. Presoja, ali je mogoče oziroma primerno, da se napoti bolnik iz tujine na zdravljenje v domačo zdravstveno organizacijo.

Senat zdravniške komisije sestavljajo trije zdravniki.

27. člen

Zdravniška komisija druge stopnje:

1. Daje mnenje na ugovor zoper mnenje zdravniške komisije prve stopnje.

2. Ob reviziji preizkuša pravilnost mnenja, ki ga je kot dokončno dala zdravniška komisija prve stopnje.

Zdravniško komisijo druge stopnje sestavljajo trije zdravniki specialisti in trije namestniki.

Zdravniška komisija druge stopnje da svoje mnenje na podlagi medicinskega gradiva, po potrebi pa opravi osebni pregled. Če komisija meni, da je treba dopolniti medicinsko obdelavo, odredi medicinske preiskave.

28. člen

Zdravnik ne more biti član zdravniške komisije, kadar ta obravnava osebo, ki jo je pregledal oziroma zdravil. Način dela komisij in postopek določi skupščina s pravilnikom.

29. člen

Zdravniške komisije spremljajo tudi gibanje bolezenskih odsotnosti z dela, nesreč pri delu, poklicnih bolezni, nastajanje invalidnosti, vpliv delovnega okolja na delovno zmožnost prebivalstva in ugotovitve posredujejo skupščini ter predlagajo ustrezne ukrepe.

30. člen

Na podlagi izvida in mnenja zdravniške komisije prve stopnje sekretar skupnosti izda pismeno obvestilo zavarovanca. V pismenem obvestilu mora biti zavarovanec poučen o pravici do ugovora.

Na podlagi izvida in mnenja zdravniške komisije druge stopnje odloča o ugovoru odbor za reševanje prošelj, ugovorov in pritožb oziroma njegov senat z odločbo.

Ugovor je pravočasen, če je vložen pri strokovni službi skupnosti v roku treh dni, kadar gre za izpodbijanje delazmožnosti in petnajst dni v vseh drugih primerih.

ODBOR ZA REŠEVANJE PROŠENJ, UGOVOROV IN PRITOŽB

31. člen

Odbor za reševanje prošelj, ugovorov in pritožb ima predsednika in šest članov.

V odboru mora biti vsaka od občinskih skupnosti zastopana vsaj z enim članom.

Odbor deluje v obliki senata, sestavljenega iz predsednika in dveh članov.

Senati samostojno in veljavno odločajo o zadevah z delovnega področja odbora.

Odbor sprejme svoj poslovnik, v katerem določi organizacijo in način dela senatov.

32. člen

Odbor za reševanje prošelj, ugovorov in pritožb odloča o:

1. prošnjah, ugovorih in pritožbah delovnih ljudi in občanov v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja,

2. prošnjah, ugovorih in pritožbah zavazancev prispevkov glede odpisov neizterljivih terjatev, obročnem odplačevanju dospelih prispevkov in znižanju ali odpisu kazenskih in zamudnih obresti,

3. znižanju odškodninskih, regresnih in drugih terjatev zaradi socialnega stanja dolžnika in iz drugih razlogov,

4. prošnjah delovnih ljudi in občanov ter organizacij združenega dela glede pravic iz zdravstvenega varstva, kadar te niso zagotovljene z zakonom ali s samoupravnim sporazumom,

5. drugih zadevah, za katere ga pooblasti skupščina skupnosti.

33. člen

Kadar odbor odloča o pravici iz zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, se o odločitvi izda odločba. V drugih primerih odbor odloča s sklepi.

Odločbo ali sklep podpiše predsednik odbora ali predsednik senata.

34. člen

V pritožbenem postopku mora odbor vselej zahtevati mnenje zdravniške komisije, če se v pritožbi izpodbija mnenje posameznega zdravnika, oziroma mnenje zdravniške komisije druge stopnje, kadar se v pritožbi izpodbija mnenje zdravniške komisije prve stopnje.

35. člen

Odbor lahko v ugotovitvenem postopku zahteva tudi izvedeniško mnenje klinike, inštituta ali medicinske fakultete.

Tretji del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

36. člen

Zavarovanci, njihovi družinski člani in drugi upravičenci uveljavljajo pravice iz

zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva na način in ob pogojih, ki so določeni v statutu občinske zdravstvene skupnosti, na katerem območju opravljajo dejavnost, po kateri so zavarovani, oziroma na katerem območju prebivajo, če niso zavarovani na podlagi opravljanja dejavnosti.

Pravice iz zdravstvenega varstva uveljavljajo zavarovane osebe in drugi upravičenci na podlagi veljavne zdravstvene izkaznice ali druge listine, ki jo izda zdravstvena skupnost.

Pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja se zavarovanim osebam in drugih upravičencem zagotavlja pravica do ugovora in pritožbe.

37. člen

Zavarovanec uveljavlja nadomestilo osebnega dohodka na podlagi.

a) poročila o trajanjučasne zadržanosti od dela,

b) podatkov o osebnem dohodku, ki so potrebni za izračun osnove nadomestila,

c) prijave nesreče pri delu ali poklicnega obolenja,

č) potrdila o osebnem dohodku v skrajšanem delovnem času, oziroma potrdila o osebnem dohodku na ustreznem delovnem mestu, ko začasno dela zaradi medicinske rehabilitacije na svojem ali drugem delovnem mestu,

d) poročila o začetku zadržanosti od dela zaradi nosečnosti, na katerem mora biti naveden dan predvidenega poroda ter poročilo o rojstvu otroka,

e) potrdila o osebnem dohodku v skrajšanem delovnem času ter izjavo zavarovanke, da sama neguje svojega otroka.

38. člen

Nadomestilo osebnega dohodka dospe v plačilo z dnem, s katerim dospe v plačilo osebni dohodek in mora biti izplačano v 8 dneh po dospelosti. Če zavarovanec ni zaposlen, dospe nadomestilo osebnega dohodka v plačilo s pretekom zadnjega dne v mesecu za posamez i obrok oziroma s pretekom zadnjega d.e. če je bilo treba izplačati nadomestilo za manj kot en mesec.

Druga denarna nadomestila in povračila dospejo v plačilo z dnem, ko se jih lahko uveljavi.

39. člen

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

40. člen

Kadar zavarovana oseba iz kakršnegakoli razloga plača zdravstveni organizaciji storitev, do katere ima pravico po samoupravnem sporazumu o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva, ima pravico do povračila tistega dela stroškov, ki po statutu gredo v breme skupnosti.

V primerih iz prejšnjega odstavka povrne skupnost zavarovani osebi stroške na podlagi predloženih listin o opravljeni zdravstveni storitvi in višini plačanega zneska.

41. člen

Zavarovane osebe in drugi upravičenci imajo pravico do pismenega obvestila v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

Pismeno obvestilo izda sekretar skupnosti po predhodnem ugotovitvenem postopku, ki ga izvede strokovna služba regionalne skupnosti. Kadar zahtevam zavarovan

vanih oseb ali drugih upravičencev ni ugodeno v celoti ali delno, ali kadar se odloča o njihovih obveznostih in zdravstveni skupnosti, se pismena obvestila izdajajo obvezno.

42. člen

Zoper pismeno obvestilo ima zavarovanec, njegov družinski član in drugi upravičenec pravico do ugovora v 15 dneh po prejemu obvestila na odbor za reševanje prošenj, ugovorov in pritožb.

Zavarovanec, njegov družinski član in upravičenec, ki z odločbo odbora ni zadovoljen, lahko uveljavlja svoje pravice pri pristojnem sodišču združenega dela, s predlogom, ki se vloži v 30 dneh po prejemu odločbe ali sklepa.

43. člen

Ugovor zoper pismeno obvestilo sekretarja skupnosti zadrži izvršitev, razen v primeru ugovora zoper ugotovljeno delazmožnost zavarovanca in glede dajatev iz zdravstvenega zavarovanja.

44. člen

Če je zavarovana oseba poslana na zdravljenje v tujino, vodi postopek v zvezi z zagotovitvijo zdravljenja v ustreznem tujem zdravstvenem zavodu, z nabavo potrebnih deviznih sredstev, obračuna stroškov in zbiranja dokumentacije strokovna služba Zdravstvene skupnosti SRS.

45. člen

Pri reševanju zahtev zavarovancev, njihovih družinskih članov in drugih upravičencev se smiselno uporabljajo predpisi o splošnem upravnem postopku.

Smiselna uporaba predpisov o splošnem upravnem postopku velja za uporabo temeljnih načel postopka, vrnitve v prejšnje stanje in uporabo odločb o postopku na prvi in drugi stopnji, od izrednih pravnih sredstev pa za uporabo določb o obnovi postopka zaradi kakšnega novega dejstva ali dokaza.

Četrti del

FINANCIRANJE

46. člen

Za uresničitev enotnega programa zdravstvenega varstva in drugih pravic iz zdravstvenega varstva in zavarovanja združuje regionalna skupnost sredstva občinskih zdravstvenih skupnosti z območja regije.

Združena sredstva regionalna zdravstvena skupnost namensko razporedi s svojim finančnim načrtom, ki ga sprejme na podlagi programa zdravstvenega varstva za:

– pokrivanje stroškov zdravstvenega varstva in drugih pravic iz zdravstvenega zavarovanja,

– gradnjo zdravstvenih objektov na območju regionalne skupnosti,

– strokovno izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih kadrov,

– znanstveno-raziskovalno dejavnost,

– rezervo ter za pokritje stroškov za opravljanje drugih svojih nalog,

– zagotovitev obveznosti, za katere se občinske in regionalne skupnosti dogovore v SRS, (gradnja zdravstvenih objektov skupnega pomena, zagotovitev zdravstvenega varstva za socialno ogrožene kmete, razvoj osnovnega zdravstvenega varstva na manj razvitih območjih, financiranje dejavnosti republiških humanitarnih organizacij in društev).

47. člen

Občinske zdravstvene skupnosti določijo stopnje prispevkov tako, da združena sredstva krijejo obveznosti za celovit program zdravstvenega varstva ter zagotavljajo potrebne rezerve, pozavarovanje in obveznosti, za katere se skupnosti dogovorijo na območju regije in republike.

Stopnje prispevkov so v regiji enotne in proporcionalne.

48. člen

Postopek za določitev višine prispevnih stopenj začne regionalna skupnost tako, da pripravi letni program zdravstvenega varstva ter finančni načrt.

Pri dogovarjanju je treba upoštevati sklenjene dogovore med samoupravnimi interesnimi skupnostmi na območju občine.

49. člen

Prispevki zapadejo v plačilo:

– za zavezanca, ki vodijo svoje finančno poslovanje pri službi družbenega knjigovodstva, na dan, ko dvignejo sredstva za osebne dohodke,

– za užitvalce prejemkov iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja na dan izplačila,

– za druge zavezanca zadnji dan v mesecu za nazaj,

– za kmete po 189. členu zakona o davkih občanov (Ur. l. SRS, št. 21/74).

Obveznosti zavezancev za plačilo prispevkov uveljavlja regionalna zdravstvena skupnost.

50. člen

Zavezancu, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača vseh prispevkov, izda zdravstvena skupnost plačilni nalog, da mora v osmih dneh od vročitve plačati zapadle prispevke s kazenskimi obrestmi, ki znašajo 0,1 odstotka na dan od zneska neplačanega ali nepravčasno plačanega prispevka.

Plačilni nalog, zoper katerega zavezanec ni ugovarjal oziroma ni pravočasno ugovarjal, postane izvršljiv. Če je v osmih dneh vložil ugovor, regionalna skupnost ne more izdati novega naloga, temveč lahko uveljavlja terjatev s tožbo.

51. člen

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

Če prispevkov ni mogoče izterjati na način iz prejšnjega odstavka, jih na zahtevo zdravstvene skupnosti izterja sodišče po predpisih izvršilnega postopka.

52. člen

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

Zastaranje ustavi vsako uradno dejanje regionalne skupnosti, ki ima namen, da se doseže plačilo prispevka in je na predpisan način naznanjeno zavezanca. Po vsaki ustavitvi zastaranja začne teči nov zastaranjski rok, vendar terjatev v vsakem primeru zastara, če preteče deset let od dneva, ko je zastaranje začelo prvič teči.

53. člen

Regionalna skupnost ima pravico pregledati knjige in evidence pri organizacijah in zasebnih delodajalcih in kontrolirati pravilnost obračunavanja in plačevanja prispevkov ter pravilnost uveljavljanja pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

Organizacije in zasebni delodajalci morajo za uveljavljanje pravic in obveznosti iz zdravstvenega zavarovanja dati zdravstvenim skupnostim in njihovim organom podatke, ki so potrebni za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja ter v ta namen omogočiti pregled poslovnih knjig in evidenc.

54. člen

Regionalna skupnost določi prispevek uporabnikov zdravstvenega varstva k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva s posebnim sklepom, če pa ta ni sprejet, se uporablja samoupravni sporazum o najmanjšem obveznem obsegu zdravstvenega varstva v SR Sloveniji.

Kadar znaša cena zdravstvene storitve manj kot prispevek k stroškom zdravstvenega varstva, plača ceno uporabnik sam. Prispevka iz prvega odstavka ne plača uporabnik, ki je po posebnih predpisih oproščen prispevanja k stroškom zdravstvenega varstva.

55. člen

Regionalna skupnost uveljavlja zahteve za povrnitev povzročene škode po členih 82 in 83 zakona o zdravstvenem varstvu, kadar so oškodovane občinske zdravstvene skupnosti z njenega območja.

Peti del

**SODELOVANJE
REGIONALNE SKUPNOSTI
Z DRUŽBENOPOLITIČNIMI
SKUPNOSTIMI, SKUPNOSTIMI
ZDRAVSTVENEGA VARSTVA,
ZDRAVSTVENIMI ZAVODI
IN DRUGIMI ORGANIZACIJAMI**

56. člen

Regionalna skupnost sodeluje in sprejema v soglasju z družbenopolitičnimi

skupnostimi odločitve, ki so bistvenega pomena za uresničevanje pravic in obveznosti delovnih ljudi, združenih v skupnosti in so določene z zakonom ali statutom občine.

Odločitve skupnega pomena so zlasti:

1. zbiranje sredstev za gradnjo ali adaptacijo zdravstvenih objektov;

2. sprejemanje programa zdravstvenega varstva;

3. sodelovanje pri izvedbi akcij zdravstvene preventive.

57. člen

Regionalna skupnost sodeluje z drugimi regionalnimi zdravstvenimi skupnostmi in zdravstveno skupnostjo Slovenije, s katerimi se dogovarja o združevanju sredstev za:

1. gradnjo zdravstvenih objektov skupnega pomena;

2. pospeševanje razvoja zmogljivosti osnovnega zdravstvenega varstva na manj razvitih območjih (sklad solidarnosti);

3. financiranje dejavnosti republiških humanitarnih organizacij, društev in strokovnih društev;

4. zagotovitev zdravstvenega varstva za socialno ogrožene kmete.

Za uresničevanje obveznosti iz prejšnjega odstavka sklene skupnost samoupravni sporazum.

58. člen

Zaradi zagotovitve sredstev za financiranje zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja in zaradi samoupravnega dogovarjanja z delovnimi ljudmi in občani predlaga in daje v razpravo regionalna skupnost vsako leto program zdravstvenega varstva skupaj s finančnim načrtom.

59. člen

Za uresničevanje programa zdravstvenega varstva sodeluje regionalna skupnost z zdravstvenimi organizacijami, s katerimi sklepa samoupravne sporazume in pogodbe.

Samoupravni sporazumi in pogodbe se sklepajo v okviru resolucije o družbeno-ekonomskem razvoju in družbenega dogovora o razporejanju dohodka, osebnih dohodkov teg gibanju, obsegu in strukturi skupne porabe v določenem letu.

S samoupravnim sporazumom se regionalna skupnost in zdravstvene organizacije združenega dela na njenem območju sporazumejo zlasti:

— o višini sredstev za osebne dohodke, ki se lahko vkalkulirajo v ceno zdravstvenih storitev;

— višini sredstev za ostale prejeme in obveznosti, do katerih je zdravstvena organizacija upravičena po določbah samoupravnega sporazuma o merilih za delitev dohodka in osebnih dohodkov;

— višini stopenj za amortizacijo in investicijsko vzdrževanje;

— sredstvih za materialne stroške;

— o načinu plačevanja zdravstvenih storitev;

S pogodbo se skupnost dogovori z zdravstvenimi organizacijami združenega dela o vrstah in številu zdravstvenih storitev, cenah, načinu plačevanja, nadzoru nad izvrševanjem pogodb in drugih obveznostih.

Sporna vprašanja med skupnostjo in posamezno zdravstveno organizacijo združenega dela v zvezi s pogodbo rešuje arbitražna.

STROKOVNA SLUŽBA SKUPNOSTI

60. člen

Regionalna skupnost zagotavlja uresničevanje in izvajanje svojih nalog prek strokovne službe skupnosti, ki opravlja zanj strokovne, finančne in administrativne zadeve; strokovna služba regionalne skupnosti je njen sestavni del in je organizirana kot delovna skupnost z ustreznimi pooblastili, da lahko svoje delo za skupnost uspešno opravlja.

Medsebojne pravice, obveznosti in odgovornosti regionalne skupnosti in strokovne službe se natančneje določajo s posebnim samoupravnim sporazumom. V tem samoupravnem sporazumu delovna skupnost strokovne službe določi primere, v katerih odloča v soglasju s sekretarjem.

61. člen

Temeljno organizacijo strokovne službe skupnosti določa skupščina skupnosti s posebnim splošnim aktom.

Regionalna skupnost lahko opravljanje posameznih zadev iz zdravstvenega zavarovanja prepusti temeljnim organizacijam združenega dela ali delovnim skupnostim, če bi bilo s tem opravljanje zadev uspešnejše in racionalnejše.

Strokovna služba skupnosti sme opravljati zadeve za druge skupnosti, temeljne organizacije združenega dela ali druge delovne skupnosti oziroma organe le s privolitvijo skupščine regionalne skupnosti.

62. člen

Delovni ljudje v strokovni službi imajo pravico do sredstev za osebno in skupno porabo v skladu z načelom delitve po delu in z družbeno določenimi osnovami in merili za delitev teh sredstev.

Delovni ljudje v strokovni službi imajo tudi pravico in dolžnost, da urejajo s samoupravnimi sporazumi o medsebojnih razmerjih delavcev v združenem delu, oziroma z drugimi splošnimi akti vprašanja iz teh razmerij v skladu z zakonom in tem statutom.

Delovni ljudje v strokovni službi so dolžni stalno skrbeti za izboljševanje organizacije dela, za racionalno in učinkovito poslovanje, za svoje strokovno izpopolnjevanje ter za hitro in učinkovito opravljanje vseh zadev za regionalno skupnost.

63. člen

Delovni ljudje strokovne službe zlasti samostojno:

— odločajo o delitvi sredstev za osebno in skupno porabo s posebnim splošnim aktom v skladu z načelom delitve po delu in veljavnim samoupravnim sporazumom o delitvi teh sredstev, ki ga sklenejo udeleženci tega sporazumevanja,

— samostojno izvršujejo predračun dohodkov in izdatkov strokovne službe,

— volijo in odpoklicujejo delegate v samoupravne organe strokovne službe,

— sprejemajo programe strokovnega izpopolnjevanja in programe za izboljševanje organizacije dela,

— odločajo tudi o drugih zadevah, kadar je tako določeno v samoupravnem sporazumu o medsebojnih razmerjih delavcev v združenem delu.

64. člen

Delovni ljudje strokovne službe v soglasju z izvršilnim odborom skupščine skupnosti:

— sprejemajo splošne akte o notranji organizaciji in sistemizaciji delovnih mest strokovne službe.

Sedmi del

– sprejemajo delovni program strokovne službe in določajo potrebna sredstva za delo službe.

– imenujejo vodilne delavce službe.

Vodilni delavec za finančno-računske zadeve v strokovni službi je računodajalec skupnosti.

65. člen

Neposredni nadzor nad delom strokovne službe regionalne skupnosti in nad uporabo sredstev za delo službe opravlja izvršilni odbor skupščine skupnosti.

V skladu s 14. členom statuta nadzira delo strokovne službe tudi odbor samoupravnega nadzora.

KONČNE DOLOČBE

66. člen

Določbe tega statuta razlaga skupščina regionalne skupnosti. Statut se objavi v Uradnem listu SRS.

67. člen

Spremembe in dopolnitve statuta se sprejemajo po enakem postopku kot statut.

Kadar se ta statut spreminja samo v tem, da se njegovo besedilo prilagodi spremembam zakona ali samoupravnih sporazumov, se ne uporablja celotni postopek, ampak spremembe ugotovi skupščina zdravstvene skupnosti.

68. člen

Ta statut začne veljati, ko ga sprejme skupščina skupnosti in potrdijo občinske skupščine z območja regije.

V Kranju, dne 9. 12. 1975

Številka: 02-18/75

Predsednik skupščine:
Franc Orel, s. r.

Izdaja CP Glas, Kranj, Ulica Moše Pijade-
ja 1, Kranj. Stavek GP Gorenjski tisk,
Kranj; priprava gradiva in montaža CP
Glas, Kranj; tisk Združeno podjetje Ljud-
ska pravica Ljubljana.