

V tej št. Dolenjskega lista objavljajo občinske zdravstvene skupnosti Črnomelj, Metlika, Krško, Novo mesto in Trebnje osnutek samoupravnega sporazuma o pravicah in obveznostih iz zdravstvenega varstva. Osnutek samoupravnega sporazuma o pravicah in obveznostih pomeni konkretizacijo planskih usmeritev sred-

njeročnih samoupravnih sporazumov o temeljih planov občinskih zdravstvenih skupnosti glede nadaljnega razvoja zdravstvenega varstva. S temi sporazumi naj bi opredelili vse pravice iz zdravstvenega varstva, pravice do socialne varnosti v zvezi z zdravstvenim varstvom, način njihovega zagotavljanja, sistem in ravni soli-

darnosti, kot tudi vse oblike obveznosti uporabnikov v zvezi z zagotavljanjem dogovorjenih pravic.

Osnutek je namenjen javni razpravi, ki jo bodo v skladu z objavljenim rokovnikom vodile občinske konference SZDL, sindikati in občinske zdravstvene skupnosti v temeljnih in drugih orga-

nizacijah združenega dela, samoupravnih organizacijah in drugih delovnih skupnostih ter v krajevnih skupnostih. Občinske zdravstvene skupnosti bodo po končani javni razpravi ob upoštevanju zbranih pripomb in predlogov oblikovale dokončni predlog sporazuma in ga predlagale v sprejem svojim skupščinam.

OSNUTEK

3. 11. 1977

Na podlagi 58. člena ustave SR Slovenije, upoštevajoč usmeritve samoupravnega sporazuma o temeljih plana Občinske zdravstvene skupnosti za obdobje 1976 - 1980, so delavci v združenem delu, drugi delovni ljudje in občani po delegatih v

skupščini Občinske zdravstvene skupnosti na seji zбора uporabnikov dne in seji zбора izvajalcev, dne sprejeli

SAMOUPRAVNI SPORAZUM

o pravicah in obveznostih iz zdravstvenega varstva

I. TEMELJNE DOLOČBE

1. člen

Delavci, drugi delovni ljudje in občani, ki v Občinski zdravstveni skupnosti (v nadaljnjem besedilu: zdravstvena skupnost) po načelu vzajemnosti in solidarnosti združujejo sredstva za zadovoljevanje osebnih in skupnih potreb in interesov na področju zdravstvenega varstva, s tem samoupravnim sporazumom določajo pravice in obveznosti iz zdravstvenega varstva.

Uresničevanje pravic iz zdravstvenega varstva si delavci, drugi delovni ljudje in občani (v nadaljnjem besedilu: uporabniki) zagotavljajo v skladu s samoupravno dogovorjenimi razvojnimi potrebami in dohodkovnimi možnostmi z združevanjem sredstev v temeljnih in drugih organizacijah združenega dela, samoupravnih organizacijah in drugih delovnih skupnostih (v nadaljnjem besedilu: organizacije združenega dela), v občini, regiji in republiki.

2. člen

Uporabniki zadovoljujejo svoje potrebe iz zdravstvenega varstva prek sporazumov o svobodni menjavi dela, ki zagotavlja njihov

vpliv na obseg in vsebino zdravstvenega varstva, delavcem na področju zdravstvene dejavnosti pa enak družbenoekonomski položaj z drugimi delavci v združenem delu.

V zdravstvenih skupnostih zagotavljajo delavci v združenem delu in drugi delovni ljudje tudi denarna nadomestila in povračila v zvezi z zdravstvenim varstvom.

3. člen

S tem samoupravnim sporazumom določajo in urejajo uporabniki v zdravstveni skupnosti:

- pravice iz zdravstvenega varstva,
- denarna nadomestila in povračila,
- način in pogoje uveljavljanja pravic,
- solidarnostno združevanje sredstev,
- usklajevanje obsega pravic z dohodkovnimi možnostmi,
- obveznosti uporabnikov ob uveljavljanju pravic iz zdravstvenega varstva,
- nadzor nad uresničevanjem pravic in obveznosti,
- evidence s področja zdravstvenega varstva.

II. PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

4. člen

Z združevanjem sredstev v zdravstvenih skupnostih si uporabniki zagotavljajo naslednje oblike zdravstvenega varstva:

1. splošno in dispanzersko zdravstveno varstvo,
2. zobozdravstveno varstvo,
3. specialistično zdravstveno varstvo,
4. bolnišnično zdravstveno varstvo,
5. zdravstveno varstvo, ki dopolnjuje splošno, dispanzersko, specialistično in bolnišnično zdravstveno varstvo,
6. zdraviliško zdravstveno varstvo,
7. specialno (kolektivno) zdravstveno varstvo,
8. prevoze z reševalnimi in drugimi posebnimi vozili,
9. zdravila in kontracepcijska sredstva,
10. ortopedske in druge pripomočke,
11. organizirano zdravstveno vzgojo.

1. Pravice, ki si jih zagotavljajo delavci in drugi delovni ljudje z neposredno menjavo dela

5. člen

Delavci v organizacijah združenega dela in drugi delovni ljudje si s samoupravnimi sporazumi o neposredni menjavi dela z organizacijami združenega dela zdravstvene dejavnosti zagotavljajo:

- zdravstveno varstvo, s katerim se preprečujejo obolenja delavcev na delu in v zvezi z delom, zagotavljajo varni delovni pogoji, zdravo okolje, preprečujejo in zatirajo nalezljive bolezni v proizvodnji in prometu živil, v šolah, otroških in mladinskih zavodih in v storitvenih dejavnostih;
- zdravstveno varstvo, s katerim se zagotavlja zdravstvena sposobnost delavcev pred sklenitvijo delovnega razmerja;
- zdravstveno varstvo izven programa, ki si ga sicer zagotavljajo uporabniki v zdravstveni skupnosti.

6. člen

Zdravstveno varstvo iz prve alineje 6. člena tega sporazuma obsega:

1. obdobje zdravstvene preglede delavcev,
 - ki delajo na delih, pri katerih je nevarnost za za poškodbo ali zdravstvene okvare večja,
 - od katerih je odvisna varnost drugih (npr. poklicni šoferji, žerjavisti . . .),
 - z zmanjšano delovno sposobnostjo,
 - s kroničnimi boleznimi, ki se lahko slabšajo zaradi škodljivih vplivov pri delu,
 - učencev v poklicnem izobraževanju po zakonu o poklicnem izobraževanju ter urejanju učnih razmerij;
2. obdobje preglede delavcev v zvezi s preprečevanjem in zatiranjem nalezljivih bolezni,
 - ko prihajajo pri svojem delu v proizvodnji ali prometu živil v neposreden dotik z živili,
 - zaposlenih v šolah, otroških in mladinskih zavodih,
 - na delu v zdravstveni dejavnosti,
 - na delu v storitvenih dejavnostih;
3. preglede delavcev, napotnih v tujino v zvezi z delom,
4. preventivne storitve:
 - analize delovnih nalog in opravil glede na delovne razmere,
 - proučevanje vzrokov pogostih obolenj in poškodb delavcev,
 - predloge in ukrepe za izboljševanje zdravstvenega varstva delavcev,
 - posvetovanja z zdravniško ali invalidsko komisijo o oceni delovne nezmožnosti zaradi bolezni ali poškodbe,
 - svetovanja pri izboljšanju delovnih razmer, družbene prehrane, stanovanjskih razmer in prevoza delavcev,
 - izvajanje individualne ali skupinske zdravstvene vzgoje,

- organiziranje in nudenje prve pomoči delavcem pri delu,
- higiensko-sanitarni nadzor, zlasti nad pitno vodo in kuhinjami oz. obrati družbene prehrane v organizacijah združenega dela;

5. preventivne preglede, ki jih določajo posebni predpisi.

7. člen

Zdravstveno varstvo iz druge alineje 5. člena obsega predhodne zdravstvene preglede:

- pred prvo sklenitvijo delovnega razmerja,
- po prekinitvi delovnega razmerja, daljši kot 6 mesecev,
- ob razporeditvi na drugo delo, ki zahteva drugačne prihofizične lastnosti in sposobnosti,
- po prestani hujši bolezni.

8. člen

Zdravstveno varstvo izven programa, ki si ga sicer zagotavljajo uporabniki v zdravstveni skupnosti (3. alineja 5. člena), obsega:

- kurativno zdravstveno varstvo v obratni ambulanti ali ambulanti splošne medicine,
 - zobozdravstveno varstvo v obratnih zobnih ambulantah in splošnih zobnih ambulantah, za storitve zobne nege in zobna protetična dela,
 - nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja na ambulantni način v naravnih zdraviliščih,
 - posebne sistematične preglede in specialistična zdravljenja,
 - specialistično preventivno zdravstveno varstvo za krepitev zdravja delavcev in zmanjšanja bolezenskih odsotnosti.
- Obseg in vrste pravic iz navedenih oblik zdravstvenega varstva opredelijo delavci v organizacijah združenega dela in drugi delovni ljudje v samoupravnih sporazumih o neposredni menjavi dela.

2. Pravice iz zdravstvenega varstva, ki si jih uporabniki zagotavljajo v zdravstvenih skupnostih

9. člen

Uporabniki si z združenimi sredstvi v zdravstvenih skupnostih zagotavljajo prek sporazumov o svobodni menjavi dela naslednje pravice iz zdravstvenega varstva:

1. splošno in dispanzersko zdravstveno varstvo, zdravniške in druge preglede ter zdravljenje v primeru bolezni, bolezenskih stanj in poškodb; nujno medicinsko pomoč v posebnih organizacijskih enotah (dežurne, urgentne ambulante), kadar to zahteva zdravstveno stanje; nujno medicinsko pomoč na kraju nesreče; zdravniške obiske na domu, če bolnik zaradi zdravstvenega stanja ne more priti na pregled v zdravstveno organizacijo ali v primerih priporočenega nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja; patronažne obiske na domu z babiškimi obiski in vodenjem poroda na domu in druge potrebne intervencije patronaže; strokovno nego na bolnikovem domu, če to narekuje zdravstveno stanje in zdravnik to odredi; rehabilitacijo ambulantnega tipa; fizioterapijo na domu pri bolnikih z mišičnimi, živčno-mišičnimi obolenji in multiplo sklerozo; medicinsko nego kroničnih in akutno obolelih v socialnih zavodih; preventivno zdravstveno varstvo otrok, šolske mladine, žena, borcev NOB, športnikov ter obvezna cepljenja po sprejetem programu; strokovno medicinsko delo v klubih zdravljenih alkoholikov; odkrivanje sladkorne bolezni, tuberkuloze, predrakastih in rakastih obolenj, mišičnih in živčno-mišičnih obolenj, zvišane-ga pritiska in obolenj srca ob drugih pregledih;
2. zobozdravstveno varstvo, zdravljenje ustnih in zobnih bolezni; ortodontsko zdravljenje;

serijske zobozdravstvene preglede šolske mladine;
fluorizacijo zobovja;

3. specialistično zdravstveno varstvo, specialistične preglede in storitve, ki jih z napotnico predlaga izbrani zdravnik, v nujnejših primerih z napotnico drugi zdravnik, v nujnih primerih pa tudi brez napotnice; umetno inseminacijo v ustreznih strokovnih organizacijah;
4. bolnišnično zdravstveno varstvo, medicinsko in nemedicinsko oskrbo, potrebne storitve in preiskave, zdravljenje in kompletno medicinsko rehabilitacijo, kadar zdravstveno stanje tako obliko varstva zahteva, z napotnico izbranega zdravnika, v nujnejših primerih z napotnico drugega zdravnika, v nujnih primerih pa tudi brez napotnice; medicinsko in nemedicinsko oskrbo ter posege v zvezi s porodom; medicinsko in nemedicinsko oskrbo ter medicinske posege ob prekinitvi nosečnosti ali sterilizaciji; desenzibilizacijo Rh negativnih žena z gama globulini pri porodu ali po umetni ali spontani prekinitvi nosečnosti;
5. zdravstveno varstvo, ki dopolnjuje splošno, dispanzersko, specialistično in bolnišnično zdravstveno varstvo; vse potrebne laboratorijske, rentgenske in druge medicinske preiskave, ki jih odredi zdravnik;
6. zdraviliško zdravstveno varstvo; nemedicinsko oskrbo in medicinske storitve v primerih, kadar je zdravljenje indicirano kot nadomestilo ambulantnega ali bolnišničnega zdravljenja ali kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in ga odobrijo pristojne zdravniške komisije na podlagi liste indikacij; nemedicinsko oskrbo pri zdravstvenem letovanju otrok;
7. specialno (kolektivno) zdravstveno varstvo, potrebne ukrepe za zatiranje, preprečevanje in zgodno odkrivanje nalezljivih boleznih in drugih boleznih, ki jih predpisuje zakon ali določa sprejeti program; socialnomedicinsko dejavnost;
8. prevoze z reševalnimi in drugimi posebnimi vozili, prevoze z reševalnimi avtomobili, kadar to zahteva narava bolezni, bolezensko stanje ali poškodba in tak prevoz odredi zdravnik; prevoze s posebnimi vozili, če prevoz z reševalnim avtomobilom ni mogoč, zdravstveno stanje pa tak prevoz zahteva; organiziran prenos ponesrečenca v gorah do kraja, od koder je mogoč prevoz z reševalnim ali posebnim vozilom;
9. zdravila in kontracepcijska sredstva, zdravila, ki so registrirana v državi in jih prepíše zdravnik na recept; dietetične preparate po listi indikacij; kontracepcijska sredstva iz liste teh sredstev, ki jih podpiše zdravnik; drugi pomožni sanitetni material, ki ga predpiše zdravnik na recept;
10. ortopedske in druge pripomočke, ortotična in protetična sredstva, očesne in slušne pripomočke, ortopedsko obutev, sanitarne in druge pripomočke, ki so medicinsko indicirani in jih določa lista indikacij;
11. organizirano zdravstveno vzgojo po sprejetem programu.

10. člen

Zdravstveno varstvo v primeru nesreč pri delu ter obolenj za poklicno boleznijo obsega vse oblike zdravstvenega varstva iz 9. člena tega sporazuma, potrebne da delavci ozdravijo in se rehabilitirajo od posledic nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo.

11. člen

Pravico do zdravstvenega varstva iz prejšnjega člena imajo delavci v združenem delu; delovni ljudje, ki z osebnim delom samostojno opravljajo poklicno dejavnost; kmetje, kadar opravljajo občasna dela pri organizacijah združenega dela ali zasebnih delodajalcih, in drugi delovni ljudje, ki opravljajo dejavnost z osebnim

delom z delovnimi sredstvi, ki so last občanov; občani, ki opravljajo naloge in dolžnosti ljudske obrambe in družbene samozasčite, ko sodelujejo pri organiziranih javnih delih, reševalnih akcijah ter pri obrambi pred elementarnimi nesrečami, ko opravljajo na poziv državnih organov javne funkcije ali državljanske dolžnosti, ko opravljajo družbenopolitične ter samoupravne funkcije; ko v organizirani športno-rekreativni dejavnosti sodelujejo pri športnih akcijah; učenci srednjih šol in študentje višjih in visokih šol, ko opravljajo praktično delo v zvezi s poukom.

12. člen

Uporabniki uresničujejo pravice iz zdravstvenega varstva v občinski zdravstveni skupnosti in prek Regionalne zdravstvene skupnosti ter Zdravstvene skupnosti Slovenije.

13. člen

Uporabniki uresničujejo pravice iz osnovne, dispanzerske in lekarniške dejavnosti v občinski zdravstveni skupnosti.

14. člen

Uporabniki uresničujejo pravice iz specialističnega, bolnišničnega in zdraviliškega zdravstvenega varstva ter iz dejavnosti zavoda za socialno medicino in higieno prek Regionalne zdravstvene skupnosti z združevanjem sredstev za te namene.

15. člen

Uporabniki uresničujejo pravice iz zdravstvenega varstva, ki ga v obliki vrhunskih kliničnih ali superspecialističnih zdravstvenih storitev izvajajo klinike in inštituti ali druge specializirane zdravstvene organizacije prek Zdravstvene skupnosti Slovenije, s sredstvi, združenimi v te namene.

3. Zdravstveno varstvo v tujini

16. člen

Delavcem v delovnem razmerju po mednarodni pogodbi ali pri tujem delodajalcu v tujini, delavcem v združenem delu pri jugoslovanskem organu ali organizaciji v tujini, delavcem, ki so v delovnem razmerju pri delavcih jugoslovanskih organov ali jugoslovanskih in mednarodnih organizacijah v tujini, delavcem, ki so poslani na delo v tujino za jugoslovansko organizacijo ali delodajalca, in delavcem, ki so v tujini na strokovnem izpopolnjevanju, ter njihovim družinskim članom, ki so z njimi v tujini, je zagotovljena v prvih šestih mesecih bivanja v tujini samo nujna zdravniška pomoč, po preteku šestih mesecev pa tudi druge oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja zdravstvena skupnost delovnim ljudem in občanom po samoupravnih splošnih aktih.

Delovnim ljudem in občanom, ki so v tujini po zasebnem opravku, je zagotovljeno nujno zdravstveno varstvo v prvih treh mesecih bivanja v tujini, in sicer le nujna zdravniška pomoč.

17. člen

Če je delovnim ljudem in občanom v primerih iz prejšnjega člena nujno potrebno zdravljenje v bolnišnici, jim gre ta pravica le do treh mesecev, od prvega dne četrtega meseca pa samo, če to odobri zdravstvena skupnost. Če zdravstvena skupnost ne odobri daljšega zdravljenja v tujini, povrne skupnost od prvega dne četrtega meseca dalje le toliko stroškov, kolikor bi stalo zdravljenje v najbližji jugoslovanski bolnišnici, ki lahko nudi tako zdravljenje.

Nujna zdravniška pomoč gre upravičencem samo, če je neodložljiva, in le dotlej, dokler se delavec ne usposobi za premestitev na zdravljenje v domovino.

18. člen

Delovnim ljudem in občanom, ki uveljavljajo v tujini zdravstveno varstvo mimo določb sporazuma, se v dinarjih povrnejo stroški do višine, kolikor bi stalo tako zdravljenje po samoupravnih splošnih aktih zdravstvene skupnosti.

Zdravstveno varstvo, ki ga je dolžna zagotoviti zdravstvena skupnost po mednarodnih sporazumih, se izvaja po določbah tega sporazuma, kolikor niso v nasprotju z mednarodnimi sporazumi.

19. člen

Med delom, strokovnim izpopolnjevanjem in bivanjem v tujini gre delovnim ljudem in njihovim družinskim članom pravica do protetičnih sredstev in pripomočkov ob indikacijah po splošnih aktih skupnosti, ne glede na vzrok obolenja ali poškodbe.

V zdravstvenem varstvu, ki ga je dolžna nuditi zdravstvena skupnost po mednarodnih sporazumih, se uporabljajo določbe samoupravnih splošnih aktov skupnosti o protetičnih sredstvih in pripomočkih, če niso v nasprotju z mednarodnim sporazumom.

III. DENARNA NADOMESTILA IN POVRAČILA

20. člen

Delavci in drugi delovni ljudje z združevanjem sredstev za zdravstveno varstvo v zdravstveni skupnosti zagotavljajo tudi pravice do denarnih nadomestil in povračil, ki obsegajo:

1. nadomestilo osebnega dohodka,
2. povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva,
3. posmrtnino,
4. pogrebmino.

1. Nadomestilo osebnega dohodka

21. člen

Nadomestilo osebnega dohodka gre ob začasni zadržanosti od dela zaradi:

- medicinskih preiskav,
- bolezni in poškodbe,
- poroda,
- transplantacije kože, živega tkiva ali organov v korist druge osebe,
- dajanja krvi,
- nege obolelega ožjega družinskega člana,
- izolacije oz. spremstva, ko jo odredi zdravnik.

22. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka v primerih iz prejšnjega člena imajo:

1. delavci v združenem delu in delavci v delovnem razmerju pri zasebnih delodajalcih, ki delajo najmanj polovico polnega delovnega časa,
2. izvoljeni delegati, če jim je opravljanje dolžnosti delegata edini in glavni poklic in če za to delo prejema stalno povračilo,
3. člani obrtniških in ribiških zadrug, če jim je to edini in glavni poklic,
4. učenci v poklicnem izobraževanju in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk,
5. občani, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov,
6. družinski člani umrlega obrtnika, katerim je z odločbo občinskega organa izdano dovoljenje za vodstvo obrtne delavnice po poslovodji,
7. drugi delovni ljudje (kmetje — kooperanti, rejniki, itd.), če so njihove pravice in obveznosti v zdravstveni skupnosti urejene s posebnim sporazumom.

23. člen

Delavci, ki so jih poslale v tujino na delo ali strokovno usposobitev jugoslovanske organizacije in si v tem času zagotavljajo zdravstveno varstvo v zdravstveni skupnosti (detaširani delavci) in delavci v združenem delu pri jugoslovanskem organu ali organizaciji v tujini ali v delovnem razmerju (v gospodinjstvu) delavca, če je le-to v združenem delu pri takem organu ali organizaciji, oz. delavci, ki so zaposleni pri mednarodni organizaciji, imajo za tisti čas, ko so zadržani, oz. so na porodniškem dopustu, pravico do nadomestila osebnega dohodka oz. dnevnic ali štipendije v breme izplačevalca osebnega dohodka oz. dnevnic ali štipendije. Izjemoma izplača delavcu, ki je zaposlen pri delodajalcu kot hišna pomoč, nadomestilo za prvih 30 dni sam delodajalec, potem pa mu izplačuje nadomestilo zdravstvena skupnost.

Delavci, ki so stopili v delovno razmerje v tujini po mednarodni pogodbi ali pri tujem delodajalcu in si v tem času zagotavljajo zdravstveno varstvo v zdravstveni skupnosti, imajo, kadar so zadržani, oz. kadar so na porodniškem dopustu, pravico do nadomestila pri zdravstveni skupnosti samo, dokler so v Jugoslaviji.

Delavci na ladjah imajo tisti čas, ko je ladja v tujini, med zadržanostjo namesto nadomestila pravico do osebnega dohodka v organizaciji, ki ji pripada ladja.

24. člen

Delavci in drugi upravičenci iz 22. člena tega sporazuma si zagotavljajo pravico do nadomestila tudi po prenehanju delovnega razmerja ali lastnosti upravičenca, če zbolijo ali se poškodujejo v 30 dneh po prenehanju.

25. člen

Delavke, ki jim je prenehalo delovno razmerje ali lastnost upravičenca iz 22. člena tega sporazuma, imajo pravico do nadomestila med porodniškim dopustom tudi po prenehanju, če so bile ob prenehanju noseče.

26. člen

Pravica do nadomestila med negovanjem obolelega otroka do starosti 7 let gre največ za 15 dni v posameznem primeru, v drugih primerih nege članov ožje družine pa največ za 7 dni.

Izjemoma se lahko na predlog zdravniške komisije podaljša ta čas največ do 30 dni za otroka do starosti 7 let, oz. do 15 dni za nego drugih članov ožje družine.

27. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi nesreče pri delu ali poklicne bolezni imajo tudi:

delavci

- zaposleni z manj kot polovico delovnega časa,
- na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji;

občani

- ko opravljajo dolžnosti in naloge ljudske obrambe in družbene samozaščite,
- ko sodelujejo pri organiziranih javnih delih,
- ko opravljajo na poziv državnih organov določene javne funkcije ali državljanske dolžnosti in ko kot družbenopolitični delavci opravljajo družbene funkcije,
- ko so kot vojaški invalidi na poklicni rehabilitaciji in praktičnih delih ali vajah,
- ko v okviru organizirane športne dejavnosti sodelujejo pri športnih akcijah,
- ko kot kmetje opravljajo občasna dela pri organizacijah združenega dela ali pri zasebnih delodajalcih izven združenega dela ali delovnega razmerja,
- ko kot učenci srednjih šol in študentje višjih in visokih šol opravljajo praktična dela v zvezi s poukom.

28. člen

Delavec ima pravico do nadomestila, dokler za ocenjevanje nezmožnosti za delo pristojni zdravnik ali pristojna zdravniška ko-

misija ne ugotovi, da je zopet zmožen opravljati svoje delo, oz. dokler pristojni organ z odločbo ne ugotovi, da je nastala invalidnost.

29. člen

Delavec, ki na podlagi mnenja izvedenskega organa dela skrajšan delovni čas na ustreznem delu zaradi hitrejše povrnitve delovne zmožnosti (medicinska rehabilitacija), se šteje še nadalje za zadržanega od dela in ima pravico do nadomestila osebnega dohodka za tisti čas, ko ne dela.

Če delavec na podlagi mnenja izvedenskega organa v času medicinske rehabilitacije dela poln delovni čas na drugem delu, ima pravico do razlike nadomestila, kot bi mu pripadala, če ne bi delal.

Delavec, ki dela skrajšan delovni čas na ustreznem delu po mnenju izvedenskega organa in je njegov osebni dohodek manjši od ustreznega dela nadomestila, ki bi mu pripadalo, če ta čas ne bi delal, ima pravico do nadomestila te razlike.

30. člen

Nadomestilo gre za tiste dneve oz. ure, za katere gre osebni dohodek, povračilo ali nagrada oz. nadomestilo zanj.

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

31. člen

Delavcu, ki je v času, ko prejema nadomestilo, odstranjen z dela v organizaciji združenega dela oz. delovni skupnosti ali je dan v pripor, se nadomestilo zmanjša za toliko, kolikor bi se zmanjšal osebni dohodek v tem času.

32. člen

Delavci in drugi upravičenci nimajo pravice do nadomestila:

1. če si namerno povzročijo nezmožnost za delo,
2. če se ukvarjajo s samostojno gospodarsko dejavnostjo ali opravljajo delo, za katero dobivajo osebni dohodek,
3. za čas koristnega zdravljenja v naravnem zdravilišču.

Delavci nimajo pravice do nadomestila za ves čas začasne zadržanosti oz. za ves čas, v katerem opravljajo dejavnost iz 2. točke prejšnjega odstavka.

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

33. člen

Delavcem in drugim upravičencem se ustavi izplačevanje nadomestila:

1. če namenoma preprečujejo zdravljenje oz. usposobitev za delo,
2. če se brez upravičenega vzroka ne odzovejo vabilu na določen zdravniški oz. komisijski pregled.

Delavcem in drugim upravičencem preneha pravica do nadomestila v primerih iz prejšnjega odstavka od dneva, ko so storili dejanje, s katerim so preprečevali ozdravljenje ali usposobitev za delo, oz. od dneva, ki jim je bil v vabilu določen za zdravniški oz. komisijski pregled, pa vse dotlej, dokler trajajo kvarne posledice takega ravnanja, oz. dokler se ne odzovejo vabilu.

34. člen

Nadomestilo osebnega dohodka gre iz sredstev zdravstvene skupnosti od enaintridesetega dne začasne zadržanosti od dela in znaša:

1. 90 odstotkov od osnove,

2. 100 odstotkov od osnove, če je zadržanost od dela posledica nesreče pri delu, poklicne bolezni ali dajanja krvi, vojaškim in vojnim invalidom, borcem NOB, ki imajo priznana posebno dobo v dvojnem trajanju najmanj od 1. 1. 1945 do 15. 5. 1945.

35. člen

Nadomestilo osebnega dohodka gre iz sredstev zdravstvene skupnosti od prvega dne zadržanosti od dela dalje in znaša:

1. 100 odstotkov od osnove za čas porodniškega dopusta, ki je kot najmanjši določen z zakonom, zaradi transplantacije kože, živega tkiva ali organov v korist druge osebe, in v primerih iz 27. člena tega sporazuma, razen delavcev, zaposlenih z manj kot polovico delovnega časa.
2. 70 odstotkov od osnove zaradi nege otroka oz. drugega ožjega družinskega člana, izolacije oz. spremitva, če ju odredi zdravnik.

VARIANTA:

Nadomestilo osebnega dohodka gre iz sredstev zdravstvene skupnosti od prvega dne zadržanosti od dela dalje in znaša:

1. 100 odstotkov od osnove za čas porodniškega dopusta, ki je kot najmanjši določen z zakonom, zaradi transplantacije kože, živega tkiva ali organov v korist druge osebe, in v primerih iz 27. člena tega sporazuma, razen delavcev, zaposlenih z manj kot polovico delovnega časa.
2. 70 odstotkov od osnove zaradi izolacije in za čas spremitva, če ju odredi zdravnik.

Nadomestilo osebnega dohodka gre iz sredstev zdravstvene skupnosti od četrtega dne zadržanosti od dela dalje in znaša 70 % od osnove zaradi nege otroka oz. drugega ožjega družinskega člana.

Osnova za nadomestilo osebnega dohodka

36. člen

Osnova za nadomestilo osebnega dohodka je mesečno poprečno osebnih dohodkov, ki jih je delavec dobil za svoje tekoče in minulo delo po zaključnem računu za polni delovni čas (redno delo), oz. osnova, ki je bila podlaga za plačevanje prispevkov za zdravstveno varstvo v poslovnem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela, zaradi katere je upravičen do nadomestila.

Natančnejša opredelitev osnov za nadomestilo osebnega dohodka za delavce in druge upravičence se uredi s posebnim aktom zdravstvene skupnosti.

Usklajevanje nadomestil z gibanjem življenjskih stroškov

37. člen

1. Delavcu, pri katerem nastopi začasna zadržanost od dela v obdobju od 1. januarja do 30. junija tekočega leta in traja začasna zadržanost od dela dalj kot 6 mesecev in če so se življenjski stroški povečali najmanj za 5 %, se poveča nadomestilo osebnega dohodka za toliko odstotkov, za kolikor so se povečali življenjski stroški v SR Sloveniji v obdobju 1. januarja do 30. junija.
2. Delavcu, pri katerem nastopi začasna zadržanost od dela v obdobju od 1. julija do 31. decembra tekočega leta in traja začasna zadržanost od dela dalj kot 6 mesecev in če so se življenjski stroški povečali najmanj za 5 %, se poveča nadomestilo osebnega dohodka za toliko odstotkov, za kolikor so se povečali življenjski stroški v SR Sloveniji v obdobju od 1. julija do 31. decembra.

3. Delavcem, ki so po prvi uskladitvi njihovega nadomestila za-
držani od dela še na dan naslednjih uskladitev po tem členu, se
od tega dne dalje poveča nadomestilo za razliko med prej
usklaženim nadomestilom in zneskom, ki jim pripada po na-
slednjih uskladitvah nadomestila.

Skupščina zdravstvene skupnosti ugotovi ob koncu vsakega
obdobja iz 1. in 2. točke prejšnjega odstavka, ali so izpolnjeni
pogoji za povečanje nadomestila osebnega dohodka in za kakšen
odstotek.

Povečanje življenjskih stroškov ugotavlja Zavod za statistiko
SR Slovenije.

2. Povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstve- nega varstva

38. člen

Povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstve-
nega varstva obsega:

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

39. člen

Delavci in drugi upravičenci imajo pravico do povračila potnih
stroškov:

1. kadar jih izbrani zdravnik, zdravstvena organizacija, pristojni
izvedenski organ ali zdravstvena skupnost napoti ali pokliče v
kraj izven njihovega prebivališča zaradi uveljavljanja zdravstve-
nega varstva;
2. kadar morajo zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva poto-
vati iz kraja zaposlitve oz. prebivališča v drug kraj k zdravniku
ali v zdravstveno organizacijo, ker v kraju zaposlitve oz. prebi-
vališča ni zdravnik oz. zdravstvene organizacije;
3. kadar je prevoz potreben v zdravstveno organizacijo ali iz nje,
iz ene zdravstvene organizacije v drugo oziroma v kraj prebiva-
lišča.

40. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec za
osebo, če je ta po mnenju izbranega zdravnika, zdravstvene organi-
zacije ali izvedenskega organa nujno potreben za potovanje na
zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj.

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

41. člen

Pravica do povračila prevoznih stroškov gre delavcem in dru-
gim upravičencem za najkrajšo razdaljo do najbližje zdravstvene
organizacije, vendar največ za razdaljo nad 15 km in v višini stro-
škov za prevoz z javnim prevoznim sredstvom.

Če zaradi zdravstvenega stanja prevoz z javnim prevoznim sred-
stvom ni mogoč, gre pravica do povračila oz. plačila za poseben
prevoz.

42. člen

Povračilo za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju
znaša:

- 2 odstotka povprečnega mesečnega osebnega dohodka v SR
Sloveniji v preteklem letu, če je odsotnost daljša od 8 ur;
- 3 odstotke povprečnega mesečnega osebnega dohodka v SR
Sloveniji v preteklem letu, če je odsotnost daljša od 10 ur in če
upravičenec tudi prenočuje v drugem kraju.

Znesek povračila za stroške prehrane in nastanitve v drugem
kraju določi skupščina zdravstvene skupnosti vsako leto na podlagi
uradno objavljenih podatkov o višini mesečnega osebnega dohodka
v SR Sloveniji.

43. člen

Pravica do povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem
zdravstvenega varstva se uveljavlja na način, kot je to določeno v
posebnem aktu zdravstvene skupnosti.

3. Posmrtnina

44. člen

Družinski člani delavcev in drugih upravičencev, ki imajo pra-
vico do nadomestila osebnega dohodka po tem sporazumu ali uži-
vajo pokojnino, oskrbnino ali nadomestilo iz pokojninskega in
invalidskega zavarovanja, ki jih je umrl delavec ali drug upraviče-
nec do svoje smrti preživeljal, imajo pravico do denarne pomoči ob
smrti (posmrtnina).

Pravico do posmrtnine imajo tudi družinski člani umrlih upra-
vičencev in sicer:

- učenci v poklicnem izobraževanju in učenci poklicnih šol, ki
imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk,
- učenci srednjih šol ter študenti višjih in visokih šol,
- začasno nezaposlene osebe, če so prijavljene pri skupnosti za
zaposlovanje.

45. člen

Posmrtnina znaša 80 odstotkov povprečnega mesečnega osebnega
dohodka v SR Sloveniji v preteklem letu.

4. Pogrebina

46. člen

Ob smrti delavcev in drugih upravičencev iz 44. člena tega
sporazuma ter njihovih družinskih članov ima tisti, ki oskrbi po-
greb, pravico do povračila stroškov pogreba (pogrebina).

47. člen

Pogrebina znaša 80 odstotkov povprečnega mesečnega osebnega
dohodka v SR Sloveniji v preteklem letu; za otroke do enega
leta starosti pa polovico tega zneska.

48. člen

Pogrebina za delavce in druge upravičence iz 44. člena tega
sporazuma oziroma za njihove družinske člane, ki so umrli in bili
pokopani izven območja zdravstvene skupnosti, se prizna in izpla-
ča v višini pogrebne, ki jo je določila zdravstvena skupnost, na
območju katere je bil pokopan, če je za upravičenca to ugodnejše.

Pogrebina za delavce in druge upravičence iz 44. člena tega
sporazuma oziroma za njihove družinske člane, ki so umrli med
prebivanjem v tujini, se prizna v višini dejansko potrebnih stroškov
v državi in kraju, v katerem je upravičenec umrl.

IV. NAČIN IN POGOJI UVELJAVLJANJA PRAVIC IZ ZDRAV- STVENEGA VARSTVA

49. člen

Delavci in drugi delovni ljudje (ter njihovi družinski člani) uve-
ljavljajo pravice iz zdravstvenega varstva v zdravstveni skupnosti, če
je sedež organizacije združenega dela, v kateri delajo, na območju
te skupnosti.

Pravice iz zdravstvenega varstva uveljavljajo kot občani tisti, ki imajo prebivališče na območju zdravstvene skupnosti in so prijavljeni pri pristojnem občinskem organu.

Uporabniki uveljavljajo zdravstveno varstvo iz sredstev zdravstvene skupnosti, kadar niso upravičenci do zdravstvenega varstva po posebnih zakonih ali mednarodnih sporazumih.

50. člen

Uporabniki uveljavljajo zdravstveno varstvo praviloma v splošnih ambulantah, obratnih ambulantah, dispanzerjih ali drugih organizacijskih enotah zdravstvenega doma.

Uporabniki prosto izbirajo zdravnika v zdravstvenem domu.

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

Zdravnik, ki ugotavlja zdravstveno stanje in primere, ki upravljajo delavce v združenem delu do nadomestila osebnega dohodka, je pristojni zdravnik. Pristojnega zdravnika določijo organizacije združenega dela ali zdravstvena skupnost s sporazumi o svobodni menjavi dela.

51. člen

Uporabniki imajo izjemoma pravico do zdravljenja v tujini v primerih, ko strokovni kolegij ustrezne klinike ali inštituta ugotovi, da so v Jugoslaviji izčrpane možnosti uspešnega zdravljenja, z zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje bolezenskega stanja oz. preprečitev nadaljnega slabšanja stanja.

52. člen

Uporabniki uveljavljajo pravice iz zdravstvenega varstva na podlagi zdravstvene izkaznice ali druge listine, ki jo izda zdravstvena skupnost.

53. člen

Način in natančnejše pogoje uveljavljanja pravic iz zdravstvenega varstva, denarnih nadomestil in povračil določa poseben samoupravni splošni akt zdravstvene skupnosti.

54. člen

Liste indikacij, ki jih sprejme zdravstveni svet Zdravstvene skupnosti Slovenije in s katerimi so opredeljeni pogoji za uveljavljanje posameznih pravic iz zdravstvenega varstva, so sestavni del tega sporazuma.

V. SOLIDARNOSTNO ZDRUŽEVANJE SREDSTEV

55. člen

Sredstva za uresničevanje pravic iz zdravstvenega varstva po tem sporazumu si uporabniki zagotavljajo:

- iz sredstev skupne porabe organizacij združenega dela,
- s prispevki, določenimi po obsegu in višini v samoupravnem sporazumu o temeljih plana,
- s sredstvi drugih samoupravnih interesnih skupnosti, krajevnih skupnosti in samoprispevki občanov,
- s prispevki uporabnikov k stroškom zdravstvenega varstva (participacija),
- s popolnim plačilom uporabnikov za posamezno zdravstveno storitev.

56. člen

S sredstvi iz čistega dohodka, izločenimi v sklad skupne porabe, si delavci v temeljnih organizacijah združenega dela in delovnih

skupnostih z neposredno menjavo dela zagotavljajo zdravstveno varstvo, ki je njihov poseben interes, ali si zagotavljajo zdravstveno varstvo izven programa zdravstvene skupnosti.

57. člen

Z združevanjem sredstev, zbranih po prispevni stopnji, določeni s samoupravnim sporazumom o temeljih plana zdravstvene skupnosti, si uporabniki zagotavljajo pravice iz zdravstvenega varstva, določene v 9. členu tega sporazuma, in denarna nadomestila ter povračila.

58. člen

Pravice iz zdravstvenega varstva, ki si jih uporabniki z združenimi sredstvi po samoupravnem sporazumu o temeljih planov v zdravstveni skupnosti ne morejo zagotoviti v potrebnem obsegu, si zagotavljajo s solidarnostjo v Regionalni zdravstveni skupnosti Novo mesto in Zdravstveni skupnosti Slovenije.

59. člen

Uporabniki si s solidarnostnim združevanjem sredstev v Regionalni zdravstveni skupnosti zagotavljajo enako raven zdravstvenega varstva na območju regije.

Raven zdravstvenega varstva, višino, način združevanja in delitve solidarnostnih sredstev določijo uporabniki s posebnim samoupravnim sporazumom občinskih zdravstvenih skupnosti v regiji.

60. člen

Uporabniki si s solidarnostnim združevanjem sredstev v Zdravstveni skupnosti Slovenije zagotavljajo tiste pravice iz zdravstvenega varstva, ki so takega pomena, da si njihovo uresničevanje jamčijo z medsebojno solidarnostjo, ne glede na dohodkovne možnosti v posamezni občini.

Vrste pravic, ki se zagotavljajo s tako združenimi sredstvi, določijo zdravstvene skupnosti s samoupravnim sporazumom o pravicah in obveznostih iz enotnega programa zdravstvenega varstva v SR Sloveniji.

61. člen

Uporabniki združujejo v Zdravstveni skupnosti Slovenije tudi sredstva za naloge skupnega in splošnega pomena, opredeljene v skupnem programu občinskih zdravstvenih skupnosti v SR Sloveniji.

Uporabniki prav tako združujejo sredstva v Zdravstveni skupnosti Slovenije za nepredvidene rizike v primeru večje elementarne nesreče, epidemije, nalezljivih boleznih in drugih množičnih obolenj ali poškodb.

Samoupravni sporazum o skupnih nalogah pri uresničevanju temeljev planov zdravstvenih skupnosti v SR Sloveniji določa način in pogoje solidarnostnega združevanja in delitve sredstev v Zdravstveni skupnosti Slovenije.

62. člen

Pravice uporabnikov, ki jih kot svoj interes uresničujejo tudi v drugih samoupravnih interesnih skupnostih ali krajevnih skupnostih, se zagotavljajo z združevanjem sredstev teh skupnosti, zdravstvene skupnosti in občanov samih.

63. člen

Del sredstev za zdravstveno varstvo prispevajo tudi uporabniki s prispevkom k stroškom zdravstvenega varstva in plačili za posamezne zdravstvene storitve.

VI. USKLAJEVANJE OBSEGA PRAVIC Z DOHODKOVNIMI MOŽNOSTMI

64. člen

Zdravstvena skupnost spremlja uresničevanje pravic iz tega sporazuma in jih na podlagi samoupravnega sporazuma o temeljih plana vsake tri mesece usklajuje s svojimi dohodkovnimi možnostmi.

65. člen

Če dohodkovne možnosti zdravstvene skupnosti z razpoložljivimi sredstvi ne zagotavljajo uresničevanja pravic iz zdravstvenega varstva po tem sporazumu, zdravstvena skupnost ustavi ali skrči obseg investicijskih vlaganj, razen tistih, za katere je vpeljan samopriskpevek občanov, nato pa skrči ali zaostri merila uveljavljanja pravic iz 9. člena tega sporazuma, in sicer:

- nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja v naravnih zdraviliščih, če ne gre za nujno zdraviliško zdravljenje udeležencev NOB;
- reševalne prevoze;
- zdravila;
- snemna in fiksna zobnoprostetična dela;
- specialistično zdravljenje;
- druge pravice iz zdravstvenega varstva;

Zdravstvena skupnost lahko zaradi ohranitve enake ravni zdravstvenega varstva namesto ukrepov iz prejšnjega odstavka predlaga delavcem in drugim delovnim ljudem združevanje sredstev nad dogovorjenim obsegom, če gospodarska gibanja to dovoljujejo, ali samopriskpevek uporabnikov.

VII. OBVEZNOSTI UPORABNIKOV OB UVELJAVLJANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

66. člen

Z namenom, da se doseže vzgojni učinek ob dolžni skrbi za lastno zdravje, odvrta pretirano in neučinkovito uveljavljanje določenih oblik zdravstvenega varstva, zagotovi obveščeno vrednosti zdravstvenih storitev, uravnava gospodarna potrošnja na področju zdravstvene dejavnosti v družbeno dogovorjenih mejah in zagamčijo dopolnilna sredstva za izvajanje zdravstvenega varstva, določajo uporabniki nekatere oblike zdravstvenega varstva, za katere neposredno prispevajo del stroškov.

Delavci lahko v temeljnih organizacijah združenega dela iz sredstev sklada skupne porabe zagotavljajo povračilo prispevkov k stroškom zdravstvenega varstva.

Uporabniki opredelijo tudi tiste oblike zdravstvenega varstva, ki so tako malo pomembne za zdravje, da jih uporabnik plača v celoti sam.

67. člen

Zdravstvene storitve v zvezi z ugotavljanjem zdravstvenega stanja (zdravstvene sposobnosti ali zmanjšane zdravstvene sposobnosti), kar je dolžnost občanov po posebnih predpisih (zdravniška potrdila: za voznike motornih vozil, zaradi odhoda v tujino, zaradi uveljavljanja zahtevkov iz zavarovanja pri zavarovalnih skupnostih itd.), plačajo uporabniki v celoti sami.

68. člen

Ob uveljavljanju posameznih oblik zdravstvenega varstva prispevajo uporabniki del stroškov za naslednje zdravstvene storitve, zdravila in pripomočke:

1. za prvi pregled v splošnih in obratnih ambulantah ter dispanzerjih v zvezi s posameznim primerom zdravljenja;
2. za prvi obisk zdravnika na domu, ki je opravljen na zahtevo uporabnika ali njegovih svojcev, ker bolnik zaradi svojega

zdravstvenega stanja ne more priti sam na pregled v zdravstveno organizacijo združenega dela;

3. za strokovno nego na bolnikovem domu, ki jo odreja zdravnik, pri neprekinjeni negi za največ 30 dni, pri večkratni negi pa za največ 60 dni v koledarskem letu;
4. za zobozdravstvene storitve ter pripomočke in sicer:
 - za prvi, ponovni in konziliarni pregled pri stomatologu ali stomatologu – specialistu;
 - za vsak rentgenski posnetek zob;
 - za vsako zalivko;
 - za vsako zdravljenje zoba z izjemo indirektnega kritja;
 - za čiščenje zobnega kamna (po zobnem loku);
 - za vsako ekstrakcijo zoba;
 - za polno kovinsko prevleko;
 - za vse ostale prevleke;
 - za inlay, nazidek;
 - za vsako krono;
 - za vsak člen v mostovni konstrukciji;
 - za vsako nadomestilo fasete, cementiranje stare prevleke, demontažo prevleke ali krone, oddelitev vmesnega člena ali gredi;
 - za začasno prevleko ali člen v začasnem mostičku;
 - za gred, opornico ali jahača;
 - za vsako totalno protezo;
 - za totalno protezo po Meistu;
 - za vsako parcialno protezo;
 - za vsako začasno protezo;
 - za vsako kovinsko protezo;
 - za snemni ortodontski aparat pri uporabnikih, starejših od 18 let;
 - za vsak fiksni ortodontski aparat pri uporabnikih, starejših od 18 let;
 - za vsako reparaturo, prilagoditev stare proteze, podložitev ali reokluzijo;
5. za vsak prvi pregled pri zdravniku – specialistu z napotnico zdravnika ali brez nje, če ta ni predpisana;
6. za vsak pregled pri zdravniku – specialistu rentgenologu;
7. za nemedicinski del oskrbe v bolnišnicah, specialnih zavodih in inštitutih ter naravnih zdraviliščih pri neprekinjeni oskrbi za največ 15 dni, pri večkratni oskrbi pa za največ 30 dni v koledarskem letu;
8. za celokupne medicinske storitve med odobrenim zdravljenjem v naravnem zdravilišču na ambulantni način;
9. za prvi prevoz z reševalnimi vozili in posebnimi prevoznimi sredstvi, ki ga odredi ali potrdi zdravnik, v zvezi s posameznim primerom zdravljenja;
10. za zdravilo, pomožni in sanitetni material ob prevzemu v lekarni na recept;
11. za dietetični preparat za dojenčka ob prevzemu v lekarni na recept;
12. za kontracepcijska sredstva;
13. za protezo, ortotične pripomočke, aparat za ekstenzijo in prosto stoječi posteljni trapez;
14. za nepodložene usnjene rokavice, estetske rokavice za protezo in navleke za krn po amputaciji;
15. za ortopedske čevlje;
16. za kilni pas;
17. za bergle;
18. za očala, kadar so nujno potrebna predšolskim in šolskim otrokom do 15. leta starosti, šolski mladini do 18. leta starosti ter rednim študentom do 26. leta starosti;
19. za kontaktna stekla, kadar so nujno potrebna šolski mladini do 18. leta starosti ter rednim študentom do 26. leta starosti, drugim uporabnikom pa za opravljanje poklica;
20. za očesno protezo;
21. za lasuljo zaradi trajno izražene plešavosti travnatskega izvora;
22. za ojačevalni slušni aparat, kadar je nujno potreben predšolskim in šolskim otrokom do 15. leta starosti, šolski mladini do 18. leta starosti ter rednim študentom do 26. leta starosti, drugim uporabnikom pa za opravljanje poklica;
23. za aparat za omogočanje glasnega govora;
24. za umetno prekinitev nosečnosti, kadar ni medicinsko indicirana;

V primeru utemeljenega uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini prispevajo uporabniki 40 % vrednosti zdravstvenih storitev in pripomočkov iz 4. točke prvega odstavka ter zdravil iz 10. točke prvega odstavka, kolikor mednarodni sporazumi ne določajo drugače.

69. člen

K stroškom za zdravstvene storitve, zdravila in pripomočke, navedene v 68. členu tega sporazuma, uporabniki ne prispevajo:

1. kadar uveljavljajo pravice iz zdravstvenega varstva po 60. členu tega sporazuma, ne glede na oprostitev iz te točke pa prispevajo uporabniki k stroškom;
 - za prvi kurativni pregled;
 - za prvi obisk zdravnika na domu, ki je opravljen na zahtevo uporabnika ali njegovih svojcev;
 - za zdravila, razen ko so predpisana za zdravljenje nalezljivih, duševnih, rakastih, živčnih in živčno-mišičnih bolezni, sladkorne bolezni in multiple skleroze;
 - za prvi prevoz z reševalnimi vozili in posebnimi prevoznimi sredstvi, ki ga odredi zdravnik, z izjemo prevoza bolnikov z nalezljivimi, duševnimi, rakastimi, živčnimi, živčno-mišičnimi boleznimi in sladkorno boleznijo, če je prevoz potreben zaradi teh bolezni;
2. kadar uveljavljajo pravice iz zdravstvenega varstva za primer nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo, razen za zdravljenje posledic nesreče na poti na delo ali z dela;
3. kadar uveljavljajo pravice iz zdravstvenega varstva po 4. členu tega sporazuma, razen za neobvezna cepljenja:
 - vojaški invalidi, imetniki Partizanske spomenice 1941, borci španske narodnoosvobodilne in revolucionarne vojne 1936–1939, odlikovanci z redom narodnega heroja, z redom Karadžordjeve zvezde z meči, z redom Belega orla z meči in z zlato medaljo Obilica, borci za severno mejo v letih 1918 in 1919 ter slovenski vojni dobrovoljci iz vojn 1912 do 1918;
 - uživalci stalnih družbenih denarnih pomoči ter njihovi ožji družinski člani, katere preživljajo;
 - upokojenci z varstvenim dodatkom in ožji družinski člani, ki jih preživljajo;
 - kmetje, ki jim pristojni organ občinske skupščine iz socialnih razlogov ali zaradi večjih elementarnih nesreč zmanjša katastrski dohodek ali če jih iz enakih razlogov zdravstvena skupnost oprosti plačila prispevkov za zdravstveno varstvo;
 - občani, ki se zaradi kongenitalnih anomalij ali trajne duševne bolezni ali drugega obolenja niso mogli usposobiti za delo;
 - pri pristojni skupnosti za zaposlovanje prijavljenečasne nezaposlene osebe;
 - občani, za katere občinski organ, pristojen za socialno skrbstvo, ali organ skupnosti socialnega skrbstva potrdi, da iz socialnih razlogov ne morejo prispevati k stroškom za zdravstvene storitve, zdravila in pripomočke.

70. člen

Borci NOB pred 9. septembrom 1943 oz. 13. oktobrom 1943 ne prispevajo k stroškom za zdravila.

Borci NOB, ki imajo čas udeležbe v vojni ali čas aktivnega in organiziranega dela v NOB priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945 do 15. maja 1945, ne prispevajo k stroškom ob sistematskih pregledih, na katere so pozvani, in k stroškom za nemedicinski del oskrbe v naravnih zdraviliščih.

71. člen

Uporabniki, ki so upravičeni do otroškega dodatka, prispevajo skupaj s svojimi ožjimi družinskimi člani, katere preživljajo, samo 50 % prispevkov k stroškom za zdravstvene storitve in pripomočke, navedene v 68. členu tega sporazuma, razen za zdravila.

72. člen

Uporabniki opredeljujejo naslednje oblike zdravstvenega varstva, ki jih plačajo v celoti sami:

1. vsak neupravičen obisk zdravnika na domu, ki je opravljen na zahtevo uporabnika ali njegovih svojcev;

2. vsak pregled pri zdravniku — specialistu brez napotnice zdravnika, če je ta sicer predpisana;
3. vsak prevoz z reševalnim vozilom ali posebnim prevoznim sredstvom, ki je opravljen na zahtevo uporabnika, pa ga zdravnik ne odobri;
4. očala za osebe po dopoljenem 15. letu starosti, ki se ne šolajo ali redno ne študirajo, oz. po 26. letu starosti;
5. lasuljo zaradi močnejše izražene trajne plešavosti, ki ni travmatškega izvora;
6. ojačevalni aparat za sluh za osebe po dopoljenem 15. letu starosti, ki se ne šolajo ali redno ne študirajo, oz. po 26. letu starosti, če jim ni nujno potreben za opravljanje poklica;
7. zdravljenje akutnega opoja z alkoholom zaradi streznitve;
8. neobvezna cepljenja;
9. kozmetične operacije, ki niso v zvezi s predhodno boleznijo ali poškodbo.

Kadar je cena zdravstvene storitve, zdravila ali pripomočka nižja od opredeljenega prispevka k stroškom zanje, plača uporabnik le njihovo dejansko ceno.

Uporabniki plačajo v celoti sami tudi tiste zdravstvene storitve, zdravila in pripomočke v okviru pravic iz zdravstvenega varstva, opredeljene v 4. členu tega sporazuma, za katere se ne združujejo sredstva niti v organizaciji združenega dela niti v zdravstvenih skupnostih, kakor tudi če ne uveljavljajo zdravstvenega varstva pod pogoji in na način, kot to določa samoupravni splošni akt zdravstvene skupnosti.

73. člen

Lista prispevkov uporabnikov k stroškom zdravstvenega varstva je sestavni del tega sporazuma.

Prispevki uporabnikov k stroškom po listi iz prvega odstavka se usklajujejo z gibanji stroškov zdravstvenega varstva.

74. člen

Uporabnik plača prispevek k stroškom zdravstvenega varstva v višini, ki velja v kraju, kjer zdravstveno varstvo uveljavlja.

VIII. NADZOR NAD URESNIČEVANJEM PRAVIC IN OBVEZNOSTI

75. člen

Uporabniki izvajajo v zdravstveni skupnosti samoupravni, strokovni in finančni nadzor nad uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega varstva, določenih s tem sporazumom, ter nad uporabo združenih sredstev za uresničevanje teh pravic.

76. člen

Samoupravni nadzor opravlja odbor samoupravnega nadzora zdravstvene skupnosti.

Strokovni nadzor nad uveljavljanjem pravic iz tega sporazuma opravlja posebna strokovna komisija, ki jo imenuje skupščina zdravstvene skupnosti.

Finančni nadzor nad uporabo sredstev zdravstvene skupnosti opravlja poleg organa samoupravnega nadzora tudi komisija za menjavo dela pri zdravstveni skupnosti.

77. člen

Posebna strokovna komisija nadzira zlasti:

- upravičenost uveljavljanja pravic, kadar to predlaga odbor samoupravnega nadzora ali organizacije združenega dela,
- način dela posamezne zdravstvene organizacije združenega dela, njene organizacijske enote ali zdravnika, kadar uporabniki ugovarjajo ali dajejo nanj pripombe.

78. člen

Zdravstvena skupnost ali organizacije združenega dela z njene območja izvajajo organiziran nadzor nad zadržanostmi od dela, ki so pravice po tem sporazumu, da se onemogočijo zlorabe in neopravičeno prejemanje nadomestil osebnega dohodka.

O oblikah in načinu izvajanja nadzora se dogovorijo zdravstvena skupnost in organizacije združenega dela.

IX. EVIDENCE S PODROČJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

79. člen

Zdravstvena skupnost se v sporazumu o svobodni menjavi dela dogovori izvajalci zdravstvenega varstva za tako evidenco, ki omogoča tekoče spremljanje uveljavljanja pravic iz zdravstvenega varstva.

Dogovorjena evidenca je podlaga za planiranje zdravstvenega varstva in za združevanje potrebnih sredstev, namenjenih uresničenju teh pravic, kakor tudi za nadzor nad njihovim uveljavljanjem.

80. člen

Iz evidence zdravstvenih storitev mora biti razvidna:

1. oblika zdravstvenega varstva

- za vrste pravic in storitev, ki jih uporabniki uresničujejo prek Zdravstvene skupnosti Slovenije,
- za vrste pravic in storitev, ki jih uporabniki uresničujejo prek regionalne zdravstvene skupnosti,
- za vrste pravic in storitev, ki jih uporabniki uresničujejo v občinski zdravstveni skupnosti,

2. količina

- število pregledov,
- število storitev, (F oz. KA-F),
- število novih primerov in število oskrbnih dni pri bolnišničnem in zdraviliškem zdravljenju,
- število pregledov in storitev zobnega zdravljenja in število zoboprotetičnih del,
- število in vrsta ortopedskih, očesnih in slušnih pripomočkov;

3. vrednost

- storitev (F oz. KA-F),
- ločeno za medicinski in nemedicinski del oskrbnega dne pri bolnišničnem in zdraviliškem zdravljenju,
- posebej zaračunljivi material, draga zdravila in tuje storitve,
- ortopedskih, očesnih in slušnih pripomočkov po dogovorjenih cenah.

81. člen

Izvajalci zdravstvenega varstva morajo v obračunu zdravstvenih storitev zdravstveni skupnosti prikazati tudi prispevek uporabnikov k stroškom zdravstvenega varstva.

Kadar uporabniki prispevajo k stroškom zdravstvenih storitev, morajo izvajalci zdravstvenega varstva vročiti obračun storitve tudi uporabniku. Bolnišnice, zdravilišča in inštituti morajo v vsakem primeru uporabniku vročiti dvojni račun. Iz računa morajo biti razvidni stroški zdravljenja po količini in vrednosti ter prispevek uporabnika k stroškom.

Izvajalci zdravstvenega varstva morajo voditi evidenco o plačilu prispevkov uporabnikov k stroškom zdravstvenega varstva.

X. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

82. člen

Do spremembe sistema zbiranja sredstev za zdravstveno varstvo se uporablja zakon o uporabi predpisov in o reševanju kolizij med republiškimi oz. pokrajinskimi zakoni na področju davkov, prispevkov in taks (Ur. l. SFRJ, št. 36/75 in 33/76).

83. člen

Uporabniki, ki na dan, ko se začne uporabljati ta samoupravni sporazum, uživajo pravice do zdravstvenega varstva, pridobljene po predpisih, ki so veljali do tega dne, uživajo od tega dne dalje te pravice po določenih tega samoupravnega sporazuma, če je to zanje ugodnejše, sicer pa po dosedanjih predpisih. Enako velja za že dospele pravice, ki še niso bile uresničene.

84. člen

Uporabniki, ki po določenih tega samoupravnega sporazuma ne izpolnjujejo več predpisanih pogojev za pravice, ki so jim bile priznane po prejšnjih predpisih, še nadalje uživajo te pravice, kakor in dokler izpolnjujejo pogoje, predpisane s tem sporazumom.

85. člen

Skupščina zdravstvene skupnosti sprejme najkasneje v 6 mesecih po dnevu uveljavitve tega sporazuma samoupravne splošne akte, ki so potrebni za njegovo izvajanje.

Dokler ne bodo sprejeti akti iz prvega odstavka tega člena, se glede opredelitve osnove za nadomestilo osebnega dohodka uporabljajo ustrezna določila samoupravnega sporazuma o najmanjšem obveznem obsegu zdravstvenega varstva v SR Sloveniji (Ur. l. SRS št. 1/76).

86. člen

Ta sporazum začne veljati, ko ga sprejme skupščina zdravstvene skupnosti po delegatih v zboru uporabnikov in zboru izvajalcev, in se objavi v uradnem glasilu, uporablja pa se od 1. 1. 1978.

87. člen

Z dnem, ko se začne uporabljati ta sporazum, preneha veljati samoupravni sporazum o najmanjšem obveznem obsegu zdravstvenega varstva v SR Sloveniji, razen določb, ki opredeljujejo osnovo za nadomestilo osebnega dohodka, in samoupravni sporazum o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

Predsednik skupščine

LISTA PRISPEVKOV

uporabnikov k stroškom zdravstvenega varstva /73. člen sporazuma/

Uporabniki zdravstvenega varstva prispevajo k stroškom za naslednje zdravstvene storitve, zdravila in pripomočke:

1. za prvi pregled v splošnih in obratnih ambulantah ter dispanzerjih v zvezi s posameznim primerom zdravljenja 20 din

2. za prvi obisk zdravnika na domu, ki je opravljen na zahtevo uporabnika ali njegovih svojcev, ker bolnik zaradi svojega zdravstvenega stanja ne more priti sam na pregled v zdravstveno organizacijo združenega dela, 60 din

3. za strokovno nego na bolnikovem domu, ki jo odreja zdravnik, pri neprekinjeni negi na največ 30 dni, pri večkratni negi pa za največ 60 dni v koledarskem letu – na dan 10 din

4. za zobozdravstvene storitve ter pripomočke, in sicer:

- za prvi ponovni in konziliarni pregled pri stomatologu ali stomatologu-specialistu 10 din
- za vsak rentgenski posnetek zob 10 din
- za vsako zalivko 20 din
- za vsako zdravljenje zoba z izjemo indirektnega kritja 40 din
- za čiščenje zobnega kamna (po zobnem loku) 20 din
- za vsako ekstrakcijo zoba 20 din
- za polno kovinsko prevleko 210 din
- za vse ostale prevleke 230 din
- za inlay. nazidek 100 din
- za vsako krono 280 din
- za vsak člen v mostovni konstrukciji 110 din
- za vsako nadomestilo fasete, cementiranje stare prevleke, demontažo prevleke ali krone, oddelitev vmesnega člena ali gredi 35 din
- za začasno prevleko ali člen v začasnem mostičku 45 din
- za gred, opornico ali jahača 120 din
- za vsako totalno protezo 400 din
- za totalno protezo po Meistu 450 din
- za vsako parcialno protezo 520 din
- za vsako začasno protezo 300 din
- za vsako kovinsko protezo 650 din
- za snemni ortodontski aparat pri uporabnikih, starejših od 18 let, 350 din
- za vsak fiksni ortodontski aparat pri uporabnikih, starejših od 18 let, 500 din
- za vsako reparaturo, prilagoditev stare proteze, podložitev ali reokluzijo 50 din

5. za vsak prvi pregled pri zdravniku-specialistu z napotnico zdravnika ali brez nje, če ta ni predpisana, 50 din

6. za vsak pregled pri zdravniku-specialistu rentgenologu 20 din

7. za nemedicinski del oskrbe v bolnišnicah, specialnih zavodih in inštitutih ter naravnih zdraviliščih pri neprekinjeni oskrbi za največ 15 dni, pri večkratni oskrbi pa za največ 30 dni v koledarskem letu – na dan 30 din

8. za celokupne medicinske storitve med odobrenim zdravljenjem v naravnih zdravilišču na ambulantni način 150 din

9. za prvi prevoz z reševalnimi vozili in posebnimi prevoznimi sredstvi, ki ga odredi ali potrdi zdravnik, v zvezi s posameznim primerom zdravljenja 60 din

10. za zdravilo, pomožni in sanitetni material ob prevzemu v lekarni na recept 15 din

11. za dietetični preparat za dojenčka ob prevzemu v lekarni na recept 15 din

12. za kontracepcijska sredstva:

- za kontracepcijske tablete (oralna sredstva) 15 din
- za druga kontracepcijska sredstva 100 din

13. za proteze, ortotične pripomočke, aparat za ekstenzije in prosto stoječi posteljni trapez 150 din

14. za nepodložene usnjene rokavice, estetske rokavice za protezo in navleke za krn po amputaciji 150 din

15. za ortopedске čevlje 300 din

16. za kilni pas 150 din

17. za bergle 30 din

18. za očala, kadar so nujno potrebna predšolskim in šolskim otrokom do 15. leta starosti, šolski mladini do 18. leta starosti ter rednim študentom do 26. leta starosti, 40 din

19. za kontaktna stekla, kadar so nujno potrebna šolski mladini do 18. leta starosti ter rednim študentom do 26. leta starosti, drugim uporabnikom pa za opravljanje poklica, 90 din

20. za očesno protezo 100 din

21. za lasulje zaradi trajno izražene plešavosti travmatskega izvora 90 din

22. za ojačevalni slušni aparat, kadar je nujno potreben predšolskim in šolskim otrokom do 15. leta starosti, šolski mladini do 18. leta starosti ter rednim študentom do 26. leta starosti, drugim uporabnikom pa za opravljanje poklica, 150 din

23. za aparat za omogočanje glasnega govora 200 din

24. za umetno prekinitvev nosečnosti, kadar ni medicinsko indicirana, 250 din

V smislu te liste se razume pod pojmom:

- 1) „dom“ bolnikova nastanitev v kraju njegovega stalnega ali začasnega prebivališča ali tudi dijaški in študentski dom ter socialni zavod;
- 2) „bolnišnica“ splošne bolnišnice, specialne bolnišnice in klinične bolnišnice;
- 3) „specialni zavod“ zavod za rehabilitacijo, zavod za slušno in govorno prizadete osebe ipd.
- 4) „pregled v zvezi s posameznim primerom zdravljenja“ je prvi pregled v obdobju 30 dni, zaradi iste diagnoze, razen kadar je uporabnik naročen na ponovni pregled v roku, daljšem od 30 dni;
- 5) „dnevni prispevek za nemedicinski del oskrbe v bolnišnicah, specialnih zavodih in inštitutih ter naravnih zdraviliščih pri neprekinjeni ali večkratni oskrbi“ tako, da se ob neposrednem prehodu iz oskrbe ene od naštetih zdravstvenih organizacij združenega dela v oskrbo druge seštevajo oskrbni dnevi za ugotovitev opredeljenega najdaljšega možnega trajanja prispevajo k stroškom.

Če je uporabnik napoten na več pregledov k zdravnikom-specialistom hkrati in zaradi iste bolezni, prispeva k stroškom le za pregled pri prvem zdravniku-specialistu, razen kadar je napoten k zdravniku-specialistu rentgenologu.

Obrazložitev

osnutka samoupravnega sporazuma o pravicah in obveznostih iz zdravstvenega varstva

Javna razprava, ki se je začela ob objavi gradiva za samoupravni sporazum o pravicah iz enotnega programa zdravstvenega varstva v SR Sloveniji in o načinu urejanja drugih pravic iz zdravstvenega varstva v Delegatskem obveščevalcu št. 5, je dala potrebno in koristno usmeritev za pripravo osnutka samoupravnega sporazuma o pravicah in obveznostih iz zdravstvenega varstva.

Po pripombah in predlogih delavcev v organizacijah združenega dela, samoupravnih organov zdravstvenih skupnosti, družbeno-političnih organizacij v občinah in republiki so pri oblikovanju osnutka sporazuma upoštevana naslednja izhodišča:

— sprejeti samoupravni sporazumi o temeljnih planov so poleg planskih razmerij in elementov začrtali tudi nove družbeno-ekonomske odnose na področju zdravstvenega varstva in so zato osnova za nadaljnje samoupravno urejanje in izgrajevanje sistema zdravstvenega varstva;

— združevanje sredstev za zdravstveno varstvo je združevanje družbenih sredstev (delavec združuje del svojega dohodka, ki je hkrati družbeni dohodek, za potrebe na področju zdravstva), kar prerašča dosežanje principe financiranja zdravstvenega varstva oziroma zdravstvenega zavarovanja in le-to z uvedbo nacionalnega zdravstvenega varstva postavlja na vsebinsko novo osnovo;

— zdravstveno varstvo je celota, katere vsebino opredelijo uporabniki v občinski zdravstveni skupnosti z določitvijo pravic in obveznosti in zdravstvenega varstva, glede na planirana sredstva in materialne možnosti združenega dela;

— prispevki uporabnikov k stroškom zdravstvenega varstva so po funkciji predvsem regulator porabe, šele potem bilančni instrument;

— pravice, opredeljene v enotnem programu, so le segment iz celotnega zdravstvenega varstva v občinski zdravstveni skupnosti, katerega uresničevanje si zaradi narave oziroma pomembnosti teh pravic zagotavljamo delovni ljudje na območju SR Slovenije.

Po tako postavljenih izhodiščih je osnutek samoupravnega sporazuma oblikovan tako, da delavcu oziroma uporabniku pokaže, katere vrste pravic ima iz zdravstvenega varstva, glede na svoj prispevek, določen in opredeljen v sporazumu o temeljnih plana, katere pravice si zagotavlja iz sredstev skupne porabe in svoji temeljni organizaciji ter kaj in koliko prispeva kot uporabnik k stroškom zdravstvenega varstva iz svojih osebnih sredstev.

I. Osnutek samoupravnega sporazuma določa in ureja: pravice iz zdravstvenega varstva, denarna nadomestila in povračila, način in pogoje uveljavljanja pravic, solidarnostno združevanje sredstev, usklajevanje obsega pravic z dohodkovnimi možnostmi, obveznostmi uporabnikov ob uveljavljanju pravic iz obveznosti in v zvezi s tem potrebne evidence s področja zdravstvenega varstva.

Delovni ljudje zagotavljajo zadovoljevanje svojih osebnih in skupnih potreb na področju zdravstvenega varstva s svobodno menjavo dela neposredno prek organizacij združenega dela in v okviru občinske ali prek regionalne zdravstvene skupnosti ali Zdravstvene skupnosti Slovenije. V 4. členu osnutka sporazuma so zato opredeljene vse oblike zdravstvenega varstva, ne glede na to, kje ga uporabniki uresničujejo in ne glede na to, ali združujejo zanje sredstva v občinski zdravstveni skupnosti ali jih pokrivajo solidarnostno. Občinske zdravstvene skupnosti bodo v svojih spora-

zumih morale opredeliti vsebino oziroma določiti pravice iz naštetih oblik zdravstvenega varstva v skladu s svojimi dohodkovnimi možnostmi.

Zdravstveno varstvo, ki si ga zagotavljajo delavci v organizacijah združenega dela z neposredno menjavo dela, obsega tiste pravice, — ki so s predpisi določene kot obveznost organizacij združenega dela; — ki ustvarjajo pogoje za nemoteno izvajanje njihove dejavnosti glede na zdravstveno varstvo; — ki neposredno zadevajo interes organizacije združenega dela; — s katerimi se zagotavlja večja izkoriščenost delovnega časa in delovnih sredstev, torej večja storilnost ali čimprejšnja povrnitev delovnih sposobnosti delavcev.

Delavci v organizacijah združenega dela določijo s samoupravnimi sporazumi o neposredni menjavi dela z organizacijami združenega dela zdravstvene dejavnosti obseg in vrsto teh pravic.

V zvezi s pravicami iz posameznih oblik zdravstvenega varstva, opredeljenih v 9. členu osnutka, kjer so predvidene vse možne pravice, bodo občinske zdravstvene skupnosti v svojih sporazumih priznale le tiste (poleg pravic iz enotnega programa), za katere so zagotovljena sredstva.

Osnutek sporazuma upošteva s samoupravnimi sporazumi o temeljnih plana dogovorjeno združevanje sredstev zaradi izvajanja svobodne menjave dela v regionalnih in Zdravstveni skupnosti Slovenije in zato določa, da si uporabniki zagotavljajo uresničevanje pravic oziroma izvajanje osnovne, dispanzerske in lekarniške dejavnosti v občinski zdravstveni skupnosti, v regionalni zdravstveni skupnosti izvajanje specialističnega, bolnišničnega, zdraviliškega zdravstvenega varstva in dejavnost zavodov za socialno medicino in higieno, v Zdravstveni skupnosti Slovenije pa vrhunske klinične ali superspecialistične zdravstvene storitve.

Osnutek sporazuma v zvezi s pravicami iz zdravstvenega varstva v tujini povzema veljavno ureditev oziroma določbe veljavnih samoupravnih sporazumov o pravicah iz zdravstvenega varstva.

II. Po samoupravnih sporazumih o temeljnih plana občinskih zdravstvenih skupnosti delavci in drugi delovni ljudje združujejo v občinski zdravstveni skupnosti tudi sredstva za denarna nadomestila in povračila v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega varstva.

V osnutku sporazuma so ohranjene vse dosežane vrste nadomestil in povračil z nekaterimi spremembami, predvsem v višini, glede na planirana sredstva in dohodkovne možnosti zdravstvene skupnosti v planskem obdobju.

Predlagane spremembe ne omejujejo pravic do denarnih dajatev, temveč nekatere celo širijo z namenom, da se doseže čimvečja enotnost in socialna varnost v primeru nezmožnosti za delo zaradi bolezni, poškodbe, nesreče pri delu ali poklicne bolezni. Pravice do denarnih nadomestil in povračil v tem osnutku predstavljajo v določeni meri sintezo ustreznih določil iz zakona o zdravstvenem varstvu, samoupravnega sporazuma o najmanjšem obveznem obsegu zdravstvenega varstva v SR Sloveniji in samoupravnih sporazumov o vrstah in obsegu pravic iz neposrednega zdravstvenega varstva in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja. Pojem zavarovanca in zavarovane osebe je v osnutku nadomeščen z „delavci in drugi delovni ljudje, občani in drugi upravičenci“, ne da bi bil zmanjšan krog upravičencev, vendar vseh naštetih ni mogoče uvrstiti pod isti

imenovalec, ker je krog upravičencev (občanov) širši kot tistih, ki združujejo sredstva za nadomestila in povračila in so hkrati upravičenci (delavci in drugi delovni ljudje).

Način in pogoji uveljavljanja pravic do denarnih nadomestil in povračil ne sodijo v ta sporazum, kolikor niso neposredno vezani na posamezno pravico. Natančnejša določila o prejemkih, ki se ne vštejejo v osnovo za nadomestilo, in določila o osnovah posameznih skupin upravičencev ter način uveljavljanja pravic bodo opredeljeni v posebnem samoupravnem splošnem aktu zdravstvene skupnosti.

V 7. točki 22. člena je razširjen krog upravičencev z drugimi skupinami delovnih ljudi, kot so kmetje—kooperanti v smislu 291. do 298. člena zakona o združenem delu, rejniki, če imajo v oskrbi toliko rejencev, da jim je priznana lastnost delavca v delovnem razmerju, ter druge skupine delovnih ljudi, za katere je podana osnova v 62. členu zakona o zdravstvenem varstvu.

Pravica do nadomestila med negovanjem obolelega otroka je v primerjavi s sedanjim najmanjšim obveznim obsegom pravic razširjena pri otrocih do sedmega leta starosti (namesto do 3. leta starosti), vendar največ do 15 dni v posameznem primeru, pri težjih obolenjih pa na predlog zdravniške komisije do 30 dni (26. člen), medtem ko je v 35. členu predvideno znižanje višine nadomestila na zakonski minimum 70%. Enak odstotek nadomestila naj bi prejemale osebe, ki so zaradi nalezljive bolezni v izolaciji, in osebe, določene za spremstvo bolnika v zdravstveno organizacijo. Vsi naštetni so zadržani od dela zaradi drugih, sami so praviloma zdravi in ne potrebujejo posebne nege zase. Tistim, ki so nezmožni za delo zaradi bolezni, poškodbe, nesreče pri delu ali poklicne bolezni, gre nadomestilo v višini 90% oziroma 100%, kot to priznavajo OZD za prvih 30 dni zadržanosti od dela. V občinah oziroma OZD, kjer je odsotnost z dela zaradi nege ožjih družinskih članov v znatni meri neupravičena in v nenehnem porastu, se bodo delavci morda odločili za varianto 35. člena, po kateri gre nadomestilo osebnega dohodka v višini 70% od osnove upravičencem šele od 4. dne dalje, kar pa ne pomeni podaljšanja dovoljenega časa odsotnosti z dela po 26. členu.

Zaradi predvidenih prispevkov uporabnikov k stroškom določenih zdravstvenih storitev v bolnišnicah, je odpadla določba, po kateri so doslej zdravstvene skupnosti zniževale nadomestilo osebnega dohodka do 20% za čas zdravljenja v bolnišnicah, če delavec ni vzdrževal družinskih članov.

Po 29. členu sporazuma lahko predlaga medicinsko rehabilitacijo samo izvedenski organ, ne pa tudi pristojni zdravnik kot doslej v nekaterih zdravstvenih skupnostih. Delavcu gre v času medicinske rehabilitacije pravica do nadomestila osebnega dohodka za preostanek ur, ko ne dela, če mu je določen skrajšan delovni čas na svojem delu.

Če delavec dela na drugem ustreznem delu skrajšan delovni čas, mu gre pravica do razlike nadomestila, ki bi mu pripadala, če ta čas ne bi delal; pravica do razlike nadomestila mu gre tudi v primeru, če dela poln delovni čas na drugem ustreznem delu in če bi bilo to nadomestilo manjše, kot bi mu pripadalo, če ne bi delal. Po sedaj veljavnih samoupravnih sporazumih je delavcem v času medicinske rehabilitacije šla razlika med osebnim dohodkom, doseženim na drugem ustreznem delu oziroma v skrajšanem delovnem času, in osebnim dohodkom, ki bi jim pripadal, če bi delali na svojem delu poln delovni čas. S tem so bili delavci, pri katerih ni bila mogoča ali jim ni bila omogočena medicinska rehabilitacija, v neenakopravnem položaju z delavci na medicinski rehabilitaciji v času nezmožnosti za delo. Edini namen medicinske rehabilitacije pa je čim hitrejša povrnitev delovne zmožnosti.

Pri usklajevanju (valorizaciji) nadomestil osebnih dohodkov (37. člen) je sprememba v načinu usklajevanja, in sicer ne 3-mesečno in v skladu z gibanjem osebnih dohodkov kot doslej, temveč 6-mesečno zaradi racionalnosti in glede na gibanje življenjskih stroškov zaradi večje realnosti podatkov, s pogojem, da je delavec več kot 6 mesecev nepretrgoma zadržan od dela. Brez tega pogoja bi se delavcem, ki so postali nezmožni za delo v mesecu juniju, nadomestilo valoriziralo že po nekaj dneh, drugim pa po več mesecih ali celo po 6 mesecih.

Povračila za stroške prehrane in nastanitve v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva v drugem kraju (42. člen) so spremenjena le po načinu izračunavanja zneska povračila, ne pa po

višini, in sicer tako, da so družbeno verificirane dnevnice po sindikalni listi v zdravstvenem varstvu zmanjšana na 1/2 oziroma 2/3 polne dnevnice — preračunane na približno enake vrednosti, ki naj se obračunavajo v % poprečnega mesečnega osebnega dohodka v SR Sloveniji v preteklem letu.

Glede na poprečni osebni dohodek, ki je v letu 1976 znašal 4.068 bi polovična dnevnicca po 42. členu osnutka tega sporazuma znašala za leto 1977 81,35 din, polna dnevnicca pa 122,00 din. V letu 1978 bi se dnevnicci povečali glede na predvideni porast poprečnega osebnega dohodka v letu 1977 za približno 18%.

Posmrtnina in pogrebina (45., 47. člen) bi po predlaganih 80% poprečnega mesečnega osebnega dohodka v SR Sloveniji v preteklem letu znašali v 1977 letu: 3.254,40 din.

III. Določbe IV. poglavja o načinu in pogojih uveljavljanja pravic iz zdravstvenega varstva so v osnutku le načelne, ker bo pogoje za uveljavljanje pravic urejal poseben samoupravni splošni akt zdravstvene skupnosti. Osnuhek sporazuma izhaja glede opredelitve upravičencev, ki v zdravstveni skupnosti (in na njen račun) uveljavljajo pravice iz zdravstvenega varstva, iz veljavnega sedežnega principa (po sedežu organizacije združenega dela) oziroma statusa občana. Osnuhek sporazuma zavezuje zdravstvene skupnosti k enotni opredelitvi pogojev za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva, z enotnimi listami indikacij na območju SR Slovenije; s tem se odpravljajo sedaj sporne in neutemeljene razlike pri uveljavljanju posameznih pravic med uporabniki iz različnih regij ali celo občin.

IV. Osnuhek sporazuma opredeljuje solidarnostno združevanje sredstev oziroma vire združevanja po nivojih, kjer delavci s svobodno menjavo dela zagotavljajo uresničevanje pravic iz zdravstvenega varstva, in sicer iz sredstev sklada skupne porabe v organizacijah združenega dela, z združevanjem sredstev v občinski zdravstveni skupnosti po prispevni stopnji, opredeljeni v sporazumih o temeljnih planov, s sofinanciranjem drugih samoupravnih interesnih skupnosti v občini, krajevnih skupnosti ali občanov in s prispevkom uporabnikov k stroškom zdravstvenega varstva.

Pri določbah o solidarnostnem združevanju sredstev izhaja osnuhek sporazuma iz samoupravnih sporazumov o temeljnih planov, po katerih je združevanje sredstev v regionalni zdravstveni skupnosti lahko dogovorjeno zaradi zagotovitve potrebnega obsega sredstev ali enake ravni zdravstvenega varstva v regiji, v Zdravstveni skupnosti Slovenije pa zaradi zagotovitve pravic iz enotnega programa.

Vrste pravic, ki si jih zagotavljajo uporabniki z združevanjem sredstev pri Zdravstveni skupnosti Slovenije opredeljuje osnuhek samoupravnega sporazuma o pravicah in obveznostih iz enotnega programa zdravstvenega varstva v SR Sloveniji. Osnuhek je potrebno obravnavati skupaj z osnutkom tega sporazuma. Določbe v osnutku vsebinsko povzemajo cilje združevanja sredstev v Zdravstveni skupnosti Slovenije iz že sprejetega samoupravnega sporazuma o skupnih nalogah, da bi delavcem in delovnim ljudem čim popolneje predočili namene solidarnostnega združevanja in delitve sredstev.

V. Osnuhek sporazuma določa trimesečno usklajevanje obsega pravic z dohodkovnimi možnostmi. Realnost planov je potrebno preverjati in usklajevati sproti porabo s sredstvi, s krčenjem pravic iz zdravstvenega varstva in zaostritvijo meril za uveljavljanje pravic. Naraščanje porabe nad planirano lahko zdravstvena skupnost pokriva z združevanjem sredstev nad dogovorjenim obsegom, če gospodarska gibanja to dovoljujejo, ali s samopriskom občanov.

VI. Ob obravnavi gradiva je bilo največ pripomb in predlogov v zvezi s predlagano participacijo. Osnuhek sporazuma v poglavju Obveznosti uporabnikov ob uveljavljanju zdravstvenega varstva najprej opozarja na ustavno dolžnost vsakega za lastno zdravje, nadalje na prizadevanja zoper pretirano in nepotrebno uveljavljanje gospodarske potrošnje v dogovorjenih okvirih na tem področju.

Določbe tega poglavja temeljijo zato na naslednjih ugotovitvah:

- participacija ima prvenstveno usmerjevalni (regulativni) pomen,
- njena funkcija je tudi nadzorna (kontrolna),
- participacija ne sme uporabnika odvracati od uveljavljanja potrebnih zdravstvenih storitev, upoštevati mora ekonomsko zmožnost posameznikov,

- s pobiranjem participacije oziroma s sistemom participacije se ne smejo povzročati pretirane administrativne obremenitve organizacij združenega dela,
- s participacijo se zagotavljajo potrebna sredstva za uresničevanje pravic iz zdravstvenega varstva.

Usmerjevalni pomen je v osnutku sporazuma zagotovljen s tem, da je participacija predvidena pri vseh tistih pregledih in storitvah, kjer ima vpliv tudi uporabnik (prvi pregledi, oskrbni dnevi v bolnicah).

Nadzorna (kontrolna) funkcija participacije je v tem, da uporabnik s svojim doplačilom potrdi, da sta bila pregled ali storitev resnično opravljena.

Če upoštevamo dejstvo, da se združujejo sredstva v zdravstvenih skupnostih po načelu vzajemnosti in solidarnosti tudi zato, da lahko uporabniki ne glede na svoj ekonomski položaj uveljavljajo potrebne zdravstvene storitve tudi ob njihovih visokih cenah, predvideva osnutek enako participacijo ne glede na celotne stroške zdravljenja.

V osnutku sporazuma ni bilo mogoče v celoti izvesti diferencirane participacije, ker zahteva ta sistem dodatne analize in predvsem sočasno ureditev predhodnih postopkov v zvezi z ugotavljanjem oziroma razporejanjem po ekonomskih oziroma dohodkovnih zmožnostih. Osnutek predvideva diferenciacijo oprostitvev pri uveljavljanju tistih oblik zdravstvenega varstva, ki so zagotovljene vsej populaciji v SR Sloveniji, nadalje v zvezi z zdravljenjem posledic nesreče pri delu, določenih socialnih kategorij prebivalstva in za uporabnike s posebnim statusom, kar je bilo že v sedanji ureditvi. Tudi uporabniki, ki so upravičenci do otroškega dodatka, prispevajo samo 50 % predvidenih prispevkov k stroškom za zdravstvene storitve, zdravila in pripomočke. Izvajanje teh oprostitvev ne zahteva dodatnih administrativnih postopkov in ga je mogoče takoj izvajati.

Predvideni koncept ureditve participacije ne bo povzročil dodatnega administrativnega dela v zdravstvenih organizacijah združenega dela, posebej ne zato, ker se proučuje že tudi sistem zbiranja participacije. Pri tem so že opredeljena stališča, da je potreba tehnično izpeljati tako, da se odpravi gotovinski promet v zvezi s participacijo v zdravstvu, da se uvede plačevanje participacije v zvezi z bolnišničnim zdravljenjem in hišnimi obiski po poštnih položnicah in da se sicer postopki čim bolj poenostavijo.

Z razširitvijo participacije na več oblik zdravstvenega varstva (splošni in dispanzerski prvi pregledi, bolnišnično zdravljenje) se poveča tudi njen ekonomski učinek. Pri tem pa ne gre samo za obremenitev posameznika, ampak praktično vseh uporabnikov zdravstvenega varstva. S tako zbrano participacijo bo možno zagotoviti uresničevanje vseh predvidenih pravic po tem sporazumu, tudi pravico do višjega odstotka nadomestila osebnega dohodka.

Navedene spremembe so po posameznih občinskih zdravstvenih skupnostih ovrednotene tako:

Občinska zdravstvena skupnost Črnomelj

bi ob predlaganem povečanju nadomestila morala v letu 1977 povečati svoj dodatni program za približno 800.000 din, ob upoštevanju, da nadomestilo za nego družinskega člana ne bi obremenjevalo skupnosti do treh dni, pa bi se ta znesek lahko zmanjšal na približno 650.000 din.

S predloženo participacijo bi skupnost zbrala približno 3.704.745 din, kar je od participacije zbrane v letu 1976, ki je znašal približno 1.300.000 din, za 185 % ali za 2.404.745 din več.

Po posameznih oblikah zdravstvenega varstva pa se bodo zbrali v enem letu predvidoma naslednji zneski:

- prvi kurativni pregled	626.040 din
- prvi obisk na domu	52.380 din
- prvi pregled pri rentgenologu	8.240 din
- prvi pregled pri specialistu	311.250 din
- nemedicinska oskrba v bolnicah	596.450 din
- nemedicinska oskrba v zdravilišču in del medicinske oskrbe v zdravilišču	134.850 din

- prevoz z reševalnim avtomobilom	44.580 din
- zdravila	1.039.680 din
- ortopedski pripomočki	4.550 din
- zobozdravstvo	886.725 din
Skupaj	3.704.745 din

Črnomelj, 3. 11. 1977

Občinska zdravstvena skupnost Krško

bi ob predlaganem povečanju nadomestila morala v letu 1977 povečati svoj dodatni program za približno 1.100.000 din, ob upoštevanju, da nadomestilo za nego družinskega člana ne bi obremenjevalo skupnosti do treh dni, pa bi se ta znesek lahko zmanjšal na približno 900.000 din.

S predloženo participacijo bi skupnost zbrala približno 5.638.030 din, kar je od participacije, zbrane v letu 1976, ki je znašala približno 1.900.000 din, za 197 % ali za 3.978.730 din več.

Po posameznih oblikah zdravstvenega varstva pa se bodo zbrali v enem letu predvidoma naslednji zneski:

- prvi kurativni pregled	997.560 din
- prvi obisk na domu	117.360 din
- prvi pregled pri rentgenologu	13.320 din
- prvi pregled pri specialistu	495.200 din
- nemedicinska oskrba v bolnicah	846.780 din
- nemedicinska oskrba v zdravilišču in del medicinske oskrbe v zdravilišču	214.650 din
- prevoz z reševalnim avtomobilom	57.120 din
- zdravila	1.653.225 din
- ortopedski pripomočki	6.790 din
- zobozdravstvo	1.236.025 din
Skupaj	5.638.030 din

Krško, 3. 11. 1977

Občinska zdravstvena skupnost Metlika

bi ob predlaganem povečanju nadomestila morala v letu 1977 povečati svoj dodatni program za približno 450.000 din, ob upoštevanju, da nadomestilo za nego družinskega člana ne bi obremenjevalo skupnosti do treh dni, pa bi se ta znesek lahko zmanjšal na približno 350.000 din.

S predloženo participacijo bi skupnost zbrala približno 2.163.385 din, kar je od participacij, zbrane v letu 1976, ki je znašala približno 800.000 din, za 170 % ali za 1.363.385 din več.

Po posameznih oblikah zdravstvenega varstva pa se bodo zbrali v enem letu predvidoma naslednji zneski:

- prvi kurativni pregled	286.900 din
- prvi obisk na domu	32.400 din
- prvi pregled pri rentgenologu	4.000 din
- prvi pregled pri specialistu	151.250 din
- nemedicinska oskrba v bolnicah	284.820 din
- nemedicinska oskrba v zdravilišču in del medicinske oskrbe v zdravilišču	65.550 din
- prevoz z reševalnim vozilom	33.960 din
- zdravila	504.255 din
- ortopedski pripomočki	1.870 din
- zobozdravstvo	798.380 din
Skupaj	2.163.385 din

Občinska zdravstvena skupnost Novo mesto

bi ob predlaganem povečanju nadomestila morala v letu 1977 povečati svoj dodatni program za približno 3.400.000 din, ob upoštevanju, da nadomestilo za nego družinskega člana ne bi obremenjevalo skupnosti do treh dni, pa bi se ta znesek lahko zmanjšal na približno 2.500.000 din.

S predloženo participacijo s bi skupnost zbrala približno 10.945.585 din, kar je od participacije, zbrane v letu 1976, ki je znašala približno 3.700.000 din, za 196 % ali za 7.245.585 din več.

Po posameznih oblikah zdravstvenega varstva pa se bodo zbrali v enem letu predvidoma naslednji zneski:

– prvi kurativni pregled	1.789.960 din
– prvi obisk na domu	198.780 din
– prvi pregled pri rentgenologu	23.360 din
– prvi pregled pri specialistu	882.500 din
– nemedicinska oskrba v zdravilišču in del medicinske oskrbe v zdravilišču	382.650 din
– prevoz z reševalnim avtomobilom	95.340 din
– zdravila	2.957.385 din
– ortopedski pripomočki	17.220 din
– zobozdravstvo	2.339.760 din
Skupaj	10.945.585 din

Novo mesto, 3. 11. 1977

Občinska zdravstvena skupnost Trebnje

bi ob predlaganem povečanju nadomestila morala v letu 1977 povečati svoj dodatni program za približno 450.000 din, ob upoštevanju, da nadomestilo za nego družinskega člana ne bi obremenjevalo skupnosti do treh dni, pa bi se ta znesek lahko zmanjšal na približno 380.000 din.

S predloženo participacijo bi skupnost zbrala približno 3.172.565 din, kar je od participacije, zbrane v letu 1976, ki je znašala približno 1.100.000 din, za 188 % ali za 2.072.565 din več.

Po posameznih oblikah zdravstvenega varstva pa se bodo zbrali v enem letu predvidoma naslednji zneski:

– prvi kurativni pregled	596.960 din
– prvi obisk na domu	83.160 din
– prvi pregled pri rentgenologu	7.820 din
– prvi pregled pri specialistu	295.300 din
– nemedicinska oskrba v bolnicah	497.490 din
– nemedicinska oskrba v zdravilišču in del medicinske oskrbe v zdravilišču	127.950 din
– prevoz z reševalnim avtomobilom	28.700 din
– zdravila	988.915 din
– ortopedski pripomočki	4.760 din
– zobozdravstvo	531.510 din
Skupaj	3.172.565 din

Trebnje, 3. 11. 1977

Okvirni rokovnik nekaterih nadaljnjih nalog za dograditev sistema zdravstvenega varstva

Rokovnik vsebuje samo najnujnejše naloge. Poleg navedenih bodo potrebni še drugi posveti in dogovori, ki naj bi omogočili, da bi bilo gradivo za javno razpravo čim bolj kvalitetno, skladno s sprejetimi zakoni, družbenimi dogovori in samoupravnimi sporazumi in z družbenimi dokumenti.

Naloga	Rok	Nosilec
1. Samoupravni sporazum o pravicah in obveznostih iz zdravstvenega varstva		
Ta sporazum zajema vse pravice in obveznosti iz zdravstvenega varstva, všteti opredelitev solidarnostnih krogov na ravni TOZD, občine, regije in republike		
a) Priprava delovnega osnutka sporazuma	30/10	regionalne zdravstvene skupnosti
b) Razprava na skupnih sejah izvršnih odborov občinskih in regionalnih zdravstvenih skupnosti skupaj s predstavniki družbenopolitičnih organizacij	3/11	občinske in regionalne zdravstvene skupnosti, občinski in regionalni organi SZDL in sindikata
c) Priprava predloga sporazuma, ustreznih obrazložitev in finančnih kvantifikacij za javno razpravo	15/11	občinske in regionalne zdravstvene skupnosti
č) Sprejem predloga občinskega sporazuma za javno razpravo v združenem delu in v krajevnih skupnostih	16—21/11	skupščina občinske zdravstvene skupnosti
d) Javna razprava v združenem delu in v krajevnih skupnostih (vodstva družbenopolitičnih organizacij, delegacije, organi samoupravljanja, kjer je možno tudi zbori delavcev in občanov)	22/11—15/12	SZDL, sindikati in zdravstvene skupnosti
e) Redakcija predloga sporazuma glede na rezultate javne razprave	20/12	občinske in regionalne zdravstvene skupnosti
f) Sprejem sporazuma v skupščinah občinskih zdravstvenih skupnosti	21—26/12	občinske in regionalne zdravstvene skupnosti
g) Uveljavitev sporazuma	1/1—1978	

