



NAŠ GLAS

občina krško

SKUPNE DELEGATSKE INFORMACIJE

Razprava o pomembnem samoupr. sporazumu

Uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva v SR Sloveniji so v letu 1978 sprejeli samoupravne sporazume, ki določajo pravice in obveznosti iz zdravstvenega varstva.

Od tedaj do danes je bilo sprejetih več pomembnih zakonov in drugih dokumentov, ki uveljavljajo nekatera nova temeljna načela za urejanje odnosov tudi na področju zdravstvenega varstva. Z vsemi temi novostmi je potrebno uskladiti tudi samoupravne sporazume o pravicah in obveznostih iz zdravstvenega varstva. S tem namenom je sestavljen osnutek SAMOUPRAVNEGA SPORAZUMA O URESNIČEVANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.

Zaradi izredno pomembne vsebine samoupravnega sporazuma je nujna široka in poglobljena razprava o tem dokumentu, zato ga objavljamo v izredni številki Našega glasa. Sicer je osnutek sporazuma s priložo in obrazložitvijo objavljen v Delegatskem poročevalcu Zdravstvene skupnosti Slovenije št. 33 z dne 12. januarja 1983, ki so ga prejele delegacije za delegiranje delegatov v zbor uporabnikov in zbor izvajalcev skupščine Občinske zdravstvene skupnosti, vendar Občinski komite za družbene dejavnosti in Občinska zdravstvena skupnost Krško menita, da mora biti s predvidenimi določili samoupravnega sporazuma seznanjen čim širši krog delovnih ljudi in občanov, k čemer naj bi seveda prispevala svoj delež tudi izredna izdaja.

NEKATERE BISTVENE ZNAČILNOSTI SAMOUPRAVNEGA SPORAZUMA O URESNIČEVANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

V osnutku sporazuma so opredeljene storitve, ki jih morajo po zakonu zagotoviti delavci v svojih organizacijah združenega dela.

Po določitvah osnutka sporazuma si delavci zagotavljajo socialno varnost v zvezi z zdravstvenim varstvom prav tako v organizaciji združenega dela oziroma z medsebojno solidarnostjo. Osnutek predvideva, naj bi bila nadomestila pri krajših odsotnostih z dela nižja, pri

daljših odsotnostih pa višja.

Kar zadeva zdravstvene storitve, osnutek sporazuma ne predvideva bistvenih sprememb v pravicah uporabnikov, pač pa zaostruje kriterije za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev.

Novosti, ki jih vsebuje osnutek, zadevajo še standardizacijo storitev ter doplačila uporabnikov k ceni storitev oziroma tako imenovano participacijo.

O poteku razprave in sklepanj v zvezi s samoupravnim sporazumom

Koordinacijski odbor za razvojne in druge naloge pri Zdravstveni skupnosti Slovenije je v decembru 1982 obravnaval osnutek SAMOUPRAVNEGA SPORAZUMA O URESNIČEVANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA in ga ocenil kot primerno podlago za razpravo in sklepanje ustreznega sporazuma v občinskih zdravstvenih skupnostih, zato je predlagal, naj občinske zdravstvene skupnosti takoj pričnejo postopek razprav o osnutku samoupravnega sporazuma ter priprav in sklepanj ustreznih samoupravnih sporazumov v občinah.

Osnutek SAMOUPRAVNEGA SPORAZUMA O URESNIČEVANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA bodo obravnavali delegati zbora izvajalcev in zbora uporabnikov skupščine Zdravstvene skupnosti Slovenije na seji 16. februarja 1983, delegati obeh zborov skupščine Občinske zdravstvene skupnosti Krško pa predvidoma 14. februarja 1983.

Celotni postopek razprav in sklepanj v zvezi s samoupravnim sporazumom v občinskih zdravstvenih skupnostih naj bi bil zaključen do 15. marca.

OSNUTEK

Na podlagi določil 6. člena zakona o zdravstvenem varstvu (Uradni list SRS, št. 1/80) sklenemo delavci in drugi delovni ljudje in občani, združeni v občinski zdravstveni skupnosti (v nadaljnjem besedilu udeleženci sporazuma)

SAMOUUPRAVNI SPORAZUM O URESNIČEVANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

I. Temeljne določbe

1. člen

Delavci, drugi delovni ljudje in občani (v nadaljnjem besedilu uporabniki) si zagotavljamo zdravstveno varstvo v skladu z zakonom o zdravstvenem varstvu in po drugih predpisih, v skladu z dogovorom o temeljih družbenega plana v občini ter na podlagi samoupravnih sporazumov o temeljih planov občinske zdravstvene skupnosti, medobčinske zdravstvene skupnosti in v Zdravstveni skupnosti Slovenije. Pri tem upoštevamo, da je zagotavljanje zdravstvenih storitev in socialne varnosti, kar zadeva zdravstveno varstvo, odvisno od možnosti, ki jih ustvarjamo z dohodkom in z našimi osebnimi prispevki za zdravstveno varstvo, prav tako pa tudi od naše skrbi in odgovornosti za svoje zdravje in od smotrnosti uveljavljanja zdravstvenih storitev.

2. člen

S tem samoupravnim sporazumom, ki ga sklepamo uporabniki in izvajalci prek svojih delegatov v skupščini občinske zdravstvene skupnosti, podrobneje določamo individualne pravice in obveznosti glede zdravstvenih storitev in socialne varnosti v zvezi z zdravstvenim varstvom, ki temeljijo na sprejetih planskih dokumentih skupnosti. S tem sporazumom zagotavljamo občanom tudi uresničevanje pravic, ki izhajajo iz mednarodnih sporazumov.

Uporabniki zdravstvenega varstva sklepamo samoupravne sporazume o svobodni menjavi dela z organizacijami združenega dela s področja zdravstva. Tako skupaj z izvajalci odločamo o vsebini, vrsti in obsegu zdravstvenih storitev oziroma dejavnosti, ki predstavljajo naš skupni interes in so odsev materialnih možnosti združenega dela v občini ter dogovorjenih solidarnostnih nalog.

Pravice in obveznosti uresničujemo po postopkih in na načine, o katerih smo se dogovorili s posebnim samoupravnim sporazumom (Uradni list SRS, št. 6/1981).

3. člen

Zdravstveno varstvo uresničujemo po načelih vzajemnosti in solidarnosti v:

— temeljni, delovni oziroma sestavljeni organizaciji združenega de-

la za storitve, ki smo si jih dolžni zagotoviti po zakonu ali pa si jih zagotavljamo z neposredno svobodno menjavo dela in za del pravic pri zagotavljanju socialne varnosti, kar zadeva zdravstveno varstvo;

— občinski zdravstveni skupnosti za pravice do zdravstvenih storitev, ki si jih nismo zagotovili z neposredno svobodno menjavo dela ali v organizaciji združenega dela, kot tudi za pravice, ki zadevajo socialno varnost po tem sporazumu;

— medobčinski zdravstveni skupnosti za dogovorjene programe ali za njihove dele na podlagi dogovorjenih meril med občinskimi zdravstvenimi skupnostmi. Na tej ravni uveljavljamo medsebojne solidarnostne odnose praviloma za bolnišnične in univerzitetne zdravstvene storitve pa tudi za druge potrebe na podlagi meril, določenih v samoupravnih sporazumih o temeljih planov;

— Zdravstveni skupnosti Slovenije za storitve, ki so občanom zagotovljene na podlagi zakona o združenem varstvu ter na podlagi dogovorjenih meril med občinskimi zdravstvenimi skupnostmi v SR Sloveniji.

4. člen

Uporabniki smo dolžni uresničevati individualne, skupinske ali množične ukrepe, da bi čimdlje ostali zdravi. V ta namen si zagotavljamo najustreznejše preventivne storitve, ki jih opravljamo sami ali pa jih opravljajo zdravstveni delavci. Če kljub temu zbolimo, si skladno s potrebami po povrnitvi zdravja ali ohranitvi življenja ter v mejah določil tega sporazuma zagotavljamo storitve na področjih osnovne, specialistično-ambulantne, bolnišnične, zdraviliške, univerzitetne zdravstvene dejavnosti ter na področju preskrbe z zdravili in drugimi farmakološkimi sredstvi za zdravljenje in varovanje zdravja, s sanitetnim materialom in ortopedskimi in drugimi pripomočki ter na področju nujne medicinske pomoči in reševalnih prevozov.

V teh mejah si zagotavljamo tudi socialno varnost v zvezi z zdravstvenim varstvom, ki obsega pravico in dolžnost:

— delavcev v združenem delu ter drugih delovnih ljudi do denarnega nadomestila osebnega dohodka zaradičasne zadržanosti z dela zaradi bolezni in poškodbe ozi-

roma nege obbolelega družinskega člana;

— do potnih stroškov, ki nastanejo pri uresničevanju pravic do zdravstvenega varstva;

— do pogrebne in posmrtnine.

5. člen

Po tem samoupravnem sporazumu štejejo za:

— delavce: osebe, ki delajo z družbenimi sredstvi v organizaciji združenega dela, v delovni skupnosti ali v drugi obliki združevanja, zatem upokojeanci in nezaposlene osebe;

— za delovne ljudi: osebe, ki z osebnim delom samostojno in kot poklic opravljajo obrtno, umetniško ali kakšno drugo kulturno, odvetniško ali drugo poklicno dejavnost, ter kmetje in druge osebe, ki opravljajo dejavnost z osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so lastnina občanov;

— za ožje družinske člane delavcev in drugih delovnih ljudi: zakonec, otroci, posvojenci ter druge osebe, ki jih delavec preživlja in živijo z njimi v skupnem gospodinjstvu;

— za druge občane: osebe, ki niso uvrščene v prejšnje alineje tega člena in imajo stalno prebivališče na območju Socialistične republike Slovenije.

Ne glede na določilo 1. odstavka tega člena imajo status družinskih članov in s tem pravice do zdravstvenih storitev tudi otroci, posvojenci in zakonci delavcev, ki so na delu v tujini, ter delavcev iz drugih republik, če jih delavec preživlja, pa z njim ne živijo v kraju stalnega prebivališča oziroma v kraju njihove zaposlitve.

II. Zdravstvene storitve, ki si jih delavci zagotavljajo v organizacijah združenega dela

6. člen

Delavci in drugi delovni ljudje smo po določilih zakona o zdravstvenem varstvu dolžni zagotoviti v organizacijah združenega dela in v delovnih skupnostih (v nadaljnjem besedilu v organizacijah združenega dela) pravice do:

— preventivnih zdravstvenih pregledov;

— storitev, ki zadevajo zdravstveno varstvo pri delu;

— zdravstvenih ukrepov, ki zadevajo utrjevanje zdravja in delovne sposobnosti;

— posebnega zdravstvenega varstva delavcev z zmanjšano delovno sposobnostjo;

— zdravstvenih storitev, ki zadevajo preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacijo poškodb pri delu in poklicnih boleznih.

Za uresničevanje storitev iz za-

dne alinee prvega odstavka tega člena se organizacije združenega dela dogovorijo za medsebojne solidarnostne odnose. Del solidarnostnih nalog na tem področju uresničujejo delavci in drugi delovni ljudje tudi v zdravstveni skupnosti na podlagi osnov in meril, ki so jih sprejeli s sklenitvijo samoupravnega sporazuma o temeljnih planov zdravstvene skupnosti.

7. člen

Zdravstvene storitve, ki zadevajo preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ter rehabilitacijo poklicnih bolezni in poškodb pri delu, obsegajo:

- preglede in nadzor delavcev, ki jih lahko ogrozijo poklicne bolezni, kontroliranje njihovega zdravstvenega stanja kot tudi škodljivih vplivov okolja;

- zdravstveno — prosvetna in vzgojna dejavnost za preprečevanje poklicnih bolezni in poškodb pri delu;

- organiziranje in zagotavljanje prve pomoči delavcem pri delu kot tudi nujnih medicinskih storitev in ustreznih reševalnih prevozov do zdravstvene organizacije;

- opravljanje potrebnih zdravstvenih storitev v organizacijah osnovne zdravstvene dejavnosti, v številnih storitvah zdravljenja in nege na domu za delavce, ki so zboleli za poklicno boleznijo ali se poškodovani pri delu; sem sodijo tudi storitve specialistične, bolnišnične in univerzitetne zdravstvene dejavnosti ter storitve, ki zadevajo preskrbo z zdravili, s sanitetnim materialom in z drugimi farmakološkimi sredstvi, potrebnimi za zdravljenje in s potrebnimi ortopedskimi in drugimi pripomočki;

- medicinsko rehabilitacijo in s tem v zvezi tudi strokovno utemeljeno zdraviliško zdravljenje.

Za nesrečo pri delu se šteje vsaka poškodba delavcev in drugih delovnih ljudi, ki je posledica neposrednega in kratkotrajnega mehničnega, fizikalnega ali kemičnega učinka, kot tudi poškodba, ki je posledica hitre spremembe položaja telesa, nenadne obremenitve telesa ali kake druge nenadne spremembe fiziološkega stanja organizma, če je taka poškodba v vzročni zvezi z opravljanjem dela na določenih delih in nalogah ali z delom oziroma z dejavnostjo, na podlagi katere ima poškodovanec status uporabnika.

Za nesrečo pri delu se šteje tudi poškodba, povzročena na način iz prejšnjega odstavka, ki zadene delavca ali drugega delovnega človeka na redni poti od stanovanja do delovnega mesta in nazaj, na službeni poti ali na poti, da nastopi delo.

Za nesrečo pri delu se šteje tudi obolenje delavcev in drugih delovnih ljudi, ki je neposredna in izključna posledica nesrečnega na-

ključja ali višje sile med delom oziroma dejavnostjo, na podlagi katere ima oboleli status uporabnika.

Poklicne bolezni so določene bolezni, povzročene z daljšim neposrednim vplivom delovnega procesa in delovnih razmer na določenih delih in nalogah ali delih oziroma dejavnostih, na podlagi katerih ima oboleli status uporabnika.

Med poklicne bolezni štejejo po tem sporazumu tiste bolezni, ki so opredeljene s posebnimi predpisi.

Za nesrečo pri delu ali poklicno bolezen se šteje tudi nesreča ali bolezen, ki ni posledica dela na določenih delih in nalogah oziroma ni posledica določenega dela, temveč je posledica kakega drugega dela, ki ga je delavec ali drug delovni človek opravljal v interesu organizacije, v kateri je v delovnem razmerju ali pa je bil v delovnem razmerju.

8. člen

Za storitve, predvidene v 6. in 7. členu tega sporazuma, bomo zagotovili sredstva delavci, združeni v temeljni organizaciji združenega dela oziroma v delovni skupnosti in z združevanjem sredstev po načelih solidarnosti v delovni in sestavljeni organizaciji združenega dela. Za storitve iz 7. člena tega sporazuma smo na podlagi dogovorjenih kriterijev in meril, opredeljenih v samoupravnem sporazumu o temeljnih planov občinske zdravstvene skupnosti, solidarni tudi v skupnosti. Storitve iz 6. člena tega sporazuma bomo svojim delavcem in osebam na usposabljanju ter udeležencem usmerjenega izobraževanja zagotavljali tudi delovni ljudje, ki samostojno opravljajo dejavnost z osebnim delom z delovnimi sredstvi v lasti občanov.

III. Zdravstvene storitve, ki si jih uporabniki zagotavljajo v zdravstveni skupnosti

9. člen

Uporabniki si z združevanjem sredstev v zdravstveni skupnosti zagotavljajo tudi pravice do drugih zdravstvenih storitev, ki si jih nismo zagotovili v svoji organizaciji združenega dela. Te pravice zagotavljamo po načelih solidarnosti in vzajemnosti vsi uporabniki, ki imajo status upravičenca na podlagi določil 5. člena tega sporazuma.

Pravice iz prejšnjega odstavka tega člena obsegajo storitve:

1. Osnovna zdravstvena dejavnost

- zdravniški in drugi pregledi ter preiskave oziroma storitve, ki zadevajo preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacijo ob bolezni ali poškodbah zunaj dela;

- storitve zdravstvenih delavcev, ki so sestavni del zdravljenja

in nege bolnika na domu;

- sistematični in serijski pregledi ter zdravstveni nadzor in dispanzerska obravnava nekaterih skupin prebivalstva, kot so otroci, šolarji in druga mladina, ženske, ko gre za ukrepe za svobodno odločanje o rojstvu otrok in materinstvo, borci NOB, prav tako pa tudi v zvezi z nekaterimi obolenji (tuberkuloza, sladkorna bolezen, duševne bolezni, rakasta obolenja, zvišan krvni pritisk, živčno-mišične bolezni, multiplaskleroza, hemofilija);

- preventivne storitve oziroma ukrepi, sprejeti s programom zdravstvenega varstva v skupnostih in skladno z opredelitvami iz zagotavljenega programa;

- nujna medicinska pomoč in medicinsko utemeljeni reševalni prevozi;

- patronažni in babiški obiski v obsegu, predvidenem z zagotovljenim programom ter vodenjem poroda na domu;

- delo s skupinami kronično obolelih občanov na podlagi programov in izoblikovanih doktrinskih stališč univerzitetnih zdravstvenih organizacij;

- zobozdravstvene storitve

2. Specialistično ambulantna zdravstvena dejavnost:

- specialistični pregledi in storitve, za katere ugotovi zdravnik osnovne dejavnosti, da so potrebne in jih predlaga z izdajo napotnice oziroma brez napotnice pri specialistih, za katere tako določa samoupravni sporazuma o postopku in načinu uveljavljanja pravic iz zdravstvenega varstva;

- storitve nujne medicinske pomoči ustrezne dejavnosti na tej ravni.

3. Bolnišnična zdravstvena dejavnost:

- storitve in preiskave, ki so potrebne zavoljo odkrivanja, zdravljenja, rehabilitacije obolelih oziroma poškodovanih, ko zdravstveno stanje občana to zahteva, ker so izčrpane možnosti v osnovni oziroma specialistično-ambulantni dejavnosti. To potrebo ugotovi izbrani zdravnik v osnovni oziroma v specialistično-ambulantni dejavnosti;

- storitve, ki zadevajo nastanitev in prehrano bolnika v bolnišnici med zdravljenjem;

- storitve nujne medicinske pomoči ustrezne dejavnosti na tej ravni.

4. Univerzitetna zdravstvena dejavnost:

- strokovno-tehnološko in organizacijsko najzahtevnejše zdravstvene storitve, za katere je ugotovil potrebo izbrani zdravnik osnovne, specialistične ali bolnišnične dejavnosti z izstavitvijo napotnice uporabniku, v številnih nujne medicinske storitve;

— storitve, ki zadevajo nastanitve in prehrano bolnika, če gre za stacionarno obravnavo bolnika.

5. Zdraviliška zdravstvena dejavnost:

— storitve medicinske rehabilitacije, za katere ugotovi potrebo konzilij bolnišnične organizacije, če gre za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja;

— storitve medicinske rehabilitacije, ki jih opravlja zdravilišče na ambulantni način;

— storitve medicinske rehabilitacije, ki jih določi konzilij zdravnikov osnovne zdravstvene dejavnosti v skladu z zakonsko zagotovljenimi pravicami in z letnim programom skupnosti;

— storitve, ki zadevajo nastanitve in prehrano za uporabnike, pri katerih je rehabilitacija možna le na stacionarni način. Te storitve so lahko največ na ravni standardov hotelov B kategorije;

— oskrba pri letovanju otrok, za katere je potrebno ugotovil konzilij osnovne zdravstvene dejavnosti v skladu s programom skupnosti.

6. Prevozi z reševalnimi in drugimi posebnimi vozili:

— prevozi z reševalnimi avtomobili, ko to zahteva narava bolezni, bolezensko stanje ali poškodbe in če to potrebo ugotovi zdravnik;

— prevozi s posebnimi vozili, če prevoz z reševalnim avtomobilom ni možen, zdravstveno stanje pa tak prevoz zahteva;

— organiziran prevoz ponesrečenca v gorah do kraja, od koder ga je mogoče prepeljati z reševalnim ali posebnim vozilom.

7. Zdravila in druga sredstva za diagnosticiranje in zdravljenje:

— zdravila, ki so registrirana v SFRJ in jih predpiše zdravnik na recept;

— zdravila, ki niso registrirana v SFRJ in jih zagotovijo univerzitetne klinike in inštituti ter jih je mogoče uporabljati le pod njihovim nadzorom;

— kontracepcijska sredstva, ki jih aplicira ali predpiše zdravnik na recept;

— drug pomožni in sanitetni material, ki ga predpiše zdravnik na recept.

8. Ortopedski in drugi pripomočki:

— ortotična in protetična sredstva, očesni in slušni pripomočki, ortopedska obutev, invalidski vozički, sanitarne in druge priprave, ki so medicinsko indicirane.

Podrobnejša opredelitev teh pripomočkov, standardnih materialov za njihovo izdelavo in dobe trajanja je navedena v prilogi, ki je sestavni del tega sporazuma.

10. člen

Uporabniki smo dolžni čimbolj smotno in varčno ravnati na področju zdravstvenega varstva. Pri tem uveljavljamo pravice do zdravstvenih storitev po tem sporazumu v primerih, ko je to upravičeno in potrebno zavoljo našega zdravstvenega stanja oziroma ko so posamezne storitve, programi oziroma dejavnosti predvideni s sprejetimi programi na podlagi svobodne menjave dela. Pri tem na svojo pobudo uveljavljamo pravico do prvega pregleda oziroma obiska pri izbranem zdravniku oziroma zdravstvenem delavcu, ki na podlagi dosežkov medicinske znanosti oceni in odredi potrebne nadaljnje zdravstvene storitve.

Pri presoji upravičenosti posameznih zdravstvenih storitev morajo zdravstveni delavci ravnati po načelih humanosti in smotnosti ter upoštevati načela etike zdravstvenih delavcev in izoblikovana doktrinarna stališča po načelih stopnjevite diagnostike in terapije. To še zlasti velja pri ocenjevanjučasne delovne nesposobnosti delavcev zaradi bolezni, pri opredeljevanju potrebe po bolnišničnem in zdraviliškem zdravljenju, pri predpisovanju in uporabi zdravil kot tudi pri presoji o utemeljenosti zahtev uporabnikov in drugih pravic.

11. člen

Pravice do zdravstvenih storitev imamo delavci ter drugi delovni ljudje in občani s stalnim prebivališčem na območju Socialistične republike Slovenije kot tudi delavci, zaposleni pri organizaciji združenega dela s sedežem na območju SR Slovenije ter njihovi ožji družinski člani.

Če kmetje in drugi delovni ljudje, ki opravljajo dejavnost s sredstvi v lasti občanov, in delavci, ki med opravljanjem dela v tujini zagotavljajo zdravstveno varstvo zase in za svoje družinske člane v skupnosti, ne poravnajo predpisanih prispekov oziroma niso oproščeni plačila, imajo le pravico do storitev, ki so jim zagotovljene z zakonom, in do nujnih medicinskih storitev.

V primerih iz 2. odstavka tega člena zdravstvena skupnost zahteva od uporabnikov povračilo stroškov, ki jih je poravnala za opravljene zdravstvene storitve, do katerih uporabniki niso imeli pravice.

IV. Pravice uporabnikov po mednarodnih pogodbah oziroma med bivanjem v tujini

12. 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 v jugoslovanskih in mednarodnih organizacijah v tujini, delavcem, ki so bili poslani na delo v tujino za jugoslovansko organizacijo ali delodajalca, in delavcem, ki so v tujini na strokovnem izpopolnjevanju in zagotavljajo v zdravstveni skupnosti zdravstveno varstvo sebi in svojim 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 uporabnikom po samoupravnih splošnih aktih.

Uporabnikom, ki so v tujini po zasebnem ali službenem opravku, je zagotovljeno zdravstveno varstvo v prvih treh mesecih bivanja v tujini, in sicer le nujna zdravniška pomoč.

Službeno potovanje, ki traja več kot 3 mesece, se od prvega dne četrtega meseca šteje po tem sporazumu za opravljanje dela v tujini.

Uporabniku, ki je v tujini na rednem ali podiplomskem študiju, je zagotovljeno v tujini nujno zdravstveno varstvo za obdobje enega leta v času predpisanega trajanja rednega ali podiplomskega študija.

Upokoencu, ki se naseli v tujini, je zagotovljeno v tujini zdravstveno varstvo za dobo treh mesecev, v upravičenih primerih pa tudi za daljši čas.

Uporabnikom iz 1. in 4. odstavka 12. člena in upokoencem, ki bodo v tujini več kot 3 mesece, je zagotovljeno zdravstveno varstvo v tujini, če je bilo pred njihovim odhodom z zdravniškim pregledom ugotovljeno, da ni zdravstvenih zahtevkov za opravljanje nameravane dela ali bivanja v tujini.

Delavci, zaposleni pri tujih delodajalcih v domovini (denimo mednarodni center, predstavništva, kulturni center itd.) morajo sebi in svojim družinskim članom zagotoviti zdravstveno varstvo v zdravstveni skupnosti, če niso zdravstveno zavarovani v državi, kjer ima sedež matična organizacija.

Delavci iz SR Slovenije, ki delajo v tujini in so tam zdravstveno zavarovani morajo zagotoviti svojim družinskim članom zdravstveno varstvo v domovini, če to ni zagotovljeno z njihovim zavarovanjem v tujini.

13. člen

Če uporabniki v primerih iz prejšnjega člena nujno potrebujejo zdravljenje v bolnišnici, imajo pravico do tega zdravljenja do treh mesecev, od prvega dne četrtega meseca pa le tedaj, če to odobri zdravstvena skupnost na podlagi mnenja konzilija bolnišnične organizacije. 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 zagotovi tako zdravljenje.

Nujna zdravniška pomoč gre uporabnikom le dotlej, dokler niso sposobni za premestitev na zdravljenje v domovino.

14. člen

Uporabnikom, ki delajo v tujini kot detaširani delavci, zdravstvena skupnost začasno zagotavlja zdravstveno varstvo ob poškodbah pri delu tudi v primeru, ko bi ga morala zagotoviti organizacija združenega dela sama. Stroške tega zdravstvenega varstva mora organizacija združenega dela povrniti zdravstveni skupnosti.

Delavci, ki so v delovnem razmerju po mednarodni pogodbi ali so zaposleni pri tujem delodajalcu, delavci v delovnem razmerju pri delavcih jugoslovanskih organov v tujini in delavci, zaposleni pri tujih organizacijah na območju SR Slovenije, si v zdravstveni skupnosti zagotavljajo zdravstveno varstvo ob nesrečah pri delu.

15. člen

Delavcem na ladji in njihovim družinskim članom zagotavlja zdravstveno varstvo, dokler so na ladji, organizacija, ki je lastnik ladje.

Delavci na tujih ladjah si za čas, ko niso na ladjah, sami zagotavljajo zdravstveno varstvo v zdravstveni skupnosti.

16. člen

Uporabnikom, ki uveljavljajo v tujini zdravstveno varstvo mimo določb samoupravnih splošnih aktov skupnosti, se v dinarjih povrnejo stroški in sicer do višine, kot bi stalo tako zdravljenje v mejah pravic, dogovorjenih v zdravstveni skupnosti oziroma do višine, ki bi jo priznal tuji organ zdravstvenega zavarovanja.

Za zdravstveno varstvo, ki ga je dolžna zagotoviti zdravstvena skupnost po mednarodnih sporazumih, veljajo določbe tega sporazuma, če niso v nasprotju z mednarodnimi sporazumi.

Pri uveljavljanju zdravstvenega varstva v tujini prispevajo uporabniki k stroškom 40 % vrednosti zobozdravstvenih storitev in pripomočkov, 40 % vrednosti drugih protetičnih sredstev in pripomočkov ter 20 % vrednosti zdravil, ki jih prejema po recept, če mednarodni sporazumi ne določajo drugače.

17. člen

Če so delovni ljudje iz SR Slovenije med opravljanjem dela v tujini zavarovani pri tuji organizaciji zdravstvenega zavarovanja, vendar so pri tem zagotovljene bistveno manjše pravice ali pa svojih pravic

ne morejo uveljavljati v Jugoslaviji, si lahko zagotovijo dodatne pravice s posebno pogodbo pri zdravstveni skupnosti.

18. člen

Uporabniki imamo izjemoma pravico do zdravljenja v tujini, če konzilij pristojne univerzitetne klinike ali inštituta ugotovi, da so v Jugoslaviji izčrpane možnosti za uspešno zdravljenje, z zdravljenjem v tujini pa utemeljeno pričakujemo ozdravitve ali izboljšanje bolezenskega stanja ali to, da se zdravstveno stanje bolnika ne bo bistveno poslabšalo.

Uporabniki imamo pravico tudi do nakupa določenih zdravil, ortopedskih ali drugih pripomočkov v tujini, do pregleda organskega tkiva in do sodelovanja tujega zdravstvenega strokovnjaka pri zdravstvenem posegu v domovini, če je upravičenost za to ugotovil konzilij univerzitetne klinike oziroma inštituta.

Uporabnik iz prvega in drugega odstavka tega člena prispeva k stroškom za druge storitve in pripomočke iz drugega odstavka tega člena znesek, ki bi ga sicer plačal za te storitve in pripomočke po določilih, ki veljajo v zdravstveni skupnosti, v kateri ima status upravičenca.

V. Zagotavljanje socialne varnosti v zvezi z zdravstvenim varstvom

19. člen

Delavci in drugi delovni ljudje si zagotavljajo varnost v zvezi z zdravstvenim varstvom v svojih organizacijah združenega dela oziroma z vzpostavljanjem solidarnosti v delovni ali sestavljeni org. združ. dela, na podlagi dogovorjenih meril in kriterijev pa tudi v zdravstveni skupnosti. Merila za solidarnost med organizacijami združenega dela v zdravstveni skupnosti so opravljena v samoupravnem sporazumu o temeljnih plana zdravstvene skupnosti.

Pravica do socialne varnosti obsega:

- nadomestilo osebnega dohodka,
- povračilo potnih stroškov ob uveljavljanju zdravstvenega varstva,
- pogrebno,
- posmrtno.

20. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka za začasno odsotnost z dela zaradi bolezni ali poškodb imajo:

- delavci v združenem delu (vštevši delavce, ki poklicno opravljajo delegatske ali druge družbene funkcije) in delavci v delovnem razmerju pri zasebnih delodajalcih, ki delajo najmanj polovico delovnega časa,

— člani obrtniških in ribljskih zadrug, če jim je to edini in glavni poklic,

— občani, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so last občanov,

— družinski člani umrlega obrtnika, ki so dopolnili 15. leto starosti in jim je z odločbo občinskega organa izdano dovoljenje za vodstvo obrtne delavnice prek poslovdje,

— združeni kmetje, ki z organizacijo združenega dela združujejo pretežni del dela in sredstev,

— delovni ljudje, ki z osebnim delom samostojno in kot poklic opravljajo umetniško ali kako drugo kulturno, odvetniško ali drugo poklicno dejavnost.

Pravico do nadomestila osebnega dohodka za začasno odsotnost zaradi poškodbe ali poklicne bolezni imajo tudi:

- delavci,
- zaposleni z manj kot polovico delovnega časa,
- občani,
- ko opravljajo dolžnosti in naloge ljudske obrambe ali družbene samozaščite,

— ko sodelujejo na organiziranih javnih delih,

— ko na poziv državnih organov opravljajo določene javne funkcije ali državljanske dolžnosti in kot družbenopolitični delavci opravljajo družbene funkcije,

— ko v športnih dejavnostih, ki jih organizirajo športna društva oziroma telesnokulturne organizacije, sodelujejo pri športnih akcijah,

— ko kot kmetje opravljajo občasna dela pri organizacijah združenega dela ali pri zasebnih delodajalcih izven združenega dela ali mimo delovnega razmerja.

21. člen

Upravičenci do nadomestila osebnega dohodka uveljavljajo to pravico na podlagi mnenja pristojnega zdravnika oziroma konzilija ustrezne zdravstvene organizacije v primerih začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni, poškodb na delu in izven dela, medicinskih preiskav, transplatacij tkiva in organov v prid drugih oseb in dajanja tkiv, nege obolelega družinskega člana, izolacije oziroma spremstva.

Pravica do nadomestila gre delavcem in drugim delovnim ljudem — za čas, za katerega ugotovi zdravnik oziroma zdravniški konzilij v skladu z določili samoupravnega sporazuma o postopkih in načinih uveljavljanja pravic iz zdravstvenega varstva, da začasno niso sposobni z delo, oziroma dokler pristojni organ s pravno močjo odločbo ne ugotovi, da je pri njih nastala trajna delovna nezmožnost,

— med nego obolelega otroka do starosti sedmih let za petnaest (15) dni v posameznem primeru oziroma za nego drugih ožjih družinskih članov največ za sedem (7) dni.

V izjemnih primerih, ko to terja zdravstveno stanje ožjega družinskega člana lahko ustrezni konzilij osnovne zdravstvene dejavnosti na podlagi mnenja socialne službe organizacije združenega dela podaljša pravico do odsotnosti z dela zaradi nege obolelega ožjega družinskega člana, zlasti če bi s tem preprečili morebitno hospitalizacijo obolelega družinskega člana, poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja ali druge nezaželene posledice. Ta pravica pa lahko obsega največ še toliko dni, kot je določeno v 2. alineji 2. odstavka tega člena. V teh primerih ima delavec pravico do nadomestila osebnega dohodka tudi za ta podaljšani čas.

22. člen

Socialno varnost v zvezi z zdravstvenim varstvom iz 19. člena tega sporazuma si zagotavljamo delavci v organizacijah združenega dela oziroma v delovnih skupnostih iz lastnih sredstev oziroma z uveljavljanjem solidarnosti v delovni ali v sestavljeni organizaciji združenega dela. Konkreten obseg posameznih pravic določijo organizacije združenega dela oziroma delovne skupnosti v svojih samoupravnih splošnih aktih. Pri tem upoštevajo, da te pravice ne bodo manjše, kot predvideva ta sporazum v členih od 24. do 33. Pri tem štejejo odstotki, navedeni v 24. členu tega sporazuma, kot konkretna merila za solidarnost med organizacijami združenega dela, ki jo uveljavljajo v skupnosti.

Delovni ljudje v delovnem razmerju pri občanah, ki opravljajo dejavnost z oseb. delom z del. sredstvi v lasti občanov, in delovni ljudje, ki opravljajo dejavnost z osebnim delom, si zagotavljajo nadomestilo osebnega dohodka za prvih 45 dni začasne delovne nezmožnosti zaradi bolezni iz dohodka, ki ga ustvarjajo z opravljanjem dejavnosti. Pri tem tudi zanje veljajo merila iz tega sporazuma.

23. člen

Delavci in drugi delovni ljudje združujemo sredstva v zdravstveni skupnosti za zagotavljanje socialne varnosti v zvezi z zdravstvenim varstvom, in sicer za:

- nadomestila osebnih dohodkov v času zadržanosti z dela ob transplataciji kože, živega tkiva in organov v prid druge osebe, ob dajanju krvi, izolacije in spremstvu, ko odredi zdravnik, za potne stroške v te namene pa tudi za nadomestila osebnega dohodka ob negi obolelega ožjega družinskega člana:

- za zagotavljanje pravic delovnim ljudem, ki opravljajo samostojno dejavnost z osebnim delom in s sredstvi v lasti občanov, ter delavcem, ki so pri njih v delovnem razmerju, za čas odsotnosti z dela nad 45 dni;

- primere iz 2. odstavka 20. člena;

- za zagotavljanje pravic delavcem, zaposlenim po mednarodni pogodbi, delavcem, zaposlenim pri tujih delodajalcih, delavcem, zaposlenim pri delavcih jugoslovanskih organov v tujini in delavcem, zaposlenim pri tujih organizacijah na območju SR Slovenije;

- za pravice do socialne varnosti v zvezi z zdravstvenim varstvom delavcev, drugih delovnih ljudi in občanov ter njihovih članov, in sicer za potne stroške, pogrebne in posmrtnine.

24. člen

Višino nadomestila osebnega dohodka za čas odsotnosti z dela določajo delavci temeljne organizacije združenega dela v svojih samoupravnih splošnih aktih. Pri tem morajo upoštevati, da nadomestilo osebnega dohodka ne more biti višje od delavčevega osebnega dohodka, če bi delal, oz. osnova za nadomestilo ne more biti nižja od najnižjega osebnega dohodka delavcev v SR Sloveniji, določenega z zakonom.

Opredelitve iz prejšnjega odstavka veljajo tudi za druge delovne ljudi, ki samostojno opravljajo dejavnost z osebnim delom in z delovnimi sredstvi v lasti občanov, ter pri njih zaposlene delavce.

Organizacije združenega dela morajo v svojih samoupravnih splošnih aktih zagotoviti nadomestilo osebnega dohodka posameznemu delavcu

- za prve tri (3) dni odsotnosti z dela najmanj 75% od osnove,

- od četrtega (4) do petnajstega (15) dneva najmanj 80 % od osnove,

- od šestnajstega (16) dneva dalje najmanj 85% od osnove

- za vojaške vojne invalide, udeležence NOV, ki imajo čas udeležbe v vojni ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnem osvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945. leta in za borce španske narodnoosvobodilne vojne ter udeležence narodnoosvobodilnega gibanja Grčije 100% od osnove,

- za delavce in druge delovne ljudi, ki so odsotni zaradi poklicne bolezni, nesreč na delu, transplatacije živega tkiva ali organov v prid druge osebe ali zavlajo dajanja krvi 100% od osnove.

Merila iz prejšnjega odstavka veljajo tudi za povračila nadomestil primere odsotnosti iz 23. člena tega sporazuma.

25. člen

Delavec, ki na podlagi mnenja zdravniškega konzilija oziroma komisije dela skrajšan delovni čas na ustreznem delu, da bi tako hitreje obnovil svoje delovne zmožnosti, velja za zadržanega od dela za tisti čas, ko ne dela. Za ta čas ima tudi pravico do nadomestila osebnega dohodka. Če je v tem primeru delavčev osebni dohodek manjši od ustreznega dela nadomestila, bi mu

šlo, če ta čas ne bi delal, ima pravico tudi do nadomestila za to razliko.

Če delavec na podlagi ugotovitve zdravniškega konzilija ne more opravljati svojega dela in dela poln delovni čas na drugem delu, ima pravico do razlike med osebnim dohodkom in višino nadomestila, ki bi mu šlo, če ne bi delal.

26. člen

Delavcu gre nadomestilo za osebni dohodek za tiste dneve oziroma ure, ko bi mu šel osebni dohodek, povračilo ali nagrada oziroma nadomestilo zanje.

Delavcu, pri katerem nastopijo razlogi za zadržanost z dela med tem, ko je odsoten z dela, brez pravice do nadomestila osebnega dohodka ali z njim izenačenega prejema, gre nadomestilo šele po preteku take odsotnosti, če tudi tedaj ne more opravljati svojega dela.

27. člen

Delavec ima pravico do nadomestila, dokler za ocenjevanje delovne pristojni konzilij zdravnikov ne ugotovi, da je zmožen opravljati delo, oziroma dokler invalidska komisija ne ugotovi, da je nastopila invalidnost.

Delavcu, ki ima najmanj 5 let delovne dobe in je v času, ko mu je prenehalo delovno razmerje, prejemal nadomestilo osebnega dohodka, ne prejema pa drugih nadomestil, gre nadomestilo osebnega dohodka za ves čas, dokler bi bil zadržan z dela, če bi delal, oziroma dokler mu socialna služba ne uredi njegove socialne varnosti. V tem primeru mu nadomestilo osebnega dohodka izplačuje občinska zdravstvena skupnost, v kateri je imel kot delavec status upravičenca.

Delavcu, ki je v času, ko prejema nadomestilo, odstranjen z dela v organizaciji združenega dela oziroma v delovni skupnosti ali pa je v priporu, se nadomestilo zniža za toliko, za kolikor bi se v tem času znižal njegov osebni dohodek.

28. člen

Delavcu, ki je v delovnem razmerju v več temeljnih organizacijah oziroma delovnih skupnostih, ob začasni zadržanosti z dela izplačujejo nadomestilo osebnega dohodka vse temeljne organizacije združenega dela, s katerimi ima sklenjeno delovno razmerje in sicer v sorazmerju z delovnim časom, za katerega je bilo sklenjeno delovno razmerje.

Za delavca, ki je v delovnem razmerju v več temeljnih organizacijah oziroma delovnih skupnostih in se poškoduje na delu, poravnajo stroške za zdravstvene storitve tista temeljna organizacija, kjer se je delavec poškodoval. Če se je delavec poškodoval na poti na delo ali z dela poravnajo stroške za zdravstvene storitve vse temeljne organi-

zacije združenega dela, v katerih ima delavec sklenjeno delovno razmerje, in sicer v sorazmerju z delovnim časom, za katerega je sklenjeno delovno razmerje.

29. člen

Delavci in drugi delovni ljudje nimajo pravice do nadomestila oziroma se jim ustavi izplačevanje nadomestila, če med začasno zadržanostjo z dela zaradi bolezni:

— opravljajo samostojno gospodarsko dejavnost ali opravljajo delo, za katerega dobivajo osebni dohodek, povračilo ali nagrado;

— se brez opravičenega razloga ne odzovejo vabilu na zdravniški pregled ali pozivu zdravniškega konzilija:

— organ kontrole organizacije
združenega dela oziroma skupnosti
ali zdravnik ugotovijo, da upravi-
čenci ne upoštevajo navodil o
zdravljenju in s svojim neprimernim
vedenjem podaljšujejo svojočasno
delanezmožnost oziroma če brez
odobritve zdravnika odpotujejo iz
kraja svojega prebivališča;

— če v roku 3 dni, ki je predviden v samoupravnem sporazumu o postopku in načinu uveljavljanja pravic iz zdravstvenega varstva, ne obvesti svoje organizacije združenega dela, da je zbolel, oziroma če o tem ni obvestil zdravnika, ki je pristojen za ugotavljanje njegovečasne nezmožnosti za delo;

— če opravljajo dejavnost s sasto-
jnim osebnim delom s sredstvi,
ki so last občanov, zadržanost z de-
la pa nastopi v času, ko je njio-
va delavnica začasno zaprta.

Delavcem in drugim delovnim ljudem se ustavi izplačevanje nadomestila zaradi razlogov iz 2. in 3. alineje z dnem, ko je bil določen zdravniški oziroma konziliarni pregled ali pregled na invalidski komisiji oz. z dnem, ko je organ kontrole ugotovil, da se ne ravna po zdravnikovih navodilih, traja pa vse do tlej, dokler trajajo posledice takega ravnanja oziroma dokler se ne odzovejo vabilu.

V primerih iz 4. alineje pridobijo delavci in drugi delovni ljudje pravico do nadomestila od dneva, ko izpolnijo svojo dolžnost, da obvestijo organizacijo združenega dela in predložijo o tem zahtevano dokumentacijo.

V primerih iz 5. alineje tega člena pridobijo pravico navedeni uporabniki do nadomestila po preteku časa, za katerega jim je bilo dovoljeno začasno ustaviti obratovanje, če še naprej niso sposobni opravljati svojega dela.

30. člen

Osnova za nadomestilo osebne-
ga dohodka je mesečno poprečje, iz-
računano iz osebnih dohodkov, ki
jih je delavec dobil za svoje tekoče
in minulo delo po zaključnem ra-
čunu v minulem koledarskem letu
za čas, ko je delal. V osnovo se šte-

je tudi osebni dohodek, ki ga je delavec dobil za delo v času, ko je bil po zakonu o delovnih razmerjih dolžan delati dlje kot poln delovni čas, pri delavcih, ki delajo nepoln delovni čas, pa osebni dohodek za nepoln delovni čas.

Če je delavec delal v več organizacijah združenega dela, se šteje v osnovo osebni dohodek, ki ga je dosegel pri vseh organizacijah, s tem da se le-ta preračuna na poln delovni čas.

Delovnim ljudem, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so last občanov, in njihovim delavcem se šteje za osnovo znesek, ki je bil podlaga za plačilo prispevka za zdravstveno varstvo v minulem koledarskem letu.

Osnova za nadomestilo osebnega dohodka združenega kmeta je ugotovljen čisti dohodek iz proizvodnega sodelovanja iz kmetijske dejavnosti v minulem letu, ki je bil tudi podlaga za plačilo prispevkov za zdravstveno varstvo.

Delavcem, ki so jih poslale na delo jugoslovanske organizacije in so le-te še naprej plačevale prispevke za zdravstveno varstvo (detaširani delavci), se za izračun osnove upošteva neto osebni dohodek delavca v minullem letu.

Delavcem v delovnem razmerju po mednarodni pogodbi ali pri tujih delodajalcih v tujini ter delavcem, ki so v delovnem razmerju pri delavcih jugoslovanskih organov ali organizacij v tujini in pri mednarodnih organizacijah v tujini, se šteje tista osnova, ki je bila podlaga za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno varstvo v minulom koledarskem letu.

Kmetom in delovnim ljudem, ki opravljajo občasna dela pri organizacijah 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.

Delavcu, ki se je poškodoval na poti na delo in mu ni mogoče določiti osnove po določbah tega sporazuma, se za izračun osnove upošteva osebni dohodek, ki bi ga prejemal, če bi nastopil delo.

Če delavec v minulemu letu ni dobil osebnega dohodka, se šteje za osnovo poprečni mesečni znesek osebnega dohodka za tekoče leto pred mesecem, ko je nastopila začasna zadržanost, zaradi katere ima pravico do nadomestila, če pa je nastopila začasna zadržanost pred iztekom enega meseca, se upošteva osebni dohodek do dneva, ko je nastopila začasna zadržanost.

Če je delavec v minulemu letu določen čas dobival osebni dohodek iz delovnega razmerja v združenem delu in za opravljanje dejavnosti s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so last občanov, se osnova ugotovi s seštevkom osebnega dohodka, ki ga je delavec dobil za minulo leto, oziroma s se-

števkom osnov za minulo leto.

Delavcu, ki po odslužitvi ali doslužitvi vojaškega roka ali po predčasnem odpustu iz JLA zaradi bolezni in poškodbe ne more nastopiti dela, se določi osnova po doseženem osebnem dohodku v minulem letu v skladu z določbami tega sporazuma.

31. člen

Za izračun osnove ne upoštevamo:

1. osebnega dohodka za pogodbeno delo, honorarjev pa tudi nagrad za dolgoletno delo in podobno, čeprav jih po splošnem aktu organizacije priznavajo za osebne dohodke;

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

3. prejemki v naravi, razen ko pomenijo sestavni del delavčevega osebnega dohodka po posebnih predpisih in to največ do višine, določene v teh predpisih;

4. nadomestila osebnega dohodka zaradi začasne delovne nezmožnosti zavrlo bolezni, poškodbe, nege in poroda, nadomestila v času začasne nezaposlenosti oziroma drugi socialni prejemki.

32. člen

Osnovo izračunamo tako, da ugotovimo izplačani osebni dohodek na uro za obdobje, ko je delavec delal in prejemal osebni dohodek ter ga pomnožimo s predpisanim delovnim časom v organizaciji združenega dela oziroma pri zasebnem delodajalcu v obdobju, za katerega je potrebno izplačati nadomestilo.

33. člen

Delavcu, pri katerem traja za-
časna zadržanost od dela dalj ko-
6 mesecev, se osnova za nadomestilo
osebnega dohodka poveča za to-
liko odstotkov, za kolikor so se po-
večali v tem času osebni dohodki v
organizaciji združenega dela, kjer
je zaposlen.

Tako povečano nadomestilo osebnega dohodka gre delavcu od prvega naslednjega dne po izteku vsakih 6 mesecev zadržanosti od dela.

34. člen

Povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva obsega:

1. prevozne stroške,
2. stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju.

35. člen

Uporabniki si zagotavljamo povračilo potnih stroškov:

1. ko nas izbrani zdravnik, zdravstvena organizacija ali njen pristojni organ zavoljo uveljavljanja

zdravstvenega varstva napoti ali pokliče v kraj zunaj našega prebivališča;

2. ko moramo zavoljo uveljavljanja zdravstvenega varstva potovati iz kraja zaposlitve oz. prebivališča v drug kraj k zdravniku ali v zdravstveno organizacijo, ker v kraju zaposlitve oz. prebivališča ni zdravnika oz. zdravstvene organizacije;

3. ko je potrebno potovanje v zdravstveno organizacijo ali iz nje iz ene zdravstvene organizacije v drugo.

36. člen

Povračilo prevoznih stroškov gre uporabnikom za najkrajšo razdaljo do najbližje zdravstvene organizacije, vendar šele za razdaljo nad 20 km in to v višini stroškov za prevoz z javnimi prevoznimi sredstvi. Če zaradi zdravstvenega stanja prevoz z javnim sredstvom ni možen, gre upravičencu pravica do povračila oz. plačila za poseben prevoz.

37. člen

Povračilo za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju v državi znaša:

— 1,50 % poprečnega mesečnega neto osebnega dohodka v SR Sloveniji v minulem letu za več kot 8 ur odsotnosti;

— 3 % poprečnega mesečnega neto osebnega dohodka v SR Sloveniji v minulem letu za več kot 12 ur odsotnosti, če upravičenec tudi prenočuje v drugem kraju.

Za otroka, starega od 1 do 7 let, znaša povračilo za stroške prehrane in nastanitve polovico zneska iz 1. odstavka tega člena, če traja odsotnost več kot 8 ur.

Če zdravstvena skupnost napoti upravičenca na zdravljenje v tujino, znaša povračilo za stroške prehrane in nastanitve zanj in za spremljevalca (če je spremstvo odobreno), 80 odstotkov dnevnice za II. skupino delovnih mest po odločbi o najvišjih zneskih dnevnic za službeno potovanje v tujino, ki se priznava zveznim upravnim organom in organizacijam med materialne stroške.

38. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec, če po mnenju izbranega zdravnika ali konzilija zdravnikov mora spremljati upravičenca na poti na zdravljenje ali na zdravniški pregled v drug kraj.

Za otroke do dopolnjenega 15. leta starosti velja, da praviloma potrebujejo spremljevalca.

39. člen

Povračilo potnih stroškov uveljavljamo na način, kot ga določa samoupravni sporazum o postopku in načinu uveljavljanja pravic iz zdravstvenega varstva. Organizacije združenega dela izplačujejo delavcem in njihovim družinskiim članom potne stroške, ki nastajajo pri uveljavljanju zdravstvenega varstva,

nato pa zahtevajo od zdravstvene skupnosti, da jim jih povrne. Drugi upravičenci do potnih stroškov pa uveljavljajo vračilo potnih stroškov neposredno v zdravstveni skupnosti.

Uporabnik nima pravice do povračila potnih stroškov v celoti, če na svojo zahtevo uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev mimo določb samoupravnega sporazuma o postopkih in načinih za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva.

V teh primerih je uporabnik upravičen do povračila potnih stroškov v obsegu, do katerega bi bil upravičen, če bi uveljavljal svoje pravice skladno z določili samoupravnega sporazuma o postopku in načinu uveljavljanja pravic do zdravstvenega varstva.

40. člen

Pravico do denarne pomoči ob smrti (posmrtnine) imajo družinski člani delavcev in drugih delovnih ljudi, kmetov-kooperantov, kmetov-borbov in drugih upravičencev, ki so upravičeni do nadomestila osebnega dohodka ali pa prejema po pokojnino, oskrbnino ali nadomestilo iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki jih je umrl delavec ali drug upravičenec do svoje smrti preživljal.

Posmrtnina znaša 70 odstotkov poprečnega mesečnega osebnega dohodka v SR Sloveniji v minulem letu.

41. člen

Pravico do povračila stroškov pogreba (pogrebnine) ima ob smrti delavcev in drugih upravičencev, navedenih v 40. členu ter njihovih ožjih družinskih članov tisti, ki poskrbi za pogreb.

42. člen

Pogrebina znaša 70 odstotkov poprečnega mesečnega osebnega dohodka v SR Sloveniji v minulem letu, za otroke do enega leta starosti pa polovico tega zneska.

43. člen

Pogrebina za delavce in druge upravičence oziroma za njihove družinske člane, ki so umrli med prebivanjem v tujini, se prizna v višini stvarnih stroškov, ki jih sporoči jugoslovansko diplomatsko konzularno predstavništvo oziroma jih plačuje po svojih predpisih tuji nosilec zdravstvenega zavarovanja, na območju katerega je upravičenec umrl, vendar največ v višini 2-kratnega zneska, ki je dogovorjen v skupnosti.

VI. Doplačila uporabnikov k ceni zdravstvenih storitev

44. člen

Da bi zagotovili odgovornejši odnos delavcev, delovnih ljudi in občanov do lastnega zdravja, njegove krepitve in preprečevanja obolen-

nosti ter spodbujali smotrnejše razporejanje sredstev za potrebe zdravstvenega varstva, da bi dosegli čim večje učinke in zagotovili potrebno prestrukturiranje zdravstvenih dejavnosti in uveljavili cenejše oblike ter zavoljo boljše informiranosti uporabnikov o oblikovanju in višini cene zdravstvenih storitev, bomo uporabniki iz svojih dohodkov prispevali del sredstev k ceni zdravstvenih storitev.

45. člen

Pri uveljavljanju posameznih oblik zdravstvenega varstva prispevamo uporabniki k ceni zdravstvenih storitev, zdravil in pripomočkov naslednje zneske:

din

1. Za prvi kurativni pregled pri zdravnikih v osnovni zdravstveni dejavnosti (pri tem šteje za prvi kurativni pregled vsak prvi obisk pri posameznem zdravniku ali prvi obisk zavoljo posamezne bolezni na zahtevo uporabnika v koledarskem letu)
2. Za prvi obisk zdravnika na domu, ki je opravljen na zahtevo uporabnika ali njegovih svojcev
3. Za vsak prvi pregled pri zdravniku v specialistični ambulantni dejavnosti z napotnico zdravnika ali brez nje, če ta ni predpisana
4. Za vsak ponovni obisk ali pregled pri zdravniku specialistično-ambulantne dejavnosti, vendar največ 3 obiske, ki sledijo prvemu specialističnemu pregledu
5. Za prvi obisk pri zdravniku v nočnem času med 22. in 6. uro jutraj:
 - pri zdravniku osnovne dejavnosti
 - pri zdravniku specialistične dejavnosti
6. Za zobozdravstvene storitve:
 - za vsako zalivko
 - za polno kovinsko prevleko
 - za druge prevleke
 - za inlay, nazidek
 - za vsako krono (z zatičkom)
 - 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 jač
 - za vsako totalno protezo
 - za vsako parcialno protezo
 - za vsako reparaturo,

- prigoditev stare proteze, podložitev ali reokluzijo 100
7. Za posamezno zdravilo, pomožni in sanitetni material ob prevzemu v lekarni na recept 40
8. Za vsak prevoz z reševalnimi in drugimi posebnimi prevoznimi sredstvi, ki ga potrdi zdravnik ob posameznih primerih zdravljenja, in to:
- za razdaljo do 20 km 110
 - za razdaljo od 21-70 km 190
 - za razdaljo nad 70 km 250
9. Za ortopedske in specialne čevlje 900
10. Za nepodložene usnjene rokavice, estetske rokavice za protezo in za komplet navlek za krn po amputaciji 300
11. Za proteze, ortotične pripomočke, aparat za ekstenzijo in za prostostoječi posteljni trapez 300
12. Za kilni pas 300
13. Za bergle 80
14. Za aparat za omogočanje glasnega govora, za slušni aparat 400
15. Za invalidski voziček, za elektronsko peronealni funkcionalni stimulator 1250
16. Očala 100
17. Kontaktna stekla 800
18. Za očesno protezo 130
19. Za medicinski del oskrbe v bolnišnici in zdraviliški dejavnosti pri neprekinjeni oskrbi za največ 30 dni v koledarskem letu, in to na dan 100
- Pri tem nadaljevanje zdravljenja v zdravilišču pomeni neprekinjeno stacionarno zdravljenje
20. Za medicinski del oskrbe in zdravstvene storitve v bolnišnici in zdraviliški dejavnosti za celotno zdravljenje ene bolezni v koledarskem letu, in sicer za čas zdravljenja:
- do 3 dni na dan 80
 - od 4 do 10 dni na dan 50
 - od 11 do 15 dni na dan 30

46. člen

Zneski iz prejšnjega člena se podvojijo pri točki 1., 3., 4., 5., 6., 8., 11., 13., 19. in 20., če:

- uporabnik uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev zaradi poškodbe zunaj dela ali njenih posledic, razen če gre za poškodbe, do katerih je prišlo pri rekreativno-športnih dejavnostih, ki jih organizirajo športna društva oziroma telesno kulturne organizacije, ali pa poškodbe pri občanah, starih 65 let in več,
- je potreba po takšnih storitvah posledica vinjenosti ali narkomanije.

47. člen

Zneski participacije za zdravstvene storitve, opredeljene v 45. členu, se valorizirajo polletno v skladu z povprečno rastjo osebnih

dohodkov v SR Sloveniji. Pri tem bomo udeleženci sporazuma spoštovali podatke Zavoda SR Slovenije za statistiko o rasti osebnih dohodkov. Na podlagi podatkov zavoda obvestijo strokovne službe zdravstvenih skupnosti zdravstvene organizacije na svojem območju o indeksu rasti osebnih dohodkov v minulem polletju. Na podlagi tega obvestila so zdravstvene organizacije najpozneje v 7 dnevih dolžne valorizirati zneske participacij, pri čemer jih zaokrožijo na zneske, ki se končujejo brez par.

48. člen

Uporabniki niso dolžni prispevati participacije iz 45. in 46. člena tega sporazuma, ko gre za:

- novorojenca, dojenčka ter predšolske in šolske otroke;
- učence in študente usmerjenega izobraževanja, ki niso v delovnem razmerju. Ta oprostitve pri učenkah in študentkah velja tudi za kontracepcijska sredstva ter za umetno prekinitev nosečnosti;
- ženske, in to za storitve pri spremljanju nosečnosti, zdravljenju njenih komplikacij, pri porodu in pri komplikacijah ob porodu v času 6 mesecev po porodu, za umetno prekinitev nosečnosti, ki je medicinsko indicirana;

— nosilce partizanske spomenice 1941, odlikovance z redom narodnega heroja in druge borce narodnoosvobodilne vojne, ki imajo čas udeležbe v vojni ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju do 15. maja 1945. leta; vojaške invalide in civilne invalide vojne ter uživalce stalne republiške ali občinske priznavašnice; borce španske narodnoosvobodilne in revolucionarne vojne v letih 1936 — 1939; udeležence narodnoosvobodilnega gibanja Grčije; borce za severno mejo v letih 1918 — 1919 in slovenske vojne dobrovoljce iz vojn 1912 — 1918; odlikovance z redom Karadjordjeve zvezde z meči, z redom belega orla z meči in zlato medaljo Obilica;

- brezposelne osebe, ki prejemajo denarno nadomestilo ali denarno pomoč po predpisih o zavarovanju za primer brezposelnosti, ter njihovi ožji družinski člani, ki jih le-ti preživljajo in živijo z njimi v skupnem gospodinjstvu;
- varovance v socialnih zavodih in prejemnike družbenih denarnih pomoči;
- upokojene z varstvenim dodatkom in njihove družinske člane, ki jih preživljajo in z njimi živijo v skupnem gospodinjstvu;
- uporabnike, ki uveljavljajo storitve v zvezi s predpisovanjem, odkrivanjem, zdravljenjem in rehabilitacijo poklicnih bolezni in poškodb na delu ali pri javnih delih ter v zvezi z uresničevanjem ljudske obrambe in družbene samozasčite.

Prispevka posameznih uporabnikov ob uveljavljanju pravic do zdravstvenega varstva ni mogoče

določiti pri zdravljenju nalezljivih bolezni, pri katerih je predpisano obvezno zdravljenje, pri zdravljenju malignih rakastih bolezni, hemofilije, skleroze multipleksa, sladkorne bolezni, duševnih bolezni in živčno-mišičnih bolezni, pri zdravljenju in negi bolnika na domu ter pri preventivnih in zdravstveno-vzgojnih ukrepih.

49. člen

Plačila k ceni zdravstvenih storitev so oproščeni tudi uporabniki, ki zavoljo svojega gnotnega položaja tega niso sposobni. To so:

- kmetje in drugi delovni ljudje, ki s samostojnim delom in s sredstvi v lasti občanov opravljajo dejavnost in pri tem ustvarjajo tako majhen dohodek, da jih uprava za družbene prihodke oprosti plačila davkov;
- občani, ki ne ustvarjajo oziroma nimajo nobenega dohodka ali pa je njihov dohodek tako nizek, da bi plačilo participacije ogrozilo njihovo socialno varnost.

Te oprostitve veljajo tudi za družinske člane uporabnikov iz tega člena, če jih uporabniki preživljajo.

Oprostitve uporabnikov obveznosti doplačil k stroškom za zdravstvene storitve iz tega člena veljajo v času, ko gnotni položaj uporabnikov ustreza navedenim merilom.

50. člen

Deloma so oproščeni plačila participacije naslednji uporabniki:

1. Upokojeni in kmetje-prejemniki starostne pokojnine ter občani, starejši od 70 let, za:

- prve kurativne preglede v osnovni dejavnosti,
- zdravila ob prevzemu v lekarni na recept

2. delovni invalidi in druge osebe, ki imajo status invalidne osebe z najmanj 70-odstotno telesno okvaro, za:

- reševalne prevoze,
- zdraviliško zdravljenje

3. občani, ki se zdravijo zavoljo nalezljivih bolezni, pri katerih je obvezna prijava, zavoljo zvišanega krvnega pritiska, za:

- prvi obisk v enotah osnovne zdravstvene dejavnosti,
- reševalne prevoze,
- zdravila na recept.

51. člen

Oprostitve plačila participacije (popolne ali delne) ugotavljajo zdravstveni delavci po opravljenih zdravstvenih storitvah uporabniku na podlagi:

- rojstnih in drugih podatkov v zdravstveni izkaznici za novorojenca, dojenčka, predšolske in šolske otroke ter za učence in študente v usmerjenem izobraževanju, za občane, ki so stari več kot 70 let, ter za udeležence NOB in druge osebe, ki so z njimi izenačene;
- odločbe, druge listine ali odrezka pošne nakaznice za upokojene, za delovne invalide, za brez-

poselne osebe, ki prejema denar-
no nadomestilo, za varovance v so-
cialnih zavodih, za prejemnike dru-
žbenih denarnih pomoči za odrasle
in za občane, ki jim je bila za do-
ločen čas odpisana obveznost pla-
čila davka;

— ugotovitve o opravljeni zdrav-
stveni storitvi za ženske in to za
storitve v zvezi z uresničevanjem
zakona o svobodnem odločanju o
rojstvu otrok, ki so oproščene pla-
čila participacije, za uporabnike, ko
se zdravijo zavoljo nalezljivih bo-
lezni, zaradi malignih rakastih obo-
lenj, sladkorne bolezni, duševnih
bolezni, živčno-mišičnih bolezni,
multiple skleroze, hemofilije, zviša-
nega krvnega pritiska, za uporab-
nike, ko uveljavljajo zdravstvene
storitve v zvezi s preprečevanjem,
odkrivanjem, zdravljenjem in reha-
bilitacijo poklicnih bolezni in po-
škodb pri delu;

— potrdila občinske zdravstvene
skupnosti za druge upravičene pri-
mere.

52. člen

Ne glede na določila 48., 49. in
50. člena tega sporazuma so upo-
ravniki dolžni prispevati tudi k ce-
ni zdravstvene storitve, ki jih na
svojo zahtevo uveljavljajo v dru-
gačnem standardu, kot je določen
v tem samoupravnem sporazumu.

Za odstopanja od dogovorjenega
standarda šteje uveljavljanje pra-
vic:

— po drugačnem postopku, kot
je določen s samoupravnim spora-
zumom o postopku in načinu uve-
ljavljanja pravic do zdravstvenega
varstva;

— po drugačnem postopku, kot
je utemeljen na podlagi medicinske
doktrine;

— v drugačni kakovosti storitev
oziroma pripomočkov, kot je dolo-
čena v samoupravnih splošnih ak-
tih skupnosti, če so s tem povezani
tudi višji stroški;

— po drugačnih normativih ali
pogojih opravljanja storitev, če so
s tem povezani višji stroški.

53. člen

Šteje se, da je uporabnik uve-
ljavljaj pravice po drugačnem po-
stopku, kot je dogovorjen v skup-
nosti, oziroma mimo opredelitev
medicinske doktrine, če je zahteval:

— ponovitev prvega pregleda pri
zdravniku, ki ni njegov izbrani
zdravnik, in pri tem ni šlo za nuj-
no medicinsko pomoč, kot tudi če
je uporabnik zahteval ponovitev
storitev;

— preglede pri zdravniku v spe-
cialistično-ambulantni dejavnosti
brez napotnice zdravnika iz osnov-
ne zdravstvene dejavnosti razen te-
daj, ko le-ta ni predpisana;

— takšne storitve v specialistič-
no-ambulantni dejavnosti, ki bi jih
lahko uveljavljaj v osnovni zdrav-
stveni dejavnosti;

— preglede oziroma storitve v
bolnišnični, zdraviliški ali univerzi-

tetni zdravstveni dejavnosti, za ka-
katere zdravnik v osnovni dejavno-
sti ali pristojni konzilij zdravnikov
ni ugotovil potrebe in izdal napot-
nice, razen če gre za nujne medi-
cinske storitve;

— sistematične in serijske pre-
glede ali patronažne obiske, ki po
obsegu ali številu niso predvideni v
zagotovljenem programu zdravstve-
nega varstva oziroma če je uporab-
nik ob tem zahteval preiskave in
storitve, ki niso dogovorjene oziro-
ma potrebne;

— pregled ali zdravljenje v
zdravstveni organizaciji, ki ni naj-
bližja njegovemu bivališču oziroma
kraju zaposlitve;

— prevoz z reševalnim ali dru-
gim vozilom, za katerega je zdrav-
nik ugotovil, da ni bil potreben.

Uporabnik uveljavlja pravice do
zdravstvenih storitev mimo dogo-
vorjenega standarda, ki je oprede-
ljen s kakovostjo ali ustreznimi
normativi, če je zahteval:

— zobozdravstvene storitve, or-
topedski oziroma ortotični pripomo-
ček, slušni aparat oziroma očesni
pripomoček, izdelan iz nestandard-
nega oziroma dražjega materiala,
kot določa ta sporazum;

— zobozdravstveno storitev, or-
topedski oziroma ortotični pripo-
moček, slušni oziroma očesni pripo-
moček pred iztekom dobe trajanja,
določene s sporazumom;

— zdraviliško zdravstveno var-
stvo, kjer nastanitev in prehrana
presega normative B kategorije
hotelskih storitev;

— storitve specialistične ambu-
lante oziroma bolnišnične dejavno-
sti namesto v najbližji zdravstveni
organizaciji, ki je po delitvi dela
usposobljena za storitve, ki jih je
potreboval in s katero je skupnost
sklenila samoupravni sporazum o
svobodni menjavi dela, v drugi
zdravstveni organizaciji, v kateri je
višji standard in cena nemedicins-
kega dela oskrbe oziroma tudi dru-
gi (kadrovske, materialne, delovne)
normativi, zaradi katerih je višja
tudi cena medicinskega dela oskrbe
in drugih storitev.

V vseh primerih iz tega člena
mora uporabnik sam pokrivati raz-
liko v ceni, do katere je prišlo za-
voljo drugačnega postopka, kakovo-
sti ali obsega storitev in uporablje-
nih normativov pri storitvah, ki jih
je sam zahteval. O tem doplačilu
mora biti uporabnik obveščen, pre-
den je opravljena storitev. V pri-
merih iz 2. alineje drugega odstavka
uporabnik sam v celoti plača sto-
ritev.

54. člen

Nepotrebnosti in dopolnilni stroški,
ki nastanejo zavoljo drugačnega na-
čina uveljavljanja pravic do zdrav-
stvenega varstva, kot smo se spora-
zumeli v samoupravnem sporazumu
o postopku in načinu uveljavljanja
pravic do zdravstvenega varstva in
ki jih mora plačati uporabnik sam,
zajemajo tudi razliko v potnih stro-
ških, ki nastane zaradi tega, ker

uporabnik ni izbral zdravstvene or-
ganizacije, ki je najbližja njegove-
mu bivališču oziroma kraju zapo-
silitve.

55. člen

Organizacija združenega dela s
področja zdravstva nosi tudi mate-
rialne posledice, če bi njeni delavci
neupravičeno omogočili uporabni-
kom pridobitev pravice oziroma
storitve v nasprotju z določili tega
sporazuma. To velja tudi za ne-
upravičene oprostitve ali obreme-
nitve uporabnika za plačilo partici-
pacije ali razlike v standardih. V
takih primerih zdravstvena skup-
nost zmanjša znesek povračila za
opravljene storitve, ki bi sicer
zdravstveni organizaciji šel po sa-
moupravnem sporazumu o svobodni
menjavi dela. Če je bil pri tem
oškodovan uporabnik, lahko zahte-
va povračilo sredstev, ki jih je ne-
upravičeno plačal zdravstveni orga-
nizaciji.

56. člen

Uporabniki plačajo participacijo
v zdravstveni organizaciji v višini,
ki je dogovorjena v skupnosti, na
območju katere ima zdravstvena
organizacija svoj sedež, in sicer ne
glede na to, v kateri občini ali re-
publiki ima uporabnik stalno pre-
bivališče.

Obveznosti, ki so nastale zavoljo
razlogov, navedenih v 52. in 53. čle-
nu, poravnava uporabniki:

— v zdravstveni organizaciji, ki
jim je zagotovila storitve za njaho-
vo zahtevo, z nestandardnim (draž-
jim) materialom oziroma pred iz-
tekom dobe trajanja;

— pri strokovni službi skupno-
sti pa za primere iz 6. alineje prve-
ga odstavka in 4. alineje drugega
odstavka 53. člena tega sporazuma.

Če zdravstvena organizacija ne
zahteva plačila od uporabnika, ko
je to dolžna storiti, to opravi zdrav-
stvena skupnost in ravna pri tem
v skladu z določili 55. člena.

57. člen

Prispevke k ceni zdravstvenih
storitev plača uporabnik v zdrav-
stveni organizaciji, v kateri je uve-
ljavljaj pravice do zdravstvenih sto-
ritev. Pri tem lahko svoje obvez-
nosti poravnava s gotovino, s položni-
co ali s pomočjo posebnih potrdil,
ki omogočajo brezgotovinsko poslo-
vanje.

58. člen

Kar zadeva način plačevanja do-
plačil uporabnikov k ceni zdrav-
stvenih storitev, pooblašamo ude-
leženci sporazuma skupščino Zdrav-
stvene skupnosti Slovenije, da
sprejme posebno navodilo. Z njim
naj določi najprimernejši in naj-
ustreznejši način poslovanja zdrav-
stvenih organizacij pri pobiranju
participacij, tako da:

— se obseg administrativnega
dela zaradi tega ne bo povečal ozi-
roma da se bo zmanjšal;

— da bo celotni postopek za uporabnika dovolj preprost in ga ne bo obremenjeval z nepotrebnimi opravili;

— da bo postopek pregleden, možno bo tudi preverjati, kako uporabniki izpolnjujejo obveznosti pri plačevanju participacije.

59. člen

Občani morajo sami plačati:

— storitve pri ugotavljanju zdravstvenega varstva na lastno pobudo oziroma če so to dolžni storiti po drugih predpisih (potrdila za voznike motornih vozil, zavoljo zahtevkov pri zavarovalnih skupnostih, zavoljo sodnih obravnav in podobno);

— stroške za nabavo novih protetičnih in ortopedskih pripomočkov, za očala in druge očne pripomočke ter za slušne in ortodontske aparate, ker so z dosedanjimi malomarno ravnali in jih poškodovali ali izgubili;

— storitve z zvezi z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju;

— neobvezna cepljenja;

— storitve kozmetičnih operacij, ki niso pogojene s poprejšnjo boleznijo ali poškodbo;

— storitve, ki niso predmet pravic iz tega sporazuma.

60. člen

Zdravstvena skupnost lahko uveljavlja odškodninski zahtevek od občanov, ki so namerno ali iz velike malomarnosti poškodovali druge občane in s tem povzročili stroške njihovega zdravljenja. To velja predvsem za prometne nesreče, pri katerih je ugotovljena krivda voznika za povzročeno nesrečo, ali tudi za druge poškodbe, ki jih je občan storil s kaznivim dejanjem ali s prekrškom, za kar je bil obsojen.

VII. Spremljanje uresničevanja samoupravnega sporazuma

61. člen

Zdravstvene organizacije združenega dela so dolžne voditi evidence, ki omogočajo sprotno spremljanje uveljavljanja pravic iz zdravstvenega varstva. Informacije o zdravstvenih podatkih uporabnikov in o opravljenih storitvah ter dokumentaciji, na podlagi katere so ugotavljali upravičenost posameznega uporabnika do zdravstvenih storitev, morajo dati na vpogled pristojnim organom skupnosti, če to zahtevajo.

Prav tako morajo zdravstvene organizacije obračunavati opravljeno delo tako, da so v fakturi navedeni podatki o upravičencu in njegovi občinski zdravstveni skupnosti oziroma o organizaciji združenega dela, vrsti in šifri ter količini opravljenih storitev, pa tudi to, ali gre za storitev iz zagotovljenega oziroma dopolnilnega občinskega programa ali za storitev, ki je predmet

neposredne svobodne menjave dela. Na računu mora biti prikazan znesek, ki ga je v obliki participacije poravnal uporabnik.

62. člen

Strokovna služba, ki opravlja naloge za potrebe zdravstvene skupnosti, je dolžna zbirati in preverjati podatke o uresničevanju tega sporazuma po posameznih skupinah občanov oziroma v organizacijah združenega dela. Njena naloga je, da ugotavlja pogoje, ki jih določa ta sporazum, iz katerih izhajajo konkretne materialne obveznosti posameznih uporabnikov oziroma organizacij združenega dela.

Dolžnost delavcev strokovne službe je, da terjajo poravnavo materialnih obveznosti, ki izhajajo iz tega sporazuma za uporabnike oziroma članice skupnosti. Prav tako morajo o uresničevanju sporazuma ter o morebitnih pomanjkljivostih obveščati samoupravne organe skupnosti, zlasti pa odbor za samoupravno delavsko kontrolo.

63. člen

Odbor za samoupravno delavsko kontrolo občinske zdravstvene skupnosti je zadolžen za nadzor nad uresničevanjem tega samoupravnega sporazuma. Pri tem lahko sam ali s pomočjo posebnih strokovnih skupin preverja:

— upravičenost uveljavljanja posameznih pravic, zlasti kar zadeva bolnišnično in zdraviliško zdravljenje, ortopedske, ortotične, zobno-protetične, slušne in očne pripomočke ter reševalne prevoze;

— zagotavljanje socialne varnosti delavcem in delovnim ljudem v organizacijah združenega dela, delovnih skupnostih in pri zasebnih delodajalcih, in zlasti, z aspekta upravičenosti odsotnosti delavcev z dela zavoljo bolezni;

— uveljavljanje storitev, ki zadevajo preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje ter rehabilitacijo poklicnih bolezni in poškodb na delu;

— pravilnost obračunavanja participacije ter stroškov, ki so nastali zavoljo uveljavljanja storitev v višjem standardu, kot ga določajo akti skupnosti, ali pa so posledica uresničevanja, ki ni v skladu s samoupravnim sporazumom o postopku in načinu uveljavljanja pravic do zdravstvenega varstva;

— uresničevanje tega sporazuma v zdravstvenih organizacijah.

VIII. Končna določba

64. člen

Predsedstvo skupščine Zdravstvene skupnosti Slovenije objavi samoupravni sporazum o Uradnem listu SR Slovenije za vse občinske zdravstvene skupnosti, ki so ga sprejele. Pri tem objavi določbe, ki so bile sprejete v enakem besedilu in vse določbe, ki so bile sprejete v posamezni občinski zdravstveni skupnosti v različnem besedilu.

Ta samoupravni sporazum začne veljati osmi dan po objavi in se uporablja od 1. 4. 1982. leta dalje.

S tem dnem prenehajo veljati samoupravni sporazumi o pravicah in obveznostih iz zdravstvenega varstva, ki so bili v zdravstvenih skupnostih sklenjeni leta 1978, prav tako pa vse spremembe in dopolnitve teh sporazumov in vsi drugi splošni akti, sklepi in ukrepi, ki niso usklajeni z določbami tega sporazuma.

OBČINSKE ZDRAVSTVENE SKUPNOSTI V SR SLOVENIJI

DOPOLNILNA LISTA PLAČNIKOV DOPLAČIL (PARTICIPACIJE) K STROŠKOM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Z ZAKONOM O ZDRAVSTVENEM VARSTVU je določeno, da prispevka posameznih uporabnikov ni mogoče določiti v zvezi z uveljavljanjem pravic do zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja ta zakon (drugi odstavek 20. člena in 46. člen). Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu določa primere in skupine uporabnikov, ki dodatno plačujejo participacijo v zvezi z uveljavljanjem pravic do zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja zakon o zdravstvenem varstvu.

DODATNO PLAČUJEJO PARTICIPACIJO NASLEDNJI UPORABNIKI:

— ženske v zvezi z uresničevanjem pravic do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, razen za prvi kurativni pregled v dispanzerju za žene;

— občani, ki se zaradi prirojenih telesnih nepravilnosti in trajne duševne bolezni ali drugega obolenja niso mogli usposobiti za delo ter delovni invalidi, pri katerih je po posebnih predpisih ugotovljena telesna okvara z manj kot 70 %;

— upokojenci, ki ne prejemajo varstvenega dodatka in niso starejši od 70 let;

upokojenci, ki ne prejemajo varstvenega dodatka in so starejši od 70 let, so oproščeni plačila participacije;

delna oprostitvev plačila participacije, določena za upokojence, velja za vse občane, starejše od 70 let;

— brezposelne osebe, ki ne prejemajo denarnega nadomestila pri skupnosti za zaposlovanje, in njihovi družinski člani;

— ostareli kmetje, ki prejemajo starostno pokojnino ali preživnino, in njihovi zakonci;

— občani z nalezljivimi boleznimi, pri katerih ni predpisano zdravljenje;

— občani, ki se zdravijo zaradi zvišanega krvnega pritiska.

VIŠINA PARTICIPACIJE:

Participacija se pobira v višini, določeni z zadnjo listo prispevkov uporabnikov k stroškom zdravstvenega varstva.

BELEŽKE:

»NAŠ GLAS« — skupne delegatske informacije. — Izdaja INDOK center Krško. — Naklada 1000 izvodov.
— Odgovorni urednik: Ivan Kastelic. — Uredništvo CKŽ 12, Krško, tel. 71-768. — Tisk: Papirkonfekcija
Krško.