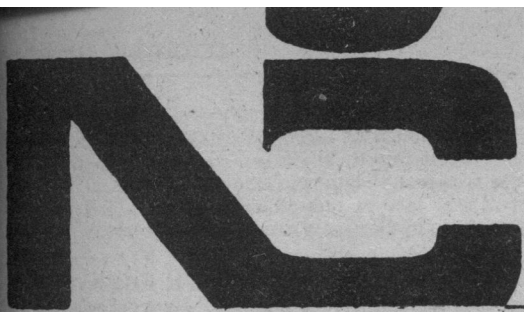




URADNI VESTNIK OBČINE VELENJE

RUBRIKA NAŠEGA ČASA

Leto XVII

Številka 12

Titovo Velenje, 15. decembra 1983

• UGOTOVITVENI SKLEP

• Aneks št. 1 k samoupravnemu sporazumu o temeljih plana občinske zdravstvene skupnosti Velenje za

obdobje 1981—1985

• Samoupravni sporazum o uresničevanju zdravstvenega varstva

Na podlagi 18. člena statuta Občinske zdravstvene skupnosti Velenje in 19. člena samoupravnega sporazuma o ustanovitvi Občinske zdravstvene skupnosti Velenje sta zbor uporabnikov in zbor izvajalcev skupščine Občinske zdravstvene skupnosti Velenje na skupni seji dne 6. 12. 1983 sprejela naslednji

UGOTOVITVENI SKLEP

I.

Zbor uporabnikov in zbor izvajalcev skupščine Občinske zdravstvene skupnosti Velenje sta na seji dne 6. 12. 1983 ugotovila, da je bil ANEKS št.

Na podlagi 63. člena Samoupravnega sporazuma o temeljih plana Občinske zdravstvene skupnosti Velenje za obdobje 1981—1985 in določil Aneksa št. 2 k samoupravnemu sporazumu o skupnih temeljih planov zdravstvenih skupnosti v SR Sloveniji za obdobje 1981—1985 sprejemamo delavci in drugi delovni ljudje ter občani, organizirani v Občinski zdravstveni skupnosti Velenje

ANEKS št. 1

k samoupravnemu sporazumu o temeljih plana občinske zdravstvene skupnosti Velenje za obdobje 1981—1985

1. člen

Delavci in drugi delovni ljudje, organizirani v Občinski zdravstveni skupnosti Velenje (v nadaljnjem besedilu: udeleženci) ugotavljamo, da je v času po sklenitvi samoupravnega sporazuma o temeljih plana Občinske zdravstvene skupnosti Velenje za obdobje 1981—1985 (v nadaljnjem besedilu: sporazum o temeljih plana) prišlo do določenih sprememb na področju zdravstvenega varstva, zlasti z uveljavitvijo posameznih določb Zakona o zdravstvenem varstvu, zato s tem Aneksom usklajujemo in dopolnjujemo sporazum o temeljih plana v skladu z novimi predpisi.

2. člen

S spremembami in dopolnitvami sporazuma o temeljih plana udeleženci dogovorimo:

- prevzem obveznosti do zdravstvenega varstva vojaških vojnih invalidov,
- združevanje sredstev in zagotavljanje pravic v zvezi s preprečevanjem, odkrivanjem in zdravljenjem poklicnih bolezni in poškodb pri delu neposredno v združenem delu,
- združevanje sredstev in zagotavljanje pravic do denarnih nadomestil zaradi začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni, poškodb izven dela, poškodb na delu in poklicnih bolezni neposredno v združenem delu,
- združevanje sredstev za solidarnostno izravnavo rizikov v skupnosti in o kriterijih za solidarnostno pokrivanje rizikov v zvezi z obveznostmi iz 2. in 3. alineje tega člena,
- druge medsebojne pravice in obveznosti.

3. člen

Za 9. členom sporazuma o temeljih plana se doda novi 9. a člen, ki se glasi:

Udeleženci sporazuma o temeljih plana od 1. 1. 1983 dalje načrtujemo uresničevanje pravic do zdravstvenega varstva vojaških vojnih invalidov in drugih udeležencev po določilih Zakona o temeljnih pravicah vojaških vojnih invalidov in družin padlih borcev.

Sredstva za uresničevanje zdravstvenega varstva upravičencev iz 1. odst. tega člena bo zagotavljala federacija iz svojega proračuna preko republiškega Komiteja za borce in sicer letno v dveh akontacijskih zneskih, ki jih bo poračunala s skupnostjo.

4. člen

Za 21. členom sporazuma o temeljih plana se doda novi 21. a člen, ki se glasi:

Udeleženci si bomo zagotovili pravice do zdravstvenih storitev v zvezi z preprečevanjem, odkrivanjem, zdravljenjem in rehabilitacijo poklicnih bolezni in poškodb pri delu neposredno v svoji temeljni ali drugi organizaciji združenega dela oz. delovni skupnosti. V zdravstveni skupnosti bomo združevali le sredstva za dogovorjene medsebojne solidarnostne obveznosti med delavci temeljnih organizacij združenega dela oz. delovnih skupnosti v okviru občinske zdravstvene skupnosti.

1 k samoupravnemu sporazumu o temeljih plana občinske zdravstvene skupnosti Velenje po večini udeležencev sprejet.

II.

Ta sklep se skupaj z besedilom ANEKSA št. 1 objavi v Uradnem vestniku občine Velenje.

Številka: 02-25/80-01

Datum: 6. 12. 1983

Predsednik skupščine
Občinske zdravstvene skupnosti Velenje
Janez NAVODNIK, dipl. ing. chem. s. r.

Za oblikovanje medsebojnih solidarnostnih pravic in obveznosti med delavci temeljnih in drugih organizacij združenega dela oz. delovnih skupnosti se s tem Aneksom dogovorimo o konkretnih merilih in pogojih izvajanja solidarnostnih pravic in obveznosti. Pri tem bomo upoštevali, da temeljna in druga organizacija združenega dela oz. delovna skupnost pridobi pravico do solidarnostnih sredstev v zdravstveni skupnosti za pokrivanje stroškov v zvezi s pravicami iz 1. odst. tega člena:

- če je uresničila predpisane zdravstvene preglede svojih delavcev,
 - če je zagotovila predpisane zdravstvene storitve v posameznem koledarskem letu presegli 10 % sredstev, ki jih je temeljna ali druga organizacija združenega dela oz. delovna skupnost v istem obdobju združila pri zdravstveni skupnosti za zdravstvene storitve (prispevek iz dohodka).
- Ob izpolnjevanju teh meril in pogojev ima temeljna ali druga organizacija združenega dela oz. skupnosti do povračila za nastale stroške v zvezi s to obliko zdravstvenega varstva, če presegajo 10 % sredstev, ki jih je temeljna ali druga organizacija združenega dela oz. skupnost združila pri zdravstveni skupnosti za zdravstvene storitve (prispevek iz dohodka).

5. člen

Za 22. členom se doda novi 22. a člen, ki se glasi:

Udeleženci s spremembami in dopolnitvami samoupravnega sporazuma o temeljih plana skupnosti opredelimo medsebojne solidarnostne pravice in obveznosti pri zagotavljanju socialne varnosti (denarna nadomestila). Pri tem bomo upoštevali, da si morajo delavci in drugi delovni ljudje zagotavljati socialno varnost prvenstveno v svoji temeljni in drugi organizaciji združenega dela oz. skupnosti z ustreznim pridobivanjem in razpolaganjem dohodka, kakor tudi v organizaciji združenega dela ali drugi širši obliki združevanja. V zdravstveni skupnosti pa si bomo zagotavljali sredstva v obsegu, ki je potreben za uresničevanje medsebojnih solidarnostnih pravic in obveznosti med temeljnimi in drugimi organizacijami združenega dela oz. skupnostmi in za druge primere, za katere se še naprej financirajo iz sredstev skupnosti, kot je to dogovorjeno v samoupravnem sporazumu o uresničevanju zdravstvenega varstva in Aneksu št. 2 k samoupravnemu sporazumu o skupnih temeljih planov zdravstvenih skupnosti v SR Sloveniji.

6. člen

Za 22. a členom se doda novi 22. b člen, ki se glasi:

Za medsebojno zagotavljanje solidarnostnih pravic in obveznosti v zvezi s socialno varnostjo morajo temeljne in druge organizacije združenega dela oz. delovne skupnosti izpolnjevati pogoje in dogovorjena merila po tem Aneksu.

Temeljna ali druga organizacija združenega dela oz. skupnost je upravičena do solidarnostnih sredstev združenih v občinski zdravstveni skupnosti če:

- skrbi za predpisane sistematične preglede delavcev in varstvo pri delu v skladu z zakonom in posebnimi predpisi,
- v odsotnosti z dela zaradi začasne nezmožnosti za delo vsled bolezni, poškodb izven dela, poškodb na delu in poklicnih bolezni presega 30 % povprečne odsotnosti z dela v tekočem letu v odnosu na povprečno odsotnost z dela v medobčinski zdravstveni skupnosti v prejšnjem letu,
- izplačani znesek za nadomestila osebnih dohodkov, ki si jih delavci zagotavljajo v temeljni ali drugi organizaciji združenega dela oz. delovni skupnosti v koledarskem letu presega 30 % zneska, ki ga je temeljna organizacija združenega dela oz. delovna skupnost združila pri zdravstveni skupnosti za zdravstvene storitve,
- izplačani znesek nadomestila osebnega dohodka za posameznega

delavca ni višji kot bi znašal njegov osebni dohodek, če bi delal.

Če je ob upoštevanju kriterijev iz prejšnjega odstavka temeljna ali druga organizacija združenega dela oz. delovna skupnost upravičena do solidarnostnih sredstev, ji skupnost iz združenih sredstev povrne izplačana nadomestila, ki prekoračujejo 30 % zneska, ki ga je temeljna ali druga organizacija združenega dela oz. delovna skupnost združila pri zdravstveni skupnosti za zdravstvene storitve (prispevek iz dohodka).

Če temeljna ali druga organizacija združenega dela oz. delovna skupnost izplačuje nadomestila osebnega dohodka za posamezno obdobje v višjem odstotku od osnove, ki je naveden v samoupravnem sporazumu o uresničevanju zdravstvenega varstva, je upravičena iz naslova solidarnosti, izračunanega ob upoštevanju odsotkov, navedenih v samoupravnem sporazumu o uresničevanju zdravstvenega varstva.

7. člen

Za 22. b členom se doda nov 22. c člen, ki se glasi:

Delavci in drugi delovni ljudje ter občani si neposredno v občinski zdravstveni skupnosti še naprej zagotavljamo socialno varnost in v te namene združujemo potrebna sredstva za:

— nadomestila osebnega dohodka za čas odsotnosti z dela zaradi nege obolelega ožjega družinskega člana, zaradi izolacije in zaradi spremstva bolnika, dajanja krvi ali transplantacije živega tkiva drugi osebi.

— nadomestilo osebnega dohodka delovnim ljudem, ki opravljajo dejavnost z osebnim delom ali delovnimi sredstvi v lasti občanov ter delavcem, ki so pri njih v delovnem razmerju, za čas odsotnosti z dela nad 45 dni.

— pogrebne in posmrtnine ter potne stroške upravičencem pod pogoji in načinom, ki je določen s samoupravnim sporazumom o uresničevanju pravic iz zdravstvenega varstva.

8. člen

Za 22. c členom se doda nov 22. d člen, ki se glasi:

Z uveljavitvijo tega Aneksa bo skupnost znižala prispevno stopnjo iz dohodka, ki odgovarja neposredno prenešenim obveznostim v temeljne in druge organizacije združenega dela in delovne skupnosti na račun stroškov zdravstvenega varstva v zvezi z poklicnimi boleznimi in poškodbami na delu.

Skupnost bo znižala tudi prispevno stopnjo iz bruto osebnega dohodka in sicer ustrezno obveznost, ki jih prevzemajo temeljne in druge organizacije združenega dela oz. delovne skupnosti z zvezi z zagotavljanjem socialne varnosti.

Znižanje prispevne stopnje se ugotovi in dogovori ob usklajevanju prispevnih stopenj skupne porabe za leto 1984, za naslednja leta pa prav tako ob usklajevanju prispevnih stopenj skupne porabe za naslednja leta.

9. člen

Redno spremljanje upravičenosti temeljnih in drugih organizacij združenega dela oz. skupnosti do solidarnostnih sredstev izvaja koordinacijski odbor za razvojne in skupne naloge skupščine skupnosti na podlagi strokovnih podlag, ki jih pripravlja strokovna služba, ki opravlja strokovna opravila za skupnost. Koordinacijski odbor za skupne in razvojne naloge poroča skupščini skupnosti o razporejanju solidarnostnih sredstev za vsako leto posebej in sicer najkasneje do 15. februarja, za preteklo leto.

10. člen

Udeleženci se dogovorimo, da bomo do konca leta 1984 preverili dogovorjene kriterije in merila solidarnosti in jih po potrebi spremenili, uskladili ali dopolnili.

11. člen

Ustrezno določilom tega Aneksa se spremenijo vrednosti posameznih programov, navedene v samoupravnem sporazumu o temeljih plana Občinske zdravstvene skupnosti Velenje za obdobje 1981—1985.

Zneski oz. stopnje izražene v odstotkih v členih 12., 13., 16., 17., 18., 23., 27., 28., 29., 33., 34., 35., 36., 38., in 39. samoupravnega sporazuma o temeljih plana Občinske zdravstvene skupnosti Velenje za obdobje 1981—1985 se bodo v letu 1983 in naslednjih določili z letnimi planskimi akti za vsako leto posebej.

12. člen

Ta Aneks začne veljati, ko ga sprejme dve tretjini udeleženk, uporablja pa se od 1. 1. 1984, dalje.

Številka: 022

Številka: 02-25/70-01

Datum: 6. 12. 1983

Udeleženci

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

SAMOUPRAVNI 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 združenega plana v občini ter na podlagi samoupravnega sporazuma 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 njegovo delitvijo, z dogovorjeno solidarnostjo ter z našimi osebnimi prispevki za zdravstveno varstvo, prav tako pa tudi od naše skrbi in odgovornosti za svoje zdravje in od smotrnega uveljavljanja zdravstvenih storitev.

2. člen

S tem 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 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 dela 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 bolnišnice 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 zdravstvenem varstvu ter na podlagi dogovorjenih meril med občinskimi zdravstvenimi skupnostmi v SR Sloveniji.

4. člen

Uporabniki smo dolžni uresničiti individualne, skupinske ali množične ukrepe, da bi čim dlje 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 področju osnovne, specialistično-ambulantne, bolnišnične, zdraviliške, univerzitetne zdravstvene dejavnosti, 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 zaradi začasne zadržanosti z dela z avlo bolezni in poškodbe oziroma nege obolelega ožjega družinskega člana (zakonec, otroci);

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

— do pogrebne in posmrtnine.

5. člen

Po tem sporazumu štejejo za:

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

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

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

— za nezaposlene osebe, ki imajo stalno prebivališče na območju občine;

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

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 preživljajo, pa z njimi ne živijo v kraju stalnega prebivališča oziroma v kraju njihove zaposlitve.

II. ZDRAVSTVENE STORITVE, KI JIH DELAVCI ZAGOTAVLJAMO 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 zadnje alineje 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 boleznih 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 boleznih 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 številu storitev zdravljenja in nege na domu za delavce, ki so zboleli za poklicno boleznijo ali se poškodovali pri delu; sem sodijo tudi storitve specialistične, bolnišnične in univerzitetne zdravstvene dejavnosti ter storitve, ki zadevajo preskrbo z zdravili, s sanitetnim materialom in 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.

8. člen

Za poškodbo pri delu se šteje vsaka poškodba delavca in drugih delovnih ljudi, ki je posledica neposrednega in kratkotrajnega mehanskega, 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 poškodbo 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 poškodbo pri delu se šteje tudi obolenje delavcev in drugih delovnih ljudi, ki je neposredna in izključna posledica nesrečnega naključja ali višje sile med delom oziroma z 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 poškodbo pri delu ali poklicno bolezen se šteje tudi poškodba ali bolezen, ki je posledica opravljanja dejavnosti ali opravil organizacije združenega dela, v kateri je delavec v delovnem razmerju ali pa jih opravlja v njenem interesu.

9. člen

Storitve iz 6. člena sporazuma bomo svojim delavcem in osebam, ki se usposabljaajo, zagotavljale organizacije združenega dela in tudi delovni ljudje, ki samostojno opravljajo dejavnost z osebnim delom z delovnimi sredstvi v lasti občanov.

Za storitve, predvidene v 6. 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 zadnje alineje 6. člena tega sporazuma samo na podlagi dogovorjenih meril, opredeljenih v samoupravnem sporazumu o temeljnih planov občinske zdravstvene skupnosti, solidarni tudi v skupnosti

— 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 NOV, prav tako pa tudi v zvezi z nekaterimi obolenji (tuberkuloza, sladkorna bolezen, duševne bolezni, rakasta obolenja, zvišan krvni pritisk, mišične in živčno—mišične bolezni, multiplaskleroza, hemofilija);

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

— nujna medicinska pomoč in medicinska 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 doktrinarnih stališč univerzitetnih zdravstvenih organizacij;

— zobozdravstvene storitve.

2. Specialistično ambulantna zdravstvena dejavnost:

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

— storitve nujne medicinske pomoči ustreznosti 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 specialistično-ambulantni dejavnosti;

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

— storitve nujne medicinske pomoči ustreznosti na tej ravni.

3. 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 številu nujne medicinske storitve;

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

— oskrba pri zdravstveno utemeljenem letovanju otrok, za katere je potrebo ugotovil konzilij osnovne zdravstvene dejavnosti v skladu s programom skupnosti;

6. Prevozi z reševalnimi in drugimi potrebnimi vozili:

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

— prevoz 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 diagnostiko 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 inštitut 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 naveden v prilogi, ki je sestavni del tega sporazuma.

11. člen

Uporabniki in izvajalci smo dolžni čimbolj smotno in varčno ravnati na področju zdravstvenega varstva. Pri tem uporabniki 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 stopnjevitosti diagnostike in terapije. To še zlasti velja pri ocenjevanju

III. ZDRAVSTVENE STORITVE, KI SI JIH UPORABNIKI ZAGOTAVLJAMO V ZDRAVSTVENI SKUPNOSTI

10. člen

Uporabniki si z združevanjem sredstev v zdravstveni skupnosti zagotavljamo 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 imamo 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 boleznih ali poškodbah zuna dela;

časne 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.

12. člen

Pravice do zdravstvenih storitev imajo delavci ter drugi delovni ljudje in občani s stalnim prebivališčem na območju občine, kot tudi delavci, zaposleni pri organizacijah združenega dela s sedežem na območju občine ter njihovi ožji družinski člani. Te pravice so zagotovljene tudi začasno nezaposlenim osebam v času, ko prejemajo nadomestilo osebnega dohodka, in njihovim ožjim družinskim članom.

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 svoje družinske člane v skupnosti, ne poravnajo predpisanih prispevkov oziroma niso oproščeni plačila, imajo sami in njihovi družinski člani le pravico do storitev, ki so jim zagotovljene z zakonom, in do nučnih medicinskih storitev.

V primerih iz 2. odstavka tega člena zdravstvena skupnost zahteva od uporabnikov povračilo stroškov, ki jih je poravnala za opravljanje zdravstvenih storitev, do katerih uporabniki niso imeli pravic.

Če uporabniki iz 2. odstavka tega člena poravnajo svoje obveznosti, imajo pravico zahtevati od zdravstvene skupnosti povračilo za plačane zdravstvene storitve in izplačilo sredstev, ki zadevajo uresničevanje drugih pravic iz tega sporazuma.

IV. PRAVICE UPORABNIKOV PO MEDNARODNIH POGODBAH OZIROMA MED BIVANJEM IN ZDRAVLJENJEM V TUJINI

13. člen

Delavcem v delovnem razmerju po mednarodnih pogodbah 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 ali 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 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.

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

Uporabnikom iz 1. in 4. odstavka tega člena in upokoјencem, 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 zadržkov za opravljanje nameravanega 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 ni to zagotovljeno z njihovim zavarovanjem v tujini.

14. 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 dalje 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.

15. 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 mednarodnih pogodbah 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 poškodbah pri delu.

16. člen

Delavcem na ladjah 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.

17. člen

Uporabnikom, ki med bivanjem v tujini uveljavljajo 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 tuj 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 prevzamejo na recept, če mednarodni sporazumi ne določajo drugače.

18. člen

Če so delovni ljudje iz SR Slovenije med opravljanjem dela v tujini zavarovani pri tuj organizaciji zdravstvenega zavarovanja, vendar so pri tem zagotovljene bistveno manjše pravice, kot jih zagotavlja ta sporazum ali pa svojih pravic ne morejo uživati v Jugoslaviji, si morajo zagotoviti te pravice s posebno pogodbo pri občinski zdravstveni skupnosti, pri kateri bi se morali zavarovati, če ne bi bili zavarovani v tujini. S pogodbo se pravicam ustrezno določi prispevek.

19. člen

Uporabniki imajo 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 je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje bolezenskega stanja ali bi preprečili bistveno poslabšanje obolenja.

Uporabniki imajo 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 storitve in pripomočke iz drugega odstavka tega člena znesek, ki bi ga sicer plačal za te storitve in pripomočke po določenih, ki veljajo v zdravstveni skupnosti, v kateri ima status upravičenca.

V. ZAGOTAVLJANJE SOCIALNE VARNOSTI V ZVEZI Z ZDRAVSTVENIM VARSTVOM

20. člen

Delavci si zagotavljajo socialno varnost v zvezi z zdravstvenim varstvom v svojih organizacijah združenega dela oziroma z uresničevanjem solidarnosti na podlagi dogovorjenih meril v delovni ali sestavljenci organizaciji združenega dela pa tudi v zdravstveni skupnosti. Merila za solidarnost med organizacijami združenega dela v zdravstveni skupnosti so opredeljena v samoupravnem sporazumu o temeljih plana zdravstvene skupnosti.

To pravico zagotavljajo zase in svoje delavce delovni ljudje, iz svojega dohodka oziroma na podlagi dogovorjenih meril tudi s solidarnostjo v zdravstveni skupnosti.

Pravica do socialne varnosti obsega:

- nadomestilo osebnega dohodka,
- povračilo potnih stroškov ob uveljavljanju zdravstvenega varstva,
- pogrebniino,
- posmrtnino.

21. člen

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

- delavci v združenem delu (vštevši delavce, ki poklicno opravljajo delegatske ali druge družbene funkcije) in delavci v delovnem razmerju pri zasebnih delodajalcih,
- člani obrtniških in ribiških zdruag, če jim je to edini in glavni poklic,
- občani, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom v delovnih 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 poslovođje,
- delovni ljudje, ki z osebnim delom samostojno in kot poklic opravljajo umetniško ali kako drugo kulturno, odvetniško ali drugo poklicno dejavnost,
- združeni kmetje, ki dosegajo z združevanjem dela in sredstev in drugih virov najmanj tolikšen osebni dohodek, kot je na podlagi zakona določen najnižji osebni dohodek delavca, in ki plačujejo tudi prispevek, namenjen za zagotavljanje socialne varnosti v zvezi z zdravstvenim varstvom.

22. 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 pri delu in izven dela, medicinskih preiskav, transplantacije tkiva in organov v prid drugih oseb in dajanje krvi, 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 za delo, oziroma dokler pristojni organ s pravnomočno odločbo ne ugotovi, da

je pri njih nastala trajna delovna nezmožnost,

— med nego ožjega družinskega člana največ do sedem delovnih dni.

V primerih, ko to terjata zdravstveno stanje ožjega družinskega člana, lahko ustrezní konzilij osnovne zdravstvene dejavnosti na podlagi mnenja socialno-kadrovske 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 odsotnost se lahko podaljša še za 7 delovnih dni, pri negi otroka do 7 let starosti pa največ dvakrat po sedem dni. V teh primerih ima delavec pravico do nadomestila osebnega dohodka tudi za podaljšan čas.

23. člen

Nadomestilo osebnega dohodka za čas odsotnosti z dela zaradi bolezní ali poškodb (socialno varnost v zvezi z zdravstvenim varstvom iz prve alinee 3. odstavka 20. člena tega sporazuma) si zagotavljajo delavci v organizacijah združenega dela oziroma v delovnih skupnostih iz lastnih sredstev oziroma z uveljavljanjem dogovorjene solidarnosti. 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 25 do 34.

Delovni ljudje, ki opravljajo samostojno dejavnost z osebnim delom in sredstvi v lasti občanov, in delavci, ki so pri njih v delovnem razmerju, si zagotavljajo nadomestilo osebnega dohodka za prvih 45 dničasne delovne nezmožnosti iz dohodka, ki ga ustvarjajo z opravljanjem dejavnosti. Pri tem tudi zanje veljajo merila iz tega sporazuma.

24. člen

Delavci in drugi delovni ljudje zagotavljajo sredstva v zdravstveni skupnosti za socialno varnost v zvezi z zdravstvenim varstvom, in sicer za:

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

— nadomestila osebnega dohodka za čas odsotnosti z dela zaradi bolezní, poškodb za del, ki ga uresničujemo v skupnosti;

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

— 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 družinskih članov, in sicer za potne stroške, pogrebne in posmrtnine.

25. člen

Višino nadomestila osebnega dohodka za čas odsotnosti z dela določijo delavci organizacije združenega dela v svojih samoupravnih splošnih aktih. Pri tem morajo upoštevati, da mesečno nadomestilo osebnega dohodka ne more biti višje od delavčevega osebnega dohodka, če bi delal, oziroma ne nižje od minimalnih življenjskih stroškov, ki jih objavlja Zavod SR Slovenije za statistiko v Uradnem listu SR Slovenije.

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

Organizacije združenega dela zagotavljajo v svojih samoupravnih splošnih aktih nadomestilo osebnega dohodka posameznemu delavcu najmanj v višini:

- 75 % od osnove za prve tri (3) dni odsotnosti z dela in za ves čas odsotnosti zaradi nege obolelega ožjega družinskega člana;
- 80 % osnove za prvih petnajst (15) dni odsotnosti;
- 85 % od osnove za prvih trideset (30) dni odsotnosti;
- 90 % od osnove za več kot trideset (30) dni odsotnosti;
- 100 % od osnove za vojaške invalide, udeležence NOV, ki imajo čas udeležbe v vojni ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945 do 15. maja 1945 leta in za borce španske narodnoosvobodilne vojne ter udeležence narodnoosvobodilnega gibanja Grčije ter za delavce in druge delovne ljudi, ki so odsotni zaradi poklicne bolezní, poškodb pri delu, transplantacije živega tkiva ali organov v prid druge osebe ali zavoljo dajanja krvi.

Konkretni odstotki, navedeni v prejšnjem odstavku tega člena, predstavljajo tudi merila za solidarnost med organizacijami združenega dela, ki jo uveljavljajo v skupnosti.

26. člen

Delavec, ki na podlagi mnenja zdravniškega konzilija oziroma komisije dela skrajšani delovni čas na ustreznem delu, da bi tako hitreje obnovil svoje delovne zmožnosti, velja za zadržanega z 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, ki 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.

27. 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 medtem ko je odsoten z dela, brez pravice do nadomestila osebnega dohodka ali z njim izenačenega prejemka, gre nadomestilo šele po preteku take odsotnosti, če tudi tedaj ne more opravljati svojega dela.

28. člen

Delavec ima pravico do nadomestila, dokler za ocenjevanje delovne nezmožnosti pristojni zdravnik ali pristojni konzilij zdravnikov ne ugotovi, da je zmožen opravljati delo, oziroma dokler ni pravomočna odločba o delavčevi trajni delovni nezmožnosti.

Delavcu, ki mu je prenehalo delovno razmerje, gre nadomestilo osebnega dohodka še največ 30 dni po prenehanju delovnega razmerja, če

— v tem času ne prejme drugih nadomestil,

— bi bil nesposoben za delo, če bi bil v tem času v delovnem razmerju.

V tem primeru mu izplačuje nadomestilo osebnega dohodka skupnost, v kateri je imel status uporabnika, dokler je delal.

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, kolikorkoli bi se v tem času znižal njegov osebni dohodek.

29. 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, poravnava stroške za zdravstvene storitve tista temeljna organizacija, v kateri se je delavec poškodoval. Če se je delavec poškodoval na poti na delo ali z dela, poravnajo stroške za zdravstvene storitve vse temeljne organizacije združenega dela, v katerih ima delavec sklenjeno delovno razmerje, in sicer v sorazmerju z delovnim časom, za katerega je sklenjeno delovno razmerje.

30. člen

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

— opravljajo samostojno gospodarsko dejavnost ali opravljajo delo, za katero 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 upravičenec ne upošteva navodil o zdravljenju in s svojim neprimernim vedenjem podaljšujejo svojo začasno delovno nezmožnost oziroma če brez odobritve zdravnika odpotujejo iz kraja svojega bivališča;

— če v roku 3 dni, ki je predviden v samoupravnem sporazumu o postopku in načinu uveljavljanja pravic iz zdravstvenega varstva, ne obvestijo zdravnika, ki je pristojen za ugotavljanje njihove začasne nezmožnosti za delo, da so zboleli;

— če opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom s sredstvi, ki so last občanov, zadržanost z dela pa nastopi v času, ko je njihova delavnica začasno zaprta.

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

V primerih iz 4. alinee pridobijo delavci in drugi delovni ljudje pravico do nadomestila šele od dneva, ko izpolnijo svojo dolžnost, da morajo obvestiti organizacijo združenega dela in predložiti o tem zahtevano dokumentacijo.

V primerih iz 5. alinee 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.

31. člen

Osnova za nadomestilo osebnega dohodka je mesečno povprečje, izračunano iz osebnih dohodkov, ki jih je delavec dobil za svoje tekoče in minulo delo v zadnjih dvanajstih mesecih pred nastankom začasne nezmožnosti za delo za čas, ko je delal. V osnovo se šteje tudi osebni dohodek, ki ga je delavec dobil za delo v času, ko je bil po zakonu o delovnih razmerjih dolžan delati dlje, kot je poln delovni čas, pri delavcih, ki delajo nepoln delovni čas pa osebni dohodek za nepoln delovni čas. V to osnovo se sklada z določili posebnega družbenega dogovora v štejejo tudi osebni dohodki delavcev, ki jih dosežejo z delom nad polnim delovnim časom v premogovnikih.

Če delavec združuje delo v rednem delovnem času v več organizacijah združenega dela, se šteje v osnovo osebni dohodek, ki ga je dosegel v vseh organizacijah.

Delovnim ljudem, ki opravljajo dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so last občanom, se šteje v osnovo znesek, ki je bil podlaga za plačilo prispevka za zdravstveno varstvo v minulem koledarskem letu, njihovim delavcem pa osebni dohodek, ugotovljen na način iz prvega odstavka tega člena.

Osnova za nadomestilo osebnega dohodka združenega kmeta je

ugotovljen čisti dohodek iz proizvodnega sodelovanja v kmetijski dejavnosti v minulem letu, ki je tudi podlaga za plačilo prispevkov za zdravstveno varstvo.

Delavcem, ki so jih poslale na delo v tujino jugoslovanske organizacije in so le-te še naprej plačevale prispevek za zdravstveno varstvo (detaširani delavci), se za izračun osnove upošteva neto osebni dohodek v zadnjih dvanajstih mesecih pred odhodom na delo v tujino. Če pa je med nastankomčasne nezmožnosti za delo in med odhodom na delo v tujino preteklo več kot dvanajst mesecev, se šteje za osnovo tista osnova, ki je bila podlaga za plačilo prispevkov za zdravstveno varstvo v zadnjih dvanajstih mesecih pred nastankomčasne nezmožnosti za delo.

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 zadnjih dvanajstih mesecih.

Kmetom in delovnim ljudem, ki opravljajo občasna dela pri organizacijah združenega dela oziroma pri zasebnem delodajalcu, se šteje v osnovo čisti zaslužek iz tega 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 minulem letu ni dobil osebnega dohodka, se šteje v osnovo povprečni mesečni znesek osebnega dohodka za tekoče leto pred mesecem, ko je nastopila časna zadržanost, zaradi katere ima pravico do nadomestila, če pa je nastopila časna zadržanost pred iztekom enega meseca, se upošteva osebni dohodek od dneva, ko je nastopila časna zadržanost.

Če je delavec v zadnjih dvanajstih mesecih določen čas dobival osebni dohodek iz delovnega razmerja v združenem delu, določen čas pa je opravljal dejavnost s samostojnim osebnim delom z delovnimi sredstvi, ki so last občanov, se osnova ugotovi s seštevkom osnov.

Delavcu, ki po odslužitvi ali doslužitvi vojaškega roka ali po predčasnem odpustu iz JLA zaradi bolezni ali poškodbe ne more nastopiti dela, se določi osnova od osebnega dohodka, ki bi ga dobil, če bi v zadnjih dvanajstih mesecih pred nastankomčasne nezmožnosti za delo delal oziroma s seštevkom take osnove in osebnega dohodka, ki ga je v tem času dejansko prejel.

Delavcu, ki po odslužitvi vojaškega toka v JLA postane časno nesposoben za delo, se vzame za osnovo osebni dohodek, ki bi ga dobil, če bi v zadnjih dvanajstih mesecih pred nastankomčasne nezmožnosti.

32. 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. prejemke, ki pomenijo povračilo stroškov (dnevnice, kilometrina, terenski dodatek, dodatek za ločeno življenje, regres za dopust in podobno);
3. prejemke 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 časne delovne nezmožnosti z avlo bolezni, poškodbe, nege in poroda, nadomestila v času nezaposlenosti oziroma drugi socialni prejemki.

33. 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.

34. člen

Delavcem in delovnim ljudem, ki so odsotni z dela več kot 6 mesecev, se osnova za nadomestilo osebnega dohodka valorizira vsakih 6 mesecev.

Za valorizacijo se uporabi količnik rasti povprečnega osebnega dohodka na zaposlenega delavca v temeljni organizaciji združenega dela v zadnjih 6 mesecih od nastanka zavarovalnega primera.

V primerih, ko prejemajo delovni ljudje nadomestilo osebnega dohodka v skupnosti, se pri valorizaciji osnov upošteva povprečna rast osebnih dohodkov na zaposlenega v občini v zadnjih 6 mesecih od nastanka zavarovalnega primera.

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

35. 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.

36. 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 ali prebivališča v drug kraj k zdravniku ali v zdravstveno organizacijo, ker v kraju zaposlitve oziroma prebivališča ni zdravnika ali

zdravstvene organizacije;

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

37. člen

Povračilo potnih stroškov gre uporabniku za najkrajšo razdaljo do najbližje zdravstvene organizacije, vendar še le na razdaljo nad 20 km in to v višini stroškov za prevoz z javnimi prevoznimi sredstvi. To povračilo gre uporabniku tudi tedaj, če je moral zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva ob zdravljenju iste bolezni potovati v zdravstveno organizacijo najmanj 5-krat na mesec in znaša skupna razdalja potovanj v eno smer najmanj 60 km. Če zaradi zdravstvenega stanja prevoz z javnim sredstvom ni možen, gre upravičencu pravica do povračila oziroma plačila za poseben prevoz.

38. člen

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

- 1,50 % povprečnega mesečnega neto osebnega dohodka v SR Sloveniji v minulem letu za več kot 8 ur odsotnosti;
- 3 % povprečnega mesečnega neto osebnega dohodka v SR Sloveniji v minulem letu za več kot 12 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 dnevne za II. skupino delovnih mest po odločbi o najvišjih zneskih dnevne za službena potovanja v tujino, ki se priznavajo zveznim upravnim organom in organizacijam med materialne stroške.

39. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec, če mora po mnenju izbranega zdravnika ali konzilija zdravnikov 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.

40. člen

Povračilo potnih stroškov uveljavljamo na način, ki ga določa samoupravni sporazum o postopku in načinu uveljavljanja pravic do zdravstvenega varstva. Organizacija združenega dela izplačuje delavcem in njihovim družinskim 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 postopku in načinu uresničevanja pravic do zdravstvenega varstva.

41. člen

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

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

42. člen

Pravico do povračila stroškov pogreba (pogrebne) ima ob smrti delavec ali drugih upravičencev, navedenih v 41. členu ter njihovih ožjih družinskih članov tisti, ki poskrbi za pogreb. Ta pravica zadeva tudi vojaške invalide. Pogrebna znaša 80 odstotkov povprečnega mesečnega osebnega dohodka v SR Sloveniji v minulem letu, za otroke do enega leta starosti pa polovico tega zneska.

43. člen

Pogrebna za delavce in druge upravičence oziroma njihove družinske člane, ki so umrli med bivanjem 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 obolenosti ter spodbujali smotnejše razporejanje sredstev za potrebe zdravstvenega varstva, da bi dosegli čim večje učinke in zagotovili potrebno prestrukturiranje zdravstvenih dejavnosti in uveljavili cenejšje 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:

1. Za pravi kurativni pregled pri zdravnikih v osnovni zdravstveni dejavnosti
2. Za obisk zdravnika na domu, ki je opravljen na zahtevo upo-

- rabnika 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 za 3 obiske, ki sledijo prvemu specialističnemu pregledu
 5. Za prvi obisk pri zdravniku in zobozdravniku 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 nadzidek
 - 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 jahač
 - za vsako totalno protezo
 - za vsako parcialno protezo
 - za vsako reparaturo, prilagoditev stare proteze, podložitev ali reokluzijo
 7. Za posamezno zdravilo, pomožni in sanitetni material ob prevzemu v lekarni na recept
 8. Za mehanična kontracepcijska sredstva, ki se ne predpisujejo na recept
 9. Za umetno prekinitev nosečnosti, ki ni medicinsko indicirana
 10. Za vsak prevoz z reševalnimi in drugimi posebnimi prevoznimi sredstvi, ki ga potrdi zdravnik ob posameznih primerih zdravljenja
 11. Za ortopedske in specialne čevlje
 12. Za nepodložene usnjene rokavice, estetske rokavice za protezo in za komplet navlek za krn po amputaciji
 13. Za proteze, ortotične pripomočke, aparat za ekstenzijo in za prosto stoječi posteljni trapez
 14. Za kilni pas
 15. Za bergle
 16. Za aparat za omogočanje glasnega govora, za slušni aparat
 17. Za invalidski voziček, za elektronsko funkcionalni stimulator
 18. Za očala
 19. Za kontaktna stekla
 20. Za očesno protezo
 21. Za oskrbni dan v bolnišnici ali zdravilišču pri neprekinjeni oskrbi za največ 15 dni oziroma pri večkratni hospitalizaciji za največ 30 dni v koledarskem letu — na dan
- Za prvi kurativni pregled po 1., 3. in 5. točki tega člena se šteje vsak prvi obisk pri posameznem zdravniku ali prvi obisk zavoljo posamezne bolezni na zahtevo uporabnika v koledarskem letu.

46. člen

Če je cena zdravstvene storitve, zdravila ali pripomočka nižja od določene zneska participacije, plača uporabnik le stvarno ceno.

47. člen

Znesek participacije za zdravstvene storitve določene v 45. členu se valorizirajo vsako leto v skladu s povprečno rastjo osebnih dohodkov v SR Sloveniji. Pri tem bomo udeleženci sporazuma spoštovali podatke Zavoda SR Slovenije za statistiko o rasti osebnih dohodkov. O podatkih zavoda obvesti strokovna služba Zdravstvene skupnosti Slovenije strokovne službe občinskih zdravstvenih skupnosti v SR Sloveniji. Le-te so dolžne sporočiti valorizirane zneske participacij zdravstvenim organizacijam na njihovem območju. Valorizirani zneski participacij se uporabljajo vsako leto od 1. marca dalje. Pri valorizaciji se zneski zaokrožijo tako, da se končujejo na 0 ali 5 din.

48. člen

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

- novorojence, dojenčke ter predšolske in šolske otroke;
- učenje in študente usmerjenega izobraževanja, ki niso v delovnem razmerju. Ta oprostitve velja pri učenkah in študentkah 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 narodnoosvobodilnega
- 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 ušvalce stalne republiške ali občinske priznavalnine ali družinske invalidnine; borce španske narodnoosvobodilne in revolucionarne vojne v letih 1936 do 1939; udeleženci narodnoosvobodilnega gibanja Grčije; borce za severno mejo v letih 1918—1919 in slovenske vojne dobrovoljce iz

150 vojn 1912—1918; odlikovance z redom Karadjordjeve zvezde z mesči, z redom belega orla z meči in zlato medaljo Obilica;

110 — brezposelne osebe, ki prejemajo denarno nadomestilo ali denarno pomoč po predpisih o zavarovanju za primer brezposelnosti, ter njihove družinske člane — ožje, ki jih le-ti preživljajo in živijo z njimi v skupnem gospodinjstvu;

30 — varovance v socialnih zavodih in prejemnike družbenih denarnih pomoči;

100 — upokojeince z varstvenim dodatkom in upokojeince, ki prejemajo z jamčeno pokojnino in njihove družinske člane, ki jih preživljajo in z njimi živijo v skupnem gospodinjstvu;

220 — uporabnike, ki uveljavljajo storitev v zvezi s preprečevanjem, odkrivanjem, zdravljenjem in rehabilitacijo poklicnih bolezni ali poškodb pri delu ali pri javnih delih ter v zvezi z uresničevanjem ljudske obrambe in družbene samozaščite.

Prispevka posameznih uporabnikov ob uveljavljanju pravic do zdravstvenega varstva ni mogoče določiti pri tetraplegikih in paraplegikih, pri zdravljenju nalezljivih bolezni, pri katerih je predpisano obvezno zdravljenje (karantenske bolezni, pljučna tuberkuloza, sifilis, kapavica, mehki čankar, četrta spolna bolezen) pri zdravljenju rakastih obolenj, hemofilije, skleroze multipleks, sladkorne bolezni, duševne bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, pri zdravljenju in negi bolnika na domu ter pri preventivnih in zdravstveno vzgojnih ukrepih. Uporabniki ne plačajo prispevka tudi pri uveljavljanju zdravstvenih storitev, ki so v neposredni vzročni zvezi z obolenji iz tega odstavka.

49. člen

Plačila k ceni zdravstvenih storitev so oproščeni tudi uporabniki, ki zavoljo svojega gmotnega položaja ne morejo prispevati k stroškom za zdravstvene storitve, kar ugotovijo občinske zdravstvene skupnosti na podlagi enotno dogovorjenih meril v Skupnosti socialnega varstva Slovenije.

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

50. člen

Ne glede na določbe 48. in 49. člena so oproščeni plačila participacije tudi uporabniki:

1. stari nad 70 let;
2. osebe z najmanj 70-odstotno telesno okvaro za:
 - prve kurativne preglede v osnovni dejavnosti,
 - zdravila ob prevzemu v lekarni na recept;
3. ki trajno potrebujejo dializo za:
4. ki se zdravijo zaradi nalezljivih bolezni, pri katerih je obvezna prijava (Uradni list SRS, št. 7/77) in za bolezni zvišanega krvnega pritiska za:
 - za prve kurativne preglede v osnovni zdravstveni dejavnosti.
5. ženske do 19. let starosti, ki niso v delovnem razmerju za:
 - kontracepcijska sredstva in
 - umetno prekinitev nosečnosti.

51. člen

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

- rojstnih in drugih podatkov v zdravstveni izkaznici za novorojence, dojenčke, predšolske in šolske otroke ter za študente in učence v usmerjenem izobraževanju, za občane, ki so stari več kot 70 let, ter za udeležence NOV in druge osebe, ki so z njimi izenačene;

- odločbe, druge listine ali odrezka poštnih nakaznic, za osebe s telesno okvaro, za brezposelne osebe, ki prejemajo denarno nadomestilo, za varovance v socialnih zavodih, za prejemnike družbenih denarnih pomoči za odrasle in za občane, ki jim je bila za določen čas odpisana obveznost plačila prispevka;

- ugotovitve o opravljeni zdravstveni storitvi za ženske in to za storitve v zvezi z uresničevanjem zakona o svobodnem odločanju o rojstvu otrok, ki so oproščene plačila participacije; za uporabnike, ko se zdravijo zavoljo nalezljivih bolezni, malignih rakastih obolenj, sladkorne bolezni, duševne bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, multiple skleroze, hemofilije, zvišanega krvnega pritiska; za uporabnike, ko uveljavljajo zdravstvene storitve v zvezi z dializo, s preprečevanjem, odkrivanjem, zdravljenjem in rehabilitacijo poklicnih bolezni in poškodb pri delu, pri tetraplegikih in paraplegikih;

- potrdila občinske zdravstvene skupnosti za druge upravičene primere.

52. člen

Ne glede na določila 48. in 49. in 50. člena tega sporazuma so uporabniki dolžni plačevati razliko v ceni, do katere je prišlo, ker so na svojo zahtevo uveljavljali zdravstvene storitve drugače, kot je določeno v samoupravnem sporazumu in drugih samoupravnih splošnih aktih skupnosti.

Za odstopanje od dogovorjenega standarda šteje uveljavljanje pravic:

- po drugačnem postopku, kot je določen s samoupravnim sporazumom o postopku in načinu uveljavljanja pravic do zdravstvenega varstva;
- po drugačnem postopku, kot je utemeljen na podlagi medicinske doktrine;

- v drugačni kvaliteti storitev oziroma pripomočkov, kot je določena v samoupravnih splošnih aktih 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 uveljavljal pravice po drugačnem postopku, kot je dogovorjen v skupnosti, oziroma mimo opredelitev medicinske doktrine, če je zahteval:

- ponovitev prvega pregleda pri zdravniku, ki ni njegov izbrani zdrav-

nik in pri tem ni šlo za nujno medicinsko pomoč, kot tudi, če je uporabnik zahteval ponovitev storitve;

— pregled pri zdravniku v specialistično-ambulantni dejavnosti brez napotnice zdravnika iz osnovne zdravstvene dejavnosti razen tedaj, ko le-ta ni predpisana;

— takšne storitve v specialistično-ambulantnih dejavnostih, ko bi jih lahko uveljavljal v osnovni zdravstveni dejavnosti;

— preglede oziroma storitve v bolnišnici, zdravniški ali univerzitetni zdravstveni dejavnosti, za katero zdravnik v osnovni dejavnosti ali pristojnosti konzilij zdravnikov ni ugotovil potrebe in izdal napotnice, razen če gre za nujne medicinske storitve;

— sistematične in serijske preglede ali patronažne obiske, ki po obsegu ali številu niso predvideni v zagotovljenem programu zdravstvenega varstva oziroma če je uporabnik ob tem zahteval preiskave in storitve, ki niso dogovorjene oziroma potrebne;

— pregled ali zdravljenje v zdravstveni organizaciji, ki ni najbližja njegovemu prebivališču oziroma kraju zaposlitve;

— prevoz z reševalnim ali drugim vozilom, za katerega je zdravnik ugotovil, da ni bil potreben.

Uporabnik uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev mimo dogovorjenega standarda, ki je opredeljen s kakovostjo ali ustreznimi normativi, če je zahteval:

— zobozdravstvene storitve, ortopedski oziroma ortotični pripomoček, slušni aparat oziroma očesni pripomoček, izdelan iz nestandardnega oziroma dražjega materiala, kot določa ta sporazum;

— zobozdravstveno storitev, ortopedski oziroma ortotični pripomoček, slušni oziroma očesni pripomoček pred iztekom dobe trajanja, določen s spcrizumom;

— zdraviliško zdravstveno varstvo, kjer nastanitev in prehrana presegata normative B kategorije hotelskih storitev;

— storitve specialistično-ambulantne oziroma bolnišnične dejavnosti 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 medicinskega dela oskrbe oziroma tudi drugi (kadrovski, materialni, delovni) normativi, zaradi katerih je višja tudi cena medicinskega dela oskrbe in drugih storitev.

V vseh primerih iz tega člena mora uporabnik sam pokrivati razliko v ceni, do katere je prišlo zavoljo drugačnega postopka, kakovosti ali obsega storitev in uporabljenih normativov pri storitvah, ki jih je sam zahteval. O tem doplačilu mora biti uporabnik obveščen, preden je opravljena storitev. V primerih iz 1; 2., 3., 4., 5. in 7. alineje prvega odstavka in iz 2. alineje drugega odstavka plača uporabnik storitev v celoti sam.

Če kasneje ugotovi, da je bila zahteva uporabnika do zdravstvenih storitev utemeljena in je na podlagi 52. in 53. člena tega sporazuma neupravičeno plačal prispevek ali ceno zdravstvene storitve, ima pravico od zdravstvene organizacije zahtevati vračilo vseh plačanih sredstev.

54. člen

Nepotrebni in dopolnilni stroški, ki nastanejo zavoljo drugačnega načina uveljavljanja pravic do zdravstvenega varstva, kot smo se sporazumeli v samoupravnem sporazumu o postopku in načinu uveljavljanja pravic do zdravstvenega varstva in ki jih mora plačevati uporabnik sam, zajemajo tudi razliko v potnih stroških, ki nastane zaradi tega, ker uporabnik ni izbral zdravstvene organizacije, ki je najbližja njegovemu prebivališču oziroma kraju zaposlitve.

55. člen

Organizacija združenega dela s področja zdravstva nosi tudi materialne posledice, če bi njeni delavci neupravičeno omogočili uporabnikom pridobitev pravice oziroma storitve v nasprotju z določili tega sporazuma. To velja za neupravičene oprostitve ali obremenitve uporabnikov za plačilo participacije ali za razlike v standardih.

V takih primerih zdravstvena skupnost zmanjša znesek povračila za opravljene storitve, ki bi sicer zdravstveni organizaciji šel po samoupravnem sporazumu o svobodni menjavi dela. Če je bil pri tem oškodovan uporabnik, lahko zahteva povračilo sredstev, ki jih je neupravičeno plačal zdravstveni organizaciji.

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 republiki ima uporabnik stalno prebivališče.

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

57. člen

Kar zadeva način plačevanja doplačil uporabnikov k ceni zdravstvenih storitev, pooblaščenca udeleženci sporazuma: skupščino Zdravstvene skupnosti Slovenije, da sprejme posebno navodilo. Z njim naj določi najprimernejši in najustreznejši način poslovanja zdravstvenih organizacij pri pobiranju participacije, tako da:

— se obseg administrativnega dela zaradi tega ne bo povečal oziroma da se ne bo zmanjšal;

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

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

Do uveljavitve navodila iz prvega odstavka tega člena velja dosedanji način plačevanja doplačil uporabnikov k ceni zdravstvenih storitev.

58. člen

Občani morajo sami plačati tiste storitve, ki niso predmet pravic po zakonu in tem sporazumu, kot so:

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

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

— storitve v zvezi z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju;

— neobvezna cepljenja;

— storitve kozmetičnih operacij, ki niso pogojene s poprejšnjo boleznijo ali poškodbom.

59. člen

Zdravstvena skupnost lahko uveljavlja odškodninski zahtevek od občanov, ki so namerno ali iz velike malomarnosti poškodovali sebe in 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

60. 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.

Pravtako morajo zdravstvene organizacije obračunavati opravljeno delo tako, da so v fakturi navedeni podatki o upravičencu in njegovi občinski zdravstveni skupnosti oziroma 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.

61. 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 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 pomanjkljivosti obveščati samoupravne organe skupnosti, zlasti pa odbor za samoupravno delavsko kontrolo.

62. 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 očesne pripomočke ter reševalne prevoze;

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

— Uveljavljanje storitev, ki zadevajo preprečevanje, odkrivanje poklicnih bolezni in poškodb pri 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;

— poročila skupščini o svojih ugotovitvah.

VIII. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

63. člen

Določila samoupravnega sporazuma, ki zadevajo plačevanje zdravstvenih storitev v zvezi s preprečevanjem, odkrivanjem, zdravljenjem in rehabilitacijo poklicnih bolezni iz 9. člena kot tudi zagotavljanje nadomestil v času odsotnosti z dela, opredeljeno v 23. členu, bomo uresničili po sklenitvi aneksa k samoupravnemu sporazumu o temeljih plana občinske zdravstvene skupnosti. Pri tem bomo z aneksom določili tudi rok prenosov pravic in obveznosti pri zagotavljanju teh oblik zdravstvenega varstva na organizacije združenega dela. Do tega roka, vendar najkasneje do 1. 1. 1984 leta bomo glede teh pravic uporabljali določila iz dosedanjega samoupravnega sporazuma o pravicah in obveznostih iz zdravstvenega varstva.

64. člen

Organizacije združenega dela in delovne skupnosti so dolžne vskladiti svoje akte z določbami tega sporazuma najkasneje do 31. 12. 1983.

65. člen

Ta samoupravni sporazum začne veljati osmi dan po objavi in se uporablja od 1. 1. 1984 dalje.

Predsednik skupščine

Številka: 02-6/83-01

Datum: 6. 12. 1983

Občinske zdravstvene skupnosti Velenje
Janez NAVODNIK, dipl. ing. chem. s. r.