

stwa, z instytucyj, przedsiębiorstw lub zakładów państwowych albo samorządu terytorialnego, bądź też z innych instytucyj publiczno-prawnych.

2. renty z instytucyj ubezpieczeń społecznych.

§ 2. Pomoc lecznicza na podstawie niniejszego rozporządzenia nie przysługuje osobom, które mają prawo do pomocy leczniczej na innej podstawie, jak również osobom, pobierającym renty z tytułu utraty mniej niż 50% zdolności do zarabkowania na skutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej.

§ 3. 1. Właściwą do udzielenia pomocy leczniczej na podstawie niniejszego rozporządzenia jest ubezpieczalnia, w której okręgu ma miejsce zamieszkania osoba, pobierająca zaopatrzenie lub rentę.

2. Jeżeli zatrudnienie, z tytułu którego przysługuje zaopatrzenie, wymienione w § 1 pkt. 1), jest zwolnione od obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, do udzielania pomocy leczniczej osobom, pobierającym zaopatrzenia, obowiązana jest organizacja pomocy leczniczej, właściwa dla pracowników czynnych; pomoc ta powinna być udzielana co najmniej w zakresie i na warunkach, określonych w niniejszym rozporządzeniu.

§ 4. 1. Zakres pomocy leczniczej, udzielanej na podstawie niniejszego rozporządzenia, obejmuje opiekę lekarską, pomoc położniczą, lekarstwa i środki opatrunkowe oraz inne środki lecznicze i pomocnicze.

2. Zamiast pomocy leczniczej, określonej w ust. 1, ubezpieczalnia może umieścić chorego w szpitalu w przypadkach, gdy leczenie szpitalne jest niezbędnie potrzebne.

3. Świadczeń nieprzewidzianych w ust. 1 i 2, a w szczególności protez dentystycznych, środków pomocniczych przeciwko zniekształceniu i kalectwu, leczenia zdrojowiskowego, umieszczania w zakładzie dla umysłowo-chorych itp. Ubezpieczalnia udziela tylko na zlecenie i na rachunek instytucji wypłacającej zaopatrzenie lub rentę.

§ 5. 1. Pomoc lecznicza, określona w § 4 ust. 1 i 2, przysługuje również następującym członkom rodziny osoby, pobierającej zaopatrzenie lub rentę z tytułu własnej pracy:

1. żonie lub niezdolnemu do zarabkowania mężowi;
2. dzieciom (z małżeństwa, pozamałżeńskim, przysposobionym) i wnukom w wieku do lat 16, lub ponad 16 w razie niezdolności do zarabkowania, jeżeli zaś kształcą się w szkołach średnich — najdłużej do ukończenia 21 roku życia, lub — w razie odbywania studiów w szkołach wyższych — do ukończenia 24 roku życia.

2. Członkowie rodziny są uprawnieni do pomocy leczniczej tylko wtedy, jeżeli są przez pobierającego zaopatrzenie lub rentę całkowicie lub w przeważającej mierze utrzymywani.

§ 6. 1. Osobom pobierającym zaopatrzenia lub rentę z tytułu własnej pracy, udziela się pomocy leczniczej bez ograniczenia co do czasu. Leczenia szpitalnego udziela się tym osobom, nie

dłużej niż 28 tygodni w poszczególnym wypadku choroby.

2. Innym osobom uprawnionym, udziela się pomocy leczniczej w ciągu najwyżej 13 tygodni w roku kalendarzowym w poszczególnym wypadku choroby.

3. Przedłużenie leczenia może nastąpić w trybie przewidzianym w § 4 ust. 3.

§ 7. Dowodem uprawnień do pomocy leczniczej jest imienna legitymacja wraz z dowodem bieżącego pobierania zaopatrzenia lub renty (np. odcinek przekazu). Legitymację wystawia instytucja, wypłacająca zaopatrzenie lub rentę. Wzory legitymacji oraz sposób posługiwania się nimi i dokonywania wpisów ustala Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

§ 8. Do rozstrzygania sporów o świadczenia, udzielane przez Ubezpieczalnię na podstawie niniejszego rozporządzenia, właściwe są organa orzekające w sporach o świadczenia z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa.

§ 9. Ubezpieczalnia w sprawach, nie unormowanych w niniejszym rozporządzeniu, stosuje przepisy dotyczące udzielania świadczeń na wypadek choroby i macierzyństwa ubezpieczonym i członkom ich rodzin.

§ 10. 1. Koszty pomocy leczniczej, udzielanej na podstawie niniejszego rozporządzenia, ponoszą instytucje wypłacające zaopatrzenia lub renty.

2. W razie zbiegu u jednej osoby uprawnień do kilku zaopatrzeń lub rent, koszty pomocy leczniczej ponosi tylko jedna instytucja w następującej kolejności.

1. W razie zbiegu renty wypadkowej lub wypadkowej z rentą z ubezpieczenia emerytalnego — Fundusz Ubezpieczenia od wypadków w Zatrudnieniu i Chorób Zawodowych;
2. w razie zbiegu renty z powszechnego ubezpieczenia społecznego z rentą z ubezpieczenia dodatkowego górników — właściwy fundusz ubezpieczenia powszechnego;
3. w razie zbiegu renty z ubezpieczenia społecznego z zaopatrzeniem z funduszy, wymienionych w § 1 pkt. 1, — instytucja wypłacająca kwotę wyższą.

§ 11. 1. Należności ubezpieczalni społecznych za świadczenia, określone w § 4 ust. 1 i 2, ustala się na podstawie przeciętnych rzeczywistych kosztów pomocy leczniczej w ubezpieczalniach społecznych jako ryczałtową miesięczną opłatę za każdą osobę, pobierającą zaopatrzenie lub rentę. Opłata ryczałtowa za osoby, pobierające zaopatrzenie lub renty pochodne (wdowie, sieroce lub dalszej rodziny), obejmuje grono rodzinne bez wzgl. na ilość osób.

2. Wysokość miesięcznej opłaty ryczałtowej ustalają zarządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej na okresy co najmniej kwartalne. Zarządzenia te ustalają również zaliczkowe opłaty na pokrycie bieżących wydatków ubezpieczalni w wysokości przeciętnych przewidzianych kosztów pomocy leczniczej.

3. Za świadczenia, udzielone na specjalne zlecenie instytucji wypłacającej zaopatrzenie lub ren-