

NAŠI PROBLEMI

St. 9

Kranj, 20. avgusta 1962

Socialno zavarovanje v luči nove organizacije in financiranja

V preteklih letih je socialno zavarovanje doseglo lepe rezultate na območju varstva delovnih ljudi. Doseženi rezultati so ustvarjeni predvsem kot posledica ustanovitve in razvijanja samoupravljanja v tej družbeni panogi.

Izkušnje v izvajanju socialnega zavarovanja, katerega organizacija in sistem financiranja funkcionirajo tudi danes na podlagi uredb iz leta 1955, pokažejo na

nekatero slabosti sedanjega sistema socialnega zavarovanja in na določeno zaostajanje za našim splošnim družbenim razvojem, npr.:

Zavarovanci in organizacije, v katerih delajo, ki ustvarjajo sredstva za sklade socialnega zavarovanja, nimajo tistega položaja in vloge z ustreznimi pravicami, predvsem pa odgovornosti, katere bi morali imeti v reševanju problemov socialnega zavarovanja.

Zagotavljanje sredstev za sklade poteka še vedno po načelih predračunskega letnega predvidevanja potreb, trošenje pa je avtomatsko za izplačila, ki so z zakonom predvidena. Zaradi tega sistem v celoti nosi obeležje budžetskega financiranja in uporabo njegovih instrumentov. Zaradi tega tudi samoupravljanje v socialnem zavarovanju nima potrebne širine za močnejši vpliv in hitrejši ter popolnejši razvoj.

Sistem ne daje možnosti, da bi zavarovanci in organizacije po svoji iniciativi in po svojih potrebah in možnostih ter na podlagi ustreznega vlaganja v sklade po načelu solidarnosti in vzajemnosti, lahko zagotovili tudi druge oblike zaščite, razen tistih, ki so z zakonom določene kot pravica iz obveznega socialnega zavarovanja. Rezultat takšnega stanja je — določena stagnacija — zaostajanje sistema varstva oziroma zaostajanje njenega razvoja v odnosu na razvoj na ostalih področjih družbenega življenja.

V takih pogojih ni obstajala dovolj velika materialna zainteresiranost zavarovancev in organizacij za stanje in probleme skladov in rezultate njihovega poslovanja. Zaradi tega tudi ni obstajala dovolj velika angažiranost in odgovornost zavarovancev v upravljanju s skladi. Ravno tako ni dovolj velike zainteresiranosti za te probleme tudi pri ostalih faktorjih,

Skupščina okrajnega zavoda za socialno zavarovanje posreduje to gradivo vsem zavarovancem z namenom, da spoznajo osnovna načela nove organizacije in financiranja socialnega zavarovanja, da s tem v zvezi spoznajo konkretne probleme financiranja zdravstvenega zavarovanja v našem okraju in da hkrati spoznajo svoje pravice in dolžnosti v zvezi z novimi predpisi o socialnem zavarovanju.

Skupščina okrajnega zavoda za socialno zavarovanje v Kranju posreduje to gradivo tudi vsem gospodarskim organizacijam, zavodom in ustanovam ter vsem zainteresiranim organom z željo, da o teh problemih razpravljajo v svojih kolektivih, da bi lahko aktivneje spremljali problematiko socialnega zavarovanja in neposredno vplivali na smotno gospodarjenje s sredstvi socialnega zavarovanja.

kateri bi po naravi poslov in odnosov morali biti bolj zainteresirani in angazirani na problemih socialnega zavarovanja. To posebno velja za zdravstvene ustanove in za komune v celoti v pogledu problematike zdravstvenega zavarovanja in njegovih skladov.

K takemu stanju je še posebej prispevala okoliščina, da v sedanjem sistemu ni resnično rešeno vprašanje zagotovitve dopolnilnih sredstev za pokritje večjih stroškov, kar je posebno važno za financiranje zdravstvenega zavarovanja, v katerem lahko na trošenje v veliki meri vplivajo tudi subjektivni faktorji.

Posledica takšnega stanja je, da izdatki socialnega zavarovanja, predvsem pa zdravstvenega zavarovanja, nenehno in v občutljivih razmerjih rastejo in da ta porast stroškov ni vedno pogojen z objektivnimi okolnostmi, niti ni vedno spremljan z enakovrednim izboljšanjem in razširitvijo varstva zavarovancev, ki se zagotavlja s socialnim zavarovanjem.

V takih pogojih ni bilo dovolj možnosti za razvoj samoupravljanja in stvarne možnosti vpliva organov samoupravljanja na rezultate poslovanja. Zaradi tega tudi ne more biti stvarne odgovornosti za te rezultate. K takšnemu stanju še posebej pripomore tudi odsotnost materialne podlage in pogojev za poslovnost v upravljanju s sredstvi skladov zaradi zagotavljanja dopolnilnih dohodkov v sklade v cilju stabiliziranja, in zaradi tega, da bi se postopoma zmanjševalo obremenjevanje zavarovancev in organizacij s prispevki.

Organizacija samoupravljanja v socialnem zavarovanju torej ni šla vzporedno z razvojem komunalnega sistema in z reorganizacijo politično teritorialnih enot. To je posebno važno v odnosu na probleme zdravstvenega varstva oziroma zdravstvenega zavarovanja, čigar reševanje zahteva povezovanje vseh zainteresiranih faktorjev v okviru komune.

Vse spremembe, ki so predvidene v novih zakonih, imajo za cilj ustvarjanje potrebnih pogojev, da se s samoupravljanjem, iniciativno in z angažiranjem samih zavarovancev, organizacij in drugih faktorjev socialno zavarovanje dalje razvija in napreduje.

Sistem organizacije in financiranja po novih predpisih izhaja iz predpostavke, da se socialno zavarovanje postavi na takšno organizacijsko — materialno osnovo, da lahko funkcionira kot avtonomna organizacija zavarovancev, zasnovana na načelih vzajemnosti, solidarnosti in samoupravnosti, katere organi samoupravlja-

nja imajo potrebne pogoje, da se razvijajo kot nosilci politike socialnega zavarovanja, podprti s pravicami in odgovornostjo vseh zainteresiranih udeležencev v zagotavljanju in izvajanju socialnega zavarovanja. Pri tem se izhaja iz načelne postavke, da mora družbena skupnost z akti svojih organov regulirati samo sistem organizacije in financiranja socialnega zavarovanja in da ima na tem področju samo regulativno družbeno plansko in družbeno kontrolno funkcijo. Sama realizacija izvajanja socialnega zavarovanja pa mora biti stvar avtonomnih organizacij zavarovancev in konkretne politike njihovih organov samoupravljanja.

Nova organizacija socialnega zavarovanja je torej postavljena tako, da se zavarovanci posameznih kategorij organizirajo v skupnosti zavarovancev za določena področja (področje ene ali več občin) — (kategorije zavarovancev pa so: delavci — obrtniki in druga kategorija kmetijski proizvajavci). Za ustanovitev skupnosti zavarovancev pa morajo biti na določenem področju izpolnjeni pogoji, ki jih predpiše republiška skupščina socialnega zavarovanja. Pogoji za ustanovitev skupnosti zavarovancev so predvsem ti-le: zagotovljeno mora biti zdravstveno varstvo prebivalcev na določenem področju, nadalje mora biti na tem področju določeno število zavarovancev (najmanj 10.000, lahko tudi 6.000 zavarovancev, če je dohodek na zavarovanca višji od povprečnega dohodka na zavarovanca v LRS); eden zelo važnih pogojev je tudi materialna osnova določenega področja, to se pravi, da določeno področje z rednim prispevkom krije najmanj 80 odstotkov stroškov zdravstvenega zavarovanja.

Takšne skupnosti zavarovancev ustanovijo po zakonu in pri spredaj navedenih določenih pogojih občinski ljudski odbori s svojim odlokom.

Organizacije, kjer so zavarovanci zaposleni, sodelujejo pri zagotavljanju in izvajanju socialnega zavarovanja in imajo z zakonom določene obveznosti do zavarovancev, kakor tudi določene pravice in obveznosti do skupnosti zavarovancev kot nosivcem skladov socialnega zavarovanja.

Skupnosti zavarovancev so nosilci skladov socialnega zavarovanja in sicer:

Skupnost zavarovancev na področju ene ali več občin je nosilec sklada zdravstvenega zavarovanja in upravlja tudi s sredstvi za rehabilitacijo in zaposlovanje invalidov.

Republiška skupnost zavarovancev je nosilec sklada za pokojninsko zavarova-

nje, sklada za invalidsko zavarovanje, sklada za otroške dodatke in sklada za pozavarovanje zdravstvenega zavarovanja.

V okviru jugoslovanske skupnosti socialnega zavarovanja pa se zagotavljajo sredstva za pozavarovanje določenih nevarnosti socialnega zavarovanja, je nosilec sklada rezerve socialnega zavarovanja in odloča o stvareh, ki so skupnega pomena za vse skupnosti socialnega zavarovanja.

Skupnosti zavarovancev volijo svoje skupščine, preko katerih urejajo odnose v izvajanju socialnega zavarovanja v okviru zakonitih predpisov in svojih splošnih aktov. Ti splošni akti so predvsem: statuti o organizaciji in delu zavodov za socialno zavarovanje, pravilniki o koriščenju posameznih pravic zavarovancev, odloki o določanju obvez organizacij in zavarovancev v pogledu zagotovitve sredstev, odloki o sodelovanju organizacij in zavarovancev v kritju določenih stroškov, pogodbe z zdravstvenimi zavodi, organizacijami in drugo.

Na ta način je z novimi predpisi dana možnost, da se socialno zavarovanje samostojno upravlja, izgrajuje in razširja v skladu z materialnimi možnostmi posamezne skupnosti zavarovancev oziroma posameznega področja.

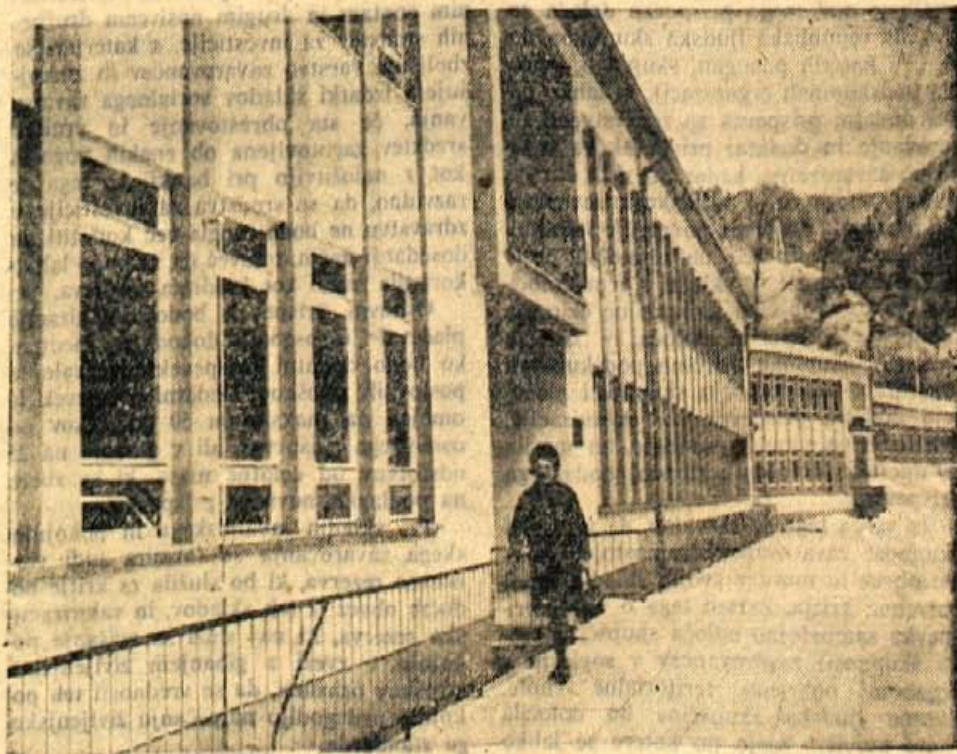
Skupnosti zavarovancev organizirajo službo izvajanja, socialnega zavarovanja z ustanovitvijo zavodov za socialno zavarovanje, ki so samostojne organizacije, in temeljijo na načelih družbene samouprave, ter so pravne osebe.

Komunalne skupnosti ustanovijo komunalni zavod, praviloma za območje, ki obsega dve ali več komunalnih skupnosti socialnega zavarovanja delavcev.

Republiški zavod se ustanovi za ljudsko republiko, zvezni zavod pa za vso federacijo.

Zavodi za socialno zavarovanje samostojno poslujejo po načelih poslovnih organizacij s sredstvi skladov skupnosti, in sicer — na podlagi zakona in sklepov skupščine odločajo o pravicah zavarovanih oseb. Vsak zavod ima svoj upravni odbor, ki je sestavljen iz določenega števila članov, ki jih volijo skupščine skupnosti zavarovancev izmed svojih članov in drugih zavarovancev, ki lahko pripomorejo k delu zavoda; in določeno število članov, ki jih voli delovni kolektiv zavoda.

Organi politično teritorialnih enot (občinskega ljudskega odbora) imajo pravico družbene kontrole in pravico nadzora v pogledu zakonitosti nad delom skupnosti zavarovancev in nad delom zavodov



V zadnjih letih smo na Gorenjskem dobili vrsto modernih zdravstvenih objektov

za socialno zavarovanje. Ti organi dajejo tudi soglasje na posamezne važnejše akte, katere sprejemajo skupnosti zavarovancev oziroma njihove skupščine.

V pogledu financiranja pa zakon izhaja od načelne postavke, da je težišče financiranja skladov zdravstvenega zavarovanja v komunah, financiranje invalidskega in pokojninskega zavarovanja v republikah s tem, da se financiranje skladov socialnega zavarovanja vseh vej zaključuje v republikah, medtem ko se v federaciji ustanovi samo pozavarovanje določenih rizikov invalidskega in pokojninskega zavarovanja in skupni sklad rezerve socialnega zavarovanja za določene skupne oziroma splošne potrebe v izvajanju socialnega zavarovanja.

Sredstva za socialno zavarovanje se zagotavljajo s prispevki za posamezne panoge zavarovanja in sicer posebej za zdravstveno zavarovanje, pokojninsko zavarovanje, invalidsko zavarovanje in otroške doklade.

Prispevki so osnovni in dodatni.

Stopnjo osnovnega prispevka za zdravstveno zavarovanje določa skupščina komunalne skupnosti, v soglasju z občinskim ljudskim odborom. Stopnjo za invalidsko in pokojninsko zavarovanje določa skupščina republiške skupnosti v soglasju z republiškim izvršnim svetom in stopnjo za otroške doklade ravno tako določa skupščina republiške skupnosti.

Glede dodatnega prispevka določa zakon, da republiška ljudska skupščina določa, v katerih panogah, skupinah, oziroma podskupinah organizacij, se lahko naloži dodatni prispevek za zdravstveno zavarovanje in dodatni prispevek za invalidsko zavarovanje, kadar pri njih stroški zdravstvenega oz. invalidskega zavarovanja presegajo določeno povprečje stroškov teh dveh zavarovanj na območju posamezne skupnosti. V skladu s tem določilom na to skupščina komunalne oziroma republiške skupnosti določa, v katerih panogah, skupinah oziroma podskupinah organizacij na območju skupnosti plačujejo dodatni prispevek vse organizacije, v katerih pa samo posamezne, ter merila za uporabo določenih stopenj dodatnega prispevka.

Iz vsega tega je razvidno, da je vsaka skupnost zavarovancev samostojen nosilec obvez in mora v svojih skladih imeti potrebna kritja. Zaradi tega o višini prispevka samostojno odloča skupščina vsake skupnosti zavarovancev v soglasju z organom politično teritorialne enote. Zvezna ljudska skupščina bo določila samo najvišjo mejo do katere se lahko

predpišejo prispevki za vse panoge zavarovanja, vštevisi redni prispevek za otroški dodatek in prispevek za zaposlovanje delavcev, dočim ljudska skupščina republike določa najvišjo mejo, do katere smejo skupščine komunalnih skupnosti določiti stopnjo osnovnega prispevka za zdravstveno zavarovanje.

Iz prispevkov se na to formirajo skladi in sicer:

Sklad zdravstvenega zavarovanja pri komunalni skupnosti, sklad pokojninskega in sklad invalidskega zavarovanja, sklad za otroške dodatke in sklad za pozavarovanje zdravstvenega zavarovanja pri republiški skupnosti.

Sklad za pozavarovanje pokojninskega in invalidskega zavarovanja in skupni sklad rezerve socialnega zavarovanja pri zvezni skupnosti zavarovancev. Vsi skladi imajo svojo obvezno rezervo, v katero se obvezno odvaja del sredstev.

Zakon nadalje pravi: da bi bilo poslovanje skladov skupnosti ekonomično, morajo zavodi rentabilno nalagati vsa razpoložljiva sredstva in svoje rezerve, ter na ta način skladom ustvarjati dopolnilne dohodke, stabilizirati prispevke in ustvarjati možnosti za zmanjševanje obremenitve organizacij oziroma zavarovancev. Razpoložljiva sredstva nalagajo torej zayodi praviloma na obresti pri banki, ki jo sami izberejo, izjemoma pa jih tudi namensko posojajo politično teritorialnim enotam in drugim nosivcem družbenih sredstev za investicije, s katerimi se zboljšuje varstvo zavarovancev in zmanjšujejo izdatki skladov socialnega zavarovanja, če sta obrestovanje in vrnitev sredstev zagotovljena ob enakih pogojih kot z naložitvijo pri banki. Iz tega je razvidno, da se sredstva za investicije v zdravstvu ne bodo mogla več koristiti na dosedanji način, temveč da se bodo lahko koristila samo kot kreditna sredstva.

Osnovni prispevek bodo organizacije plačevale iz osebnih dohodkov, medtem ko bodo dodatni prispevek plačevale iz poslovnih stroškov. Dodatni prispevek je omejen na maksimum 50 odstotkov od osnovnega prispevka ali v globalu na 25 odstotkov od celotne mase, ki se zbere na podlagi osnovnega prispevka.

Pri skladih invalidskega in pokojninskega zavarovanja se formira tudi varnostna rezerva, ki bo služila za kritje bodočih obvez iz teh skladov, in valorizacijska rezerva, ki naj služi za zvišanje pokojnin v zvezi z gibanjem življenjskih stroškov oziroma, da se vrednosti teh pokojnin prilagodijo naraščanju življenjskega standarda.

Primanjkljaj sklada zdravstvenega zavarovanja, ki se ugotovi po zaključnem računu, se krije po tem-le vrstnem redu:

1. iz rezerve sklada zdravstvenega zavarovanja;

2. z izrednim prispevkom zavarovancev, če ne zadoščajo sredstva rezerve in

3. z izrednim prispevkom organizacij in zasebnih delodajavcev, če primanjkljaj ni krit niti z izrednimi prispevki zavarovancev.

Stopnjo izrednega prispevka, ki ga plačujejo zavarovanci in stopnjo izrednega prispevka, ki ga plačujejo organizacije in zasebni delodajavci, določi skupščina komunalne skupnosti v soglasju z občinskim ljudskim odborom. Takšno plačevanje izrednega prispevka lahko vpelje s svojim sklepom skupščina komunalne skupnosti za vse svoje območje ali samo za območje občin, v katerih izkazuje poslovanje sklada zdravstvenega zavarovanja primanjkljaj. Izredni prispevek zavarovancev plačujejo po sklepu skupščine komunalnih skupnosti:

vsi zavarovanci po isti stopnji ali

vsi zavarovanci po različnih stopnjah, tako da plačujejo zavarovanci v organizacijah, v katerih so stroški za zdravstveno zavarovanje občutno večji od povprečja, no katerem sta bila predpisana osnovni in dodatni prispevek, večji izredni prispevek ali

samo zavarovanci v organizacijah, v katerih so stroški za zdravstveno zavarovanje občutno večji kot znaša povprečje,

ki ga določi skupščina komunalne skupnosti.

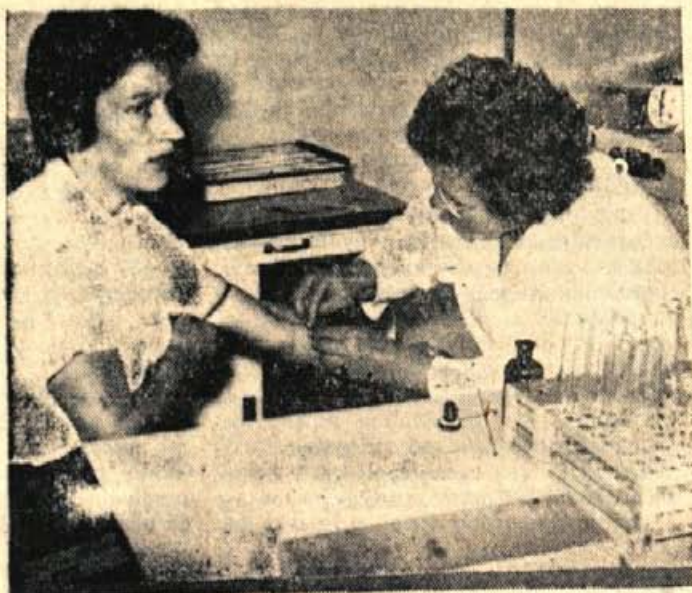
Izredni prispevek organizacij plačujejo po sklepu skupščine komunalne skupnosti vse organizacije in zasebni delodajavci ali pa samo tiste organizacije oziroma tisti delodajavci, pri katerih so stroški za zdravstveno zavarovanje občutno večji od določenega povprečja, tako kot je določeno za izredni prispevek, ki ga plačujejo zavarovanci.

Izredni prispevek plačujejo zavarovanci iz svojih neto prejemkov.

Organizacije, ki poslujejo po predpisih za gospodarske organizacije, plačujejo izredni prispevek iz sredstev, s katerimi samostojno razpolagajo. Organizacije, ki ne poslujejo po predpisih za gospodarske organizacije, plačujejo izredni prispevek iz sredstev, namenjenih za to po predračunu oziroma po finančnem načrtu.

Četudi z vsemi temi ukrepi ni pokrit primanjkljaj sklada zdravstvenega zavarovanja, potem mora ljudska republika določiti, kako se zagotovijo potrebna dopolnilna sredstva za kritje primanjkljaja zdravstvenega zavarovanja.

To bi bile na kratko glavne značilnosti novega zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja. Menimo, da je treba poudariti, da ta sistem ne moremo smatrati kot definitivno rešitev za neko daljše obdobje našega razvoja, čeprav vsebuje značilne spremembe v osnovah in orientaciji nadaljnjega razvoja sistema socialnega zavarovanja v celoti.



Odvezm krvi v ambulanci
za poklicna obolenja

Celoten sistem organizacije in financiranja se bo moral prilagajati in izpopoljevati z nadaljnjim razvojem v sistemu razdelitve družbenega proizvoda, posebej razdelitve dohodka v organizacijah, z nadaljnjimi dosežki v sistemu družbenega samoupravljanja in političnega sistema družbene skupnosti v celoti.

Celotni sistem organizacije in financiranja začne veljati 1. januarja 1963. Do tega časa bo treba izvesti vse organizacijske priprave, da bo sistem organizacije in financiranja začel nemoteno delovati.

Novi zakon o zdravstvenem zavarovanju

Tudi na področju zdravstvenega zavarovanja so z novim zakonom nastopile nekatere spremembe, ki bodo bistveno vplivale na stroške zdravstvenega zavarovanja.

Na področju pravic iz zdravstvenega varstva je predvidena predvsem ta sprememba, da se v zdravstveno varstvo vključuje tudi preventivno zdravljenje, to se pravi: vsi medicinski ukrepi za izboljšanje zdravja oziroma preprečevanje obohlenj. Nadalje je iz pravic izpadlo klimatsko zdravljenje po dosedanjem načinu. Zdravnik bo lahko poslal zavarovanca na klimatsko ali kopalniško zdravljenje kot na nadaljevanje zdravljenja z napatnico. Torej za klimatsko zdravljenje ne bodo več potrebni predlogi zdravnika in ne bo več potreben pregled pri zdravniški komisiji, ampak bodo zdravniki lahko pošiljali na takšno zdravljenje z napatnico. Pogoj za pošiljanje na klimatsko oziroma kopalniško zdravljenje bo, da bo lahko zdravnik poslal zavarovanca na takšno zdravljenje le v tiste ustanove, ki bodo preglašene za zdravstvene zavode, in za katere bo določeno za kakšne bolezni se zavarovanci lahko pošiljajo na zdravljenje.

Kot popolna novost se v zakonu o zdravstvenem zavarovanju uvaja participacija — prispevek zavarovancev k posameznim uslugam, in sicer:

prispevek v višini 60 din za vsak recept — za vsako zdravilo, ki ga bo zavarovavec dvignil v lekarni. (Za tista zdravila, ki jih bo zdravnik direktno dajal zavarovancu, ne bo predpisan prispevek);

participacija oziroma prispevek zavarovancev za neobvezno cepljenje v višini od 20 do 50 odstotkov stroškov za takšno cepljenje. Dokončno višino prispevka pa

določi skupščina komunalne skupnosti zavarovancev.

Participacija — prispevek zavarovancev pri klimatskem oziroma kopalniškem zdravljenju v višini, ki jo določi skupščina republiške skupnosti zavarovancev.

Za zdravila bo izdan pravilnik o prometu z zdravili, v katerem bo tudi predpisano, kakšne količine lahko zdravnik na en recept predpisuje, ker bi bilo sicer možno, da bi zdravnik z ozirom na participacijo zavarovanca pri zdravilih lahko predpisal velike količine in s tem ne bi bil dosežen namen participacije, to je racionalnejše koriščenje zdravil.

Na področju nadomestil so naslednje spremembe: za nego otrok in svojcev bo zavarovavec lahko dobil nadomestilo, in sicer:

za nego otroka do 15 let starosti za 15 dni,

za nego otroka nad 15 let starosti in za nego žene-porodnice do 7 dni.

Skupščina komunalne skupnosti zavarovancev pa bo v svojem pravilniku lahko predpisala pogoje, pod katerimi se takšna nega otrok in svojcev lahko podaljša.

Nadalje je vpeljana novost, da se za tiste zavarovance, ki so v staležu bolnikov preko enega leta, lahko nadomestilo osebnega dohodka poveča, če se je v podjetju, kjer je zavarovavec zaposlen, osebni dohodek v povprečju povečal najmanj za 5 odstotkov.

Nadomestilo osebnega dohodka po novem zakonu znese za prvih 7 dni 80 odstotkov od osebnega dohodka, če ima zavarovavec predhodno zavarovanje, kar pomeni, da je bil pred nastankom primera socialno zavarovan brez presledka najmanj 9 mesecev, ali s presledki v zadnjih dveh letih najmanj 18 mesecev.

Od 8 do 60 dni bolovanja 90 odstotkov od osebnega dohodka in

od 61. dne dalje 100 odstotkov osebnega dohodka.

Ce zavarovavec nima predhodnega zavarovanja, mu gre za prvih 7 dni 60 odstotkov, od 8. do 60. dneva 70 odstotkov, in od 61. dneva dalje 100 odstotkov nadomestila.

100 odstotkov nadomestila dobijo zavarovanci, ki bolujejo zaradi nesreče pri delu, vajenci in zavarovanci, ki spremljajo bolnika do zdravnika oziroma v zdravstveni zavod.

Zavarovanke-porodnice imajo od prvega dne porodniškega dopusta 100 odstotno nadomestilo osebnega dohodka, če imajo predhodno zavarovanje. Kolikor predhodnega zavarovanja nimajo, jim gre 80 odstotkov nadomestila.



Sodobno opremljena čakalnica

Kadar se zavarovanec zdravi v stacionarnem zdravstvenem zavodu, to je v bolnici, zdravilišču in podobno, mu gre nadomestilo osebnega dohodka:

1. če je brez družinskih članov, se mu nadomestilo osebnega dohodka zmanjša za 40 odstotkov;
2. če ima 1 družinskega člana se mu nadomestilo zmanjša za 20 odstotkov;
3. če ima 2 družinska člana se mu nadomestilo zmanjša za 10 odstotkov;
4. če ima tri in več družinskih članov se mu nadomestilo osebnega dohodka ne zmanjšuje.

Isto določilo velja tudi za upokojenca, kadar se nahajajo v stacionarnem zdravstvenem zavodu.

Posebno važna novost v zakonu o zdravstvenem zavarovanju, povezano tudi z zakonom o organizaciji in financiranju pa je v tem, da gospodarske organizacije, zavodi in ustanove neposredno sodelujejo pri financiranju in izvajanju zdravstvenega zavarovanja, in sicer na ta način, da dobijo od komunalne skupnosti zavarovancev del prispevka za zdravstveno zavarovanje. Iz teh sredstev, ki jih dobijo organizacije, neposredno izplačujejo določena nadomestila in stroške za zdravljenje svojih delavcev, in sicer:

1. delavcem nadomestilo osebnega dohodka za prvih 30 koledarskih dni bolezenskega dopusta in nege obolelega ožjega družinskega člana;
2. skladu zdravstvenega zavarovanja — stroške zdravstvenega varstva za prvih 30 koledarskih dni za zdravljenje delav-

cev, ki so se poškodovali pri delu ali oboleli zaradi bolezni.

Del prispevka, ki ga bo skupnost zavarovancev odstopila organizacijam določa skupščina komunalne skupnosti tako, da ta del ustreza povprečnim izdatkom za obveznosti, ki jih bodo morale organizacije kriti v posamezni panogi, skupini oziroma podskupini organizacij na območju komunalne skupnosti. Ta sredstva vodijo organizacije kot namenska na svojem posebnem računu.

Z neporabljenimi sredstvi iz odstopljenega dela prispevka razpolagajo organizacije samostojno za napredek varstva članov svojega delovnega kolektiva.

Ce pa odstopljeni del prispevka ne zadostja za obveznosti do zavarovancev, zagotovijo potrebna dopolnilna sredstva zavarovanci sami iz svojih čistih osebnih prejemkov. Organizacija pa lahko odloči, da da potrebna dopolnilna sredstva iz sredstev, s katerimi samostojno razpolaga.

Skupščini komunalne skupnosti je dana možnost, da lahko sklene, da plačujejo organizacije, pri katerih je to opravičeno, glede na gospodarsko zmognost, število članov delovnega kolektiva in druge posebne okoliščine, ki povečujejo nevarnost, nadomestilo osebnega dohodka in zdravstvene stroške samo za prvih 7 koledarskih dni bolezenskega dopusta. O tem skupščina sklepa za vsako poslovno leto posebej.

Skupščina komunalne skupnosti pa lahko naloži v soglasju z zborom proizvajavcev občinskega ljudskega odbora or-

organizacijam obveznost, da morajo plačevati za zavarovanje, ki so pri njih zaposleni, razliko med dejanskimi zdravstvenimi stroški in določenimi povprečnimi zdravstvenimi stroški na zavarovanca, ki jih ugotovi skupščina za organizacije posamezne gospodarske panoge, skupine oziroma podskupine ali za posamezne organizacije.

Ta določila seveda postavljajo organizacije in zavarovance, ki so zaposleni v teh organizacijah, pred čisto drugačno odgovornost, kot so jo imeli doslej. Organizacije in zavarovanci bodo v prihodnje materialno zainteresirani izboljševati zdravstveno varstvo, krepiti vse preventivne ukrepe za preprečevanje obolenj in seveda tudi pojačati higiensko tehnično varnost v svojem podjetju.

Lahko rečemo, da formiranje skupnosti socialnega zavarovanja na nivoju občin približuje organizacijo zdravstvenega zavarovanja zavarovancem in s tem dobivajo zavarovanci možnost neposrednega vpliva na izvajanje zdravstvenega zavarovanja.

Zavarovavec in organizacija, v kateri dela, postaneta aktiven faktor v zagotavljanju, izvajanju in razvijanju zdravstvenega zavarovanja. Z novimi predpisi se znatni del pravic iz zdravstvenega zavarovanja prenaša neposredno na organizacijo in bo zavarovavec uveljavljal in ustvarjal svoje pravice v organizaciji. Tako bodo organizacija in zavarovanci — člani delovnega kolektiva — veliko bolj zainteresirani za racionalno koriščenje sredstev zdravstvenega zavarovanja, ker se bo rezultat trošenja teh sredstev odrazil na osebnih dohodkih zavarovancev oziroma skladov skupne potrošnje v organizaciji.

Nov položaj zavarovancev in organizacij v izvajanju zdravstvenega zavarovanja ravno tako menja tudi odnos ostalih faktorjev v komuni napram skupnosti socialnega zavarovanja. Komuna postaja neposredno zainteresirana za ekonomsko moč in finančno ravnotežje skladov namenjenih za zdravstveno zavarovanje in zaradi tega za racionalno koriščenje, posebno pa za vzpostavljanje pravih vzajemnih odnosov skladov zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenih ustanov. Problemi skladov zdravstvenega zavarovanja in zagotavljanje sredstev za pokritje izdatkov teh skladov se v novih odnosih neposredno odražajo kot problemi osebnih dohodkov delavcev in skladov gospodarskih in drugih organizacij in preko tega kot problemi standarda vseh občanov v komuni.

V zvezi z novim zakonom o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja je skupščina Republiškega zavoda za socialno zavarovanje še sprejela na svojem zasedanju dne 27. junija t. l. sklep o pogojih, ki morajo biti izpolnjeni za ustanovitev komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev:

Na podlagi 1. odstavka 30. člena zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja izdaja skupščina Republiškega zavoda za socialno zavarovanje v Ljubljani v soglasju z Izvršnim svetom LS LR Slovenije

Sklep

o pogojih, ki morajo biti izpolnjeni za ustanovitev komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev

1.

Komunalna skupnost socialnega zavarovanja delavcev (v nadaljnjem besedilu: komunalna skupnost) se lahko ustanovi za območje ene ali več občin, na katerem so zagotovljeni pogoji za uveljavljanje osnovnega zdravstvenega varstva, na katerem je določeno število zavarovancev in na katerem redni dohodki sklada zdravstvenega zavarovanja (2. odst. 106. člena zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja) vsaj v določenem delu zadoščajo za pokritje izdatkov zdravstvenega zavarovanja (3. odst. 106. člena zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja).

2.

Šteje se, da so zagotovljeni pogoji za uveljavljanje osnovnega zdravstvenega varstva, kadar je na ustreznem območju zdravstveni dom vsaj s splošno in zobno ambulanto.

3.

Komunalna skupnost se lahko ustanovi za območje ene ali več občin, na katerem je najmanj 10.000 zavarovancev. Če na ustreznem območju ni vsaj 10.000 zavarovancev, se komunalna skupnost ustanovi lahko tudi takrat, če je najmanj 6.000 zavarovancev, povprečni osebni dohodki zaposlenih pa presegajo povprečje osebnih dohodkov v LR Sloveniji.

V število zavarovancev se štejejo tudi osebni in invalidski upokojenci ter nosilci družinskih pokojnin.

Z rednimi dohodki sklada zdravstvenega zavarovanja se mora pokriti vsaj 80 odstotkov izdatkov zdravstvenega zavarovanja.

5.

Ko se ugotavlja, ali so izpolnjeni pogoji za ustanovitev komunalne skupnosti na območju občine, je treba upoštevati tudi, ali sosedne občine izpolnjujejo pogoje za ustanovitev komunalne skupnosti.

Ce za eno ali več sosednih občin niso izpolnjeni predpisani pogoji, se lahko ustanovi komunalna skupnost šele takrat, ko se odloči, kateri komunalni skupnosti se priključi območje občine, za katero niso izpolnjeni pogoji za ustanovitev komunalne skupnosti.

6.

Ce se že po ustanovitvi komunalne skupnosti spremenijo okoliščine in niso več izpolnjeni pogoji, predpisani s tem sklepom, za ustanovitev komunalne skupnosti, takšno stanje pa traja že več kot leto dni, se mora začeti postopek za priključitev h komunalni skupnosti, ki izpolnjuje pogoje po tem sklepu.

Po ustanovitvi komunalne skupnosti se lahko izločijo iz območja posameznih občin le takrat, če so za vsa nastala območja izpolnjeni pogoji po tem sklepu, ali če se istočasno odloči o priključitvi območij občin, na katerih niso izpolnjeni pogoji po tem sklepu, komunalnim skupnostim, ki izpolnjujejo predpisane pogoje.

7.

Ta sklep je skupščina Republiškega zavoda za socialno zavarovanje v Ljubljani sprejela na svojem zasedanju 27. junija 1962. Izvršni svet LS LR Slovenije pa je dal nanj svoje soglasje...

Obrazložitev

Po določitvi 30. člena zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja določa skupščina republiške skupnosti socialnega zavarovanja pogoje, ki morajo biti izpolnjeni za ustanovitev komunalne skupnosti socialnega zavarovanja. Na tako določene pogoje mora dati svoje soglasje tudi republiški izvršni svet.

Po predloženem osnutku so določeni trije pogoji za ustanovitev komunalnih skupnosti: najmanjše število zavarovancev; zagotovitev osnovnega zdravstvenega varstva na ustreznem območju; zagotovi-

tev takšnih rednih dohodkov sklada, da se pokrije vsaj določen del izdatkov zdravstvenega zavarovanja.

Menimo, da je 10.000 zavarovancev primerno število, za katero se lahko ustanovi samostojna komunalna skupnost. Če pa je povprečje osebnih dohodkov na zadevnem območju nad republiškim povprečjem, menimo, da se komunalna skupnost lahko ustanovi tudi za manjše število zavarovancev, to je za 6.000 zavarovancev.

Glede zagotovitve osnovnega zdravstvenega varstva menimo, da je zagotovljeno, če je na ustreznem območju zdravstveni dom s splošno in zobno ambulanco.

Komunalna skupnost se ne bi mogla ustanoviti za območja tistih občin, pri katerih je dohodek sklada zdravstvenega zavarovanja tako majhen, da ne zadošča za pokritje celotnih izdatkov zdravstvenega zavarovanja na tem območju vsaj v višini 80 odstotkov. Manjkajoči del bi se mogel namreč kriti z izrednim prispevkom.

Po osnutku sklepa se ne bo mogla ustanoviti komunalna skupnost za neko območje, za katero so sicer izpolnjeni pogoji, predpisani v tem sklepu, če območja sosednih občin ne izpolnjujejo pogojev za samostojno komunalno skupnost, dokler se ne odloči, kateri skupnosti se priključi to območje.

K sklepu mora dati svoje soglasje tudi republiški Izvršni svet. Ker Izvršni svet LRS še ni razpravljal o predloženem sklepu, naj bi skupščina pooblastila izvršni odbor, da napravi morebitne popravke v predloženem sklepu v smislu pripomb, ki bi jih dal Izvršni svet LRS.

V zvezi s tem sklepom vam v prilogi dajem tudi podatke o finančnem poslovanju zdravstvenega zavarovanja v okraju Kranj za leto 1961, iz katerih je razvidno, da imajo pogoje za ustanovitev komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev občine: Kranj, Jesenice in Radovljica, medtem ko občini Skofja Loka in Tržič ne izpolnjujeta teh pogojev.

Izvršni odbor skupščine je o teh pogojih za ustanovitev komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev razpravljal in predlagal, da se komunalne skupnosti ustanovijo v občini Kranj, skupaj za področje občine Kranj, Skofje Loke in Tržiča; nadalje v občini Jesenice in v občini Radovljica, tako da bi bilo celotno gorenjsko področje razdeljeno na tri komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev.

Pripravlja se tudi sklep o pogojih, ki morajo biti izpolnjeni, da komunalne

skupnosti socialnega zavarovanja ustanovijo zavod za socialno zavarovanje, in sicer bodo ti pogoji naslednji:

Komunalna skupnost socialnega zavarovanja delavcev bo lahko ustanovila zavod, če bo na svojem področju imela najmanj 15.000 zavarovancev oziroma lahko tudi 10.000 zavarovancev, če je povprečni dohodek na zavarovanca višji od republiškega povprečja. Pod temi pogoji se na Gorenjskem lahko ustanovita le dva zavoda, in sicer za skupnost zavarovancev Kranj, Skofja Loka in Tržič en zavod, in v Radovljici drugi zavod. Izvršni odbor skupščine je tudi o tem razpravljal in sklenil predlagati, da se v našem okraju ustanovita dva komunalna zavoda za socialno zavarovanje, in sicer komunalni zavod Kranj in Jesenice.

V zvezi z vso to problematiko predlagamo, da skupščina Okrajnega zavoda za socialno zavarovanje v Kranju sprejme naslednje sklepe in priporočila:

1. Skupščina predlaga, da se na področju okraja Kranj ustanovita dve komunalni skupnosti socialnega zavarovanja delavcev, in sicer za področje občine Kranj, Skofja Loka in Tržič ena skupnost socialnega zavarovanja, za področje ob-

čine Jesenice in Radovljica druga skupnost socialnega zavarovanja;

2. Skupščina nadalje predlaga, da se na področju okraja Kranj ustanovita dva komunalna zavoda za socialno zavarovanje in sicer Komunalni zavod za socialno zavarovanje v Kranju za področje občin Kranj, Skofja Loka in Tržič in Komunalni zavod za socialno zavarovanje na Jesenicah za področje občine Jesenice in Radovljica;

3. Vsi člani skupščine, posebno pa člani Izvršnih odborov Okrajnega zavoda za socialno zavarovanje in Izvršnih odborov podružnic, naj aktivno sodelujejo in v povezavi z družbenopolitičnimi organizacijami na področju občin organizirajo široko razpravo o novih zakonih na področju socialnega zavarovanja z vsemi zavarovanci in naj poskrbijo, da bo sleherni zavarovanec seznanjen z vsemi pravicami, ki mu jih ti novi predpisi dajejo, predvsem pa tudi z vsemi dolžnostmi, ki se pred zavarovanca postavljajo. To priporočilo se nam zdi važno predvsem zaradi tega, ker skupnost zavarovancev ne bo samo skupščina komunalne skupnosti, ampak mora skupnost zavarovancev predstavljati vse aktivne zavarovance in da mora sleherni zavarovanec pri reševanju problemov zdravstvenega zavarovanja aktivno sodelovati, ne poznati samo svojih pravic, ki izvirajo iz predpisov, ampak poznati tudi svoje dolžnosti do sklada zdravstvenega zavarovanja in posledice, ki bi nastale, če bi se pravice iz zdravstvenega zavarovanja preširoko izkoriščale;

4. Izvršni odbor skupščine naj poskrbi v povezavi z družbenopolitičnimi organizacijami, da se bodo ti problemi obravnavali v vseh gospodarskih organizacijah in da bodo vsi člani kolektiva gospodarskih organizacij, zavodov in ustanov seznanjeni s svojimi pravicami in dolžnostmi napram skupnosti zavarovancev oziroma napram skladu zdravstvenega zavarovanja;

5. Izvršni odbor skupščine naj skupaj z upravnim odborom zavoda in upravo Okrajnega zavoda za socialno zavarovanje zagotovi vse potrebne ukrepe, da bo možna nova organizacija socialnega zavarovanja in da bodo vsi poslani socialnega zavarovanja nemoteno tekli in se prilagodili novim predpisom, novi organizaciji in financiranju.

Kranj, 5. julija 1962

Predsednik skupščine:

Franc Medja l. r.



Zobotehnik pri delu

Problemi v zvezi s financiranjem zdravstvenega zavarovanja v okraju Kranj

Republiška skupščina je v prejšnjem mesecu obravnavala probleme v zvezi z izdatki socialnega zavarovanja delavcev. Med drugim je ugotovila, da so v izredno močnem porastu zlasti izdatki za zdravstveno zavarovanje, pa naj jih upoštevamo v absolutnem znesku ali preračunane na enega zavarovanca. V enako močnem porastu je tudi delež izdatkov zdravstvenega zavarovanja v skupnih izdatkih oziroma odnos teh izdatkov nasproti narodnemu dohodku.

V našem okraju lahko prav tako ugotovljamo, da je dinamika porasta izdatkov za zdravstveno zavarovanje zelo močna, kar lahko ugotovimo iz naslednjih podatkov:

v milij.

Leto	Izdatki za zdr. zav. v okraju Kranj	Indeks	Izdatki za zdr. zav. v LRS	Indeks
1953	501	100.00	4.098	100.00
1954	591	117.87	5.205	127.00
1955	676	134.96	6.181	150.80
1956	876	174.67	7.516	183.40
1957	1.076	214.53	9.234	225.30
1958	1.332	265.60	11.647	284.20
1959	1.672	333.46	15.218	371.40
1960	2.010	400.93	17.950	438.00
1961	2.840	568.38	26.715	651.90
1962	3.435	680.83	30.294	739.20

Leto 1953 je vzeto za podlago, ker se je s tem letom socialno zavarovanje začelo financirati po novih načelih. Z istim letom je tudi zdravstvena služba prešla na samostojno financiranje in družbeno upravljanje.

Podatki za leto 1962 so vzeti iz finančnega načrta, ki ga je sprejela naša okrajna 1953 do 1961 povečali približno za pet in pol krat v našem okraju, dočim so se v republiškem merilu povečali šest in pol krat. Posebno močan porast teh izdatkov je od leta 1960 na leto 1961. Iz podatkov v tabeli je razvidno, da so bili izdatki za zdravstveno zavarovanje v 1960 letu 2.010.000.000 dinarjev, v letu 1961 pa 2.840.000.000 dinarjev ali povečanje za 41,27%.

Podatki za leto 1962 se vzeti iz finančnega načrta, ki ga je sprejela naša okrajna skupščina in ki jih je sprejela tudi skupščina Republiškega zavoda za stroške zdravstvenega zavarovanja v republiki. Pri tem seveda niso bile upoštevane naloge, ki se postavljajo pred samoupravne organe socialnega zavarovanja v zvezi z ukrepi, ki so bili zaradi štednje sprejeti v zveznem merilu.

Gibanje izdatkov za zdravstveno zavarovanje je bilo za posamezne panoge, preračunane na enega zavarovanca v našem okraju, v primerjavi z gibanjem v LRS, naslednje:

PANOGA	1960		1961	
	OZSZ	LRS	OZSZ	LRS
1. Amb. zdravljenje	5.256	5.835	8.806	9.899
2. Bolnično zdravljenje	10.359	12.478	13.909	18.514
3. Zdravila	4.500	4.059	5.768	5.233
4. Zobozdravstvo	2.365	2.111	2.797	2.974
5. Zdrav. v narav. zdr.	978	793	1.399	1.383
6. Ortoped. prip. in sanitarne naprave	358	375	404	462
7. Denarne dajatve	9.894	8.546	12.913	11.617
8. Ostali izdatki	140	124	120	129
9. Osebn. izdatki	1.582	1.449	2.387	2.197
10. Mater. izd. in nab. inventarja	770	696	1.112	824
11. Gradnja stanovanj in upravnih zgradb	1.214	1.333	1.521	1.308
Celokupni izdatki v dinarjih	37.414	37.849	51.135	53.938

Gibanje izdatkov po panogah za zdravstveno zavarovanje v okraju Kranj, v pri-

merjavi z letnimi izdatki v LRS za prve tri mesece letošnjega leta, nam kaže naslednja tabela:

PANOGA	Izd. na zavar. OZSZ	Izd. na zav. LRS
1. Amb. zdravljenje	1.800	1.619
2. Zobna in zobotehnična pomoč	813	608
3. Zdravljenje v bolnišnicah	3.563	3.789
4. Zdravila	1.770	1.457
5. Ortopedski pripomočki	112	101
6. Potni stroški	386	328
7. Zdravljenje v narav. zdrav.	294	179
8. Denar. nadom. za čas bolezni	2.690	1.959
9. Denar. nadom. za čas nosečnosti	534	395
10. Razlika v plači za skr. del. čas	204	144
11. Podpora za opremo otroka	87	92
12. Povrač. in pomoč v prim. smrti	130	110
13. Ostali izdatki	46	30
14. Osebn. izdatk.	528	512
15. Materialni izdatki	164	135
16. Nabava inventarja	8	35
17. Sredstev za gradnjo	304	50
Celokupni izdatki skupaj	14.223	11.924

Iz tega pregleda vidimo, da so izdatki za zdravstveno zavarovanje v našem okraju v letu 1962 močno narasli in da je v prvih treh mesecih razlika med izdatki za zdravstveno zavarovanje v našem okraju in povprečnimi izdatki v LRS za 2.299 din na zavarovanca.

Iz gornjih podatkov je razvidno, da so največ narasli izdatki od leta 1960 na leto 1961 za zdravljenje, in sicer v našem okraju za 42,88, dočim so v LRS povečani za 44,7%. Izdatki za denarne datave (nadomestila osebnega dohodka, povračila in podpore) so narasli od leta 1960 na 1961 v našem okraju za 35%, v LRS pa za 34,6%.

Iz podatkov, s katerimi razpolaga Okrajni zavod za socialno zavarovanje, je razvidno, da so se stroški za ambulantno zdravljenje od leta 1960 na leto 1961 povečali za 73,18%, od leta 1960 na leto 1961 povečali za 51,1%. Izdatki za zobno nego so se od leta 1960 na 1961 povečali za 22,21%, v prvih petih mesecih letošnjega leta pa za 17,6%. Izdatki za zdravljenje v bolnicah so se iz leta 1960 na 1961 zvišali za 33,8%, v petih mesecih letošnjega leta pa za 46,5%; izdatki za zdravila so se iz leta 1960 na 1961 povečali za 22,49%, v prvih petih mesecih letošnjega leta pa za 60,2%; izdatki za ortopedske pripomočke so se od leta 1960 na 1961 povečali za 17,34%, v prvih petih mesecih letošnjega leta pa za 26%; izdatki za potne stroške zavarovancev so se od leta 1960 na 1961 povečali za 27,76%, v prvih petih mesecih letošnjega leta pa za 70,0%; izdatki za zdravljenje v naravnih zdraviliščih so se povečali od leta 1960 na 1961 za 47,87%, v prvih petih mesecih

letošnjega leta pa za 82,7%. Skupni izdatki za zdravljenje so se povečali od leta 1960 na leto 1961 za 42,88%, v prvih petih mesecih letošnjega leta pa za 50,5%.

Izdatki za denarno nadomestilo za čas bolezni so se povečali iz leta 1960 na leto 1961 za 38,24%, v prvih petih mesecih letošnjega leta pa so večji za 75,8%, nasproti istemu obdobju lani. Skupaj vsi izdatki za denarne datave so se povečali od leta 1960 na 1961 za 35%, v prvih petih mesecih letošnjega leta pa za 76,8%, napram istemu obdobju lani.

Osebn. izdatki so se v prvih petih mesecih letošnjega leta, v primerjavi z istim obdobjem lani povečali za 19,4%, celotni stroški zavoda pa so se v prvih petih mesecih, v primerjavi z istim obdobjem lani povečali za 19,7%. Pri tem je treba pripomniti, da je Izvršni odbor skupščine po izdaji zveznega navodila o izvajanju načel in splošnih meril za delitev dohodka v pravilnikih samostojnih zavodov že korigiral pravilnik o delitvi osebnega dohodka in prilagodil maso sredstev za osebne dohodke tem navodilom. Po tej korekturi bo masa sredstev za osebne dohodke koncem leta 1962 večja od mase sredstev za osebne dohodke v letu 1961 za okrog 1,88%. Začasni upravni odbor zavoda je na pobudo Izvršnega odbora skupščine že podvel tudi vse ukrepe za znižanje materialnih izdatkov, tako da pričakujemo, da bodo stroški poslovanja Okrajnega zavoda v letu 1962 precej nižji od stroškov v letu 1961.

Ta porast stroškov za zdravstveno zavarovanje v prvih petih mesecih letošnjega leta, napram istem obdobju lani, pa ni posledica

Vse je pripravljeno
za sprejem pacienta



višjih cen zdravstvenih storitev, ampak je zlasti poročila naglega naraščanja raznih pregledov in storitev, primerov in dni ležalne dobe v bolnišnicah in zdraviliščih, porastu števila receptov itd.

Po podatkih s katerimi razpolaga Okrajni zavod lahko ugotovimo, da so se ambulantni pregledi in storitve v prvih petih mesecih letošnjega leta napram istemu obdobju lani zvišali od 424.357 pregledov in storitev na 568.736 pregledov in storitev, to je za 144.4 pregledov in storitev. Nadalje se je to število bolnikov, ki so ležali v bolnišnicah v prvih petih mesecih letošnjega leta, napram istemu obdobju lani, povečalo od 8450 primerov na 9.668 primerov ali za 1.218 primerov, ležalni dnevi v bolnišnicah pa so se povečali od 106.931 na 131.154 ali za 24.223 dni. Nadalje se je povečalo število receptov v prvih petih mesecih letošnjega leta napram istemu obdobju lani od 337.737 na 407.644 ali za 69.907 receptov. Ravno tako se je v prvih petih mesecih letošnjega leta, napram istemu obdobju lani, zvečalo število primerov zavarovancev, ki prejemajo nadomestilo zaradi bolezni od 15.056 na 19.540 ali za 4.484 primerov oz. je povečanje izgubljenih dni zaradi bolezni od 241.769 na 289.319 ali za 47.550 izgubljenih dni

več. Povprečni stalež bolnikov je bil koncem maja lani 4,52%, v letošnjem letu pa je povprečni stalež koncem maja 5,64%.

Število zavarovancev je bilo lani maja 56.656, v letošnjem letu pa je koncem maja 55.944 ali za 712 zavarovancev manj kot v lanskem letu.

Sklad zdravstvenega zavarovanja v kranjskem okraju je imel do konca maja letos po stopnji 8,7 1.313.000.000 dinarjev dohodkov in 1.371.000.000 din izdatkov, kar pomeni, da je koncem maja že v primanjkljaju za 57.100.000 dinarjev.

Republiška skupščina je na svojem zasedanju dne 27. junija letos sprejela sklep o novi razdelitvi splošnih stopenj prispevka za socialno zavarovanje za leto 1962, in sicer:

1. splošna stopnja 22% se deli:

- a) za zdravstveno zavarovanje 8,30%
- b) za dolgoročna zavarovanja 13,28%
- c) za zavode za zaposlovanje delavcev 0,40%
- d) za potrebe Zveznega zavoda za socialno zavarovanje 0,02%

2. splošna stopnja 20% se deli:

- a) za zdravstveno zavarovanje 8,30%
- b) za dolgoročna zavarovanja 11,28%
- c) za zavode za zaposlovanje delavcev 1,87%
- d) za potrebe Zveznega zavoda za socialno zavarovanje 0,02%

Ta sklep republiške skupščine velja od dneva objave v Uradnem listu LRS, uporablja pa se od 1. januarja 1962 dalje.

Na podlagi tega sklepa republiške skupščine za socialno zavarovanje mora danes naša skupščina sprejeti nov predračun dohodkov in izdatkov sklada zdravstvenega zavarovanja, ki mora biti seveda prilagojen novi stopnji, ki velja od 1. januarja 1962, to je 13,7% za zdravstveno zavarovanje. S tem se sveda dohodki sklada zdravstvenega zavarovanja precej znižajo in je finančni rezultat letnem maja toliko spremenjen, da se primanjkljaj poveča za okrog 48.700.000 din, kar

pomeni skupni primanjkljaj cca 106.000.000 dinarjev.

V takšnih pogojih bodo morali samoupravni organi socialnega zavarovanja v našem okraju podvzeti vse možne ukrepe, da bodo izdatki za zdravstveno varstvo vsklajeni z materialnimi zmogljivostmi sklada za zdravstveno zavarovanje in poskrbeti zato, da sklad zdravstvenega zavarovanja ne bo koncem leta 1962 prišel v tako situacijo, da bi morali zavarovanci v letu 1963, po novem zakonu o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja, plačevati izredni prispevek za kritje primanjkljaja v skladu zdravstvenega zavarovanja.

Republiška skupščina je na svojem zasedanju sprejela sklepe in priporočila v zvezi s problematiko izdatkov socialnega zavarovanja. Menimo, da bi te sklepe in priporočila lahko v celoti sprejela tudi naša skupščina. Zato jih v celoti navajamo v tem poročilu in dajemo skupščini v razpravo in potrditev.

Sklepi in priporočila skupščine Republiškega zavoda v zvezi z razpravo o problemih izdatkov socialnega zavarovanja

1. Samoupravni organi socialnega zavarovanja morajo v polni meri upoštevati in si vsestransko prizadevati, da bodo izdatki za zdravstveno varstvo in v splošnem za socialno zavarovanje v primernem razmerju do narodnega dohodka;

2. Dinamika porasta izdatkov zdravstvenega zavarovanja mora biti počasnejša od dohodka in se mora vkladati in prilagoditi našim sredstvom, ki se lahko v okviru splošne proizvodnje predvidijo za te namene;

3. Samoupravni in upravni organi socialnega zavarovanja morajo vsestransko pomagati zdravstveni službi v prizadevanjih za boljše in smotno organizacijo dela in za hitro odkrivanje notranjih rezerv in za njihovo pravilno uporabljanje, pri tem pa gledati, da bodo omenjena prizadevanja brez škode za raven zdravstvenega standarda;

4. V pogodbah z zdravstvenimi zavodi naj v letnih praviloma ne spreminja način določen povračila za opravljene storitve, da bi se na ta način izognili umetnemu povečanju cene za stali ambulantskih in bolničnih storitev, razen pri tistih bolnišnicah, ki bi na podlagi izdelane dokumentacije dokazale upravičeni plačevanja za individualne zdravstvene storitve, ker bi to pomenilo napredek v načinu financiranja zdravstvene službe;

5. Cene zdravstvenih storitev je treba v pogodbah vkladiti s predpisi odloka o cenah za storitve zdravstvenih zavodov (Uradni list FLRJ, št. 19/62) in republiškega odloka o znižanju cen za zdravstvene storitve in o pogodbah, ob katerih se smejo revidirati cene, ki veljajo na dan 31. decembra 1961;

6. Predstavniki socialnega zavarovanja v zdravstvenih zavodih naj si prizade-

vajo, da bo v teh zavodih čimprej opravljena revizija sistema delitve dohodka in razdeljevanja osebnih dohodkov in da bodo ustrezni pravilniki prilagojeni navodilu o izvajanju načel in splošnih meril za delitev dohodka v pravilnikih samostojnih zavodov (Uradni list FLRJ, št. 16/62) in republiškem navodilu o splošnih merilih za delitev dohodka samostojnih zavodov;

7. V pogodbah o plačilu zdravstvenih storitev ne smejo zavodi za socialno zavarovanje v nobeni obliki predvideti dotacij za razširitev ali nove investicije zdravstvenih zavodov iz svojih rednih sredstev, niti ne smejo za takšne namene v pogodbah predvideti višje cene;

8. V pogodbah z lekarnami morajo zavodi za socialno zavarovanje predvideti različno maržo za posamezne lekarne, višino marže pa prilagoditi prometu vsake lekarne s tem, da bi marža samo izjemoma smela dosegati 25 odstotkov;

9. Okrajni zavodi za socialno zavarovanje naj bi pri sklepanju pogodb z zobozdravstvenimi zavodi gledali, da se odpravijo vse neutemeljene razlike v višini tarife med posameznimi zobozdravstvenimi zavodi in med območji posameznih okrajnih zavodov, se bolj naj bi se stimulirale storitve konservativnega zdravljenja in iskale nove oblike in merila za določanje višine osebnih dohodkov v skladu z opravljenim delom zobozdravstvenega delavca in kvaliteto njegovega dela;

10. Okrajni in republiški zavod za socialno zavarovanje si morajo prizadevati, da bi se razširil asortiman zdravstvenih storitev v naravnih zdraviliščih, ter izboljšal način spremljanja poteka uspehov zdravljenja in

da bi zdravljenje v naravnih zdraviliščih postopoma dobilo prvenstveno obliko nadaljevanja bolničnega zdravljenja oziroma rekonvalescence po težjih obolenjih;

11. Okrajni zavodi za socialno zavarovanje naj za zbere proizvajalcev občinskih in okrajnih ljudskih odborov in za organe delavskega samoupravljanja v gospodarskih organizacijah pripravijo problematiko izostankov z dela zaradi bolezni in poškodb. V ta namen morajo zavodi takoj analizirati vzroke nenormalnega povečanja izostankov z dela v prvih petih mesecih letošnjega leta;

12. Zaradi izrednega povečanja odstotka izostankov z dela v letošnjih mesecih, naj okrajni zavodi takoj stopijo v stik z ambulantnimi zdravstvenimi zavodi, zlasti še z obratnimi ambulanti, da bi ugotovili vzroke povečanega izostanka in storili potrebne ukrepe za njegovo zmanjšanje;

13. Samoupravni organi za socialno zavarovanje morajo v letu 1962 uvesti skrajno štednje tudi pri materialnih izdatkih in posebej pri nabavi inventarja, ter gradnji stanovanjskih zgradb, gradnje upravnih stavb pa spraviti v sklad s priporočilom Zveznega Izvršnega sveta o odložitvi zidanja administrativnih in upravnih poslopij ter drugih stavb določeni uporabnikov družbenega premoženja v letu 1962 (Ur. l. E.L.R.J. št 16/62);

14. Samoupravni organi zavodov za socialno zavarovanje morajo visino in način odločanja osebnih dohodkov uslužbencev prilagoditi načelom, vsebovanim v zveznem navodilu o izvajanju načel in splošnih merilih za delitev dohodka v pravilnikih samostojnih zavodov in republiškem navodilu o splošnih merilih za delitev dohodka samostojnih zavodov;

15. Zavodi za socialno zavarovanje morajo v skladu s splošnimi načeli za varčevanje pregledati tudi ostale izdatke in težiti, da se zlasti izdatki za zdravniške ter invalidske komisije zmanjšajo povsod, kjer je mogoče, in da se honorarji za člane teh komisij spravijo v sklad z revidiranimi honorarji članov osebnimi dohodki zdravnikov v zdravstvenih zavodih;

16. Republiški zavod za socialno zavarovanje naj skupaj s Svetom za zdravstvo LRS oziroma Zavodom LRS za zdravstveno ravnanje prouči možnosti, kako bi se zavarovalnim in drugim osebam zagotovilo celovitejši in napravniji na bolj ustrezne načine, in na kakšen način bi se zlasti dala zboljšati kvaliteta takšnih dajatev;

17. Samoupravni organi zavodov za socialno zavarovanje morajo poskrbeti skupaj s ljudskimi odbori, da se sredstva, ki so



K zdravniku

v preteklem letu dana iz skladov zdravstvenega zavarovanja za zdravstvene investicije. V nobenem primeru, in tudi ne samo začasno, se bodo uporabljala za nezdravstvene investicije;

18. Zavodi za socialno zavarovanje morajo dati po svojih predstavnikih v komisijah za ugotavljanje delovne in druge dobe skrbeti za pravilne in enotne kriterije za ugotavljanje delovne in druge dobe, občinskim in okrajnim upravnim organom, ki so pristojni za ugotavljanje kategorij delovnega mesta, pa predložiti neenotnost kriterijev in nepravilno viševanje kategorij zlasti še pri uslužbenih in vodilnih delavcih;

19. Okrajni zavodi za socialno zavarovanje morajo pri odločanju za dajanje pokojninskega ter invalidskega zavarovanja še bolj skrbeti, da se prepreči pojavi umetnega viševanja osebnih dohodkov delavcem v obdobjih, ki naj se jemljejo za osnovo za določitev pokojnine. Po potrebi pa naj samoupravni organi zavodov predložijo škodljivost in kaznivost takšnega postopanja tudi samoupravnim organom v gospodarskih in drugih organizacijah;

20. Izvršni odbor skupščine republiškega sveta naj oceni delo invalidskih komisij in predloži za večjo strokovno kontrolo, ki naj ima za namen poostriži in poenotiti kriterije tudi za ugotavljanje pojave invalidnosti;

21. Upravni in samoupravni organi okrajnih, zlasti še republiškega zavoda za socialno zavarovanje, morajo sproti zasledovati in obravnavati probleme, ki se pojavljajo v zvezi s predpisi s področja socialnega zavarovanja, zlasti še pokojninskega ter invalidskega zavarovanja ter otroških dodatkov, ter jih javljati pristojnim organom v zvezi s pripravami na nove predpise v teh panogah socialnega zavarovanja;

22. Samoupravni organi zavodov za socialno zavarovanje naj razpravljajo tudi o višini osebnih dohodkov uslužbencev zavodov za leto 1961 in se pri tem ravnajo po načelih, ki jih navaja zvezno navodilo o izvajanju splošnih in splošnih meril za delitev dohodkov v pravnih samostojnih zavodov in v republiškem navodilu o splošnih merilih za delitev dohodka samostojnih zavodov;

23. Skupščine okrajnih zavodov za socialno zavarovanje naj čimprej razpravljajo o vseh problemih v zvezi z naraščanjem izdatkov socialnega zlasti pa zdravstvenega zavarovanja in naj sprejmejo ustrezne ukrepe za omejitev nadaljnega naraščanja. V tej zvezi

naj zlasti takoj seznanijo ljudske odbore in svet za zdravstvo s problemi naraščanja izdatkov socialnega, zlasti zdravstvenega zavarovanja in jim predlagajo sprejem primerljivih ukrepov;

24. Upravni in samoupravni organi zavodov za socialno zavarovanje naj pri ustanavljanju komunalnih skupnosti socialnega zavarovanja in komunalnih zavodov za socialno zavarovanje skrbijo, da ne bo prišlo do prevelikega drobljenja skladov in zavodov, ker bi se tudi s prevelikim drobljenjem mogli povečevati izdatki socialnega zavarovanja brez istočasnega zboljševanja poslovanja zavodov;

25. Zavodi za socialno zavarovanje naj si prizadevajo zboljšati tudi notranjo organizacijo in poslovanje zavodov, da bi se dosegla večja ekspanzivnost in zmanjšali stroški poslovanja. Pri tem naj uporabljajo tudi dobre izkušnje drugih zavodov za socialno zavarovanje.

Razen teh sklepov in priporočil skupščine Republiškega zavoda za socialno zavarovanje menimo, da bi bilo prav, da naša skupščina še posebej sprejme naslednje sklepe:

1. Uprava Okrajnega zavoda za socialno zavarovanje naj z vsemi zdravstvenimi zavodi, s katerimi je že sklenila pogodbe oz. je že izvršen dokončni dogovor za sklenitev pogodbe, ponovno razpravlja o določitvi povračila za opravljene storitve in naj povsod skuša izdatke za zdravljenje prilagoditi materialnim zmogljivostim posameznega področja;

2. Izvršni odbori podružnic Okrajnega zavoda za socialno zavarovanje naj skupaj z Občinskimi ljudskimi odbori oz. njihovimi predstavniki in s predstavniki družbeno-političnih organizacij temeljito analizirajo nastalo situacijo v zvezi z zmanjšanjem sredstev za zdravstveno zavarovanje. S temi organi naj skušajo korigirati programe zdravstvenih zavodov v letošnjem letu in jih prilagoditi materialnim zmogljivostim na področju posamezne občine;

3. Izvršni odbor skupščine naj skupaj z začasnim upravnim odborom zavoda in upravo zavoda ponovno pregleda vse možnosti za znižanje stroškov poslovanja zavoda in naj podvzame vse ukrepe, da se ti stroški znižajo.

Kranj, 5. julija 1962

Predsednik skupščine
Franc Medja l. r.