

OKRAJNI LJUDSKI ODBOR

Poročilo o delu Sveta za zdravstvo za leto 1956

(Nadaljevanje)

Odklanjajo poskuse zdravstvene oblasti in krajevnih faktorjev, da tudi zdravstveno službo svojega kraja približajo novim pridobitvam. Z vsemi mogočimi prepričanji zavirajo celo nastavev novega zdravstvenega osebja in se — ko odpadejo vse druge rešilne bilke — oprimejo strokovnosti, da z njo zavedejo upravni odbor in krajevne organe. Toda ni vse strokovno. Organizacija dela zdravstvenega doma prav gotovo ni samo strokovnost. Prav to, razpored poslov in prostorov, pa je bil v obravnavanem primeru oni »strokovni« del in oni maneuver, s katerim je zdravnik skušal zavreti delo upravnega odbora, zdravstvenega doma, novega zdravnika in na drugi strani ojačati svoj vpliv in svojo privatno prakso.

Delokrog in pristojnosti družbenega upravljanja v zdravstvu so vedno večje. Obravnavani problemi nakazujejo njihovo odgovornost in zmeraj večjo vlogo pri socializaciji zdravstva.

Privatna praksa je eden teh važnih problemov. Morda je zaenkrat še preuranjeno napovedovati tak ali tak način za rešitev tega problema in je to stvar bližnje bodočnosti in razvoja, eno pa je ugotoviti in v tej zvezi zahtevati največjo pažnjo in odgovornost organov družbenega upravljanja: zdravstvena služba v posameznih krajih mora biti organizirana tako, da zajame in zadosti vsem potrebam in obveznostim javne zdravstvene službe; z drugimi besedami — organizacija javne zdravstvene službe ne sme služiti privatni praksi. Za to trditve imamo dokaze. Ni nobena skrivnost, in posebno v zobozdravstvu so primeri najbolj pogosti, da je javna zdravstvena služba prazna, privatna praksa tistega kraja pa polna. Stvar je jasna. Zaradi nezadostne oblasti in družbene kontrole vrše gotovi ljudje v javni zdravstveni službi načrtno, a tiho sabotažo, da s tem afirmirajo svojo privatno prakso in svoje privatne ambicije. Več ali manj prikrito namigavanje na nepopolnost in neustreznost javne zdravstvene službe, na nedopustnost ordiniranja dragih zdravil, na dva meseca in še daljšo dobo raztegnjena vabila, so način, ki kaj lahko zavede preproste ljudi, če ni organa, ki bi škodljivo stanje z odločnimi ukrepi zavrli. To je res veliko torišče dela in odgovornosti družbenega upravljanja v zdravstvu — Javna zdravstvena služba ima v sedanjem družbenem stroju svoj temelj in mora svojo organizacijo, sposobnosti in organe upravljanja prilagoditi v smeri, da bo v javni zdravstveni službi sprejemala tudi privatnike. Čas je za to dozorel. Priprave za dokončno socializacijo medicine morajo biti izvedene. Odgovornost zato imajo poleg oblastvenih

organov tudi družbeni organi upravljanja.

Zaradi različne zrelosti članov družbenega upravljanja so glede na nakazane potrebe uspehi družbenega upravljanja v javnih zdravstvenih ambulantah oziroma ustanovah različni. Dokazano je, da so zunanji člani upravnih odborov, ki gledajo na zdravstvene zadeve s širšega vidika prebivalstva, v mnogih ustanovah dali novih poletov, koristnih za ustanovo in predvsem za skupnost. Objektivnih meril za presojo teh uspehov sicer še nimamo, potrebno pa bi bilo, da zunanji člani upravnih odborov sami povedo svoje občutke in zadovoljstvo, ki se porodi vsakemu delavcu, ko presoja svoj delovni uspeh.

Priznati je, da se je ponekod delo upravnih odborov res omejevalo na reševanje tekočih in administrativnih nalog ustanove — predvsem v cilju razdelitve odgovornosti — to pa v posledici kratkotrajne dobe obstoja le tam, kjer ni bilo širokega koncepta, intenzivnega sodelovanja ter točne zavesti o pravicah in dolžnostih. Svet za zdravstvo je odklanjaj in preprečeval direktno in vertikalno administrativno poseganje v družbeno upravljanje zdravstvenih ustanov ter poudarjal vrednost regulatornega vpliva upravnih odborov na organizacijo in kvaliteto dela zdravstvenih zavodov.

Današnji družbeno-ekonomski razvoj narekuje tudi zdravstvu in zdravstvenim upravnim odborom poglobljeno zanimanje in upoznavanje zdravstvene ekonomike. Predvsem prehod na samostojno finansiranje je neposredni poziv družbenim organom, da svojo dejavnost usmerijo tudi v tej smeri, da je zdravstvena ekonomika eden važnih elementov zdravstvene problematike na sploh in kot taka važen delokrog dela zdravstvenih upravnih odborov.

Družbeno upravljanje v zdravstvu pa nima svojega temelja le v finančno samostojnih zdravstvenih zavodih, čeprav je bilo prvotno vpeljana le tam in čeprav je prevladovalo mnenje, da bo našlo svoj delokrog dela predvsem v zdravstvenih zavodih, ki se samostojno finansirajo. Izkušnje so ovrgle to miselnost, saj danes razpolagamo s podatki, da je družbeno upravljanje prav v proračunskih zdravstvenih ustanovah našlo svojo pravo vsebino dela. To je razumljivo. Če je upravni odbor prav izbran, prav informiran in se zaveda, da je njegova pristojnost več kot samo kadrovska in finančna, se je v proračunskih ustanovah — razbremenjen materialno-finančnih skrbi — z večjo silo lahko zanimal za organizacijo službe in za kvaliteto dela, se pravi, da je laže zadel svojo pravo smer: vodil je zdravstveno politiko in ne le konkretno finančno in personalno problematiko.

Ena nelahkih a koristnih nalog upravnih odborov je njihova skrb za primerno nameščanje in pravilno honoriranje zdravstvenega kadra. Problem pomeni več, kot pa konkretno reševanje dnevnega vprašanja enega zdravstvenega zavoda in odločilno vpliva na zdravstveno problematiko sploh. Ni namreč vseeno, če zdravstveni zavod — ker ima pač finančne možnosti za to ali pa si zna podrediti občino — plačuje eno honorarno dnevno uro po 1000 din, ko je drug zdravstveni zavod kljub znatnim potrebam prav zaradi visokih zahtev dela zdravstvenega kadra, svojih omejenih finančnih možnosti (ali pa morda zaradi višje zdravniške etike) brez najnujnejše specialistične službe. Honorna zdravstvena služba se v sedanjem pomanjkanju medicinskega strokovnega kadra tolerira in je potrebno zlo, ki pa mora biti z gledišča splošnih potreb

do dela v družbenem upravljanju. Na splošno je pri vseh opaziti prizadevanje po pravilni presoji ter rešitvi problemov in pripravljenost, izpolniti naloge, ki jih kot predstavniki družbenega upravljanja imajo.

Delo upravnih odborov in način njihovega obravnavanja je različen glede na velikost ustanove, množino problematike in specifičnost dejavnosti. Od navadnih sej kot najobičajnejše oblike dela upravnih odborov, pa do posebnih strokovnih komisij, ki jih je ustanovil upravni odbor Poliklinike, so možnosti za delo in življenje upravnih odborov v zdravstvenih zavodih različne in v svoji samoiniciativnosti dokazujejo potrebo po tej vrsti družbenega upravljanja.

Družbeno upravljanje v zdravstvu s sedanjim stanjem seveda še ni doseženo in ga je izgraditi v nadaljnji smeri družbeno-političnega in ekonomskega razvoja. Če kje, se prav pri družbenem upravljanju samo po sebi ponuja njegova nadaljnja izgradnja v smeri popolne decentralizacije, saj so prav v decentralizaciji podani osnovni elementi družbenega upravljanja sploh. Zdravstvena uprava je to čutila in je že pred sedanjo reorganizacijo občin in okrajev pripravljala decentralizacijo zdravstva in njegovega družbenega

VABILO

Na podlagi 83. člena Zakona o okrajnih ljudskih odborih (Uradni list LRS št. 19-89/52), v zvezi z 48. členom Statuta okraja Ljubljana, sklicujem

16. skupno sejo

okrajnega zbora in zbora proizvajalcev Okrajnega ljudskega odbora Ljubljana, ki bo v petek, dne 29. marca, 1957 ob 9. uri dopoldne v sejni dvorani na Magistratu v Ljubljani.

Predlagam naslednji

dnevni red:

1. Razprava in sklepanje o družbenem planu okraja Ljubljana za leto 1957.
2. Razprava in sklepanje:
 - a) o odloku o proračunu Okrajnega ljudskega odbora Ljubljana za leto 1957;
 - b) o prenosu nekaterih okrajnih finančno samostojnih zavodov v pristojnost občinskih ljudskih odborov.
3. Razprava in sklepanje o odloku o ustanovitvi Okrajnega gasilskega sklada in imenovanje upravnega odbora tega sklada.

Vsak ljudski odbornik ima pravico ustno ali pisмено predlagati spremembo in dopolnitev dnevnega reda.

Morebitno odsotnost javite Skupščinski pisarni OLO, Kresija, soba št. 16/I (telefon 21-939).

Predsednik OLO
Dr. Marijan Dermastia l. r.

pravilno obravnavana in honorirana. Je namreč izven debate, da honorarna zdravstvena služba še zdaleka ne more nadomestiti redne zdravniške službe in je iluzorno misliti, da bi ena tedenska honorna specialistična ura kaj prida odpomogla zdravstvenim potrebam kraja. Bolezen ne čaka na odrejeno honorarno uro in honorarnega zdravnika in ji more uspešno zadostiti le stalno nastavljeni zdravnik zdravstvenega doma.

Take in podobne probleme so obravnavali upravni odbori zdravstvenih zavodov, več ali manj uspešno, odvisno od tega, kakšne naloge so se jim ponujale v rešitev in kakšen je bil njihov sestav ter odnos

upravljanja in je zato ob uvedbi novega komunalnega sistema svoje že izpeljane priprave lahko stavila na razpolago novim organizacijskim oblikam in novim nalogam.

Problem družbenega upravljanja v zdravstvu s tem seveda še ni izčrpan in še zdaleč ne obdelan. V dnevnem stiku z življenjem in zdravstvom prinaša zmeraj nove probleme, pobude in predloge in dokazuje s tem, da je z zdravstvom bistveno in odločilno povezano. Zato ga je potrebno nenehno proučevati in ga izgraditi v popolni družbeni in upravni sistem in mu s tem dati osnovo, ki bo koristna zdravstvu in skupnosti.

Preventiva

Preventiva je drugi smoter, za katerega dosego se je trudil Svet za zdravstvo. Pravilnost te smeri je v moderni medicini tako trdna, da prejšnja miselnost o primarni važnosti kurative ne more več vzdržati in se je že umaknila. Še več. Zmeraj bolj glasno se pojavlja mnenje, da mora biti v zdravstveni službi tuja in nesprejemljiva celo vsaka delitev na preventivo in kurativo. Osnovno načelo je, storiti vse, kar je mogoče, da do obolenja sploh ne pride. Dolžnost vseh zdravstvenih delavcev je, preprečiti obolenja, če pa le pride do njih, jih ozdraviti. Načelo pomeni v svojem končnem bistvu, da morajo tudi kurativne zdravstvene ustanove delati v smeri preprečevanja bolezni.

V mestu Ljubljani je razvoj zdravstva v letu 1954 in v letu 1955, posebno pa v letu 1956 že odločno krenil v nakazni smeri. Pravilneje povedano, predvsem zdravstvene ustanove bivšega MLO so preusmerile svoje dejavnost v smeri preprečevanja bolezni.

To prizadevanje je že v letu 1954 ustvarilo nove in važne zdravstvene ustanove. — Dispanzer za žene, otroški dispanzer in Center za patronažno službo — ki so z mrežo svojih ambulant in posvetovalnic ter s službo medicinskih patronažnih sester pomagali ustvarjati idealni cilj socialističnega zdravstva, s svojo teritorialno organizacijo pa so še pred delitvijo mesta na občine dokazovali pravilnost začrtane nove smeri v zdravstvu. Tem skoraj izključno preventivnim zdravstvenim ustanovam mesta, v glavnem financiranim s strani ljudskega odbora in brezplačno dostopnim prebivalstvu, se pridružuje vrsta mestnih zdravstvenih ustanov in zavodov z daljšo tradicijo, prav tako brezplačno dostopnih ljudstvu: Centralna šolska poliklinika s popolno izpeljano zdravstveno službo šolske mladine in svojo že tradicionalno ureditvijo zdravstvenih okrevališč, antituberkulozni center s svojimi dispanzerji in protituberkuloznimi akcijami, Okrajna higienska postaja s svojim važnim preventivnim delovanjem ter druge znane zdravstvene ustanove, ki vse pod pristojnostjo in vodstvom Sveta za zdravstvo z uspehom ustvarjajo tu nakazane zaključke.

Preventivno prizadevanje Sveta za zdravstvo je pa našlo še nov delokrog dela tudi z vključitvijo novega teritorija v sklop okrajne zdravstvene službe, ki je že takoj po prvih stikih s terenom in tamkajšnje miselnosti moralo zastaviti vse sile, da je lahko ustvarilo podlago za pot napredni medicini. V okolici Ljubljane so namreč mnoge važne in krajevno ter industrijsko pomembne zdravstvene postojanke zasledene še z zdravniki, ki jim je polet preventivne medicine tuj, ali boljše — iz privatno finančnih pogledov na medicino nezaželen. Prizadevanje Sveta za zdravstvo je mnogokje naletelo na hud odpor, ki je bil zlomljen le z odločnim skupnim nastopom Sveta za zdravstvo in krajevnih političnih ter družbenih sil, ki so pravilno razumele položaj in svoje koristi.

Poglobljeno preventivno delovanje zdravstvenih ustanov pa je že v letu 1954, še bolj pa v letu 1955 in 1956 prekomerno bremenilo mestni in okrajni ljudski odbor in njegov proračun. Preventivne zdravstvene ustanove so se namreč v celoti financirale iz proračuna, čeprav poleg svojega delovanja v smeri preprečevanja bolezni (posvetoval-

nice za žene in otroke, dispanzerji) opravljajo tudi kurativno delo; ambulante centralnega otroškega dispanzerja so že v letu 1954 prevzele v svojo pristojnost vso ambulantno dejavnost mesta na področju otroškega zdravstva, prav tako Centralni dispanzer za žene, ki poleg dispanzerske dejavnosti in ločeno od te v svoji ginekološki ordinaciji zdravi bolne žene, in prav tako Centralna šolska poliklinika, ki zdravi vse šoloobvezne otroke. To pa so zdravstvene storitve, ki jih za bolnike zavarovance (in teh je največ) mora kriti Zavod za socialno zavarovanje.

Opisani problem je bil junija 1956 razčiščen. Z ustanovitvijo finančno samostojnih zdravstvenih ambulant v sklopu preventivnih proračunskih okrajnih zdravstvenih ustanov so se preventivne in kurativne dejavnosti v teh ustanovah ločile finančno in s pravičnejšo porazdelitvijo obveznosti med OLO in ZSZ.

Decentralizacija zdravstvene službe

Vzporedno z izvajano upravno-politično decentralizacijo je zdravstvo v letu 1955, delno pa še v letu 1956 izpeljalo svojo zdravstveno decentralizacijo. Razlogi in motivi za ta ukrep so bili omenjeni uvodoma. Tu zaradi popolnosti navajamo organizacijsko-tehnične mere in ukrepe, ki jih je opravil Svet za zdravstvo pri izvedbi postavljene naloge.

Zdravstveni domovi ljubljanskih občin, ustanovljeni na zadnji seji MLO Ljubljana, so po odklonitvi začetnih, predvsem organizacijskih in finančnih težav, v decembru 1955 zaživel kot osnovne in finančno samostojne zdravstvene edinice na terenu, opremljene s potrebnimi prostori, opremo, strokovnim in upravnim kadrom in finančnimi sredstvi, kar vse omogoča, da so po predvidenem načrtu v tekočem letu polno prevzeli naloge in pristojnosti, ki so bile z decentralizacijo zdravstva zamišljene in nujne: postali so splošni in osnovni zdravstveni centri, dosegljivi ljudstvu brez prevelike izgube časa, zdravniki teh zdravstvenih edinic pa so s poglobljenim delom, možnostmi in stikom, ki jih ustvarja nova zdravstvena organizacija, postali hišni in zaupni zdravniki prebivalcev svojega območja.

Usposobitev osmih zdravstvenih domov mesta, ki pade prav v obravnavano obdobje, je bila vezana na znatne predpriprave in upravne ukrepe, ki jih je aparat tajništva za zdravstvo ob pomoči odseka za proračun uspešno izpeljal. Kratkot so te osnove sledeče: dokončna izvedba decentralizacije in utrditev družbenega upravljanja, likvidacija nekaterih zdravstvenih ustanov oziroma dejavnosti in pregrupiranje znatnega dela strokovnega aparata centralnih zdravstvenih ustanov, ki je bila zaradi usposobitve zdravstvenih domov in njihovih dejavnosti (splošne zdravstvene, zobne, otroške in materinske zaščite ter ponekod še druge) potrebna in nujna. Od ustanovnih odločb pa do prenosa osnovnih sredstev in skladov na zdravstvene domove — kot prvega in zadnjega ukrepa — je bilo potrebnih in izpeljanih niz oblastnih mer, ki so omogočile oživiljenje teh novih zdravstvenih edinic. Vsem zdravstvenim domovom so bili postavljeni prvi upravni odbori, za čas do njihove finančne osamosvojitve

(do 31. decembra 1955) jim je bila priznana okrajna dotacija, omogočen jim je bil proračun za leto 1956, komisijsko jim je bila določena cena za zdravstvene storitve in s tem koordinacijsko in v merilu okraja odpravljena neenotnost, ki se je iz razloga samostojnosti občin pokazala prav pri določanju cen zdravstveno samostojnih ustanov, dalje je zdravstveno nadzorna uprava omogočila kolikor toliko objektivno ter potrebam zdravstvenih domov in centralnih ustanov ustrezajočo premostitev kadra, v nevarnosti, da se pred osamosvojitvijo in pred prenosom dejavnosti prehitro iztrošijo skladi prizadetih matičnih ustanov, pa je bila izvršena zapora le-teh ter s tem dana novim zdravstvenim domovom finančna osnova.

Zdravstveni domovi so sedaj že krepko zaživel. Razbremenjeni začetnih finančnih skrbi in s primereno oporo svojih upravnih odborov so se lahko poglobili v zdravstveno problematiko svojega terena.

Kot občinske zdravstvene enote so zdravstveni domovi povezani s svojim občinskim odborom in uživajo pri vseh potrebno razumevanje in pomoč. V tej zvezi pa bi opozorili na eno dejstvo: kljub zakoniti osnovi, da je oblastna funkcija zdravstva združena v okrajnem in analogno k temu občinskem tajništvu (oddelku) za zdravstvo, je sedanji presonalni sestav občinskih oddelkov za zdravstvo in socialno varstvo tak, da daje možnosti za delo predvsem socialni politiki. Res, da to področje nima svoje operativne enote, kot je to pri zdravstvu v njegovih zdravstvenih domovih, toda pri marsikateri zdravstveni akciji, ki je oblastna in ne operativna, se to pomanjkanje kljub vsej dobri volji načelnikov občinskih oddelkov za zdravstvo in socialno politiko občuti in ga bo potrebno proučiti. Zdravstvo je kot ostale dejavnosti ljudskega odbora njihov enakovreden del tudi v občinah.

Spojitev z okolico je Svetu za zdravstvo nalagala nove organizacijske naloge. Opravil jih je s pomočjo neposrednega stika s terenom in tamkajšnjimi političnimi, zdravstvenimi in družbenimi faktori, kar je ustvarilo povezavo, ki kljub oddaljenosti ni krhka, ampak trdna. Predstavniki okoliškega zdravstva in občin se v zdravstveno perečih vprašanjih zmeraj bolj živo in neposredno obračajo na Svet oz. tajništvo za zdravstvo, kar je dokaz, da je zdravstvena problematika občin ena važnih dejavnosti tudi za nezdravstvene delavce in politične predstavnike.

Zaradi inštruktaže, povezave, ustvaritve potrebnega zaupanja ter zbiranja problematike je Svet za zdravstvo sodeloval na vseh prvih ter važnejših poznejših sejah upravnih odborov mestnih in okoliških zdravstvenih domov ter na prvih sejah občinskih svetov za zdravstvo. Ob teh prilikah so bili povezani stiki tudi s predstavniki novih občin. Tu je omeniti še, da je Svet za zdravstvo kot prva enota novega OLO organiziral konferenco vseh zdravstvenih delavcev okraja, kjer je predstavnike občinskih zdravstvenih domov, upravnih odborov zdravstvenih domov in svetov za zdravstvo seznanil z organizacijo zdravstva v mestu in okolici, z nalogami in problemi ter v razgovoru z njimi ustvaril posnemanja vreden način najtesnejše povezave upravne panoge in morda zametek za neke vrste bodočo zdravstveno skupščino.

Decentralizacija pa ni dosežena z ustanovitvijo občinskih zdravstvenih domov, ampak mora zajeti vse veje zdravstvene dejavnosti: tudi centralni okrajni zdravstveni zavodi, šolska poliklinika, Antituberkulozni center, Centralni otroški dispanzer in Centralni dispanzer za žene morajo najti način za postopni prehod svojih dejavnosti na teren. Isto velja tudi za Okrajno higiensko postajo. Svet za zdravstvo je po proučitvi možnosti — predvsem pa zaradi presonalnih težav — sprejel sklep, da se v letu 1956 postopno decentralizira tudi zdravstvena služba nekaterih ljudstvu in zdravju najbolj potrebnih specialnih zdravstvenih dejavnosti. Že se čuti začetna decentralizacija otroškega zdravstva, šolske zdravstvene službe, protituberkulozne, babiške in patronažne službe (ki kljub prvim težavam in nerazumevanju v občinskih zdravstvenih domovih mora najti način in možnosti za svoj razvoj tudi v novi decentralizirani obliki). V letu 1957 se bo decentralizacija nadaljevala s prenosom športne dejavnosti, sanitarno higienske službe in protituberkulozne zaščite na zdravstvene domove oziroma občine. Svet za zdravstvo je mnenja, da je dolžnost občinskih ljudskih odborov skrbeti za finančno stran izvajane decentralizacije, dolžnost Sveta za zdravstvo in okrajnih zdravstvenih ustanov pa strokovna usposobitev kadra za izvajane in nove decentralizacije.

Socializacija medicine

V obravnavanem obdobju so zdravstveni organi v Sloveniji nadaljevali akcijo, ki naj privede do tkzv. socializacije medicine. Vzporedno z njimi je Svet za zdravstvo OLO Ljubljana v letu 1956 sprejel ukrepe, ki so — če že ne dokončna socializacija — vsaj temelj za njeno nadaljnje izgrajevanje.

Socializacija medicine zahteva nekaterih predpripav in osnov, katerih glavna je prav gotovo trdna, strokovna in popolna javna zdravstvena služba in organizacija. Ker je stanje zdravstvene službe predvsem na deželi tako, da še ne daje možnosti in ne zanesljive opore za ukrep, ki naj — teoretično — socializira medicino z enim ukrepom, to je z odvzemom privatne prakse, je bila prva in glavna skrb Sveta za zdravstvo OLO, voditi tako zdravstveno politiko, ki naj ustvari pogoje za okrepitev javne zdravstvene službe.

Izvedena decentralizacija zdravstva v letu 1956, katere težišče so občinski zdravstveni domovi kot osnovne enote zdravstvene službe, dostopne ljudstvu vsak čas — je začetek tega prizadevanja. Ta bo skupaj s še nadaljnjo decentralizacijo v letu 1957 ustvarila prvi pogoje za dosego postavljenega cilja, ki bo s strokovno izpolnitvijo zdravstvene službe laže dosegljiv in izvedljiv.

Strokovnost zdravstvene službe je dejstvo, ki mora biti vodilo zadnje zdravstvene postaje, zdravstvenega doma, centralnega okrajnega zdravstvenega zavoda in specialistične Poliklinike. Pogoji za to so dani. Nudi jih OLO Ljubljana, ki financira zdravstvene investicije ter izpolnjevanja zdravstvenega kadra od zdravnikov-stažistov in specialistov pa do vodečega zdravstvenega kadra svojih ustanov, in nudi jih centralni okrajni zdravstveni zavodi, ki s strokovnim izpolnjevanjem zdravstvenega kadra izpolnjujejo svoj naloge kot centralne zdravstvene ustanove.

Svet za zdravstvo OLO Ljubljana meni, da je to — poleg sklepa, da v okraju Ljubljana novih privatnih ordinacij od leta 1956 dalje sploh ne odobrava več — pravilna pot za ustvaritev postavljene cilja, ki je socializacija medicine.

Vsi ti ukrepi in prizadevanja pa se v glavnem tičejo bolnika-socialnega zavarovanja, saj je v splošnem le ta koristnik uslug javne zdravstvene službe, ne pa tudi bolnika-privatnika, ki ni socialno zavarovan. Socializacija medicine in ukrepi za njeno izvedbo pa morajo nujno vključiti v javno zdravstveno službo tudi nezavarovanega bolnika.

Dejstvo namreč je, da obstoji in celo prevladuje škodljivo mnenje, da je javna zdravstvena služba sama za zavarovance, ne pa tudi za nezavarovance, ki svojo zdravniško pomoč skoraj povsod iščejo v privatnih zdravniških in zobnih ordinacijah predvsem zato, ker mnogi od njih sploh ne vedo, da imajo pravico do zdravniške pomoči (proti plačilu seveda) v javni zdravstveni službi, t. j. v zdravstvenem domu. Toda temu dejstvu je dodati še eno, ki ne dela časti naši zdravstveni organizaciji in zavesti, to namreč, da nosijo vsaj delno krivdo za tako stanje in prepričanje nezavarovancev-samoplačnikov, nekateri zdravstveni delavci sami, ki — predvsem na deželi — doslej niso znali ali niso hoteli propagirati javne zdravstvene službe tako, kot ta ne zdravstvene službe tako, kot ta ne ambulantne zdravstvenih domov in pa evetoče privatne zobne prakse in zobozdravnikov, zobarjev in celo zobnih tehnikov (kateri sploh nimajo pravice do del v ustih pacienta), so zgovoreni dokaz za to trditev, ki narekuje zdravstveni službi ukrepe v cilju pritegnitve samoplačnikov v javno zdravstveno organizacijo.

Saj ni nobena skrivnost več, da je po svoji opremi in strokovnosti javna zdravstvena služba daleč pred privatno ordinacijo, le tragična preprostost ljudi, nevednost, mnogokje pa tudi škodljiva propaganda prizadetega zdravstvenega osebja — ki je dopoldne zaposleno v javni službi, popoldne pa v svoji privatni ordinaciji — je razlog, da se vsaj na deželi še nismo priklopali preko ozkih in nepravilnih gledanj na privatno zdravstveno prakso, ki pa je še daleč pod možnostmi in strokovnostjo javne zdravstvene službe.

Svet za zdravstvo OLO Ljubljana je bil zato mnenja, da je potrebno vključiti privatne bolnike v javno zdravstveno službo, zdravnik in zobar pa da naj participirata na delu tarife, ki jo samoplačnik plača zdravstvenemu domu, ko je deležen njegove pomoči. Zaradi destimulacije privatne prakse torej, a da se stimulira prizadevanje po vključitvi samoplačnikov v javno zdravstveno službo, plača privatni pacient zdravstveno uslugo zdravstvenemu domu, ta pa del tega plačila zdravniku oziroma zobarju. Podoben naj bi bil postopek in način participiranja na zdravniški tarifi tudi pri hišnih obiskih, ki jih zdravnik zdravstvenega doma opravi na poziv privatnega bolnika nezavarovanca; tudi tu bi bil zdravnik javne zdravstvene službe udeležen na delu plačila za opravljeni obisk na domu.

Svet za zdravstvo OLO je v decembru 1956 priporočil zdravstvenim in družbenim organom nakazani način vključevanja privatnih samoplačnikov v javno zdravstveno službo v prepričanju, da pomeni

problem in njegova pravilna rešitev potrebno in umestno izpopolnitev prizadevanj za socializacijo medicine, ki naj pripomore, da bo javna zdravstvena služba uspela dobiti mesto, ki ji gre, in zaupanje, ki ga v sedanjih svojih izpopolnitvah zasluži.

Zaradi popolnosti je tu kratko omeniti še problem in stališče pravosodnih organov, predvsem zvezne vrhovne sodne oblasti, ki je v obravnavanem obdobju pravno močno in dokončno zastopala stališče, ki je bilo prav nasprotno prizadevanju Sveta za zdravstvo OLO Ljubljana pri socializaciji medicine. Iz obširnega in zanimivega akta pri tajništvu za zdravstvo OLO Ljubljana, Svetu za zdravstvo LRS, Vrhovnem sodišču LRS in FLRJ, Javnem tožilstvu LRS in verjetno še kje, je razvidno stališče svetov za zdravstvo OLO in LRS, ki sta poslovala politično in pravno zakonito, ko sta v smislu veljavnih predpisov (čeprav so to le Navodila Sveta za zdravstvo LRS) in v smislu svoje veljavne diskrecijske pravice odzela privatno prakso zdravniku-specialistu, ki po mnenju obeh pristojnih zdravstvenih oblasti ni užival več kvalifikacij za nadaljnje opravljanje zasebne prakse. V letnem poročilu ni mesta za ponavljane znanih dejstev, dokazov in prigovorov, vsekakor pa je tu pibiti dejstvo, da je najvišja pravosodna oblast obravnavala in utemeljevala primer — ki ni bil več osebni, ampak splošen in načelno političen — na način, ki pomeni nezaupanje Svetu za zdravstvo in njegovemu prizadevanju in na način, ki bi delal čast vrhovni instanci takrat, ko socializacija medicine ni bil niti pojem, kaj šele cilj!

Tarifna politika

Tarifna politika je zaradi spremenjenih osnov in različnega finančnega stanja doživela v letu 1955 in 1956 znatne spremembe, ki so imele svoj vpliv na osebe, zaposlene v zdravstvenih zavodih in ki so Svetu za zdravstvo narekovele ukrepe v smeri izenačenja in pravičnejšega nagrajevanja.

Ceprav so dopolnilne plače zdravstvenemu osebju zagotovljene z uredbo, je izvajana decentralizacija in finančna osamosvojitve nekaterih zdravstvenih zavodov povzročila, da so dopolnilne plače zdravstvenega osebja postale neenotne in je ta važen instrument tarifne politike postal prej v škodo kot pa v korist zdravstveni službi. K precej svobodni možnosti, ki so je zaradi svoje finančne samostojnosti in občinske pristojnosti bili deležni občinski zdravstveni domovi, je dodati še okrajne finančne samostojne zdravstvene zavode, ki so v svojih pravilnikih o plačah uspeli zagotoviti si višje dopolnilne plače in s tem preseči možnosti okrajnih proračunskih zdravstvenih ustanov, ki jih je vezala že zastarela odločba bivšega MLO o dopolnilnih plačah. Ta je v spremenjenih časovnih prilikah in v primerjavi s prejemki v drugih zdravstvenih zavodih bila osnova fluktuacijam, namesto da bi stimulirala te še edine preventivne zdravstvene ustanove. Dejstvo je, da je služba v občinskih zdravstvenih domovih zdravstvenemu osebju nudila boljše plačilne pogoje kot pa služba v okrajnih zdravstvenih zavodih in celo znatno boljše, kot so bili pogoji v organih nadzornih zdravstvenih oblasti, tako da je — poleg že omenjene in škodljive fluktuacije — imela svoj vpliv celo na izvajanje nadzorne zdravstvene službe. Svet za zdravstvo je ob ustano-

vitvi občinskih zdravstvenih domov sicer izdal nek »zgodnji« pravilnik o plačah v želji, samostojnim zdravstvenim domovom dati pravo in kolikor toliko enotno mero, toda zdravstveni domovi so po večini segli po najvišje možnih razponih in povzročili, da je njihovo zdravstveno osebo je prejemale dopolnilne plače, znatno višje kot osebe v strokovno in teritorialno pomembnejših okrajnih zdravstvenih zavodih, ki zaradi prej omenjenega in preživelega odloka niti zakonite možnosti niso imeli, da bi se jim približali. Skoraj povsod so imeli upravniki občinskih zdravstvenih domov dopolnilne plače 7—8000 din (kljub priporočeni in odrejenemu razponu 5—8000 din), medtem ko je njih »okrajne« kolege še vezal razpon 3—6000 din in čeprav so bili ti zadnji zadržani in odgovorni za strokovno pravilno funkcioniranje zdravstvene službe v okraju. Podoben in še bolj pereč je primer pri srednjem medicinskem kadru, kjer so razlike do 2000 din na škodo okrajnih preventivnih zdravstvenih ustanov skoraj stalne.

Svet za zdravstvo je zato sklenil uravnati to plačilno neenotnost. S priporočili prizadetim zdravstvenim domovom in s predlogom okrajnega ljudskega odbora, da izda primerne mere, je bila dosežena kolikor toliko uravnovečnost, ki je priznala nadzornim zdravstvenim institucijam potrebno finančno oporo, preventivni zdravstveni službi pa primerno in zakonito stimulacijo. Ta je dosežena z dopolnilnimi plačami, ki so enake vsaj onim v finančno samostojnih zavodih, preventivni pomen ustanov pa je dosežen s sklepom Sveta za zdravstvo in Odlokom OLO, da je delovnim mestom v preventivnih zdravstvenih ustanovah priznana dopolnilna plača, zvišana za 20 %.

Novogradnje in adaptacije

Redno poslovanje zdravstva zahteva znatnih investicij in pa stalno vzdrževanje zdravstvenih naprav in zgradb. Tudi v letu 1956 so bile nove zgradbe in obnavljanja obstoječih velika skrb Sveta za zdravstvo in Okrajnega ljudskega odbora Ljubljana, ki sta z znatnim prispevkom Okrajnega Zavoda za socialno zavarovanje in njegovega preventivnega sklada pripomogle, da je bilo zgrajenih in obnovljenih stavb v vrednosti 215.750.000 din.

Na prvem mestu je Nova poliklinika na Njegoševi cesti. Kot največja zdravstvena gradnja sploh, prostorninsko pa najprostornejša stavba v Ljubljani — obsega 12.000 kvadratnih metrov etažne površine s 596 prostori — pomeni vrednost, ki je znatno presega 1 milijardo. V štirih svojih traktih bo začela poslovati prve mesece 1957. leta. V letu 1956 je bilo za nadaljevanje njenih del vloženi 156.000.000 din.

Mestna porodnišnica na Ulici Stare pravde 11 je 1. januarja 1957 začela z rednim delom. Stavba niti ni adaptacija, saj je bila njena notranja preureditev iz bivše otroške klinike v moderno porodnišnico tako vsestranska, njen pomen za Ljubljano in ljubljanski okraj pa tako važen, da v letu 1956 pomeni zdravstveno gradnjo prve vrste. 17 sob za porodnice, kapaciteta 65 postelj, sodobna oprema, moderna porodna, operacijska soba in vse naprave so zahtevale sredstev za 40.000.000 dinarjev, ki se že rentirajo; doslej skoraj nerešljiv problem v Ljubljani je začasno zadovoljivo rešen; 65 novih porodnih postelj v Ljubljani ter vsaj 6-dnev-

no zadržanje otročnic v Mestni porodnišnici in Porodniški kliniki je uspeh in rezultat pravilnega razumevanja nalog zdravstvene službe.

Zdravstvena zaščita žene ter prizadevanje zdravstvene oblasti za preventivno odpravljanje okvar v zvezi s porodom je ustvarilo letos prepotrebne prostore Centralnemu dispanzerju za žene v Strelški ulici št. 14. Ustanova je namreč v svojem dveletnem obstoju tako razširila svoj pomen, vpliv in dejavnosti, da je bilo njeno zadrževanje v privatnih prostorih na Ulici Stare pravde 6 nemogoče. Preureditev, vezana na razne objektivne težave, je uspela. Porabljena sredstva znašajo 3.800.000 din.

Tudi ostale že obstoječe zdravstvene zgradbe in naprave so bile v letu 1956 prenovljene oziroma izpopolnjene. To so Centralni otroški dispanzer (2.500.000), Dežji dom (1.600.000), Antituberkulozni center (3.000.000), Solska poliklinika (1 milijon 250 tisoč) in otroška okrevališča v Kraljevici (7.000.000), Podljubelju (2.800.000) in na Rakitni (tri milijone din).

Skrb za novi zdravstveni kader

Vedno večje zdravstvene potrebe narekujejo skrb za novi zdravstveni kader. Ta bo usmerjen na zdravstvene domove, od katerih so eni še nezadostno zasedeni, delno pa bodo z njim krite potrebe Nove Poliklinike, ki bo po novem letu 1957 v štirih svojih traktih začela poslovati kot največja specialistična zdravstvena ustanova okraja.

Svet za zdravstvo in Okrajni ljudski odbor se zavedata pomena usposabljanja zdravstvenega kadra, saj je bila v proračunu za leto 1956 priznana v te namene postavka 12 milijonov, ki ob koncu leta poleg 51 študentov srednjega medicinskega kadra omogoča trinidesetih zdravnikom-specializantom in dvajsetim zdravnikom-stažistom izpopolnjevanje iz sredstev OLO Ljubljana. Potrebe bodoče zdravstvene službe s tem kljub sedanjemu mesečnemu izdatku 1.280.593 din sicer še niso zagotovljene, kažejo pa pravilno politiko Sveta za zdravstvo in znatno skrb OLO Ljubljana za novi zdravstveni kader.

Sodelovanje z Okrajnim Zavodom za socialno zavarovanje

Odnos med zdravstveno službo in Okrajnim zavodom za socialno zavarovanje je bil tak, kot to zahteva korist ljudstva in predvideva zakon.

Tako v Svetu za zdravstvo, v vseh komisijah in odborih Sveta za zdravstvo je izvoljen tudi zastopnik ZSZ. Njegov zastopnik je tudi član strokovne oziroma upravno-pravne komisije, ki nadzira delo zdravstvenih ustanov in domov, predlaga pristojnemu organu odpravo nedostatkov, daje impulsi za boljše delo, koordinacijo in odbrava cene zdravstvenih storitev. Zdravstvena služba načelno pazi, da ne potrdi nobenega upravnega odbora, katerega kopl zdravstvenega zavoda, ki nima izvoljenega zastopnika Zavoda za socialno zavarovanje.

Na drugi strani pa tudi zastopnik zdravstvene službe sodeluje pri delu Okrajnega Zavoda za socialno zavarovanje, bodisi pri njegovem izvršnem odboru, na skupščini, odboru za zdravstveno službo in na komisiji preventivnega sklada.

Sodelovanje zdravstvene službe in Zavoda za socialno zavarovanje se je izkazalo posebno pri finansiranju nujnih potreb zdravstvene

službe v okraju. Tako je bilo v letu 1955 iz preventivnega sklada okrajnega Zavoda za socialno zavarovanje izplačanih za potrebe zdravstvene službe 28.208.000 din in sicer, za ureditev Dečjega doma v Ljubljani 2 milijona, zdravstvenega doma v Litiji 2 milijona, Centralnega otroškega dispanzerja 6 milijonov, za stroške fluorografske akcije še 5 milijonov 289 tisoč, za ureditev zdravstvenega doma na Viču 400.000, v Borovnici 650.000, za ureditev lekarniške postaje Ivančna gorica 865.000, lekarniške postaje v Grosuplju 640.000, za otroško okrevališče Debeli rtič 5.000.000, za otroško okrevališče RK Beli križ 1.450.000, za nabavo avtomobila zdravstveni službi v Loški dolini 2.192.000 ter za druge manjše nujne potrebe 1.743.000 din. V letu 1956 je Okrajni ZSZ Ljubljana prispeval iz svojega preventivnega sklada okrog 32 milijonov: za Mesino porodnišnico 2.400.000, za adaptacijo Centralnega dispanzerja za žene 646.601, za ZD Bežigrad 1.400.000, za TBC dispanzer Bežigrad-Siška-Medvode 1 milijon, za TBC dispanzer ZD Cerknica 1 milijon 500 tisoč, za fluorografsko akcijo v občini Cerknica 600.000, otroškimi dispanzerjem Dobrova in Mengeš 300 oziroma 197 tisoč, ZD Sentvid za zdravstveno postajo Vodice 800.000, ZD Domžale 1.000.000, ZD Komenda 173.485, ZD Ivančna gorica za nabavo avtomobila 1.700.000, ZD Vrhnika 200.000, za ureditev lekarniške postaje Medvode 400.000, za kolonije in okrevališča otrok (9 milijonov), odraslih (2.600.786), vajencev (3.000.000) ter Zdravstvenim menzam v Ljubljani 5.500.000 din.

Sredstva preventivnega sklada so se razdeljevala sporazumno z vidika najnujnejših potreb in s podarkom pomena preventivne medicine. Zaradi izkazane potrebe je bil skupno izdelan osnutek pravilnika o razdelitvi preventivnega sklada; opazna je bila enakost gledanj na zdravstveno službo v okraju sploh.

Sodelovanje zdravstvene oblasti in ZSZ se je v obravnavanem obdobju pokazalo tudi pri skupnih pregledih poslovanja zdravstvenih domov in zavodov, pri čemer je bilo doseženo soglasje glede upoštevanja ekonomike v zdravstvu, ki se odraža tako v kakovosti zdravstvene službe, kakor tudi v cenah njenih storitev.

Sodelovanje javne zdravstvene službe in Okrajnega zavoda za socialno zavarovanje kot glavnega plačnika zdravstvenih uslug je bilo razumevajoče in uspešno.

Sestav, delo in organi Sveta za zdravstvo

Svet za zdravstvo je bil v sedanjosti svoji formaciji (2 odbornika OLO in 7 neodbornikov, ali 4 zdravniki, 1 zdravstveni uslužbenec in 4 »zunanjci« zastopniki) sestavljen ob prehodu na novo upravno-teritorialno razdelitev okraja in je zasedal na trinajstih sejah.

Svoje delo je opiral na trenutne potrebe zdravstvene službe in na zdravstveno problematiko podrejenih zdravstvenih ustanov, material za svoje seje, obravnave in sklepe pa je črpal v stalnem stiku s tajništvom za zdravstvo, zdravstvenimi ustanovami, njihovimi upravnimi odbori ter strokovnimi in političnimi organizacijami (Svet za zdravstvo LRS, ZSZ, SZDL, CHZ), ki posredno ali neposredno vplivajo na razvoj in potek zdravstvene službe. Pri tem svojem udejstvanju in zaradi nemožnosti v celoti zajeti, pripraviti in obdelati obširno zdravstveno problematiko, je Svet za zdravstvo opravljal svojo funkcijo organa Okrajnega ljudskega odbora na področju zdravstva preko svojih odborov, komisij, konferenc in aparata, ki vsi skupaj pomenijo popolno organizacijo Sveta za zdravstvo. Poleg komisij in odborov za splošno zdravstveno varstvo, za male asanacije, za higiensko tehnično zaščito in za varstvo družine, so to še: okrajna zdravstvena konferenca kot najširše okrajno zdravstveno posvetovalno telo, koordinacijski strokovni kolegij, strokovne komisije (za splošno zdravstvo, zobozdravstvo in lekarniško službo) ter občasno za posamezni posel imenovane in zadolžene komisije — za ugotavljanje cen zdravstvenih storitev, za usposobitev občinskih zdravstvenih domov ter gradbeni odbor za gradnjo Nove poliklinike, ki pa je v letu 1955 prešel v sklop Poliklinike.

Zaradi preozko odmerjenega prostora sledi le pojasnilo za par važnejših organov:

Okrajna zdravstvena konferenca je občasno posvetovalno telo zdravstvenih delavcev okraja in združuje predsednike občinskih Svetov za zdravstvo, predsednike upravnih odborov zdravstvenih domov, upravnike zdravstvenih domov in centralnih okrajnih zdravstvenih zavodov. Konferenca z reševanjem skupne zdravstvene problematike prispeva k pravilni koordinaciji dela, Svetu za zdravstvo pa nudi material in predloge. Doslej je bila konferenca iz finančnih razlogov

sklicana le enkrat. Obravnavala je družbeno upravljanje v zdravstvu in najnujnejšo zdravstveno problematiko okraja ter ob prikazu vitalno-statističnih podatkov nakažala smernice in naloge za bodoče zdravstveno delo. V celoti je dosegla svoj namen. Po mnenju Sveta za zdravstvo LRS je v republiškem merilu najti osnovo za take vrste zdravstveno telo.

Koordinacijski strokovni kolegij: imenovan je bil zaradi občutene potrebe po strokovni poglobitvi dela Sveta za zdravstvo in po ugotovitvi, da je Okrajna zdravstvena konferenca preobširno telo, težko dosegljivo in tudi ne strokovno. Naloga koordinacijskega strokovnega kolegija je zato, obravnavati in vsklajevati strokovno zdravstveno problematiko okraja Ljubljana in jo predlagati v reševanje Svetu in pristojnim zdravstvenim organom. Kolegij sestavlja 17 članov: načelnik tajništva za zdravstvo, po 1 zastopnik okrajnih matičnih zdravstvenih ustanov, 4 zastopniki zdravstvenih domov (1 za mestne ter 3 za zunanje), zastopnik lekarniške službe, Okrajnega ZSZ in 3 zastopniki Odbora za zdravstvo. Koordinacijski strokovni kolegij je doslej obravnaval način sodelovanja centralnih zdravstvenih zavodov z občinskimi zdravstvenimi enotami ter problemi strokovne pomoči decentralizirani zdravstveni službi.

Odbor za splošno zdravstveno varstvo,

Odbor za male asanacije,

Odbor za zaščito družine (ki je skupen s Svetom za socialno varstvo in bo zato njegovo delo prikazano v poročilu tega sveta) in

Odbor za higiensko tehnično zaščito so komisije oziroma organi, ki so s Svetom za zdravstvo najozje povezani. Pripravljajo material, kadar ta brez predhodne obdelave ne more biti uspešno razpravljano na Svetu. Njih delokrog je razviden iz naziva. Zaradi manjšega delokroga, ali bolje, ker je njegovo delo usmerjeno na zaostale predele, omenimo odbor za male asanacije, ki opravlja higiensko važno nalogo pri sanitarnem dvigu zaostalih krajev in področij. Vsebinski in delokrog malih asanacij je namreč v tem, da z delnim finasiranjem najnujnejših asanacijskih naprav in gradenj po terenu omogoči in aktivizira prebivalstvo, da oblastno začete asanacijske gradnje v svoji režiiji nadaljuje in dokonča. Dosedanje delo malih asanacij je bilo uspešno. Razmerje sredstev, ki jih je v male asanacije

vložil bivši OLO Ljubljana-okolica, s sredstvi, ki so jih dodatno prispevali posamezni kraji, so znatno na strani prispevkov terena in so bile z njimi dograjene velike in koristne asanacije: vodovodi, greznice, odvodi in podobno. Dejstvo pa je, da so bili prejšnji okoliški uspehi v letu 1956 zavrti zaradi črtanja denarnih sredstev in je škoda, da se uspehi malih asanacij iz leta 1955 ne nadaljujejo, posebno še, ker so gotove začete gradnje nedokončane in se dela škoda. Omenimo naj le glavni vodovod v Ambrusu, katerega gradnja je stala 70 milijonov in ki je nedograjen. Kljub temu pa so male asanacije z letošnjimi skromnimi sredstvi (1.270.000) prispevale k dograditvi dveh kapnic in petih vodovodov na Pešivici, Gaberjahu, Vikečah, Robčah, St. Joštu, Vel. Lorki in na Dolah.

Uprava, to je tajništvo za zdravstvo je neposredni izvrševalec sklepov in smernic Sveta za zdravstvo. Z razširitvijo pristojnosti preko mestnih meja je uprava Sveta za zdravstvo pridobila nov in znaten delokrog, ki je tolik, da ima vpliv na delo in problematiko aparata in ki se je že pokazal v prvih mesecih novega poslovanja. To stanje še toliko bolj kot prej narekuje upravi nove naloge, z drugimi besedami — od uprave in njene administrativne, strokovne in nadzorne funkcije v nemajhni meri zavisi realizacija sklepov Sveta za zdravstvo in torej tudi uspeh službe v okraju.

Tajništvo za zdravstvo je upravna enota administracije OLO, ki svojega dela ne more izkazati samo iz neposredno svojega, na prostoru tajništva za zdravstvo vezanega dela. Če je to primer pri nekaterih drugih upravnih enotah OLO, katerih težišče dela in odločitev izhaja iz tajništva kot takega, je pri tajništvu za zdravstvo zaradi vsebine njegovega dela kot nadzornega organa za zdravstveno službo okraja poudarek na podrejenih zdravstvenih ustanovah, zavodih in domovih, katerih delo se strokovno, pravno, računsko, često pa tudi administrativno usmerja in vodi v smeri splošne zdravstvene politike iz tajništva za zdravstvo OLO. Le na ta način se dosega skupen uspeh v merilu zdravstva okraja. Ta koordinacija je toliko bolj odločilna in važna, ker je mesto načelnika tajništva za zdravstvo istočasno osebno vezano s funkcijo okrajnega sanitarnega inšpektorja, s čimer je dan poseben poudarek preventivni smeri zdravstva.

(Nadaljevanje sledi)

Izvelek iz poročila o poslovanju podjetja UMETNI KAMEN, Ljubljana, Stožice 139, v letu 1955

Podjetje je v prvem letu obstoja doseglo 4.524.699 din realizacije pri povprečni zaposlitvi 6 oseb. Knjigovodstvo je bilo ažurno in v redu vodeno, obveznosti do družbene skupnosti so poravnane

AKTIVA		BILANCA na dan 31. decembra 1955		PASIVA	
Zap št.	Naziv postavke	Znesek v 000 din	Zap št.	Naziv postavke	Znesek v 000 din
A. Osnovna in izločena sredstva			A. Viri osnovnih in izločenih sredstev		
1.	Osnovna sredstva	2.676	1.	Sklad osnovnih sredstev	1.496
2.	Investicije v teku	—	2.	Dolgoročni krediti za dokončane investicije	1.160
3.	Izločena sredstva in druga investicijska sredstva	84	3.	Razni skladi	148
B. Obratna sredstva			4.	Dolgoročni kredit za finansiranje investicij	—
4.	Skupna obratna sredstva	721	5.	Drugi viri finansiranja investicij	20
C. Sredstva v obračunu in druga aktiva			B. Viri obratnih sredstev		
5.	Kupci in druge terjatve	1.254	6.	Viri obratnih sredstev (skupno)	1.317
6.	Druga aktiva	—	C. Viri sredstev v obračunu in druga sredstva		
D. Finančni uspeh			7.	Dobaviteljske in druge obveznosti	424
7.	Razporejeni dobiček	547	8.	Druga pasiva	170
8.	Izguba	—	D. Finančni uspeh		
	Skupaj:	5.282	9.	Dobiček	547
			10.	Kritje izgube	—
			Skupaj:		5.282

Vodja računovodstva:

Predsednik upravnega odbora:
Krašovec Stane

Direktor podjetja:
Jurca Franc