

Oba procesa — razvatak samoupravljanja i razvatak proizvodnih zas-
 ka — upravo na nivou komunne dovode do dobitnih uslobovanja i
 potpune eliminacije proizvodstva, tj. do takvog stanja gdje se svaki radnik
 sposobni pripadnik društva mozei svoju prirodnu potrebu zadovoljiti.
 Primenom ovih u teoriji poznatih principa nasa komunna uzla bi u
 takve procese preostajavanja koji bi je jos vise priblizili klasicnom mark-
 sistickom konceptu komunne. Sto mozeimo samo posteljati, jer razvatak ko-
 munne u sistemu samoupravljanja moze dalje razviti i obogatiti kako
 maksimalna teorija samoupravljanja moze dalje razviti i obogatiti kako

MILAN ŠKRBIĆ

KOMUNALNI SISTEM I PROCESI DEETATIZACIJE ZDRAVSTVA

SUMMARY

Za zdravstvo u našoj zemlji u posljednjih petnaestak godina karakteristično je postupno ali radikalno kršenje starih etatističkih odnosa i struktura. Ukoliko novi samoupravni odnosi u zdravstvu sporije i uz jače otpore zamjenjuju stare etatističke odnose, utoliko su prirodnije i teže krize kroz koje prolazi naše zdravstvo u ovoj fazi socijalističkog preobražaja našega društva. Deetatizacija zdravstva odvija se u sklopu procesa deetatizacije cjelokupnog našeg društveno-ekonomskog života. Stoga su joj osnovne uporišne tačke razvijanje komunalnog sistema s jedne i osamostaljivanje radnih organizacija na samoupravnoj osnovi s druge strane. Komuna kao osnovna političko-teritorijalna i društveno-ekonomska samoupravna zajednica preuzima na sebe regulativne i integrativne funkcije u mjeri u kojoj te funkcije u oblasti zdravstva prestaje vršiti država. Na taj način, komuna kao samoupravna zajednica radnih ljudi postupno postaje osnovni reprezentant društvenog interesa na području ostvarivanja i unapređivanja zdravstvene zaštite. Samostalne i samoupravne radne organizacije u oblasti zdravstva (zdravstvene službe, zdravstvenog osiguranja, edukacije zdravstvenog kadra itd.) integrirane u samoupravni mehanizam komune, zasnovane na principima samofinanciranja i raspodjele dohotka, postaju osnovna poluga u razvijanju zdravstva na bazi ostvarivanja zajedničkih zdravstvenih i iz njih izvedenih ekonomskih i društvenih interesa u skladu s materijalnim mogućnostima građana u komuni.

Komuna postaje sve više praktički nosilac i organizator napora građana da unaprijede društveni standard i da zadovolje na najracionalniji način zajedničke potrebe. Kao najznačajniji faktor usklađivanja individualnih i zajedničkih interesa građana, komuna upravo u oblasti zaštite i unapređenja zdravlja preuzima izvanredno važnu funkciju.¹ Budući da se briga o zdravlju na dostignutom stupnju društveno-ekonomskog razvoja ne može tretirati kao individualni interes pojedinca, da pojedinac sam nije u mogućnosti da snosi ekonomske terete u slučaju da ga pogodi teža bolest, da od efikasnosti u zaštiti zdravlja zavisi i produktivna sposobnost radnika; budući da je društvenim razvojem prevladana i privat-

¹ Vidi Program SKJ, Kultura, Beograd 1958, str. 348, 349.

novlasnička struktura zdravstvene službe, da sitni, nepovezani zdravstveni pogoni ne mogu više uspješno izvršavati zadatke u oblasti zaštite i unapređenja zdravlja, komuna postaje takva samoupravna zajednica građana u kojoj se oni javljaju kao potrošači i korisnici zdravstvenih usluga (pa su prema tome i neposredno zainteresirani za razvoj materijalnih i kadrovskih pretpostavki zdravstvene zaštite) i u kojoj na bazi uzajamnosti i solidarnosti slobodno i autonomno izgrađuju odnose u oblasti zdravstva i zadržavaju kontinuirano uvid u funkcije komune na području usklađivanja pojedinačnih i zajedničkih interesa u zaštiti i unapređenju zdravlja.

Već je program SKJ izrazio bit ekonomskih i društvenih odnosa u komuni i odredio mjesto komune u procesima deatizacije društvenog života i razvitku socijalističkog samoupravnog društva.² Takvoj koncepciji potpuno je strano shvaćanje i praksa identificiranja komune s organom vlasti u općini ili njezino svodenje na financijsko-budžetski organ državne vlasti. »Komunu moramo razumeti kao mehanizam različitih više ili manje samostalnih organa samoupravljanja, koji su međusobno, pre svega ekonomski i politički, a ne samo pravno-financijski povezani. Baš ova društveno-ekonomsko-politička strana sadržine komune će sve više dolaziti do izražaja.«³ Unutar komune kao samoupravne zajednice radni ljudi i njihove radne organizacije rješavaju sva pitanja društvene materijalne baze kao i pitanja iz oblasti zdravstva, socijalne zaštite, kulture, obrazovanja. U okviru nje oni ostvaruju svoja prava na samoupravljanje i na raspodjelu prema radu na bazi odnosa koje autonomno uspostavljaju i mijenjaju u skladu s Ustavom i u zavisnosti od vlastitog shvaćanja uzajamnih ekonomskih i društvenih interesa.⁴

U određivanju pravca razvoja zdravstva u našoj zemlji pošlo se od ideje da građani sami, povezani uzajamnim interesom, kroz samoupravni mehanizam komune treba da rješavaju sve probleme zdravstva kao društvene djelatnosti koja najposrednije utječe kako na njihov životni standard tako i na produktivnost društvenog rada u komuni. Ova ideja našla je svoj osnov u baznim principima komunalnog uređenja, a istovremeno izražava i osnovni ekonomski imperativ da se formiranje potreba u sferi zdravstva stavi u zavisnost od materijalnih mogućnosti. Međutim, praktično ostvarenje određenog nivoa zdravstvene zaštite bitno je uvjetovano ne samo materijalnom osnovom koja je u različitim komunama na vrlo različitim nivoima razvijenosti, nego i slobodnim sredstvima koja se djelovanjem instrumentarija privrednog sistema stavljaju na raspolaganje komunama, radnim organizacijama i građanima.⁵ Budući da određeni

² Isto, glava deveta, str. 368. do 395. Potrebno je naglasiti da je zdravlje opće priznat element životnog standarda. Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravlje kao »stanje kompletnog fizičkog, duhovnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili nemoći«. Na svim međunarodno prihvaćenim listama za mjerenje životnog standarda, pokazatelji o zdravstvenoj situaciji i zdravstvenom stanju naroda uzimaju visoko mjesto.

³ M. Popović, Politički i idejni problemi privrednog sistema i društvenih odnosa, Kultura, Beograd, 1961, str. 71, 72.

⁴ Vidi: Josip Broz Tito, Govor na V Kongresu SSRNJ, Borba 19. maja 1960.

⁵ Vidi: P. Ivković Ivandekić: Aktuelni problemi razvoja zajedničke i opće potrošnje, Ekonomski institut Srbije, Beograd 1964, str. 7.

nivo zdravstvene zaštite predstavlja općedruštveni interes koji još uvijek reprezentira država, ideja da sami građani u okvirima svojih komuna rješavaju sve probleme zdravstvene zaštite može biti ispravna i očuvana kao generalna samo tako da se pojam zdravstvene zaštite koja se uvjetuje za zainteresiranošću samih građana u komuni i koja se stavlja isključivo u zavisnost od sredstava kojima oni raspolažu, ograniči na nivo zdravstvene zaštite iznad minimuma koji predstavlja općedruštveni interes i koji osigurava država snagom prinude, makar i posredstvom preraspodjele materijalnih sredstava nužnih za podmirenje troškova te obavezne zdravstvene zaštite.

Napuštanje principa administrativno-centralističkog upravljanja zdravstvom nema za cilj da se zdravstveno prebaci na komune, odnosno da bolnice, dispanzeri, ambulante, medicinske škole itd. postanu komunalne ustanove, nego da budu samostalne radne organizacije u okviru jedinstvenog sistema zdravstva, na isti način kao što su to preduzeća u okviru jedinstvene privrede.⁶ U njihovu financiranje učestvuju svi faktori koji koriste njihove usluge, a ne samo oni unutar granica komune. To je jedini put za stvaranje samostalne materijalne baze zdravstvenih institucija, a istovremeno i jedina realna pretpostavka njihove samoupravnosti. Dohodak koji zdravstvene ustanove na taj način ostvaruju postaje i baza njihove vlastite investicione politike, a u isto vrijeme i zajednička materijalna osnovica integracionih procesa, odnosno demokratskog udruživanja u okviru zdravstva. »Prema tome, opština se ne svodi na funkcije opštinske skupštine već se karakteriše kao specifičan splet unutrašnjih odnosa, samostalnih funkcija i uzajamnih zavisnosti, a time se onemogućuje da politički, odnosno administrativni organi opštine mogu da steknu položaj nekog političkog monopola u odnosu na radne organizacije i druge samoupravne organe, ili da kao takvi, postanu prepreka slobodnom kretanju ljudi i radnih i drugih društvenih organizacija ili prirodnim procesima njihova ujedinjavanja.«⁷

Zbog toga što država još uvijek raspolaže značajnim materijalnim sredstvima i što komuna još nije osposobljena za razrješavanje svih suptnosti koje se javljaju na relaciji komunalni i općedruštveni interesi, u oblasti zdravstva nužno je jasno razgraničiti funkcije čije je izvršenje vitalni interes društvene zajednice kao cjeline i koje se zbog toga ne mogu prepustiti slobodnoj inicijativi komunalne samouprave i staviti u neposrednu zavisnost od materijalnih mogućnosti komune, od onih funkcija koje se mogu bez tutorstva državne regulacije staviti u zavisnost od neposrednog interesa građana i samoupravnih organa u komuni. Takvo razgraničenje nužno je iz dva razloga: 1. da se osigura provođenje društvenog interesa u oblasti zadovoljavanja vitalnih zdravstvenih potreba na cijeloj teritoriji društvene zajednice; 2. da se omogući nesputan razvoj samoupravne regulative i dohodovnih odnosa u onim sferama zaštite zdravlja u kojima je to na današnjem stupnju razvoja moguće. Dakako, u mjeri u kojoj država prestaje raspolagati materijalnim sred-

⁶ Vidi: E. Kardelj, Društveno ekonomski zadaci privrednog razvoja u narednom periodu, VIII Kongres SKJ, Komunist, Beograd 1964, str. 105.

⁷ E. Kardelj, Novi ustav Socijalističke Jugoslavije, Komunist, Beograd 1962, str. 105, 106.

stvima, prepuštajući ta sredstva komunama, radnim organizacijama i građanima, nestajat će i potreba za državnom regulacijom i u sferi minimalne zdravstvene zaštite od općedruštvenog interesa. Sadašnja situacija omogućava konfuziju u tom pogledu. Naime, postojeći sistem zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja zadržao je jedinstveni tretman svih oblasti zdravstva i svih funkcija zdravstvene zaštite. To omogućava deformacije u dva pravca: prvo, cijela ova kompleksna oblast ostaje pod snažnim utjecajem državne regulacije, dakle bez realnih šansi da se razvija na samoupravnoj i dohodovnoj osnovi; drugo, u slučaju odbacivanja državne regulativne funkcije javlja se opasnost da se cjelokupno zdravstvo »prekomunalizira« i »prekomercijalizira«, dakle i opasnost da se ugroze neki vitalni društveni interesi na tom području. Danas je još uvijek, s obzirom na naglašeno prisustvo centralističke regulative u neadekvatnom zdravstvenom zakonodavstvu, realno prisutnija prva opasnost, ali se u borbi protiv nje moramo čuvati da ne upadnemo u drugu krajnost, koja se kao realna prijetnja već javlja osobito u komunama s nerazvijenom privredom u kojima zbog nedostatnosti materijalnih sredstava za zdravstvenu zaštitu dolazi do stagniranja pa čak i do gašenja nekih zdravstvenih aktivnosti, premda su one bez sumnje općedruštveni interes.

Zdravstvenu potrošnju u komuni opredjeljuju različiti faktori koji na različitim područjima državne teritorije djeluju s različitim intenzitetom. Na prvom mjestu valja imati na umu patologiju područja koja se kao objektivni faktor koji utječe na zdravstvenu potrošnju mora promatrati diferencirano. Društvena zajednica mora biti zainteresirana da određeni zdravstveni problemi budu rješavani na principu obaveznosti, bez obzira na materijalne mogućnosti komune u kojoj se javljaju. Takve probleme valja definirati na temelju vitalnog interesa društva da se oni saniraju i svesti ih u krug onih zdravstvenih potreba, koje ako ostanu nezadovoljene mogu predstavljati realnu opasnost za društvenu reprodukciju života. I odnos aktiviranih i latentnih zdravstvenih potreba vrlo je različit u raznim sredinama. Društvena zajednica mora biti zainteresirana da se u određenim komunama budi i podstiče aktiviranje onih zdravstvenih potreba koje kao latentne u toj sredini predstavljaju realnu opasnost po vitalne interese društva kako u toj sredini tako i u cijeloj društvenoj zajednici. Aktiviranje tih potreba ne može se prepustiti odnosima u komuni i staviti u isključivu ovisnost od materijalnih mogućnosti komune.

Međutim, naša današnja zdravstvena politika može biti primjerena stupnju društvenog razvoja samo ako je selektivna, ako diferencira potrebe koje je nužno zadovoljiti pod pritiskom državne prinude, od zdravstvenih potreba čije se zadovoljenje prepušta interesu i materijalnim mogućnostima građana i radnih organizacija u komuni. Nivo zadovoljavanja ovih drugih potreba zavisit će od utjecaja ekonomskih mogućnosti od stupnja socijalnog i demokratskog razvoja u komuni, od toga u kojemu se stepenu u zadovoljavanju zdravstvenih potreba sagledava uzajamnost i solidarnost radnih ljudi u komuni itd. Današnji sistem zdravstvene zaštite koji uniformno tretira sve zdravstvene potrebe na teritoriju cijele zemlje i koji istovremeno nalaže komunama da same, na principu samofinanciranja, zadovoljavaju sve zdravstvene potrebe zakonski podig-

nute na nivo prava socijalističkog građanina, dovodi zdravstvenu zaštitu u komuni u vrlo tešku situaciju. Na jednoj strani, zakonski garantirana zdravstvena prava građana i zakonski nametnute obaveze komunama, na drugoj strani princip samofinanciranja i nedovoljnost sredstava da se sve potrebe podmire. U biti, današnji sistem zdravstvene zaštite u komuni u vrlo tešku situaciju. Na jednoj strani, zakonski garancije zdravstva (u oblasti prava) i samoupravne strukture (u oblasti materijalnih obaveza). Takav nepriradni spoj elemenata ovih dviju struktura rada izuzetno brzu ekspanziju zdravstvene potrošnje, deficite u fondovima zdravstvenog osiguranja, nelikvidnost u poslovanju zdravstvenih ustanova i usmjerava na traženje izlaza u povremenim restriktivnim zahvatima u oblast osiguraničkih prava. Umjesto razgraničenja tih dviju struktura, pri čemu bi svaka u svojoj domeni djelovala kompleksno i u oblasti kreiranja prava i u oblasti izvršenja materijalnih obaveza, sadašnji sistem zdravstva ih je kombinirao na najneprirodniji način, tako što je jednoj prepustio oblast kreiranja prava oslobodivši je obaveze snošnja materijalnih troškova za pokriće prava, a drugoj je nametnuo oblast materijalnih obaveza, lišavajući je utjecaja na kreiranje prava i reguliranje obaveza onih koji ta prava koriste.

Očigledno, procesi deetatizacije zdravstva koji su kod nas otpočeli prije petnaestak godina nisu dovedeni do kraja. Sasvim je izvjesno da se oni ne mogu konzervirati na sadašnjem nivou i da je dalje stimuliranje tih procesa pretpostavka izgradnje samoupravnog sistema zdravstva u našoj zemlji i preduvjet izvlačenja zdravstva iz krize u koju je zadnjih godina zapalo. Međutim, dalje korake koje valja načiniti u cilju prevladavanja sadašnjeg stanja u zdravstvu moguće je sagledati samo u kontekstu analize dosadašnjih procesa deetatizacije na području zdravstva. U tom smislu nužan je i historijski pristup procesima deetatizacije zdravstva u našoj zemlji.

Procesi deetatizacije zdravstva — historijski pristup

Zdravstvena potrošnja u određenoj sredini zavisi od niza različitih i često međusobno nezavisnih i nepovezanih faktora i okolnosti. Svi ti faktori i okolnosti ne djeluju na svim područjima nacionalnog ili državnog teritorija u jednakoj mjeri intenzivno. Tako, demografski faktori mogu različito utjecati na rast zdravstvene potrošnje. Patologija područja kao objektivno prisutan faktor tendira da u različitim područjima iste državne ili nacionalne teritorije različito opredijeli zdravstvenu potrošnju i kvantitativno i po strukturi. Društveno-ekonomski faktori također različito djeluju na zdravstvenu potrošnju u različitim sredinama. Ekonomska moć pojedinaca, radnih organizacija i društveno-političkih zajednica javlja se kao stimulator ili amortizer zdravstvene potrošnje. Stupanj kulture i civilizacije i iz toga izvedeni stupanj zdravstvene prosvjedenosti djeluje na zdravstvenu potrošnju različito u različitim područjima. I razvijenost mreže zdravstvenih institucija, faktor pokretljivosti stanovništva i utjecaj razvijenijih sredina također djeluju različito na nivo i strukturu zdravstvene potrošnje. Terapeutski napredak kao izuzetno intenzivan

faktor podsticanja zdravstvene potrošnje reflektira se na različitim područjima iste državne teritorije prije ili kasnije, s manjim ili većim intenzitetom. Društveno-ekonomska politika na području zdravstva može ali ne mora uvažavati sve te specifičnosti u djelovanju objektivnih faktora koji utječu na zdravstvenu potrošnju. Zbog toga je u analizi i usmjeravanju zdravstvene potrošnje osobito važno računati i s faktorom zdravstvene politike, sa sistemom zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, čija je najosjetljivija komponenta politika u oblasti financiranja zdravstva.

a) Period administrativnog centralizma do 1951. godine

U administrativno-centralističkom periodu razvitka našeg društva zdravstvo se razvijalo u snažnoj ovisnosti od odluka centralnih organa socijalističke države, kao i od sredstava za potrebe zdravstva kojima su ti organi raspolagali. Oni su putem planskih instrumenata i uz dominantnu ulogu u distribuciji sredstava u velikoj mjeri opredjeljivali zdravstvenu potrošnju i po opsegu i po strukturi. Državni organi, poreškim zahvaćanjem viška rada i drugim instrumentima ekonomske politike ostavljali su malo mogućnosti pojedincu da u okviru osobne potrošnje zadovoljava i neke od svojih zdravstvenih potreba. Tako zahvaćeni višak rada budžetski se distribuirao i pri tom je zdravstvena potrošnja u svim njezinim oblicima odlučno ovisila od politike državnih organa. Zdravstvo je participiralo iz budžetskih sredstava samo toliko koliko mu je instrumentima planske raspodjele opredijeljeno. Lokalni državni organi raspolagali su neznatnim dijelom budžetskih sredstava za podmirenje lokalnih zdravstvenih potreba, a najveći dio sredstava priticao je preraspodjelom iz fondova kotara, republike i federacije. U periodu između 1947. i 1951. g. lokalni budžeti učestvovali su u financiranju svih socijalnih i zdravstvenih potreba sa svega 16,84 posto.⁸ Sve ostale rashode zdravstva podmirivali su fondovi viših društveno-političkih zajednica. Kako su se ta sredstva trošila namjenski to je zdravstvena politika u općini zavisila u najvećoj mjeri od politike koju su vodili administrativni organi na višem nivou. Lokalni organi vlasti koji su s manje od 17 posto sredstava učestvovali u podmirivanju potreba zdravstva, mogli su samo u odgovarajućem razmjeru utjecati na politiku zdravstvene potrošnje na svom području. Uloga zdravstvenih ustanova, radnih organizacija u privredi i pojedinaca bila je neznatna i u zdravstvenoj politici nije se bitno osjećala.

Materijalna sredstva koja su za potrebe zdravstva odvajana od radnih ljudi, vraćala su im se bez mogućnosti da oni utječu na njihov opseg i distribuciju. Ni prilikom otuđivanja tih sredstava radnom čovjeku i njegovoj radnoj organizaciji nije pružena šansa da odlučuju o opsegu sredstava koja će se od njih odvojiti za njihovu zdravstvenu zaštitu. U procesu proizvodnje radnik nije bio stimuliran da zbog veće potrošnje za zaštitu zdravlja produktivnije proizvodi, a kao konzument zdravstvenih

⁸ Dr Ksente Bogojev, *Lokalne financije Jugoslavije*, Beograd 1964, str. 279.

usluga nije bio zainteresiran za ekonomično i racionalno trošenje inače skučenih sredstava. Ni zdravstveni radnici, ni zdravstvene ustanove nisu mogli da bitnije utječu na opseg i strukturu zdravstvene potrošnje, pa ni oni nisu bili stimulirani da ekonomično troše ta sredstva. Odnos zdravstvenih radnika prema ustanovi u kojoj su radili bio je svojevrstan najamni odnos s državom. Takav odnos nezainteresiranosti prema zdravstvenoj potrošnji imali su i lokalni državni organi čije su ingerencije u oblasti zdravstvene zaštite bile ograničene.

b) Financiranje zdravstva u periodu decentralizacije nadležnosti i sredstava u razdoblju 1951—1960. godine

Stanje gotovo potpune etatizacije zdravstva koliko god je u razdoblju do 1951. moglo biti opravdano, ubrzo se pokazalo kao ekonomski neracionalno, pa čak i socijalno regresivno. Stoga se već od početka 1952. godine prišlo značajnim promjenama u oblasti organizacije i financiranja zdravstva. U početku, administrativni odnosi u zdravstvu ostaju i dalje dominantni, ali se unutar njih događaju kvalitetne promjene. Te promjene vršile su se u četiri osnovna pravca:

1. Vrši se prenošenje nadležnosti i financiranja sa saveznih i republičkih organa na lokalne zajednice s naglaskom decentralizacije u korist komuna. Dok su u periodu između 1947. i 1951. u ukupnim zdravstveno-socijalnim rashodima lokalni budžeti učestvovali sa svega 16,84 posto, između 1952. i 1960. taj postotak je stalno rastao da bi 1960. godine dostigao već 54,40 posto.⁹

2. Uvodi se društveno samoupravljanje u zdravstvenim ustanovama koje napuštaju budžetski režim, dobivaju status samostalnih ustanova i prelaze na samofinanciranje na bazi naplaćivanja svojih usluga. Posebno značajan momenat u procesu osamostaljivanja predstavlja pravo zdravstvenih ustanova da autonomno utvrđuju visinu naknade svojih usluga, da samostalno vrše raspodjelu ostvarenog dohotka i dijele osobne dohotke.¹⁰

3. Gubi se razlika ustanova po njihovoj pripadnosti društveno-političkim zajednicama. Financijski osamostaljene i samoupravne zdravstvene ustanove, nezavisno od njihovih dimenzija i karaktera dobile su isti financijski i pravni status i sve svoje odnose s državnim organima svele su na odnose sa organima komune.

4. Cjelokupna organizacija zdravstvenog osiguranja u okviru socijalnog osiguranja izdvojena je iz okvira državnog mehanizma i dobila je karakter autonomne službe s vlastitim organima društvenog upravljanja. Financiranje zdravstva prebačeno je na samostalne fondove sa zasebnim, izvanbudžetskim izvorima alimentiranja sredstava.¹¹

⁹ Isto, str. 280.

¹⁰ Uredba o upravljanju zdravstvenim ustanovama Sl. list 30/53 i Odluka o financiranju i poslovanju zdravstvenih ustanova, Sl. list 14/53.

¹¹ Dr K. Bogoev, o. c. str. 281.

Te promjene dovele su do izmjene karaktera ingerencija i odnosa viših političko-teritorijalnih zajednica prema zdravstvu. Radikalno su izmune za organiziranje i koordinaciju mjera u oblasti zdravstvene zaštite postale su mnogo složenije.

Uporedo s opadanjem uloge viših društveno-političkih zajednica u financiranju zdravstva opada i uloga lokalnog budžeta a jača uloga fondova socijalnog osiguranja. U periodu između 1955. i 1960. godine indeks porasta sredstava za zdravstvenu zaštitu po nosiocima sredstava na lokalnom nivou izgledao je ovako:¹²

Godina	budžet općine	fond socijalnog osiguranja	Ukupno
1955.	100	100	100
1960.	139	314	286

U tako izmijenjenim uvjetima objektivni faktori koji djeluju na zdravstvenu potrošnju specifično u užim lokalnim područjima, mogli su se u većoj mjeri uvažavati, a zdravstvena potrošnja dovodi se djelomično u sklad s ekonomskim mogućnosti lokalne zajednice. Najznačajnija uloga u oblasti nadležnosti na području zdravstvene zaštite pripala je općini, koja stiče i pravo da osniva sve zdravstvene ustanove od zdravstvenih stanica i ambulanta do bolnica, zavoda i instituta. Dok se na općine prenosi obaveza staranja o svim bitnim poslovima zdravstvene zaštite, kotaru je poslije 1960. godine ostala samo uloga koordinacije rada općina, davanje inicijative za međukomunalnu suradnju, poticanje na integraciju kadrovskih i materijalnih snaga radi optimalnog funkcioniranja zdravstvene zaštite na teritoriju više komuna. Nadležnosti republike i federacije ograničene su na normativno reguliranje organizacije zdravstvene službe, na osiguranje mjera od općeg interesa za cijelu republiku ili federaciju, na brigu o medicinsko-istraživačkom radu i o obrazovanju i usavršavanju liječnika. Dok federacija utvrđuje samo opća načela iz oblasti organizacije i financiranja zdravstvene zaštite, republika vrši zakonodavno reguliranje na svom teritoriju.

Zdravstvene ustanove prešle su među prvima na status ustanova sa samostalnim financiranjem. One su još 1953. godine na temelju posebnih propisa uvele društveno upravljanje.¹³ Upravnom odboru zdravstvene ustanove pripala su sva ovlaštenja o bitnim pitanjima financija. Ipak, i unatoč znatno povećanom stepenu financijske samostalnosti zdravstvenih ustanova, u praksi je njihova zavisnost od budžeta i državnih organa bila vrlo velika sve do stupanja na snagu Zakona o budžetima i financiranju samostalnih ustanova¹⁴ (decembar 1959) i Općeg zakona o organizaciji zdravstvene službe¹⁵ (1960. g.).

¹² Isto, str. 281, 282.

¹³ Uredba o upravljanju zdravstvenim ustanovama, Sl. list 30/53.

¹⁴ Zakon o budžetima i financiranju samostalnih ustanova, Sl. list 52/59.

¹⁵ Opći zakon o organizaciji zdravstvene službe, Sl. list 45/60.

c) Samofinanciranje u oblasti zdravstva

Princip samofinanciranja u zdravstvu zasnovan već spomenutom uredbom iz 1953. godine mogao se praktično u većoj mjeri realizirati tek nakon 1960. g. Navedenim zakonima iz 1959. i 1960. godine pojačana je financijska samostalnost zdravstvenih ustanova, unaprijeđen proces decentralizacije zdravstvene službe čime je ojačana osnova za razvoj samoupravljanja u zdravstvu. Princip samostalnog financiranja proširio se na sve zdravstvene ustanove, a financiranje tih ustanova približilo se načelima financijskog poslovanja privrednih organizacija. Osobito značenje imalo je uvođenje kategorije dohotka i njegove raspodjele. Bitna novost je i pravo savjeta zdravstvene ustanove da utvrđuje visinu naknade zdravstvenih usluga — cijenu usluga (nju je do promjena izvršenih ovim zakonima određivao Općinski narodni odbor). Iz ostvarenog dohotka zdravstvena ustanova osigurava osobne dohotke članovima radne organizacije na temelju vlastitog pravilnika o raspodjeli osobnih dohodaka i formira svoje fondove identične fondovima privrednih organizacija: poslovni fond, rezervni fond, fond zajedničke potrošnje.

Tako izmijenjeni društveni i financijski položaj zdravstvenih ustanova sveo je prava državnih organa uglavnom na kontrolu nad zakonitošću financijskog poslovanja, na društveni nadzor nad politikom korištenja sredstava i na vršenje upravnih poslova određenih propisima. Svi poslovi stručne prirode prenijeti su na zdravstveni centar.

Princip samofinanciranja, a osobito poslovanje na principu dohotka postavili su zdravstvene ustanove svih vrsta u direktniji ekonomski odnos s potraživaocima njihovih usluga: neosiguranim pojedincima, fondovima zdravstvenog osiguranja, radnim organizacijama i društveno-političkim zajednicama.

Proširenje zdravstvenog osiguranja na sve kategorije stanovništva, osobito na poljoprivrednike¹⁶ i samostalne zanatlije, predstavljalo je značajan korak u pravcu osiguranja stabilnosti poslovanja zdravstvenih ustanova. Međutim, uspostavljanje neposrednijih ekonomskih odnosa unutar zajednica zdravstvene zaštite u komuni pretpostavljalo je i reformu zajednica zdravstvenog osiguranja.¹⁷ Umjesto ranijih kotarskih zavoda socijalnog osiguranja stvaraju se komunalni zavodi u okviru kojih se na principu samofinanciranja i samoupravljanja formiraju i raspodjeljuju sredstva za zaštitu zdravlja osiguranika. To je bila nužna posljedica orijentacije da komune na svom području zadovoljenju zdravstvenih potreba stave u zavisnost od materijalnih mogućnosti. Sredstva za zdravstvenu zaštitu zaposlenih i njihovih obitelji alimentiraju se iz doprinosa na osobne dohotke u okviru komunalnih zavoda socijalnog osiguranja, a sredstva za zdravstvenu zaštitu zemljoradnika i njihovih

¹⁶ Zakon o ustanovljavanju zdravstvenog osiguranja poljoprivrednih proizvođača, Sl. list 27/59; Zakon o zdravstvenom osiguranju poljoprivrednih proizvođača, Sl. list 13/63.

¹⁷ Zakon o organizaciji i financiranju socijalnog osiguranja, Sl. list 22/62.

obitelji alimentiraju se iz doprinosa na katastarski prihod u okviru komunalnih zajednica zdravstvenog osiguranja zemljoradnika.¹⁸

Maksimalni i jedinstveni opseg prava na zdravstvenu zaštitu zaposlenih određen je saveznim zakonom. Savezni zakon, međutim, odredio je samo minimalni opseg prava u okviru obaveznog osiguranja zemljoradnika, ostavljajući slobodu republičkom zakonodavstvu da odredi opseg prava iznad saveznim zakonom zagarantiranog. Stopu doprinosa iz osobnog dohotka, odnosno stopu doprinosa iz katastarskog prihoda određuju komunalne zajednice zdravstvenog osiguranja radnika i zemljoradnika. Osim osnovne stope doprinosa, u slučaju deficitarnog poslovanja fondova, komunalne zajednice mogu uvoditi dodatni i izvanredni doprinos. Saveznim zakonom određena je samo gornja granica zbirne stope doprinosa za socijalno osiguranje, dok granica stope doprinosa za zdravstveno osiguranje zemljoradnika nije zakonski ograničena. Time je data mogućnost komunalnim zajednicama zdravstvenog osiguranja radnika i zemljoradnika da na bazi samoupravljanja i samofinanciranja, zavisno od potreba, određuju stopu doprinosa za zdravstveno osiguranje, koja nije više jedinstvena za cijelo jugoslavensko područje. Tako je tek stvorena realnija podloga da se između dva najznačajnija faktora u okviru zajednica zdravstvene zaštite (zdravstvenih ustanova i zajednica osiguranja) u uvjetima kada su oba postavljena na princip samofinanciranja, uspostave ekonomski odnosi kroz instrument ugovaranja.

Međutim, ovako kreiran sistem zdravstvene zaštite ipak predstavlja dosta neprirodan spoj elemenata ekonomske i administrativne logike. Ti elementi nisu do kraja uklađeni, ponekad se međusobno isključuju, što dovodi do ozbiljnih teškoća u ostvarivanju zdravstvene zaštite u komuni, osobito u uvjetima privredne reforme.¹⁹ Ekonomska logika u odnosima u okviru zajednica zdravstvene zaštite temelji se na principu samofinanciranja i na svemu onome što iz tog principa nužno proizlazi (dohodak, cijene usluga, raspodjela prema radu, ugovaranja i dr.). Administrativna logika snažno je prisutna u elementima obaveznog osiguranja, garantiranog opsega prava, proporcionalnosti doprinosa osobnim dohocima ili drugim prihodima od rada, zakonski utvrđenim obavezama u oblasti zdravstvene zaštite itd. Te dvije logike nije u svim slučajevima moguće uskladiti. Dok ekonomska logika upućuje da se podmiruju samo one zdravstvene potrebe koje ekonomske mogućnosti korisnika dopuštaju i da se sredstva odvojena za zdravstvenu zaštitu troše ekonomično, administrativna logika nameće stanovite obaveze koje se mogu sukobiti kako s ekonomskim mogućnostima da se one zadovolje tako i s principom ekonomičnosti trošenja i potrebom da se sredstva koriste za podmirenje prioritarnih potreba. Komune su primorane da rješavaju vlastitim sredstvima i one probleme zdravstva koji su im administrativno nametnuti. Često međutim, takva rješenja u ozbiljnoj mjeri narušavaju princip samofinanciranja i stavljaju komune pred gotovo nerješive probleme.

¹⁸ Zakon o zdravstvenom osiguranju poljoprivrednih proizvođača, Sl. list 24/60; Zakon o zdravstvenom osiguranju poljoprivrednih proizvođača Narodne novine 1/62; Zakon o zdravstvenom osiguranju poljoprivrednika, Narodne novine 14/63.

¹⁹ M. Škrbić, Zdravstvo u novim uvjetima, »Vjesnik«, 20. do 25. XII 1965.

Utjecaj mjera privredne reforme

U oblasti zdravstva privredna reforma se manifestirala neposredno kroz smanjenje stope doprinosa za zdravstveno osiguranje radnika i kroz porast cijena nekih proizvoda i usluga, uslijed čega dolazi do porasta troškova poslovanja u zdravstvenim ustanovama znatno iznad planiranog i do povećanja cijena zdravstvenih ustanova.²⁰ Ona se posredno reflektirala na zdravstvo kroz narušavanje postojećih i planiranih proporcija u materijalnoj osnovi zdravstvenih fondova i ustanova, jer u različitim komunama, zavisno od razvijenosti i strukture njihove privrede dovodi do zaustavljanja ili ubrzanja porasta osobnih dohodaka i drugih prihoda iz kojih se alimentiraju sredstva zdravstvene potrošnje. To direktno utječe na masu sredstava u fondovima zdravstvenog osiguranja, a time indirektno i na mogućnosti bržeg i sporijeg rasta zdravstvene potrošnje na fondove zdravstvenih ustanova, nivo i kvantitet njihovih usluga, zarade zdravstvenih radnika itd. Na drugoj strani, u vezi s intencijama privredne reforme, pred zdravstvo se postavio zadatak da osigura takav nivo i kvalitetu zdravstvene zaštite čija će efikasnost neposredno utjecati na produktivnu sposobnost u oblasti privređivanja (u prvom redu efikasnijim sprečavanjem bolesti, skraćivanjem vremena liječenja, smanjivanjem izostanaka s posla zbog bolesti itd.) uz istovremeno sužavanje širokog fronta zdravstvene potrošnje i ekonomičnije trošenje sredstava za ostvarivanje zakonom određenih ciljeva i izvršavanje zakonskih obaveza prema osiguraniku, a trošenje dovesti u sklad s materijalnim mogućnostima.²¹

Mjere reforme djelovale su na zdravstvo vrlo efikasno i trenutačno. Najprije je od početka jula 1965. najviša granica zbirne stope doprinosa za socijalno osiguranje smanjena sa 24,5 posto bruto osobnih dohodaka na 22,5 posto, da bi se od 1. I 1966. smanjila na 20,5 i na kraju od 1. I 1967. na 19 posto. Kako je potrošnja za dugoročno osiguranje u okviru socijalnog osiguranja najmanje elastična, to je ovo trokratno smanjivanje najviše granice zbirne stope doprinosa u najvećoj mjeri pogodilo fondove dječjih dodataka i zdravstvenog osiguranja. To je posljedica činjenice što u okviru socijalnog osiguranja, bez obzira na formalnu samostalnost fondova kratkoročnog i dugoročnog osiguranja, u praksi vlada »tehnika zajedničkog lonca« koja omogućava da se administrativnim zahvatima, promjenama stopa kojima pojedini oblik osiguranja participira u zbirnoj stopi, vrši prelijevanje sredstava iz jednog fonda u drugi. Na taj način, zdravstvo i zdravstveno osiguranje našlo se u paradoksalnoj situaciji da relativno povećanje obaveze uslijed porasta cijena zdravstvenih usluga, povećanih nadoknada za vrijeme odsustva s posla zbog bolesti ili rehabilitacije, podmiri znatno smanjenim sredstvima i da očuva i unaprijedi efikasnost zdravstvene zaštite. Parcijalne restrikcione mjere u oblasti prava osiguranika i radnih organizacija, sračunate na smanjivanje rashoda fondova uslijedile su sa znatnim zakašnjenjem (prve u

²⁰ D. Vekić, Potrošnja u socijalnom osiguranju i njena usklađenost s intencijama privredne reforme, »Socijalna politika« br. 11-12/1966.

²¹ M. Skrbić, o. c.

julu 1966, a druge u decembru 1966) i dočekane su s velikim protestima javnosti. Tako se već u prvoj polovici godine djelovanja mjera privredne reforme ostvario znatan raskorak prihoda i rashoda u komunalnim fondovima zdravstvenog osiguranja radnika, najvažnijeg potražioca zdravstvenih usluga, koji na taj način postaje nesolventan, što izaziva nestabilnost i poremećaje u radu zdravstvenih ustanova i postaje ozbiljno žarište inflacionih tendencija.²² U cilju podmirenja deficita iskorištene su rezerve koje su se u fondovima zdravstvenog osiguranja formirale u toku 1963. i 1964. godine. Sredstva iz rezervi komunalnih fondova realizirana do privredne reforme, u skladu sa zakonskim odredbama, namjenski su izdvajana za buduće potrebe pokrivanja povećanih obaveza ovih fondova, a mjerama privredne reforme nije bila predviđena obaveza da se i ta sredstva valoriziraju na način kako je to bilo propisano za štedne uloge, životna osiguranja, blagajničke i zajmovne obveznice. S druge strane, odredbama o provođenju mjera privredne reforme fondovima zdravstvenog osiguranja nametnute su nove obaveze koje nisu proizlazile iz samih odnosa osiguranja, a da im za te reformom nametnute dodatne obaveze nije osigurana odgovarajuća kompenzacija. U isto je vrijeme realna vrijednost rezervi fondova i njihova mogućnost da izvrše svoju namjenu znatno devalvirana. Sve to dokazuje da se i u uvjetima reforme zdravstvu i zdravstvenom osiguranju prišlo na stari administrativni način i da su elementi administrativne logike u pristupu zdravstvu značajno prevagnuli nad elementima ekonomske i samoupravne logike koji su se u sistemu zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja zadnjih godina počeli afirmirati. Istina, administrativne mjere reforme u odnosu na zdravstvo imaju za krajnji cilj punu afirmaciju samoupravnih i ekonomskih odnosa, ali se ne može izbjeći zaključak da reforma još uvijek nije neposredno u tom smislu zakoračila u oblast zdravstva.

Nove pozicije komune kao zajednice zdravstvene zaštite

Zatečenim uzrocima anticipirane potrošnje i deficita u fondovima zdravstvenog osiguranja pridružili su se i oni koje su izazvali instrumenti privredne reforme. Zahvaljujući težnji zakonodavca da što više demokratizira sistem i da ga načini što je moguće darežljivijim u odnosu na osiguranike, naglo su rasli: broj osiguranika i osiguranih lica, potrošnja po osiguranom licu, visina naknade osobnih dohodaka uslijed bolesti i povrede, trudnoće i porođaja, prosječno vrijeme trajanja bolovanja, potrošnja lijekova, troškovi svih oblika zdravstvene zaštite, apotekarski i putni troškovi itd. U razmjeru s tim moralo je rasti i opterećenje osiguranika osnovnim, dopunskim i izvanrednim doprinosima. Unatoč tome deficiti u fondovima zdravstvenog osiguranja i dugovi općinskih budžeta zdravstvenim ustanovama bili su stalni pratilac takvog ekspanzivnog razvoja zdravstvene potrošnje. Prirodno je stoga što je privredna reforma administrativnim zahvatima, limitiranjem i smanjivanjem stope dopri-

²² Vidi: Uzroci deficita u socijalnom osiguranju, Savezno izvršno vijeće, Beograd 1966. i O uzrocima deficita u socijalnom osiguranju, »Socijalno osiguranje« br. 9/1966.

nosa nastojala djelovati na usporavanje rasta zdravstvene potrošnje. Limitiranjem zbirne stope doprinosa uz zadržani nivo zakonski nametnutih prava i obaveza, zakonodavac je stavio zdravstvo u komuni pred gotovo nerješive probleme. Restriktione mjere u okviru postojećeg sistema dugoročnije posmatrano nemaju izgleda da bitnije utječu na usporavanje rasta potrošnje, jer se osiguranik koji se prema njima odnosi neprijateljski, stara da njihove efekte rekompenzira pojačanom potrošnjom u drugim sferama ostvarivanja svojih zakonom garantiranih prava.

Postojeći sistem financiranja zdravstva u koji je ugrađeno automatsko pokrivanje svih rashoda, ne sadrži u sebi čak ni odgovarajuće prepreke raznim neracionalnim i neopravdanim izdacima. Otudnost sredstava od osiguranika i nerazvijeni saupravni i dohodovni odnosi u osiguranju, mehanizam financiranja i raspodjele u zdravstvenim ustanovama, kao i nemogućnost uspostavljanja čistih poslovnih odnosa između fondova osiguranja i zdravstvene službe na bazi dohotka, najbitniji su uzroci predimenzionirane i neekonomične potrošnje. Osnovni akteri potrošnje, počevši od osiguranika i njegove radne organizacije, preko zajednice osiguranja, do zdravstvenih radnika i njihovih ustanova, nisu u postojećem sistemu zainteresirani ni stimulirani za racionalnije korištenje postojećih sredstava. Formiranje i trošenje sredstava odvojeno je od onih koji stvaraju sredstva — od osiguranika i njihovih radnih organizacija. Kao korisnici prava osiguranici nisu uključeni u politiku trošenja, a kao davaoci doprinosa — u odlučivanje o opsegu i načinu korištenja prava. Saveznim ili republičkim zakonskim propisima gotovo je sve do detalja regulirano tako da je ostalo vrlo malo prostora za samoupravno uređivanje odnosa u zajednicama zdravstvene zaštite u komuni. Zdravstveno osiguranje nije osamostaljeno u svom poslovanju i odlučivanju o bitnim pitanjima osiguranja, pa i dandanas nosi izrazite karakteristike državnog osiguranja. Ingerencije vanjskih, državnih faktora na uspostavljanje prava, financiranje, reguliranje odnosa, još su uvijek dominantne. Budući da osiguranici nisu subjekt i osnovni nosilac odlučivanja u osiguranju, preko fondova zdravstvenog osiguranja državni organi komune i republike rješavaju i druga pitanja koja su izvan odnosa osiguranja (prelijevanje, oročavanje itd.).²⁵

Iz takve pozicije osiguranja proizlazi i negativno, budžetsko shvaćanje rezervi u fondovima zdravstvenog osiguranja i administrativni odnos prema njima. Presudan utjecaj vanjskih faktora i neuvažavanje tehničkog aspekta osiguranja dovodi do omalovažavanja značenja rezervi u poslovanju fondovima zdravstvenog osiguranja, zbog čega nije moguće osigurati uredno materijalno pokriće prava i obaveza, skladan tok potrošnje u odnosu na ukupna privredna kretanja i neutralizirati negativna djelovanja oscilacija do kojih neizbježno dolazi pod pritiskom djelovanja robno-novčanih odnosa. Upravo taj izvanjski pritisak motiviran razlozima koji izlaze iz okvira odnosa u zdravstvu i zdravstvenom osiguranju, svaku privremenu pojavu viškova prihoda nad rashodima prikazivao je kao negativnu i inicirao poduzimanje hitnih mjera da se ta sredstva utroše. Tako rezerve nisu mogle postati onaj stabilizacioni faktor

²⁵ Vidi: R. Džunov, Problemi financiranja zdravstvenog osiguranja, »Socijalna politika« br. 9/1966.

oscilacija u zdravstvenoj potrošnji i u osobnim dohocima iz kojih se ona alimentira. Stopa doprinosa koja osim tekuće potrošnje mora osigurati i sredstva rezerve bila je i ostala izvan domašaja neposredne samoupravne regulative.

Nepostojanje egzaktnijih i stabilnijih standarda i normativa,²⁴ kriterija za vrednovanje medicinskog rada, monopolski položaj velikog dijela zdravstvenih ustanova i nerazvijenost instituta »slobodnog izbora liječnika« dovodi do dominacije administrativnih odnosa i potiskivanja ekonomskih odnosa u poslovanju u okviru zajednica zdravstvene zaštite u komuni. Tako se zdravstvene ustanove i dalje u pravilu budžetiraju iz sredstava fondova zdravstvenog osiguranja, što i službu osiguranja stavlja u poziciju samostalnog faktora s izuzetnom, monopolskom pozicijom u zajednicama zdravstvene zaštite. Stoga ne dolazi do izražaja ni nužnost da se kadrovi u toj službi stručno osposobljavaju za praćenje medicinskih i ekonomskih interesa i potreba osiguranika, za stručnu kontrolu izvršenja ugovora.

Investiciona ulaganja u zdravstvo također su u značajnoj mjeri zavisna od administrativnih odnosa. Investicione odluke u pravilu nedovoljno uvažavaju ekonomsku i zdravstvenu racionalnost ulaganja, što dovodi do gradnje skupih i predimenzioniranih kapaciteta, do neusklađenosti i dupliranja medicinskih pogona, do rasipanja u njihovoj opremi. U tom pogledu osobito je izostala međukomunalna suradnja, zasnovana na zdravstvenom i ekonomskom interesu građana više komuna.

U sadašnjem sistemu ne postoje, niti se u njega mogu ugraditi mehanizmi koji bi djelovali na onemogućavanje rasipanja i osobito na usklađivanje zdravstvene potrošnje s realnim mogućnostima na principu ekonomičnosti i zadovoljavanja prioritetnih potreba. Sadašnji sistem predviđa redovitu stopu doprinosa, ali omogućava i veliko manevriranje u pokrivanju troškova dopunskim i izvanrednim doprinosima, što dopušta svim faktorima u zajednicama zdravstvene zaštite u komuni da se dosta olako odnose prema problemu ekonomičnosti i opsegu potrošnje.

Svi ti do kraja pojačani i inače složeni problemi zdravstvene zaštite u komuni, još su se više zapleli pod pritiskom djelovanja mjera privredne reforme. Novi odnosi na kojima se zdravstvo formalno-pravno zasniva od 1960. godine nisu se u proteklom razdoblju u znatnijoj mjeri afirmirali. Međutim, reforma je oživotvorenje tih odnosa u zdravstvu postavila kao neodložan zadatak. Komuna kao splet samoupravnih organa, odnosa i prava i kao osnovna zajednica zdravstvene zaštite, suočava se danas s vrlo složenim zadacima na pet osnovnih linija odnosa u okviru prava i rizika zajednica zdravstvene zaštite:

1. odnosi prema pravima i obavezama koji su saveznim ili republičkim zakonima uspostavljeni u oblasti zaštite zdravlja u komuni;
2. odnosi u okviru komunalnih zajednica zdravstvenog osiguranja na principu samoupravljanja i samofinanciranja;
3. odnosi u zdravstvenim ustanovama na principu samoupravljanja, samofinanciranja i raspodjele dohotka prema radu;

²⁴ G. Levi, Oblici i visina naknada za zdravstvene usluge, »Socijalno osiguranje« br. 4/1964.

4. međusobni odnosi svih faktora u okviru prava i rizika zajednice zdravstvene zaštite na principu uzajamnosti i solidarnosti;

5. proširena reprodukcija u zdravstvu u novim uvjetima.

Svaka dimenzija tih odnosa zahtijeva temeljite promjene zasnovane na pomnim istraživanjima. Institucionalno i formalno-pravno samoupravljanje uspostavljeno u zdravstvu sporo i mučno prerasta u realan samoupravni odnos. Svjesna društvena akcija, usmjerena na borbu za promjenu tih odnosa, zasnovana na orijentaciji koja proizlazi iz znanstveno istraživačkih napora, nužna je pretpostavka izgradnje samoupravnih i demokratskih odnosa u zdravstvu i pune afirmacije ekonomske logike u toj sferi našeg društvenog života.

SUMMARY

COMMUNAL SYSTEM AND THE PROCESSES OF DEETATIZATION OF THE HEALTH SERVICE

In passed fifteen years, since 1952 onwards, in the sphere of the health service in our country big changes have been done. Processes of deetatization of the health service have gone along with the processes of deetatization of the whole social life. The development of the communal system and the growing independence of working organizations in the sphere of selfgoverning and income basis are main points of construction of the selfgoverning system in the health service. Formaly juridical and institutional selfgoverning in the health service slowly and difficult changes into real selfgoverning relation. Processes of the deetatization of the health service have not been led to an end. Further stimulation of these processes is an inevitable condition for the construction of the selfgoverning system in the health service and of pulling the health service out of the crisis wherin it came in those conditions in which the disturbed etatic structure of the health service is not yet compensated by more completed and more developed selfgoverning structure. Commune, as the fundamental community of health protection, is today before big problems how to construct new relations in the sphere of the health service, which relations are funded on the principles of selfgovernment of all factors in the frame of the right and risks of the community of health protection and instauration of business relations among them yhich relations would rest upon fundamental principles of economic logic and upon ney understanding of mutuality and solidarity in the frame of commune and inter-communal collaboration. Here as big obstacles in the realization of that end still stand resisting remnants of administrative logic in the existing system of the health service and unfinished basis of technics and methodology upon which selfgoverning relations could normally function.

(Translated by Slavko Paleček)