

# Novosti - Izkušnje - Pobude

## RACIONALIZACIJE V ORGANIZACIJAH ZDRUŽENEGA DELA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI\*

Leto 1976, za katero so značilni primeroma strogi stabilizacijski ukrepi, je zaradi usklajevanja dohodkov z izdatki ob zahtevi po zadovoljivem kritju potreb zdravstvenega varstva zelo težko.

Strogost stabilizacijskih ukrepov se kaže predvsem v nizki rasti sredstev, namenjenih za neposredno zdravstveno varstvo ob sočasnem inflacijskem gibanju cen in osebnih dohodkov ter ob izvajanju zakona o ugotavljanju in delitvi dohodka ter zakona o zavarovanju plačil.

V takih okoliščinah verjetno ne bo mogoče povsod ohraniti že dosežene ravni zdravstvenega varstva, pri čemer je z izrazom »dosežena raven« razumeti kvaliteto in kvantiteto zdravstvenega varstva, ki ga je povprečno uporabila vsaka zavarovana oseba pri skladih zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Pojem dosežene ravni se širi torej po obsegu iz leta v leto zaradi vedno večjega števila prebivalstva ter zaradi večanja števila zaposlenih in njihovih svojcev, katerih stalno prebivališče ni na območju SR Slovenije, so pa zavarovani pri slovenskih skladih zdravstvenega zavarovanja.

Ker pa je med drugim dolžnost organizacij združenega dela za izvajanje zdravstvenega varstva, da dajejo prebivalstvu racionalno zdravstveno varstvo (čl. 96 zakona o zdravstvenem varstvu Ur. list SRS, št. 38/74), bo treba tudi to obveznost dosledno izpeljati, ker prav na tem področju še ni urejeno vse tisto, kar bi moralo biti že opravljeno.

Zato bo potrebno izdelati programe racionalizacijskih ukrepov, ki bodo v bistvu le nadaljevanje in poglobljanje racionalizacijskih programov iz lanskega leta s hkratnim zajemanjem še vseh tistih področij, ki v prvotnih racionalizacijskih programih niso bili zajeti dovolj ali pa sploh ne.

Vse te ukrepe bi lahko razporedili v tri glavne skupine:

1. Racionalizacija dela in poslovanja v lastni organizaciji.
2. Ukrepanje na področju sodelovanja med organizacijami združenega dela.
3. Delo zdravstvenih delegatov v samoupravnih in družbenopolitičnih skupnostih.

Za racionalizacijo dela in poslovanja v lastni organizaciji bo treba v prvi vrsti skrbeti za čim kvalitetnejše in kvantitetnejše zadovoljevanje potreb po zdravstvenem varstvu, seveda v okviru medicinskih indikacij, medtem ko bomo morali poiskati rešitve za socialno indicirano problematiko izven zdravstva, v okviru socialnega varstva. Če bodo uporabniki oz. občani zadovoljni z izvajanjem zdravstvenega varstva, se bodo tudi lažje odločali v njegovo korist, tako pri TOZD uporabnikov kot v KS.

Odločitvam baze pa se bodo morala nujno priključiti tudi vsa višje organizirana samoupravna telesa (sveti, skupščine itd.).

Pri prvi skupini, to je pri racionalizacijskih ukrepih, se bo najprimerneje ravnati po vrstnem redu stroškov.

---

\* Ta sestavek je modificiran del referatov glavnega tajnika skupnosti mgr. oec. Jura Vuge na sestanku direktorjev bolnišnic, dne 24. februarja v Novem mestu in na sestanku sekcije medicinskih sester pri skupnosti zdrav. delovnih organizacij SRS dne 23. marca v Ljubljani.

Na prvem mestu so tu osebni dohodki. Verjetno bo na tem področju najpomembnejše odločanje o novih namestitvah, ki jih letošnji finančni položaj, razen v izjemnih primerih, pač ne bo dovoljeval.

Prav tako bomo morali podrobneje analizirati in racionalizirati delovni čas prek polnega delovnega časa, to je nadur in dežurstva. Treba bo podrobno in objektivno, na podlagi dejanskih obremenitev, presoditi upravičenost do podaljšanega dela. Nujno bo treba upoštevati zakonska določila o 42-urnem tedniku ter obveznem dnevnem in tedenskem počitku. Prav tako bo potrebno upoštevati določila o obvezni predhodni odobritvi za podaljšano delo, koder se to ni izvajalo že doslej. To določilo predstavlja v določeni meri možnost omejevanja ekstenzivne porabe delovnega časa in s tem neracionalnega trošenja sredstev za osebne dohodke.

Ker povzroča največ kritik na račun zdravstva slaba delovna disciplina zdravstvenih delavcev in ker je ta hkrati tudi kršitev zakona o medsebojnih razmerjih delavcev v združenem delu, kršitev samoupravnih sporazumov o medsebojnih delovnih razmerjih, o 42-urnem tedniku ter polurnem dnevnem odmoru, ki pa ne sme biti ob začetku ali koncu delovnega dne, bodo tudi na tem področju potrebne sistemske rešitve in stalna kontrola nad njihovo realizacijo. Z večjo izkoriščenostjo rednega delovnega časa je pri sedanjem stanju nedvomno možno v mnogih primerih kompenzirati nove namestitve in nadure. Zato je tem potrebnejše nenehno in načrtno organizirati in evidentirati delo in morebiti uvesti drsni ali deljeni delovni čas. V tem primeru bi bilo možno tudi enostavneje rešiti vprašanje opoldanskega obroka z regresom za prehrano, saj bi ta predstavljal obrok v sredini delovnega časa in bi imel na ta način značaj tople malice.

Verjetno bi kazalo v večji meri uvajati tudi delovna razmerja s skrajšanim delovnim časom, kar je zanimivo zlasti za matere z večjim številom otrok, kot je pokazala neka anketa o zaposlovanju. Tak skrajšan delovni čas je primerno uporabljati predvsem v obdobjih obremenitvenih konic ali ob času največjega izpada delovne sile. V času letnih dopustov pa si bo treba pomagati z obvezno in neobvezno prakso dijakov in študentov.

Vsekakor bo treba misliti tudi na uvedbo tiste mehanizacije in avtomatizacije, ki kaže pri objektivnih računih zmanjšano porabo živega dela ali pa pri enaki količini živega dela, mnogo večji učinek.

Ob že preverjenih tovrstnih aparataturah naj omenim le adresirane naprave za generalije pacientov in razne vrste avtoanalizerjev v laboratorijih, ki so pri centraliziranih dejavnostih lahko izredno ekonomični, tako v pogledu potrebnega prostora kot glede količine preiskav. V NOVIS št. 10/75, 1, 2 in 3/76 objavlja Skupnost pregled opreme za administracijo, s katero si je možno pomagati pri tovrstnem projektiranju racionalizacije v administraciji.

Nujno bo posvetiti več pozornosti tudi izračunavanju osebnega dohodka, kjer je sicer samo v nekaj posameznih primerih prišlo do anomalij, vendar le-te mečejo slabo luč na celotno zdravstvo in se posplošujejo. V nobenem primeru ne more biti za en dan obračunanih več kot 24 ur dela, pa čeprav izvirajo taki računi iz kakršnihkoli meril, kot npr. retrogradno preračunan normativ v ure in podobno. Kljub temu da v zadnjem času takih skrajnih primerov ni bilo, bo treba paziti, da celokupni osebni dohodki posameznika ne bodo prekoračili družbeno tolerantne višine.

Načelno bi bilo po mnenju nekaterih potrebno urediti sistem delitve osebnih dohodkov tako, da bi bilo intenzivno delo v rednem delovnem času stimulatивно ocenjeno, ekstenzivno in podaljšano delo pa destimulirano, oziroma da bi bilo celokupno potrebno intenzivno delo ocenjeno samo v enem znesku. Takšna sprememba sistema de-

litve dohodka bi bila pozitivna, vprašanje pa je, če jo bo mogoče doseči pri Komisiji za presojo skladnosti samoupravnih sporazumov pri Zvezi sindikatov Slovenije.

Pri kadrovske politiki je nujno potrebno upoštevati tudi izsledke znanstvenih raziskav na področju organizacije dela, ki ugotavljajo potrebe po obširnejšem znanju družboslovnih in organizacijskih znanosti, za uspešno racionalizacijo poslovanja. Prav zaradi tega se je Skupnost tudi zavzemala za organizacijo tovrstnega študija za delavce v zdravstvu z že doseženo stopnjo višje izobrazbe in pripravlja tovrstni predlog za izobrazevanje tudi za delavce z že dokončano II. stopnjo na ravni III. stopnje. Pri tem je omeniti še eno ugotovitev znanstvenih raziskav na tem področju, to je, da so za izvedbo inovacij najuspešnejši vodstveni delavci — operativci nekako med 30. do 45. letom starosti, medtem ko bi morali biti snovatelji in idejni pobudniki za racionalizacijo poslovanja, nekoliko starejši delavci, ker morajo imeti poleg ustrezne teoretične izobrazbe, tudi bogate izkušnje na tem področju. Navedene meje sicer niso ostro začrtane oz. obe področji med seboj nista ostro ločeni, so pa eno od pomembnih kriterijev pri odločitvah o oblikovanju konkretne kadrovske politike, oz. pri odločitvah, koga pošiljati na nadaljnje izobraževanje ob delu.

Naslednja bistvena postavka pri racionalizacijskih ukrepih so materialni stroški. V tej kategoriji so največje postavke zdravila, živila in tuje storitve.

V porabi zdravil so omembe vredni trije problemi: prvi je izbor paralel med medikamenti in uvajanje novih preparatov, drugi je zaloga zdravil na oddelkih, tretji pa je tekoča zaloga zdravil, bodisi glede na dobo njih trajanja ali za specialitete, naročene za enega samega bolnika, ki niso bile v celoti porabljene. Iz prakse je znano, da vsi ti problemi obstajajo in da v denarni vrednosti izraženo pomenijo kar lepe zneske.

Na področju živil so stroškovni problemi znani in obsegajo v večini primerov legalno in ilegalno brezplačno prehranjevanje kuhinjskega, oddelčnege in dežurnega osebja. Praviloma je ilegalni del obsežnejši od legalnega. Koder je uveden tabletni sistem prehranjevanja, je ilegalni del v glavnem onemogočen oz. se da enostavno ugotavljati in locirati s številčno primerjavo izdanih obrokov s staležem pacientov. Pomembna za stroške prehranjevanja je tudi dietno programska služba, ki v sodelovanju s komercialno nabavno službo lahko zniža stroške živil za nad 10 %, če programira celotno prehrano skladno s tržnimi možnostmi nabave (razpoložljive količine in sezonsko nihanje cen).

Iz analiz periodičnih obračunov za tričetrletje leta 1975 je razvidno, da so stroški prehrane narasli samo za 20 %, kar je za 6 točk pod indeksom rasti živilske cene, kar daje slutiti, da so se na tem področju že pokazali rezultati racionalizacijskih ukrepov iz sredine preteklega leta. To pa seveda ne pomeni, da na tem področju ni možno storiti ničesar več. Praksa je pokazala, da je uvedba tabletnega sistema in centralnega strojnega pomivanja posode zvišala produktivnost kuhinjskega osebja za ca. 50 % in kompenzirala v celoti enoletno rast živilskih cen.

Za tuje storitve je znano, da njih cena raste najhitreje in da tu ni velikih možnosti za racionalizacijo, čeprav drobnih možnosti tudi ne gre zanemariti (npr. pri stroških PTT, obrtniških storitvah, prevozih itd.).

Pomembni so še drugi materialni stroški, ki obsegajo predvsem vzdrževanje, ogrevanje, energetiko, administracijo itd., to je področje, ki je bilo že v racionalizacijskih programih leta 1975 najboljše obdelano in se zato tu ne bi spuščali v podrobno specificiranje možnih ukrepov. Opozoriti pa je treba, da je restrikcija pri normalnem vzdrževanju praviloma le ustvarjanje za mnogokratnik večjih stroškov v naslednjih obdobjih in torej varčevanje na nepravem mestu in z negativnim končnim učinkom.

Z racionalizacijo tujih storitev na zdravstvenem področju prehajamo že v drugo skupino ukrepanja na področju sodelovanja med organizacijami združenega dela. Pri

tem so mišljena predvsem dupliranja oz. večkratna ponavljanja raznih preiskav (laboratorij, instrumentalne preiskave vključno rtg idr.). Tu bo možno najuspešneje ukrepati zlasti v večjih integriranih organizacijah in v zdravstvenih centrih, ki so trenutno na slovenskem štirje. Objektivno so tu podane velike možnosti racionaliziranja pod pogojem, da se vsi odločujoči subjekti v njih obnašajo prizadevno in dobronamerno do skupnega cilja. Antagonizmi med osnovno, specialistično in bolnišnično zdravstveno službo se bodo morali umakniti konstruktivnemu in potrebnemu sodelovanju, za kar so s konstitucionalnimi ureditvami in organizacijsko razvojnimi trendi sedaj že podane objektivne možnosti. Poleg omenjenih antagonizmov sta ovira za doseg sodelovanja še neupravičeno visoko razvita težnja po neodvisni »samozadostnosti«, to je po avtarkiji na vseh področjih, in neupravičen strah po zmanjšanju ekonomske samostojnosti ter ugleda. Avtarkistične težnje je mogoče eliminirati z objektivnimi ekonomskimi računi različnih variant primerjave izkoriščenosti kapacitet in višine cen. Ekonomsko samostojnost pa že tako v zadostni meri zagotavlja organiziranost v TOZD, če osvojimo načelo, da naj bi ne bil monopolističen položaj sredstvo za pridobivanje dohodka nad družbeno povprečno potrebnim delom in družbeno priznano vrednostjo. Prav tako monopolističen status posameznika v samoupravni socialistični družbeni ureditvi ne more biti izhodišče in podlaga osebnega ugleda. Na tem zadnjem področju bo treba vsekakor še mnogo sistemskih ukrepov in sprememb v zakoreninjeni miselnosti in praksi, npr. pogosto je reelekcija samo formalnost in se s prvo izvolitvijo običajno pridobijo za stalno »pravice« na določeno delovno mesto.

Poseben pomen na področju sodelovanja med organizacijami združenega dela predstavlja tudi samoupravno dogovorjeno povezovanje na vseh območjih, kjer se srečujejo interesi različnih delovnih organizacij. To velja tako za različne ravni in sposobnosti pri izvajanju storitev zdravstvenega varstva kakor tudi za storitve, ki jih zakon o zdravstvenem varstvu v svojem 62. členu navaja odločno in določa, da jih plačujejo uporabniki neposredno mimo zavarovalnih skladov. Mišljeni so predvsem preventivni pregledi, medicina dela in varstvo pri delu, saj je tudi tu možno s kvalitetnim delom in ustrezno organizacijo najti zaposlitev in dohodek v zameno za izpade finančnih zmogljivosti zdravstveno-zavarovalnih skladov.

V to skupino spadajo tudi sporazumi in pogodbe z dobavitelji. Trajanje povezave (ki zagotavljajo stalen odjem) in primerne količine (zaradi obsega prometa) so za dobavitelje v sedanjih zaostrenih pogojih gospodarjenja še kako pomembni in zanimivi pri določanju odstotkov popusta, višjega popusta ali drugih ugodnosti, kot npr. franco dostava itd. Pri tem je primerna usmeritev neposredno na proizvajalce ali vsaj grosiste, kar zniža nabavne cene najmanj za detajlistično maržo, ki znaša okrog 15 %. Določene tovrstne uspehe je zdravstvo že doseglo, zlasti v prometu z zdravili.

V tretji skupini ukrepov je možno ugotoviti, da smo delegatski sistem sicer formalno-pravno realizirali, daleč pa smo še od funkcioniranja delegatskega sistema v taki vsebinski obliki, kot to predvideva ustava. Menim, da nosimo precejšen del krivde za to tudi sami, ker imamo delegate še vedno za individualne predstavnike in ne kot zastopnike sredine, ki jih je izvolila in imajo samo specialno nalogo za prenos mnenja in stališč volilnega telesa v določeno višje samoupravno organizirano telo. Da bi delegati to svojo nalogo lahko resnično izvedli, morajo biti podrobno seznanjeni z vsemi problemi volilnega telesa, obratno pa morajo delegati le-to seznanjati z vsemi predlogi in sklepi tistega telesa, ki so vanj delegirani. Znani so mi primeri, ko je delegat zaradi nepoznavanja problematike glasoval za dejansko nesmotrno in njegovemu volilnemu telesu škodljiv sklep. Na tem področju bo treba intenzivno ukrepati za popolno informiranost delovnih ljudi, da bodo ti lahko dejansko odločali o vsebinski problematiki in skrbeli za to, da bodo delegati prenašali odločitve delovnih ljudi v samoupravno višje organizirano telo (svete, skupščine itd.). Z dejansko vsebinskim funkcioniranjem delegatskega si-

stema bomo morali eliminirati tudi vplive socialno-zavarovalnih tendenc strokovnih služb zdravstvenih skupnosti, kolikor se te po inerciji dolgoletne tradicije še pojavljajo. Prav tako naj bi bile pri vsebinskem funkcioniranju delegatskega sistema eliminirane tudi vse obstoječe bojazni o prevladi ene zdravstvene službe ali organizacije nad drugo.

Končno pa večina naštetih ukrepov, ki so za prebroditev predvidenih težav nujni, pomeni hkrati tudi realizacijo sklepov 18. seje predsedstva CK ZKS in bodo torej ti sklepi imeli tudi vso potrebno politično podporo.

Načelno je treba poudariti, da noben cilj ne more biti dosežen z enim samim ukrepom, temveč le s sočasnim delovanjem vseh komponent, ki delujejo na določeni cilj, in da noben ukrep, ki v popolnosti zadovoljuje hotenja enega samega partnerja, ni dober, ker v takem primeru škoduje drugim partnerjem.

V navedenem so nanizani samo tisti problemi, ki so najpomembnejši, kar pa še daleč ne zajema vseh možnosti za akcije na tem področju. Pričakujemo, da bo ta sestavek vendarle pripomogel k odkritju še kakšnega uspešnega racionalizacijskega ukrepa v korist boljšega zadovoljevanja objektivnih potreb po zdravstvenem varstvu in v korist večje poslovne uspešnosti zdravstvenih organizacij združenega dela.

Dober in dolgotrajen je lahko le tisti ukrep, ki v največji možni meri zadovolji vse partnerje, kar pomeni, da v celoti sicer ne zadovolji nikogar, pa vendar v mejah možnosti zadovolji vsakogar.

Mgr. oec. Juro Vuga

---

## **PRISPEVKI ZA ZDRAVSTVENI OBZORNIK**

Denarne prispevke so nam nakazali:

DMS Celje din 800, DMS Kranj din 1.000, DMS Ljubljana 10.000, DMS Novo mesto din 1.000, DMS Slovenj Gradec din 1.500, prim. dr. Franc Šušteršič, Celje, avtorski honorar din 240, Angela Gašperin, Ljubljana din 100.

Vsem se za razumevanje zahvaljujeta

uredništvo in uprava ZO