

Ekonomika v bolnišničnem zdravstvenem varstvu*

Bolezni so toliko stare kakor človeški rod, prav tako staro kot bolezni pa je tudi njihovo zdravljenje. Neposredni zgodovinski viri nam dajejo o zdravljenju le skromne podatke. Vemo le to, da so že v prazgodovini poznali metode, ekstenzije in imobilizacije zlomljenih udov in da so že v otroški dobi človeštva izvajali težke operacije, kot npr. trepanacijo lobanje, amputacije udov itd. Zdravljenje je imelo dva izvora: empirijo in magijo. Nosilec empiričnega zdravljenja je bila žena-mati, ki je zdravila svojce brezplačno. Nosilci magične medicine pa so bili plemenski čarovniki, ki so poleg naravnih sredstev uporabljali za zdravljenje svoje predvsem na sugestiji sloneče čarovniške moči. Pri magični medicini je zdravljenje pomenilo verski obred, ki ga je bilo treba praviloma plačati bodisi s splošnim menjalnim sredstvom ali z naravnim darilom. Prve cenike zdravstvenih storitev zasledimo v Hamurabijevem zakoniku iz leta 2100 pr. n. š., ki določa višino zdravnikovega honorarja za različne operacije. Bolnišnice pozna zgodovina že pri starih Grkih, Rimljanih in Bizantincih, čeprav izvira prava bolnišnična služba iz časov vzpona arabske kulture. Že v starem, pa tudi v srednjem veku so obstajale bolnišnice v velikih mestih, bile pa so po svoji naravi bolj domovi za onemogle in ubožane meščane ter za otroke brez staršev. Zdravstvena služba se je financirala iz:

- a) skupnih (proračunskih) sredstev mest, dežel ali držav,
- b) daril, volil in dotacij,
- c) iz lastne, predvsem kmetijske dejavnosti in
- č) osebne potrošnje posameznikov.

Praviloma sodelujejo pri financiranju bolnišnic vsi štirje navedeni viri, čeprav se vsepovsod po svetu kot plačnik zdravstvenega varstva čedalje močnejše pojavljajo zavarovalne skupnosti, ki zbirajo sredstva po proračunskih načelih, poslušajo pa po načelih solidarnosti in vzajemnosti svojih članov. Prva zdravstvena zavarovanja so nastala leta 1881 za delavce v industriji Nemčije, leta 1888 so nastala zavarovanja pod imenom bolniške blagajne v Avstro-Ogrski, pozneje pa tudi drugod. Prve zavarovalne skupnosti so se omejevale na razmeroma ozek krog zavarovancev, dandanes pa poznamo tudi že najširše t. i. nacionalno zdravstveno zavarovanje, ki obsega celotno populacijo kakega naroda. Današnje zavarovanje je lahko obvezno ali neobvezno, ima pa praviloma velik vpliv na ekonomičnost v poslovanju zdravstvenih zavodov.

Tudi v Jugoslaviji je zdravstveno varstvo financirano pretežno iz sredstev zavarovanja, ki posluje po načelih enakosti, solidarnosti in vzajemnosti, to je po načelih povprečja velikega števila primerov. Vsako povprečje pa skri-

* Referat na zveznem seminarju v Ljubljani dne 5. in 6. XI. 1970.

va v sebi celoten razpon odklonov od povprečja bodisi navzgor ali navzdol, zato povprečje ne more biti mera za kak posamezni primer niti ne stimulans ali konsekvence za odklon od povprečja, temveč le centripetalna sila, ki sili vse primere bliže k sredini — k povprečju. Za primere, ki so pod povprečjem, pomeni ta sila za krajše obdobje sicer motivacijo k izboljšanju, za malo daljše obdobje — stagnacijo, za primere nad povprečjem pa — nazadovanje.

V financiranju zdravstvenega varstva in od tod izviraajoči ekonomiki poslovanja pa ne bi smeli izhajati iz povprečij, ker so ta le ovira za razvoj in napredek zdravstvenega varstva. Tako je bilo proračunsko financiranje zdravstvenega varstva v Jugoslaviji po drugi svetovni vojni nedvomno progresivno, ker je na osnovi takrat pričakovanega normalnega povprečja zdravstvenega varstva nedvomno pomenilo motivacijo za izboljšanje stanja. Pri čedalje hitrejši rasti splošne življenjske ravni prebivalstva in še hitrejšem razvoju znanosti in tehnike v medicini pa je proračunski sistem financiranja zdravstvenega varstva v kljub inflacijskemu porastu sredstev postal zavora, ki ni več motivacija za izboljšanje zdravstvenega varstva, temveč razlog za njegovo stagnacijo.

Način za financiranje zdravstvenega varstva je nedvomno ekonomska kategorija, njen prej opisani vpliv pa kaže, kako pomembna je in kako lahko ekonomika deluje na zdravstveno varstvo.

Ekonomika pa ima seveda zelo širok vpliv, zato ob tej priliki ni mogoče obdelati vseh vplivnih sfer. Zato bom skušal prikazati samo nekatera elementarna načela ekonomike v poslovanju bolnišničnega zdravstvenega varstva.

Iz poslovanja in z organizacijskega vidika so bolnišnice storitvene delovne organizacije s takšno kompleksno organizacijsko problematiko, da zahtevajo posebno proučevanje in izobraževanje, če naj se na področju ekonomike in organizacije razvijajo vzporedno z gospodarstvom. V ZDA je bilo ustanovljenih že več fakultet in visokih šol za tovrstno proučevanje in poučevanje. Tudi v Evropi se uveljavljajo podobne težnje. Januarja 1969 sta zveza vodilnih zdravnikov Nemčije in institut za finance univerze v Innsbrucku priredila skupen simpozij o strukturi, organizaciji in financiranju bolnišničnega zdravstvenega varstva. Tu so se pojavila za naše pojme ekstremna stališča o vlogi ekonomsko organizacijskih razlag in rešitev. Podobna razmišljanja opazamo tudi v krogih WHO (svetovne zdravstvene organizacije), kjer so mnenja, da brez načel ekonomike pri izvajanju zdravstvenega varstva ne gre več. Posebne službe za ekonomiko WHO še ni organizirala, ker menijo nekateri njeni predstavniki, da bi uradno deklarirana politika z uvedbo ekonomike v zdravstveno poslovanje lahko pri ekonomsko neizobraženih zdravstvenih delavcih privedla do skrajne komercializacije (profitarstva) v izvajanju zdravstvenega varstva. Zato naj bi se po mnenju teh predstavnikov uvajal proces ekonomike v zdravstveno poslovanje od spodaj navzgor, to je od posameznih delovnih organizacij za izvajanje zdravstvenega varstva in prek njihovih nacionalnih asociacij do svetovne zdravstvene organizacije.

Enako načelo je WHO zavzela ob prodiranju tehnike v medicino, kjer so se in se še bojijo skrajne tehnokratizacije medicine. V obeh primerih (komercializacija in tehnokratizacija medicine) naj bi pretila nevarnost za izločitev humanosti, kar je eno izmed osnovnih načel za izvajanje zdravstvenega varstva. Vendar pa je tehnika v zdravstvu že prodrla in se uveljavila, ekonomika in organizacija poslovanja pa prodira in se bo uveljavila, oboje v korist in večjo učinkovitost zdravstvenega varstva. Čeprav na videz res obstaja nevarnost tehnokratizacije in komercializacije, jo je mogoče preprečiti, če se izvede

nadaljnja delitev dela in se za ta dela angažirajo delavci, ki so zanje izobraženi in jih res obvladajo. Tehnika se je uveljavila v medicini predvsem zato, ker je zdravstveno osebje prepustilo tehnične posle tehničnemu osebju (raznih strok: elektronike, jedrske fizike, elektrotehnike, strojništva, biologije, kemije itd.). Isto velja za ekonomiko in organizacijo poslovanja. Ta dela naj bi opravljali ekonomsko izobraženi delavci, saj ni mogoče zahtevati od zdravstveno izobraženih delavcev, da v celoti obvladajo ekonomiko in organizacijo poslovanja, kakor ni mogoče zahtevati od njih, da bi reševali vse tehnične probleme ob uvedbi tehnike v medicino. Če pa morajo zdravstveni delavci iz objektivnih razlogov reševati ekonomsko organizacijsko problematiko, potem od njih ni mogoče pričakovati rešitev, ki bi bile vedno optimalne in perspektivne tudi s stališča ekonomske znanosti.

Naša širša družbena skupnost se je zavestno odločila za uvedbo ekonomike v poslovanju zdravstvenih zavodov, kar je razvidno iz 4. in 15. člena Splošnega zakona o zdravstvu (Ur. list SFRJ št. 20 z dne 8. V. 1969). Tu je določeno, da poslujejo zdravstveni zavodi po načelu dohodka in da se določajo cene za zdravstvene storitve ob upoštevanju standardov, normativov in kategorizacije zdravstvenih delovnih organizacij.

Ekonomika ima svoje splošne zakonitosti v vsaki panogi dejavnosti in pa tudi specifične zakonitosti, znane pod skupnim imenom panožna ekonomika. Splošne zakonitosti so enake za vse dejavnosti, kjer se trošijo sredstva in kjer se opravljeno delo plačuje, medtem ko se panožne zakonitosti lahko bistveno razlikujejo med seboj.

Prvi splošni zakon vsake ekonomije je kompleks ekonomičnosti poslovanja, ki zahteva maksimalne dosežke z minimalnimi vlaganji. Kompleks ekonomičnosti zajema torej odnose, ki oblikujejo ekonomsko vsebino tega zakona in elemente, na katerih temeljijo ti odnosi.

Naj navedem samo nekaj primerov: Na nekem področju z velikim številom prebivalstva je na minimalnih razdaljah instaliranih večje število rentgenskih aparatov. Z analizo obremenitve teh aparatov pa je bilo ugotovljeno, da vsak od teh aparatov obratuje 1,5 ure dnevno. V tem primeru so bili investicijski in obratovalni stroški vsekakor previsoki in neekonomični. Niti prostori, niti oprema, niti kadri niso do kraja izkoriščeni, stroški takega poslovanja pa so v absolutnem znesku previsoki.

Ali iz drugega področja: za celodnevno prehrano bolnikov je določen normativ 2600 kalorij. Kuhinja potroši živil za 3000 kalorij, pacient pa prejme na dan 2500 kalorij. V tem primeru je kompleks ekonomičnosti postavljen na glavo, saj je bilo vlaganje maksimalno, dosežek pa minimalen.

Takih primerov je v vsaki bolnišnici še in še. Navedena dva primera sta v taki ali podobni kvantifikaciji sicer splošno znana, obstoji pa še nešteto kršitev načela ekonomičnosti, katerih se običajno niti ne zavedamo in ki zahtevajo podrobno ekonomsko analizo za njihovo identifikacijo. Za takšne odklone od načela ekonomičnosti je mnogo razlogov, ki jih prof. dr. Kukoleča razvršča v:

objektivno pogojene in v
organizacijsko pogojene.

Z objektivno pogojenimi odkloni mislimo prirodne, tehnične in konstitucionalne faktorje, ki so neodvisni od vpliva proizvajalca in v konkretnem primeru torej dani, npr. rentgenski aparat v operacijski dvorani je potreben, čeprav obratuje mogoče samo enkrat po eno uro na teden. Čeprav so dejanski stroški za delovanje tega aparata mnogo višji kakor pri enakem aparatu, ki

posluje vsak dan (zaradi amortizacije in drugih fiksnih stroškov), pa so ti stroški zaradi objektivnih pogojev tolikšni. Ali če je tehnologija kuhanja, da se hrana prelaga dvakrat do trikrat (iz kotla v transportno posodo, iz te v jedilno posodo), in to pri treh dnevni obrokih, od katerih so nekateri sestavljeni iz več jedi (kot juha, prikuha, meso, sladica), so izgube kalorij nujne in empirično ugotovljeno lahko znašajo do 200 kalorij na en dnevni obrok. Čim manjše so količine, ki se kuhajo in transportirajo, tem večje so izgube. Majhne kuhinje so, kar je dokazano — neekonomične tudi zaradi takih izgub.

Z organizacijsko pogojenimi odkloni od načela ekonomičnosti pa mislimo vsako povečanje stroškov, ki presega objektivno pogojene stroške. Sem spada npr. instalacija novega rentgenskega aparata za pregled ambulantnih pacientov, če je v bližini instaliran že enak rentgen, ki obratuje samo 1,5 ure na dan. Ali organizacijsko pogojena je izguba kalorij od 3000 v kuhinji porabljenih kalorij, zmanjšanih za 200 kalorij, objektivno pogojenih izgub do 2500 kalorij, kolikor jih prejme pacient. Ta razlika 300 kalorij, ki jo označujemo kot organizacijsko pogojeno pomeni čisto izgubo ali absolutno previsoke stroške poslovanja.

Uvajanje principa ekonomičnosti pomeni torej odpravo vseh odklonov od tega načela. To pa lahko dosežemo tako:

— da se na objektivno pogojeno trošenje vpliva z uvajanjem novih dosežkov znanosti in tehnike, ki bodo imeli za posledico manjše trošenje na enoto in

— da se organizacijsko pogojeno trošenje omeji na minimum.

Načelo ekonomičnosti zahteva torej: racionalno poslovno politiko in racionalno organizacijo poslovanja.

Pri vsem tem pa je treba poudariti, da imamo s trošenjem v mislih tudi trošenje živega dela. To trošenje pa se nanaša na razmerje med količino opravljenih storitev in porabo živega dela. Kompleks, ki obravnava to problematiko, imenujemo kompleks produktivnosti, ki v naravnih kazalcih izraža zahtevo po maksimalnem številu storitev z minimalno porabo dela oziroma enako število storitev s čim manjšo porabo dela.

Ta poraba se lahko razdeli na:

- proizvodno trošenje delovne sile,
- neproizvodno trošenje delovne sile,
- trošenje angažirane delovne sile.

Proizvodno trošenje delovne sile pomeni koristno učinkovito delo, ki se formira izključno pod vplivom objektivnih faktorjev in pomeni maksimalno produktivnost, ki jo je mogoče ustvariti v določenem časovnem obdobju, v danih objektivnih okoliščinah, ob normalni intenzivnosti dela delavca z ustrežno kvalifikacijo.

Neproizvodno trošenje delovne sile pomeni podaljševanje delovnega ciklusa pri učinkovitem delu, npr. zaradi neprimernih delovnih pripomočkov ali zaradi nezadostnega znanja oz. delavčeve spretnosti. Prav tako pomeni neproizvodno trošenje delovne sile tudi podaljšanje delovnega ciklusa zaradi čakanja npr. na konec vizite, na svobodna transportna sredstva, na izdajo hrane, na sterilizirane instrumente itd.

Trošenje angažirane delovne sile pomeni vsaka odsotnost z dela, ki je ne povzroči višja sila, tako npr. prepozno prihajanje na delo oz. prezgodnje odhajanje z dela, odsotnost zaradi neslužbenih opravkov itd.

Produktivnost proizvodnega trošenja delovne sile lahko izboljšamo z uvedbo sodobnejše opreme (npr. loščenje tal z ustreznimi mehničnimi napravami

— loščilci), z uvedbo sodobnejše tehnologije dela (npr. delitev hrane pred pacientom mimo čajne kuhinje) in z vsemi ukrepi, ki omogočajo normalno intenzivnost dela.

Neproizvodno trošenje delovne sile lahko odpravljamo s tem, da opremo vsako delovno mesto z ustreznim drobnim inventarjem in da skrbimo za to, da zasedajo delovna mesta delavci, ki imajo za to delovno mesto ustrezno znanje in spretnost. Zato je nenehno pridobivanje novega in obnavljanje starega znanja nujno za vsako delovno mesto in za vsak profil delavca. Ni dovolj samo nabaviti novo opremo ali novo sredstvo za delo, treba je delavca tudi priučiti pravilni uporabi te opreme ali sredstva za delo. Pomivanje posode je npr. zelo enostavno delo, za katero računamo, da ga obvlada vsaka gospodinja. Vendar pa je npr. odstotek loma porcelana in stekla v različnih enotah različen, ne zato, ker bi bila posoda različne kvalitete, pač pa zato, ker delavke tega dela ne obvladajo enako dobro vsepovsod. Trditev, da so tam, kjer je lom manjši, delavke bolj pridne, drži le na videz. Kaj pa če tam, kjer je lom večji, delavke nimajo dovolj znanja o pomivanju, o uporabi pralnih sredstev in o ravnanju s posodo.

Glede čakanja pa menda v bolnišnicah najbolj kršimo vse principe produktivnosti. Vendar je čakanje možno odpraviti, če zboljšamo organizacijo dela, če organiziramo delo po odrejenem časovnem razporedu — urniku in če se vsi delavci takega urnika dela disciplinirano držijo.

Razumljivo je, da ima zahteva po delovni disciplini mnogo nasprotnikov, ki odklanjajo čvrsto delovno disciplino z obrazložitvijo, da to v zdravstvu ni mogoče itd. Če hočemo biti objektivni, moramo priznati, da se da mnogo tega realizirati tudi v zdravstvu, če je za to le dovolj pripravljenosti.

Za realizacijo vsakega ukrepa, ki naj bi zboljšal ekonomičnost poslovanja tudi v bolnišnici, pa je potrebnih več pogojev:

1. Vsak ukrep mora biti premišljen in utemeljen;
2. delavec, ki naj bi izvajal takšen ukrep, mora biti o njem dobro poučen;
3. za izvajanje tega ukrepa mora biti delavec stimuliran, drugače za njegovo izvajanje ne bo imel interesa.

Stimulacija je lahko moralna ali materialna. Moralno stimulacijo pomeni pohvala ali javno priznanje, porast osebnega ugleda, pridobivanje slovesa, zadovoljstvo, da dela delavec v ugledni delovni organizaciji, pa tudi strah pred grajo ali zmanjšanje osebnega ugleda itd. Pri večini ljudi je materialna stimulacija važnejša od moralne. Čeprav je tudi več oblik materialne stimulacije, npr. pridobitev stanovanja, brezplačna hrana, plačani izleti in potovanja, plačano strokovno izpopolnjevanje itd., je najvažnejša stimulacija vendarle osebni dohodek, zlasti še, če je ta vezan na uspeh dela v taki obliki, da se ta efekt pokaže takoj in v zadovoljivi višini pri osebnih dohodkih.

Osebni dohodek zgolj po »tarifni postavki« in času stimulira delavca po njegovem načelu ekonomičnosti k čim manjšemu prizadevanju (to je k čim manjšemu delu) pri vnaprej določenem in zagotovljenem osebnem dohodku. Uresničevanje njegovega načela ekonomičnosti je v tem primeru v nasprotju z enakim načelom delovne organizacije in z enakim načelom družbene skupnosti. V tem primeru cilji mikroekonomike (posameznika) niso usklajeni s cilji mezeekonomike (delovne organizacije) in makroekonomike (nacionalne ekonomike). Šele usklajenost ciljev vseh teh treh ekonomik daje vsestransko optimalne rezultate.

Če pa hoče delovna organizacija deliti osebne dohodke skladno z opravljenim delom, mora prejemati tudi plačilo, ustrezno opravljenemu delu. To

pomeni financiranje bolnišničnega dela ne po pavšalu, temveč po opravljenem delu — po storitvah. Te storitve morajo biti razčlenjene v taki meri, da omogočajo realno podobo dejansko nastalih stroškov. Če štejemo za storitve samo povprečen oskrbni dan, potem ta ni izraz dejanskih stroškov, če je cena za bolnika v intenzivni negi enaka ceni za bolnika v stadiju rekonvalescence ali če je cena oskrbnega dne pri težki kardialni operaciji enaka ceni oskrbnega dne pri apendektomiji. Iz storitev je treba izločiti tudi tiste elemente, katerih cena je pomembna in spremenljiva, torej tiste elemente, ki so dovolj veliki in katerih vrednost se med veljavnostjo pogodbeno določene cene (kar je pri nas praviloma 1 leto) bistveno spreminja. Takšen element so npr. zdravila, saj pomenijo nad 10% vseh stroškov, njihova cena pa se v enem letu poveča tudi za 30%. Klinične bolnice v Ljubljani so se pri storitvah v bolnišničnem zdravstvenem varstvu odločile za naslednjo razčlenitev:

- nemedicinska oskrba,
- splošna medicinska oskrba,
- intenzivna nega,
- operativne storitve,
- posebne medicinske storitve (zahtevni diagnostični in terapevtski postopki),
- storitve medicinsko funkcionalnih služb (RTG, anestezija, laboratoriji itd.),
- konziliarni pregledi,
- storitve tujih zavodov.

Poleg tega pa zaračunavajo še posebej po dejanski nabavni ceni zdravila, kri in krvne derivate, infuzijske raztopine ter ortopedske in funkcionalne pripomočke.

Da bi bilo administrativno delo olajšano, uporabljajo pri obračunavanju operacij kodeks operativnih storitev (po načelu relativnih enot), pri anestezijskih, rentgenskih in laboratorijskih storitvah ter pri konziliarnih pregledih pa nomenklaturu z relativnimi razmerji za specialistično ambulanto in funkcionalne službe. Za oskrbo, nego in posebne medicinske storitve imajo cenike, v katerih je določena tudi vrednost ene relativne enote kodeksa operativnih storitev in vrednost ene relativne enote iz nomenklature specialistično ambulantne službe.

Obračunavanje po tem sistemu vpliva na ekonomiko poslovanja v naslednjem:

1. Zaračuna in plača se **vsako** izvršeno delo ter **krijejo stroški** porabljenih dragih zdravil in materiala, kar pomeni, da je pri objektivnih kalkulativnih osnovah preprečena možnost prejudica izgube.

2. Za vsakega pacienta so zajeti vsi stroški, ki so nastali v zvezi z njegovim zdravljenjem, pa tudi **samo** stroški njegovega zdravljenja. S tem je doseženo realno ugotavljanje cene za vsak posamezni primer zdravljenja, kar je važno predvsem zaradi čedalje večje diferenciacije plačnikov.

3. Dejansko se **realizira sistem dohodka** v bolnišničnem zdravstvenem varstvu, ker prejme bolnišnica plačilo za vsako in hkrati samo za izvršeno delo.

4. Ustvari se realna **materialna baza za sistem samoupravljanja**, ki lahko zaživi v svoji celotni funkciji le, če samoupravne odločitve lahko vplivajo na vsa področja delovanja neke delovne organizacije, torej tudi na materialni učinek dela.

5. Deluje stimulatивно na takšno **poslovno politiko** bolnišnice, da upošteva tudi potrebe v ekonomiki družbene skupnosti. Kvalitetnejše in hitreje zdravstveno varstvo z večjim številom obravnavanih pacientov pri skrajšani ležalni dobi je namreč pozitivno za bolnišnico zaradi večjega števila storitev, za družbeno skupnost pa zato, ker se pacient hitreje vrne na svoje delovno mesto in ker se zmanjša pritisk na ekstenzivno večanje števila postelj.

6. Sistem dohodka v taki obliki omogoča tudi približevanje delitve sredstev za osebne dohodke načelu **nagrajevanja po delu**, od katerega so sedaj pretežno uporabljena merila — izobrazba in čas prisotnosti na delovnem mestu — lahko zelo oddaljena.

7. Dosledno izvajanje načela dohodka z obračunom po storitvah in poslovnih politiki, izviraajoči iz tega, daje tudi **realno** sliko o **investicijskih potrebah**. Polega tega pa objektivno **identificira tudi vse ekonomsko zgrešene investicije**, ker vse kapacitete, ki niso v celoti izkoriščene, ne morejo pri objektivnih kalkulativnih osnovah in plačevanju samo izvršenega dela poslovati finančno uspešno. Pri proračunskem sistemu (pavšal, limit, globalne povprečne storitve itd.) so ti vplivi lahko močno deformirani ali vsaj zamegljeni.

8. Načelo dohodka z obračunom po storitvah narekuje tudi **večje sodelovanje** vseh dejavnosti zdravstvenega varstva in strogo **definirano delitev dela**.

Kot pri vsakem sistemu so seveda tudi v tem možne deformacije, ki se pa z ustreznimi družbenimi dogovori in regulativo lahko preprečijo. Pogoj za dobro funkcioniranje sistema dohodka so torej:

- obvezna medicinska doktrina o diagnosticiranju in terapiji,
- kadrovske normativi za izvajanje zdravstvenega varstva,
- nomenklatura storitev zdravstvenega varstva,
- določena relativna ali absolutna razmerja posameznih storitev, usklajena z doktrino,
- družbeni dogovor o višini kalkulativnih osnov osebnega dohodka,
- družbeni dogovor ali predpis o shemi za kalkulacijo posameznih storitev,
- družbeni dogovor ali predpis o permanentni strokovni instruktazi, strokovnem nadzoru in kontroli.

Pojem poslovne politike v bolnicah je mogoče za zdravstvene delavce nov in za nekatere težko sprejemljiv, zato ga je treba nekoliko podrobneje razložiti:

Neki cilj je možno doseči samo, če delujejo v smeri zastavljenega cilja vsi na ta cilj vplivajoči faktorji od medicinskih do ekonomskih in organizacijskih. Usklajevanje vseh teh faktorjev in sprejemanja takih odločitev, ki omogočajo maksimalno zadovoljevanje interesov posameznika, interesov delovne organizacije ter interesov družbene skupnosti imenujemo poslovno politiko. Celokupna poslovna politika je sestavljena iz vrste parcialnih politik, od katerih so najvažnejše:

- delovni program,
- organizacija dela z medicinskega in ekonomskega vidika,
- politika investiranja,
- kadrovska politika,
- finančna politika,
- politika nagrajevanja,
- politika izboljšanja delovnih pogojev,

- politika poslovnega združevanja,
- določevanje kratkoročnih, srednjeročnih in dolgoročnih ciljev ter rokov, v katerih je treba posamezne naloge realizirati.

Pri zaračunavanju storitev mora biti seveda poslovna politika bistveno drugačna od poslovne politike v sistemu proračuna oziroma pavšala. V proračunskem sistemu je bilo za vsako bolnišnico z ekonomskega vidika stimulatивно čim manj delati, to je imeti pacienta v bolnišnici, tudi še takrat, ko ne potrebuje več zahtevne diagnostike in terapije. Če bolnišnice niso tako ravnale, so praviloma zašle v ekonomske težave. Pri zaračunavanju storitev je stvar obratna. Ekonomsko je stimulirana hitra in intenzivna obravnava pacienta, dolga ležalna doba pa je destimulirana. Najlažje je razvidno to iz praktičnega primera:

Ce je cena nemedicinske in splošne medicinske oskrbe skupno za en dan 70.— din, vse storitve pri apendektomiji pa 2000 din, dobimo pri ležalni dobi 5 ali 10 dni:

a) $5 \times 70 + 2000 = 2350$ din ali din 470 dnevno

b) $10 \times 70 + 2000 = 2700$ din ali din 270 dnevno.

Dnevni iztržek je za 200 din večji pri skrajšani ležalni dobi, v istem času kot pri podaljšani ležalni dobi pa se lahko napravita dve apendektomiji, za kateri bi dobili 4700 din plačila.

Skrajšano ležalno dobo lahko realiziramo le, če se vse diagnostične in terapevtske storitve izvedejo takoj in če ne nastopijo nikakršne pomote, komplikacije ali recidive, se pravi, če je vse delo strokovno neoporečno in ažurno. V tem primeru je seveda izkoriščenost funkcionalnih prostorov za 100% boljša, potreba po posteljah pa za 100% manjša kakor ob daljši ležalni dobi. Pacient je hitreje ozdravljen, celokupni stroški njegovega zdravljenja so manjši (stroški bolnišnice so manjši, manjše je izplačilo hranarine), dohodek skladov socialnega zavarovanja je večji, ker se pacient prej vrne na delo in prej zopet prične ustvarjati. Večji pa je tudi dohodek bolnišnice, ki v istem času lahko izvrši dve apendektomiji, zaradi česar se zmanjša tudi potreba po eni postelji več.

Seveda zahteva izvajanje poslovne politike po teh načelih precizno organizacijo dela, večjo intenzivnost dela oz. večjo storilnost, zaradi večjega dohodka pa daje hkrati tudi večje možnosti za zvišanje osebnih dohodkov. Zaradi večjih osebnih dohodkov zadovoljuje realizacija take poslovne politike interese posameznikov, delovne organizacije in družbene skupnosti ter ustreza tako zahtevam medicine kakor zahtevam ekonomike.

Realizacija take poslovne politike je vsekakor dolgotrajen proces, ki ga ni mogoče izvesti z eno samo načelno odločitvijo ali s sprejetjem nekega zakona. Za njegovo realizacijo je potrebna nadaljnja delitev dela, sprememba mišljenja večine delavcev, ki se še niso adaptirali na sistem dohodka, in pa dolgotrajna organizacijska priprava.

Največji nasprotnik uveljavljanju resnične ekonomike v bolnišničnem zdravstvenem varstvu so ekonomski laiki, ki demagoško propagirajo vulgarno ekonomiko kratkoročnih efektov in koristi ene same od treh stopenj, to je: mikro-, mezo- ali makroekonomike.

Ekonomika kot znanost se mora in se bo uveljavila v zdravstvenem varstvu v prid vseh, ki so v tej družbeni dejavnosti soudeleženi.