

# Organizacija zdravstvene službe

---

## ANALIZA MOŽNOSTI RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SR SLOVENIJI V LETIH 1981—1985

### Ocena uresničevanja plana razvoja zdravstvenega varstva v obdobju 1976—1980

Sedanje srednjeročno plansko obdobje označujejo intenzivna prizadevanja in najširša družbena skrb za uveljavljanje novih sistemskih rešitev v organiziranosti celotnega procesa družbene reprodukcije in organiziranosti družbene skupnosti nasploh. Uveljavljanje novih samoupravnih družbenoekonomskih odnosov je vplivalo na kakovost sprejetih planov razvoja zdravstvenega varstva, vpliva pa tudi na uresničevanje teh planov.

Na področju zdravstvenega varstva smo v prvih letih tega srednjeročnega planskega obdobja začeli uveljavljati zlasti samoupravno planiranje potreb in možnosti po zdravstvenih storitvah v občinskih zdravstvenih skupnostih. Tako je bilo v letu 1978 porabljenih na ravni občinskih zdravstvenih skupnosti že 84,3 odstotka vseh združenih sredstev, za naloge na ravni regionalnih zdravstvenih skupnosti 11,9 odstotkov sredstev in za skupne naloge na republiški ravni (v Zdravstveni skupnosti Slovenije) 3,8 odstotka vseh združenih sredstev zdravstvenih skupnosti. S planiranjem in usklajevanjem potreb in možnosti po zdravstvenem varstvu v občinskih zdravstvenih skupnostih se je močno povečala vloga uporabnikov zdravstvenega varstva. Novo kakovost v uresničevanju sprejetih planov razvoja zdravstvenega varstva na podlagi svobodne menjave dela med uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva so omogočile tudi dogovorjene skupne osnove in merila. Kvalitetno povsem novi dohodkovni odnosi med uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva se kažejo tudi v postopnem reševanju nekaterih problemov v zdravstvenih organizacijah združenega dela.

Pomemben premik v razvijanju družbenoekonomskih odnosov na področju zdravstvenega varstva smo dosegli pri usklajevanju pravic in potreb z dohodkovnimi možnostmi v občinskih zdravstvenih skupnostih in prek njih na regionalni in republiški ravni — vse to na podlagi samoupravno dogovorjenih načel solidarnosti. Delovni ljudje so v letu 1978 s posebnimi samoupravnimi sporazumi ponovno opredelili svoje pravice do zdravstvenega varstva in obveznosti za njihovo zagotavljanje. Sporazumeli so se tudi o doplačilih uporabnikov za posamezne storitve in ta sredstva povečali, tako da so v letu 1978 znašala približno 3 odstotke vseh sredstev za neposredno zdravstveno varstvo. Dogovorjena solidarnost na ravni SR Slovenije temelji na natančno določenem dogovorjenem obsegu pravic iz enotnega programa zdravstvenega varstva, ki predstavlja kakih 40 odstotkov celotnega programa zdravstvenega varstva v SR Slo-

veniji. V posameznih regijah so se dogovorili tudi za dodatno medobčinsko solidarnost, ki odseva posebne interese posameznih območij.

Zavoljo teh samoupravnih rešitev je bila v prvih treh letih uresničevanja plana dosežena nekoliko počasnejša rast združenih sredstev v zdravstvenih skupnostih, kot pa je znašala rast družbenega proizvoda. Podobne težnje se nadaljujejo tudi v zadnjih dveh letih tega srednjeročnega obdobja.

V planskem obdobju 1976—1980 so se delovni ljudje dogovorili, da bodo v zdravstvenih skupnostih zagotavljali pogoje za postopno zmanjševanje razlik, kar zadeva možnost uveljavljanja pravic iz zdravstvenega varstva med bolj in manj razvitimi območji.

S samoupravnimi sporazumi so se dogovorili za združevanje potrebnih sredstev za sofinanciranje 50 odstotkov predračunske vrednosti gradnje prednostnih objektov v osnovni zdravstveni službi na manj razvitih območjih. Ta program obsega več kot 30 objektov in bo v celoti uresničen do konca leta 1980.

Občinske zdravstvene skupnosti v tem planskem obdobju združujejo namenska sredstva tudi za druge investicije, tako da bo namenjenih za investicije blizu 8,5 odstotkov vseh dohodkov zdravstvenih skupnosti. V skladu z razvojnimi usmeritvami se postopoma spreminja struktura investicij v prid osnovne zdravstvene dejavnosti.

Analiza uresničevanja planov kaže, da so bili v glavnem realno opredeljeni cilji in prioritete na področju zdravstva, pa tudi ocene o možnostih razvoja dejavnosti. To dokazujejo nekateri rezultati, ki so posledica zavestnega preusmerjanja in usmerjanja tokov v zdravstvenem varstvu v SR Sloveniji v treh ali štirih minulih letih.

Tako se je umiril razvoj bolnišničnih dejavnosti, hkrati pa so te dejavnosti intenzivirale svoje delo. Začel se je proces postopne krepitve osnovne zdravstvene dejavnosti. Ta preusmeritev pa je še vedno prepočasna, ker ne izpolnjujemo nalog na področju kadrovske politike. Preslaba kadrovska in materialna opremljenost osnovne zdravstvene službe ostaja glavna ovira za doseganje boljšega zdravstvenega varstva delavcev, kar je eden najpomembnejših razvojnih ciljev.

Pri uresničevanju prednostnih nalog ugotavljamo največje uspehe na področju zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine ter borcev NOV, ne uresničujemo pa dovolj uspešno drugih prednostnih nalog, zlasti razvijanja organizirane zdravstvene vzgoje ter higiensko-epidemiološke dejavnosti na ravni občin. V nasprotju s planskimi predvidevanji narašča tudi odsotnost z dela, in to zlasti zavoljo nege družinskih članov, kar seveda močno povečuje izdatke zdravstvenih skupnosti.

V Sloveniji so zdravstvene skupnosti že sprejele nekatere pomembne samoupravne dogovore, pa tudi ukrepe, ki kažejo prve pozitivne premike v zdravstvenih dejavnostih. Vendar pa bo potrebno po samoupravni poti urediti še nekatera zelo pomembna vprašanja ter tako zagotoviti pogoje, da bo postalo zdravstveno varstvo oziroma zdravstvena dejavnost pomemben dejavnik razvoja.

Na podlagi ugotovitev analize o uresničevanju plana zdravstvenega varstva v sedanjem srednjeročnem obdobju ter dosežene stopnje zadovoljevanja potreb prebivalstva po zdravstvenem varstvu je mogoče določiti razvojne cilje ter prednostne naloge zdravstvenega varstva v SR Sloveniji v obdobju 1981—1985.

### **Analiza možnosti razvoja zdravstvenega varstva v SR Sloveniji za obdobje 1981—1985**

Delavci v združenem delu ter drugi delovni ljudje in občani v krajevnih skupnostih bodo določili elemente za sklenitev samoupravnih sporazumov o temeljnih planov zdravstvenih skupnosti za obdobje 1981—1985 na podlagi analiz zdravstvenih razmer

in dosežene ravni zdravstvenega varstva v svojem okolju ter potreb in možnosti razvoja zdravstvenega varstva v naslednjem planskem obdobju. Hkrati bodo upoštevali tudi skupne potrebe in možnosti razvoja zdravstvenega varstva, ki izhajajo iz te analize možnosti razvoja zdravstvenega varstva v SR Sloveniji za čas od leta 1981—1985.

Pri določanju elementov za samoupravne sporazume bo potrebno upoštevati predvidene spremembe v strukturi prebivalstva SR Slovenije, zdravstveno stanje prebivalstva in s tem pogoje potrebe in možnosti gospodarskega in socialnega razvoja. Upoštevati bo potrebno zahteve delovnih ljudi, da se izboljšata dostopnost in učinkovitost zdravstvene dejavnosti, ter zagotoviti boljšo organiziranost na področju neposrednega zdravstvenega varstva. Prav tako bo potrebno zmanjšati razlike v pravicah delavcev in kmetov, ki zadevajo socialno varnost (nadomestila osebnega dohodka oziroma dohodka) v času začasne delanezmožnosti zaradi daljše bolezni ali poškodbe in za porodniški dopust.\*

Proces staranja prebivalstva v naši republiki ter nenehno spreminjanje delovnih in življenjskih razmer povzroča naraščanje kroničnih in degenerativnih obolenj, ne le pri starostnikih, ampak tudi pri drugih prebivalcih. To terja, da pri planiranju razvoja zdravstvenega varstva v naslednjem srednjeročnem obdobju posvetimo več pozornosti ukrepom za obvladovanje teh bolezni ter zmanjševanju njihovih posledic, ki se kažejo v čedalje večjih potrebah prebivalstva po zdravstvenih storitvah, v naraščanju odsotnosti z dela in invalidnosti.

Na podlagi dolgoletnih gibanj lahko pričakujemo, da bodo novo odkrita bolezenska stanja še naprej naraščala tako, da bo leta 1985 na prebivalca v SR Sloveniji prišlo do nadaljnega povečanja ugotovljenih bolezni,\*\* med katerimi bodo obolenja srca in obtočil, zlasti zvišan krvni pritisk oziroma rakasta obolenja odločilno vplivala na prezgodnje invalidiziranje in umrljivost. Posebno pozornost bo potrebno posvetiti preprečevanju in obvladovanju nalezljivih bolezni, preprečevanju zobnih obolenj, predvsem pri mladini, ter zgodnjemu odkrivanju in zdravljenju sladkorne bolezni.

Predvideno demografsko in zdravstveno stanje v SR Sloveniji terja vsebinsko poglobljanje preventivnega zdravstvenega varstva, zlasti še zdravstveno-vzgojne in prosvetne dejavnosti. Da bi lahko obvladali najpogostejša in druga obolenja, ki predstavljajo resnejši zdravstveni in socialni problem, bo potrebno postopno preiti na **dispenzerske metode dela** v vseh zdravstvenih organizacijah in v njihovih enotah.

Predvidene usmeritve bo mogoče v naslednjem srednjeročnem obdobju uveljaviti z ustreznim zaposlevanjem zdravnikov, tako da bi bilo zaposlenih v osnovni zdravstveni dejavnosti približno 45 odstotkov celotnega števila. Tako bi lahko leta 1985 dosegli, da bi prišel en zdravnik v dejavnostih osnovne ravni na 1.250 prebivalcev in en zdravnik v vseh dejavnostih na blizu 570 prebivalcev.\*\*\* Hkrati naj bi v naši republiki dosegli, da bi imeli leta 1985 1 zobozdravnika na kakih 1.820 prebivalcev. Zaposlovanje drugih delavcev v zdravstvu naj bi potekalo v skladu s splošnimi smernicami zaposlovanja v republiki, pri čemer bi morali z ustrežno dogovorjeno kadrovsko politiko povečati šte-

\* Po oceni, ki upošteva nadomestilo v višini 50 odstotkov povprečnega mesečnega osebnega dohodka v SR Sloveniji (za 1978 leto 2.951 din), upravičenost do nadomestila za delanezmožnost, ki traja več kot 15 dni in upošteva se sezonsko naravo dela ter nadomestilo za čas porodniškega dopusta 105 dni (pri sedanjem številu porodov kmečkih zavarovank) v višini 50 odstotkov povprečnega mesečnega osebnega dohodka na zaposlenega v SR Sloveniji, bi za to potrebovali približno 80 milijonov din.

\*\* Na podlagi dolgoletnih gibanj lahko pričakujemo, da se bodo tudi v letih 1981 do 1985 na novo odkrita bolezenska stanja v poprečju na 1000 prebivalcev povečala za kakih 90 novih obolenj. Tako lahko upravičeno ocenjujemo, da bo prišlo do leta 1985 na 1000 prebivalcev v SR Sloveniji približno 3660 ugotovljenih bolezni. Kar zadeva bolezensko sliko prebivalstva, pa lahko pričakujemo porast nekaterih najbolj množičnih, dolgotrajnih obolenj, kot so: obolenja dihal, kosti in gibal, prebavil ter zlasti poškodbe, ki so nastale mimo dela in obolenj zob ter ustne votline.

vilo negovalskega in drugega srednjega kadra v nekaterih bolnišnicah in v patronažni dejavnosti na domu. Prav tako bi morali zagotoviti potrebno število visoko strokovnih delavcev, zlasti s področja ekonomike in organizacije zdravstva.

**SREDSTVA ZA PROGRAME ZDRAVSTVENIH SKUPNOSTI  
V SR SLOVENIJI V LETIH 1976—1980**

	Realizacija — tekoče cene (v milijonih din)			Plan — cene 1978 (letne stopnje rasti v %)	
	1976	1977	1978	1979	1980
<b>ODHODKI:</b>					
1. Neposredno zdravstveno varstvo	4.059	4.904	6.058	5,2	4,7
1.1 Osnovno zdravstveno varstvo	911	1.209	1.563	8,5	6,7
1.2 Specialistično zdravstveno varstvo	443	581	683	5,0	5,0
1.3 Bolnišnično, klinično in zdraviliško zdravstveno varstvo	1.891	2.247	2.789	4,0	4,0
1.4 Zdravila in ortopedski pripomočki	600	667	756	3,0	3,0
1.5 Reševalni prevozi	74	93	115	5,1	5,0
1.6 Druge oblike neposrednega zdravstvenega varstva	140	107	152	3,3	3,2
2. Denarna nadomestila in povračila	710	866	1.109	6,2	5,8
3. Naložbe	298	433	606	11,1	10,4
4. Skupne naloge na ravni Zdravstvene skupnosti Slovenije (vštevši investicije)	189	166	179	—13,4	—14,2
5. Druge naloge zdravstvenega varstva	262	266	308	4,9	5,3
6. Participacija uporabnikov	104	109	181	20,4	20,6
Zdravstveno varstvo SKUPAJ	5.622	6.744	8.441	5,6	5,3

S predvideno kadrovsko politiko bi v osnovni zdravstveni dejavnosti izboljšali kvaliteto storitev in razširili obseg dela v dejavnostih splošne medicine, medicine dela in zobozdravstva. V specialistični in bolnišnični dejavnosti naj ne bi povečevali števila specialistov, razen v tistih dejavnostih oziroma organizacijah, ki občutno zaostajajo za dogovorjenimi normativi.

Uresničevanje boljšega in učinkovitejšega zdravstvenega varstva bo odvisno od boljše opremljenosti zdravstvenih organizacij, zlasti tistih, ki zagotavljajo osnovno zdravstveno varstvo. Zato bo investicijska politika usmerjena predvsem v obnavljanje in izpopolnjevanje opreme, manj pa v nove objekte.

Kljub povečanju števila prebivalstva in na novo odkritih obolenj število hospitaliziranih bolnikov ne bi smelo naraščati. Zato bo število postelj v bolnišnicah v SR Sloveniji ostalo največ iz leta 1978. Prav tako naj bi v prvih letih naslednjega srednjeročnega obdobja dokončali gradnjo nekaterih že začetih regionalnih bolnišnic.

Med investicijami skupnega pomena v SR Sloveniji bo potrebno dokončati gradnjo predkliničnih inštitutov medicinske fakultete (I. faza), TRT objekta Onkološkega inštituta v Ljubljani, Zavoda SRS za rehabilitacijo invalidov. Še naprej bo potrebno so-

\*\*\* Predvidoma bo v SR Sloveniji leta 1985 približno 3.445 vseh zdravnikov (brez pripravnikov)

financirati gradnje zdravstveno-rekreacijskega centra v Strunjanu ter nekatere investicije na manj razvitih območjih. Pri tem bo potrebno upoštevati tudi nepokrite obveznosti sedanjega srednjeročnega obdobja.

Predvidena sredstva za gradnjo zdravstvenih objektov bodo v prvih letih naslednjega planskega obdobja približno na sedanji ravni, zadnji dve leti pa nekaj pod njo. S tem bi dosegli, da bi bil obseg investicij v zdravstvu v letih 1981 do 1985 (po stalnih cenah) nižji od doseženega v tem planskem obdobju, vrednost vseh investicij v petih letih pa naj bi znašala blizu 3.600 milijonov dinarjev (po cenah iz leta 1978).

V naslednjem srednjeročnem obdobju bo treba zagotoviti potrebna sredstva tudi za dogovorjene skupne naloge, ki si jih bodo uporabniki zagotavljali prek občinskih zdravstvenih skupnosti v Zdravstveni skupnosti Slovenije. Poleg že opredeljenih naložb skupnega pomena bo potrebno zagotoviti sredstva za del dejavnosti Zavoda SRS za zdravstveno varstvo, za zdravstveno varstvo tujcev in oseb neznanega prebivališča, za skupne naloge na področju ljudske obrambe in družbene samozaščite, za dejavnost družbenih organizacij in periodični tisk, za raziskovalne naloge, ki so skupnega pomena za razvoj zdravstvenega varstva v SR Sloveniji in še za nekatere druge naloge. Delež sredstev za te naloge v vseh izdatkih zdravstvenih skupnosti se v prihodnjih letih ne bo povečal. Sredstva, potrebna za uresničitev tega programa, bodo znašala v petih letih skupno 240 milijonov dinarjev.

Nadaljnji razvoj zdravstvenega varstva naj bi zagotavljali delavci v temeljnih organizacijah združenega dela in drugi delovni ljudje ter občani z izpopolnjevanjem samoupravnih družbenih in dohodkovnih odnosov, zlasti pa z uveljavljanjem svobodne menjave neposredno med uporabniki in izvajalci ter s krepitvijo solidarnosti pri združevanju sredstev za dogovorjeni zagotovljeni program zdravstvenega varstva v zdravstvenih skupnostih na medobčinski in republiški ravni. Z medsebojno dogovorjenimi merili za solidarnostno združevanje sredstev za dogovorjeni program zdravstvenega varstva ter z združevanjem sredstev za gradnjo dogovorjenih zmogljivosti osnovne zdravstvene dejavnosti bomo pospešili odpravljanje razlik v možnostih za zadovoljevanje potreb po neposrednem zdravstvenem varstvu med razvitimi in manj razvitimi območji v SR Sloveniji.

Soudeležba uporabnikov pri zagotavljanju zdravstvenih storitev bo tudi v naslednjem planskem obdobju usmerjala potrebe uporabnikov zdravstvenih storitev, hkrati pa bo tudi pomemben vir sredstev, saj predvidevamo, da bi v petih letih zagotovili s participacijo uporabnikov blizu 1.600 milijonov dinarjev ali 4 odstotke vseh izdatkov za neposredno zdravstveno varstvo.

Predvidene razvojne usmeritve bi omogočile, da bi se sredstva za zdravstveno varstvo v prvih treh letih obdobja 1981—1985 gibala vzporedno z rastjo dohodka vsega združenega dela, zadnji dve leti pa naj bi nekoliko zaostala za to rastjo, tako da bi v vsem petletnem obdobju dosegli 4,3-odstotno poprečno letno stopnjo rasti sredstev za zdravstveno varstvo. To naj bi dosegli tako, da ne bi spreminjali pravic na področju neposrednega zdravstvenega varstva, z delno uskladitvijo pravic do nadomestil kmetijskih proizvajalcev, s počasnejšo dinamiko investicij v zdravstvene zmogljivosti, s soudeležbo uporabnikov pri kritju dela stroškov storitev ter z drugimi razvojnimi usmeritvami.

Sredstva za zdravstveno varstvo naj bi delavci in drugi delovni ljudje zagotavljali z neposredno svobodno menjavo dela ter v zdravstvenih skupnostih in prek njih. Potrebna bo prerazporeditev prihodkov za zdravstveno varstvo iz drugih skupnosti v zdravstvene skupnosti. Vsa sredstva za zdravstveno varstvo (vštevši participacijo uporabnikov), izražena v cenah iz leta 1978, se bodo predvidoma povečala od 9.400 milijonov dinarjev v letu 1980 na 11.600 milijonov dinarjev v letu 1985 in bodo v petih letih dosegla blizu 53.500 milijonov dinarjev. Približno 94 odstotkov teh sredstev bo

predvidoma združenih na podlagi prispevkov iz družbenega in zasebnega sektorja, približno 3 odstotke pa s participacijo uporabnikov. Med izdatki se bo povečal delež sredstev za osnovno zdravstveno varstvo, ki bo v petih letih v poprečju znašal 22 odstotkov; nekoliko se bo povečal tudi delež sredstev za specialistično zdravstveno dejavnost, zmanjšal pa se bo delež sredstev za bolnišnično in klinično dejavnost, ki naj bi v petih letih znašal približno 31 odstotkov vseh izdatkov zdravstvenih skupnosti.

Navedena izhodišča in usmeritve terjajo, da v obdobju 1981—1985 izpolnimo na področju zdravstvenega varstva naslednje prednostne naloge in uveljavimo tele ukrepe:

— zagotoviti moramo hitrejši razvoj osnovne zdravstvene dejavnosti, zlasti hitrejši razvoj splošne medicine, medicine dela in zobozdravstva;

— izboljšati moramo zdravstveno varstvo delavcev, kar bomo dosegli zlasti s krepitvijo preventivnega varstva;

— izvajati in širiti moramo nego bolnikov in zdravljenje na domu;

— razvijati moramo zdravstveno vzgojo in prosvetno dejavnost;

— razvijati moramo dispanzerske metode in oblike dela, ki zagotavljajo krepitev zdravja;

— hitreje moramo uvajati in krepiti higiensko-epidemiološko dejavnost v občinah;

— izboljšati moramo organizacijo dela in izpolniti delitev dela v zdravstvenih organizacijah združenega dela, da bi tako lahko učinkovito izkoriščali delovni čas, materialna sredstva in znanje.

Zdravstvena skupnost Slovenije  
(1979)

## IZDATKI ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO: NEUČINKOVITOST V PORABI

»Najsi bo obseg razpoložljivih sredstev (za zdravstveno varstvo: op. p.) kakršenkoli že, uporaba teh sredstev pogosto ni učinkovita. Morda se ta neučinkovitost najbolj kaže v opredeljevanju nalog zdravstvenega kadra, tako da visoko usposobljeno osebje opravlja naloge, ki bi jih lahko dobro opravile tudi manj usposobljene osebe. Čeprav je bilo že veliko narejenega, da bi to popravili, zdravniki in višje medicinske sestre nedvomno še vedno dan za dnem opravljajo dela, ki bi jih bilo mogoče opraviti ceneje, če bi ta dela opravili strokovno manj usposobljeni delavci. Znana pa je tudi druga vrsta nesmotnosti, denimo ta, da z dragimi in zahtevnimi napravami ravnaajo osebe, ki niso dovolj strokovno usposobljene.

Vse bolj ugotavljamo, da je neustrezna tehnologija vzrok za močno naraščanje izdatkov v zadnjih letih. Splošno mnenje je, da stroški opreme bolnišnic v velikih mestih držav v razvoju niso sorazmerni potrebam in pomenu osnovnega zdravstvenega varstva. O tem, da bi nadomestili drage medicinske zmogljivosti in tehnologijo z ambulantno in domačo nego ali celo samooskrbo, le malokje razmišljajo na podlagi ekonomskih podatkov.«

Citat je iz poročila študijske skupine svetovne zdravstvene organizacije o financiranju zdravstvenega varstva (WHO Techn. Rep. Ser. 626, 1978).

Morda bi v zvezi s klepanjem samoupravnih sporazumov o svobodni menjavi dela v SR Sloveniji kazalo razmisliti, ali ne velja katera izmed teh ugotovitev morda tudi za naše razmere.

Delegatski obveščevalec  
Št. 20, 1979