

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Anja Cej

**Analiza sistema financiranja zdravstvenega varstva in nadziranje
stroškov v bolnišnicah: Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo
Postojna**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Anja Cej

Mentor: doc. dr. Branko Ilič

**Analiza sistema financiranja zdravstvenega varstva in nadziranje
stroškov v bolnišnicah: Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo
Postojna**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

Analiza sistema financiranja zdravstvenega varstva in nadziranje stroškov v bolnišnicah: Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna

V današnjem času se sistemi zdravstvenega varstva soočajo s problemom nenehno naraščajočih izdatkov za zdravstveno varstvo. Da bi obvladali rast stroškov in vzpostavili nadzor nad njimi, se je potrebno posvetiti analizi sistema financiranja zdravstvenega varstva, še posebej pa načinom spremljanja in nadziranja stroškov v bolnišnicah, ki predstavljajo večino izdatkov v javnem sistemu zdravstvenega varstva. Diplomsko delo se pogloblja v strukturo in ureditev sistema financiranja javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji ter nadzora stroškov v bolnišnicah. Pomembni so načini zbiranja sredstev in razdeljevanja le-teh izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Tako obstajajo različni modeli plačevanja izvajalcev, še posebej pomemben je model plačevanja na osnovi diagnostičnih skupin – DRG (*Diagnostic Related Groups*) oziroma v Sloveniji t. i. model skupine primerljivih primerov (SPP), ki velja za do sedaj najboljši model plačevanja izvajalcem ter najboljši mehanizem spremljanja in nadziranja stroškov v bolnišnicah v Sloveniji. Diplomsko delo tudi opisuje nekatera orodja za spremljanje in obvladovanje stroškov ter kako se z njimi spoprijema management. Zadnji del diplomskega dela obsega analizo poslovanja Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna ter kako le-ta pridobiva sredstva za svoje delovanje in nadzira stroške.

Ključne besede: zdravstveno varstvo, modeli plačevanja izvajalcem, mehanizmi nadzora stroškov, SPP, Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna.

Analysis of financing health care system and cost control in hospitals: Obstetrics and Gynaecology Hospital Postojna

Nowadays health care systems are facing increased health care expenditures. To control the growth of costs and establish a system of their supervision, it would be necessary to focus on the analysis of financing a health care system, especially how to monitor and control expenses in hospitals, as they represent the majority of expenditures in the public health care. The thesis focuses on the structure and organization of financing the public health care in Slovenia and the control of costs in hospitals. It is important how the public health care gains financial assets and how these are distributed. Therefore, there are different models of how health care providers are paid. The payment system based on Diagnostic Related Groups (DRG) in Slovenia – known as *skupine pimerljivih primerov* (SPP) – is considered the best payment model and also the best mechanism for controlling hospital costs in Slovenia. The thesis also describes some tools for managing costs and how the management deals with them. Based on the analysis of economic operations in Obstetrics and Gynaecology Hospital Postojna, the thesis examines how this hospital provides the means for health care services and how it manages its costs.

Key words: health care, payment models for health care providers, cost control mechanisms, SPP, Obstetrics and Gynaecology Hospital Postojna.

Kazalo

1	Uvod	7
2	Sistem zdravstvenega varstva.....	10
2.1	Opredelitev zdravstvenega varstva	10
2.2	Zdravstvene storitve: javna ali zasebna dobrina?	11
2.3	Javni zdravstveni zavodi kot neprofitne organizacije.....	12
2.4	Tipi zdravstvenega varstva	14
2.5	Elementi zdravstvenega varstva.....	15
2.6	Zakonske podlage za delovanje sistema zdravstvenega varstva.....	16
2.7	Organizacija sistema zdravstvenega varstva.....	16
3	Ekonomika zdravstva	17
3.1	Trg zdravstvenih storitev	18
3.2	Ponudba in povpraševanje na trgu zdravstvenih storitev.....	19
3.3	Specifičnosti trga zdravstvenih storitev	21
4	Naraščanje izdatkov za zdravstveno varstvo	22
5	Financiranje zdravstvenega varstva.....	25
6	Zbiranje sredstev za zdravstveno varstvo.....	26
6.1	Javni izdatki	27
6.2	Zasebni izdatki.....	27
7	Porazdelitev javnih in zasebnih sredstev	28
8	Sredstva zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji.....	31
8.1	Obvezno zdravstveno zavarovanje	31
8.2	Razpolaganje s sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja	32
8.3	Poslovanje ZZS-ja v preteklih letih.....	34
8.4	Ukrepi za obvladovanje stroškov zdravstvenega zavarovanja.....	37
9	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje.....	39
10	Sistem razporejanja sredstev za zdravstveno varstvo v Sloveniji	40
11	Modeli plačevanja izvajalcem zdravstvenih storitev glede na različne kriterije	41
11.1	Prospektivni in retrospektivni modeli	42
11.2	Storitveni (item based system) in proračunski model (global budget system) ..	43
11.3	Najpogostejši modeli plačevanja.....	44
11.4	Model plačevanja izvajalcev DRG ali SPP v Sloveniji.....	45
11.5	Prednosti in pomanjkljivosti nekaterih modelov plačevanja izvajalcem	46
12	Pretekli modeli financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev v Sloveniji in njihove slabosti.....	47
13	Management javnega zdravstvenega varstva	50
14	Nadzor stroškov v zdravstvenih organizacijah.....	54
15	Mehanizmi za obvladovanje stroškov	56
15.1	Benchmarking	57
15.2	Koncept stroškov po aktivnostih poslovnega procesa (Activity-Based Costing) in koncept Activity-Based management.....	58
15.3	Analiza na osnovi verige vrednosti (Value Chain Analysis) in analiza na osnovi življenjskega cikla (Life Cycle Analysis).....	61
16	Spremljanje in nadziranje stroškov poslovanja v bolnišnicah.....	62
16.1	Spremljanje stroškov poslovanja po stroškovnih mestih	66
16.2	Spremljanje stroškov poslovanja po stroškovnih nosilcih	67

17	Poslovanje in nadzor stroškov v Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo	
	Postojna	69
17.1	Opis Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna	69
17.2	Vizija in dolgoročni cilji Bolnišnice Postojna	70
17.3	Pregled finančnega poslovanja Bolnišnice Postojna	72
17.3.1	Kazalniki poslovanja	73
17.3.2	Realizacija obsega dela v letu 2008 in 2009	74
17.3.3	Analiza prihodkov in odhodkov in poslovni izid v letu 2008 in 2009	77
17.3.4	Izkaz prihodkov in odhodkov glede na dejavnost	82
17.4	Pregled poslovanja Bolnišnice Postojna na področju stroke	83
18	Sklep	87
19	Literatura	93
	Priloga A: Intervju z Marjeto Stegel Bizjak, pomočnico direktorja Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna. Postojna, 17.1.2011	102

Seznam slik

Slika 8.1:	Prihodki po kategorijah zavezancev za plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja in drugi prihodki v letu 2009	33
Slika 8.2:	Delež prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP v obdobju 1999-2009	37
Slika 15.1:	Dvodimenzionalni razviti model metode ABC	60
Slika 17.1:	Porazdelitev prihodkov Bolnišnice Postojna glede na vir financiranja v letu 2009	78
Slika 17.2:	Delež posameznih stroškov v strukturi celotnih stroškov leta 2009	79
Slika 17.3:	Poslovanje Bolnišnice Postojna od leta 2004 do 2009	81
Slika 17.4:	Prikaz poslovnega izida Bolnišnice Postojna od leta 2002 do 2009	81
Slika 17.5:	Število sprejetih in odpuščenih pacientk od leta 2002 do leta 2009	84
Slika 17.6:	Raven povprečne ležalne dobe od leta 2000 do 2009	84
Slika 17.7:	Grafični prikaz števila porodov od leta 2002 do 2009	85

Seznam tabel

Tabela 7.1:	Javni in zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji, 1996-2006	29
Tabela 7.2:	Izdatki za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 2005-2007 po metodologiji OECD za zdravstvene račune in ocena izdatkov za leti 2008 in 2009 v % BDP	30
Tabela 8.1:	Struktura odhodkov ZZZS po namenih porabe v obdobju 2003-2009	34
Tabela 8.2:	Poslovanje ZZZS od leta 2002 do 2009	35
Tabela 11.1:	Prednosti in pomanjkljivosti nekaterih najbolj znanih modelov plačevanja storitev izvajalcem	47
Tabela 17.1:	Finančni kazalniki poslovanja	73
Tabela 17.2:	Realizacija delovnega programa za leto 2008 in 2009	75
Tabela 17.3:	Primerjava finančnih načrtov iz pogodb z ZZZS v letu 2008 in 2009 ter delež posameznih dejavnosti v primerjavi s celotno dejavnostjo	76
Tabela 17.4:	Struktura prihodkov v letu 2008 in 2009	77

Tabela 17.5: Izkaz odhodkov poslovanja v letih 2008 in 2009 ter finančni načrt za leto 2010	78
Tabela 17.6: Poslovni izid Bolnišnice Postojna v letih 2008 in 2009 ter načrtovan plan za leto 2010	80
Tabela 17.7: Izkaz prihodkov in odhodkov določenih uporabnikov po vrstah dejavnosti za leti 2008 in 2009	83
Tabela 17.8: Prikaz števila operativnih posegov od leta 2002 do 2009	85

1 Uvod

Sistem zdravstvenega varstva vpliva na vsa področja družbe, prav zato je prisoten interes države zanj. Zdravstveno varstvo pomembno vpliva na ekonomski in družbeni napredek ter blaginjo, saj zdravi ljudje korenito pripomorejo h gospodarskemu razvoju države.

V današnjih časih se soočamo s hitrimi in velikimi spremembami. Vzroki gospodarske krize se s svojimi negativnimi posledicami kažejo tudi v zdravstveni dejavnosti. Zdravstveni sistemi se po vsem svetu spoprijemajo s problemom nenehno naraščajočih izdatkov za zdravstveno varstvo. Nasprotja med praktično neomejenimi potrebami prebivalstva po zdravstvenih storitvah in omejenimi razpoložljivimi sredstvi za zdravstveno varstvo povzročajo osnovni konflikt v financiranju in delovanju zdravstvene dejavnosti.

Slovenski zdravstveni sistem se v zadnjem obdobju poleg finančne krize sooča še s plačno reformo, ki je bistveno povečala stroške plač v zdravstvu, ter z vsepovsod prisotnimi učinki demografskih sprememb, ki bodo s staranjem prebivalstva še pridobivali na pomenu. Javni zdravstveni sistem se počasneje odziva na spremembe v okolju, ker je zelo velik in rigiden. Prav zato lahko postane zaprt vase in izoliran od družbenega dogajanja, kar posledično privede do zastoja ali razpada le-tega. Slovenski zdravstveni sistem je na dobri poti proti razpadu, saj je že preveč časa preteklo od zadnjih, bolj korenitih sprememb. Naš sistem je preveč rigiden in neučinkovit, da bi se soočal s problemi današnje družbe, in tone v vedno večjo krizo. Sistem se sooča poleg gospodarske krize tudi s težavami znotraj samega sebe, saj Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, financer javnega zdravstva, tono v vedno večjo izgubo, kljub radodarni pomoči in ukrepom s strani države. Vlada obljublja reforme in preureditve zdravstvenega sistema, ki pa se do sedaj še niso zgodile. V Sloveniji bi bila potrebna popolna reorganizacija sistema zdravstvenega varstva, sprememba načina financiranja, uvedba več tržnih dejavnosti in konkurence, uporaba sodobnejše oblike organizacije dela itd.

Zdravstvene organizacije se spopadajo z zmanjševanjem vedno večjih stroškov ob hkratnih zahtevah po boljši kakovosti opravljenih storitev.

Da bi obvladali rast stroškov in vzpostavili nadzor nad njimi, se je potrebno posvetiti analizi sistema financiranja zdravstvenega varstva. Način pridobivanja sredstev za zdravstveno varstvo in razdelitev le-teh pomembno vpliva na poslovanje celotnega

zdravstvenega sistema, še posebej pa bolnišnic, ki predstavljajo 60 % celotnih izdatkov za zdravstvene storitve.

Zaradi vsega omenjenega ter nujnosti sprememb v sistemu zdravstvenega varstva se tudi lahko vprašamo ali ima slovenski sistem zdravstvenega varstva dovolj sposobne ljudi oziroma menedžerje in vodje na pravih mestih in ali imajo le-ti poleg medicinskega strokovnega znanja tudi znanje, ki je potrebno za vodenje organizacije, za usmerjanje in motiviranje zaposlenih za doseganje skupnih ciljev itd., da bo organizacija delovala optimalno ter dosegala najnižje možne stroške.

V diplomski nalogi se zato osredotočam na analizo sistema financiranja javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji, od kod pridobiva svoja sredstva in kako jih porazdeli naprej, ter na spremljanje in nadzor stroškov v bolnišnicah, ki je nujno potreben za obvladovanje nenehno naraščajočih izdatkov za zdravstveno varstvo. S primernimi mehanizmi nadzora ter obvladovanja stroškov bi pripomogli k njihovem zmanjšanju.

V zadnjem delu diplomske naloge pa bom preverila, kako se s financiranjem in upravljanjem s stroški spoprijema Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna.

Moje diplomsko delo temelji na treh hipotezah, ki jih bom poskušala tekom naloge potrditi ali ovreči. Najprej bom poskušala potrditi hipotezo, da javni sistem zdravstvenega varstva v osnovi ne stremi k dobičku in ne deluje po tržnih vzvodih ter da na trgu zdravstvenih storitev ni mogoča popolna konkurenca. Druga hipoteza se nanaša na pridobivanje sredstev za javno zdravstveno varstvo. Menim, da zdravstveno varstvo pridobiva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja premalo sredstev za pozitivno poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot tudi nasploh za delovanje javnega sistema zdravstvenega varstva.

V zdravstvenem varstvu so možni različni načini razdelitve sredstev izvajalcem. Predpostavljam, da je najboljši model razdelitve sredstev izvajalcem, ter obenem najboljši mehanizem spremljanja in nadziranja stroškov v Sloveniji, sistem skupine primerljivih primerov – SPP.

Zadnja predpostavka pa se nanaša na Bolnišnico za ženske bolezni in porodništvo Postojna, za katero predvidevam, da že nekaj let uspešno obvladuje naraščanje stroškov in je lahko

kot primer dobre prakse za zgled marsikateri bolnišnici pri poslovanju, nadziranju stroškov ter konstantnemu izboljševanju in sledenju sprememb današnje družbe in tehnologije.

V diplomskem delu bom uporabila tujo in domačo literaturo. Uporabila bom strokovno literaturo, članke, poročila o poslovanju, internetne vire, statistične podatke ter interna gradiva in podatke pridobljene s pogovori z zaposlenimi iz Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna ter z intervjujem z Marjeto Stegel Bizjak, pomočnico direktorja Bolnišnice Postojna. Diplomaska naloga bo pretežno teoretično delo, ki bo z metodološkega vidika temeljilo na deskriptivni metodi analize primarnih in sekundarnih ter tujih in domačih virov. Uporabila bom tudi metodo komparacije in eksplanacije ter statistično metodo. Prepletali se bosta deduktivna in induktivna metoda ter metoda abstrakcije.

2 Sistem zdravstvenega varstva

2.1 Opredelitev zdravstvenega varstva

Zdravje je ena izmed največjih vrednot tako posameznika kot tudi družbe. Cilj vsake države je zato zagotoviti učinkovit sistem zdravstvenega varstva, ki bo nenehno skrbel za uspešno uresničevanje potreb prebivalstva po zdravstvenih storitvah.

Za Svetovno zdravstveno organizacijo (World Health Organization - WHO) je zdravstveno varstvo razvejan, odprt in dinamičen družbeni sistem. Njegov osnovni cilj je doseganje dobrega oz. čim boljšega zdravja ljudi. Zdravstveno varstvo predstavlja področje, ki zadeva vse prebivalce določene države in se prepleta z mnogimi drugimi področji človekovih dejavnosti ter z gospodarskim in socialnim razvojem države. Zdravje je nenadomestljivi temelj razvoja, obenem pa so tudi možnosti krepitev oziroma izboljšanja zdravja odvisne od razvoja družbe (WHO 1992).

Po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) je zdravstveno varstvo opredeljeno kot »sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Poleg tega zdravstveno varstvo obsega pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti« (ZZVZZ 1992, 1. čl.).

Ključni cilj sistemov socialnega varstva je zagotoviti dostop do pravic na ustrezni kakovostni ravni vsem ljudem. Pravni dokumenti Evropske unije opredeljujejo dostop do zdravstvenega varstva kot univerzalno pravico. Dostop do ustreznega zdravstvenega varstva je tudi ena izmed državljskih pravic, ki se zagotavlja vsem, ki so vključeni v javni sistem ne glede na njihovo zdravstveno, socialno in ekonomsko stanje (Keber in drugi 2003, 35, 49).

V začetku nastajanja sistema zdravstvenega varstva so bile upravičencem zagotovljene le storitve zdravljenja bolezni, pozneje pa še preventivne storitve in storitve zgodnjega odkrivanja bolezni, širiti se je začel tudi krog upravičencev do njih. Dandanes je v Evropi skoraj povsod vključeno celotno prebivalstvo v sistem zdravstvenega varstva ali pa je ta odstotek po državah blizu 100 odstotkom. Drugače je v neevropskih državah, med katerimi

je veliko takšnih, ki vsemu prebivalstvu kritja stroškov za zdravstvene storitve ne zagotavljajo in si jih morajo plačati sami¹ (Toth 2002, 106).

2.2 Zdravstvene storitve: javna ali zasebna dobrina?

V strokovni literaturi, ki zadeva javne sisteme zdravstvenega varstva, se velikokrat pojavljajo polemike, ali so zdravstvene storitve zasebna ali javna dobrina.

Ekonomska teorija ločuje dobrine na zasebne in javne. Javne dobrine so tiste, pri katerih izključevanje iz potrošnje družbeno ni zaželeno, saj poraba posameznika ne zmanjšuje možnosti drugih porabnikov, da porabljajo to blago – mejni stroški zagotavljanja te dobrine so enaki nič in s povečanjem števila uporabnikov ne naraščajo (Stanovnik 2004). Po Perloffu (1999, 682) sta za razmejitev zasebnih in javnih dobrin ključna dva pogoja: netekmovalnost in neizključljivost. Načelo netekmovalnosti predpostavlja, da posameznik, če dobrino uporablja, ne ovira drugih pri porabi iste dobrine. Načelo neizključljivosti pa pravi, da uporabe dobrine ni mogoče prepovedati oziroma omejiti na določene posameznike ali skupino ljudi. Za čisto zasebne dobrine je značilna izključljivost in tekmovalnost. Drugo skrajnost pa predstavljajo čisto javne dobrine. Za večino javnih dobrin je značilno, da so sicer netekmovalne, toda z omejitvijo dostopa je mogoče zagotoviti izključljivost. To so t. i. klubske dobrine (*club goods*).

Kam torej spadajo zdravstvene storitve? Če se vprašamo, ali so zdravstvene storitve neizključljive in netekmovalne, ugotovimo, da je večina zdravstvenih storitev čistih zasebnih dobrin; npr. vstavev umetnega kolka – pri operaciji je zagotovljena izključljivost, po njej pa umetni kolk lahko uporablja samo operirani in nihče drug; torej je dobrina tekmovalna. Med zdravstvenimi storitvami pa obstaja nekaj izjem, ki imajo naravo javne dobrine – npr. storitve karantene, izolacije, dezinsekcije, patoanatomske storitve itd. V političnih in strokovnih razpravah se pogosto zdravstvene storitve opredeljuje kot javne dobrine (Brščič in Tajnikar 2007). To pa verjetno zato, da se argumentira vmešavanje države v zdravstvo. Brščič in Tajnikar (2007, 79) zdravstvene storitve uvrščata tudi med t. i. meritorne dobrine (*merit goods*). Meritorne dobrine oziroma dobrine posebnega

¹ Tako je v ZDA, Južni Koreji in še kje drugje, kjer je prisoten t. i. tržni model zdravstvenega varstva, ki temelji na načelih ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Vloga države je tu minimalna ali pa je celo ni. Dogajanje s področja zdravstva je prepuščeno tržnim mehanizmom. Zdravstvena dejavnost v ZDA je tako profitna dejavnost in temu so namenjene tudi visoke cene zdravstvenih storitev, ki se v pretežni meri financirajo z zasebnimi sredstvi posameznikov oziroma s sredstvi prostovoljnih zavarovanj. Le majhnemu številu ljudi omogoča država kritje zdravstvenih stroškov preko socialnih programov (Toth 2003b, 143).

družbenega pomena imajo poseben status, saj za oskrbo s temi dobrinami obstaja določen javni interes. Ta zagotavlja javno financiranje in/ali javno oskrbo na področju zdravstva, šolstva, storitev socialnega zavarovanja itd.

Za Epstein (1999, 30) je eden izmed razlogov o posebnosti zdravstvenih storitev ta, da zagotavljajo eno od instrumentalnih vrednot v vsaki konceptualizaciji dobrega življenja, tj. zdravje.

Veliko obravnavane literature izpostavlja, da je zdravstvo javna dobrina. Iz vsega zgoraj omenjenega pa vidim, da so zdravstvene storitve individualne in jih trošijo individualni pacienti, saj pri večini zdravstvenih storitev ni izpolnjeno ne načelo netekmovalnosti ne neizključljivosti. Tako lahko ocenim, da zdravstvene storitve ne morejo biti javne dobrine, temveč zasebne.

2.3 Javni zdravstveni zavodi kot neprofitne organizacije

Država oziroma lokalne skupnosti za opravljanje dejavnosti zdravstvene oskrbe ustanovljajo javne zavode – bolnišnice in zdravstvene domove. Po definiciji so javni zavodi organizacije, ki niso ustanovljene zaradi ustvarjanja dobička. Zdravstveni dom kot javni zavod je tako neprofitna organizacija, katere cilj je s čim bolj racionalno porabo sredstev zagotoviti čim višji nivo zdravja populacije, ki jo zavod s svojo dejavnostjo pokriva (Klančar 2005, 82). O tem, da so javni zavodi nepridobitne organizacije, govori tudi Zakon o zavodih (ZZ) v splošnih določbah. Zavode ZZ opredeljuje kot organizacije, ki se ustanovijo za opravljanje dejavnosti vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička (ZZ 1991, 1. čl.).

To sicer ne pomeni, da neprofitne organizacije ne ustvarjajo dobička oziroma ga ne smejo ustvarjati. Bistveno je, da neprofitne organizacije dobička ne smejo izplačevati lastnikom ali svojim udeležencem, temveč ga namenijo izključno za razvoj in opravljanje svoje dejavnosti.

Po Trickerju (1994, 422) so za neprofitne organizacije značilni naslednji dejavniki: odsotnost profitnega motiva, tendenca k produkciji storitev, omejenost izbire strategij in ciljev, problemi zbiranja sredstev, specifičnost vodenja, organizacije in odgovornosti ter pomembnost političnih vplivov.

Freeman in Shouders (1993, 1) pa dodajata zgornjim omenjenim dejavnikom oziroma lastnostim neprofitnih organizacij še, da so le-te običajno državna in ne zasebna last, da se njihovo delovanje večinoma financira iz javnih sredstev in ne s prodajo blaga in storitev ter da njihove temeljne cilje delovanja določa parlament.

Neprofitne organizacije tako sledijo svojemu poslanstvu. Osnovni namen profitne dejavnosti v neprofitni organizaciji je torej »*not for profit*« oziroma z drugimi besedami: dobiček da, vendar usmerjen v podporo uresničevanja javnega dobrega in kakovosti storitev. Neprofitna organizacija to ravnovesje vzpostavlja s sočasno prisotnostjo na trgu finančnih virov in na trgu potreb po storitvah. Tržna orientacija neprofitnih organizacij za razliko od gospodarskih ne temelji na usmerjenosti v izpopolnjevanje in prodajo produktov, ampak na usmerjenost v zadovoljevanje uporabnikovih potreb in želja. Stalna prisotnost neprofitne organizacije na dveh trgih omogoča sprotno preverjanje uresničevanja njenega poslanstva tako s strani uporabnikov storitev kot tudi s strani financerjev. Če organizacija na račun profitne dejavnosti izpodriva neprofitno in s tem onemogoča državljanom enak dostop do storitev, ki imajo značaj javne dobrine, potem izgublja svoje tržišče in financerje (Gorjup 1997, 90–91).

Bistvo nepridobitne organizacije je torej njena socialna dimenzija in dejstvo, da iz koriščenja njenih uslug ni mogoče nikogar vnaprej izključiti. Storitve nepridobitnih organizacij ob pogojih, ki so določeni v izhodiščih obstoja delovanja nepridobitne organizacije, mora biti dostopna vsem (Žnidaršič-Kranjc 1996, 26).

Če povzame, se neprofitne organizacije bistveno razlikujejo od profitnih v tem, da njihov cilj ni maksimiziranje dobička, ampak maksimiziranje zadovoljstva uporabnikov; v zdravstvenem sistemu torej bolnikov. Zdravstvene ustanove tako primarno skrbijo za zagotavljanje celostne in kvalitetne oskrbe bolnika ter za zadovoljevanje njihovih potreb.

Ali lahko neprofitna organizacija ustvarja dobiček? Gorjupova (1997, 92–93) meni, da ima neprofitna organizacija, v pogojih naraščajočih stroškov na eni strani in omejenih sredstev na drugi, na razpolago tri možnosti. Prva možnost je redistribucija sredstev na mikronivoju, kar pomeni usmeritev organizacije v profitne dejavnosti in sočasno odrekanje svojemu poslanstvu. Organizacija zmanjšuje stroške poslovanja tako, da zmanjšuje zmogljivosti in izloča dejavnosti, ki niso dobičkonosne, zmanjšuje število dražjih postopkov, s selektivno

uporabo metod pri istovrstnih storitvah pa marginalizira posamezne skupine uporabnikov glede na spol, starost, izobrazbo ali dohodke. Tako nastale presežke prihodkov nad stroški usmerja v profitne dejavnosti s tem pa ustvarja neenake možnosti dostopa do svojih storitev. Druga opcija je razporeditev sredstev na mikronivoju, ki javnemu zavodu omogoča maksimiranje dobička s spreminjanjem strukture stroškov znotraj omejenih sredstev. Ta možnost je sicer majhna zato, ker so sredstva za dogovorjene programe izvajalcev skopo odmerjena. Če drugega ne, pa neprofitno organizacijo sili v racionalnejši odnos do omejenih sredstev. To je z vidika javnega zavoda sprejemljivo, le če presežke usmeri v razvoj svoje dejavnosti. Zadnja opcija pa je iskanje novih virov financiranja oziroma redistribucije sredstev na mikronivoju, ki organizaciji omogočajo maksimiranje dobička na račun večjega prihodka (večjega obsega storitev ali višjih cen storitev). Neprofitna organizacija lahko z dobrim vodstvom, dobro organizacijsko strategijo, uspešnim nadzorom stroškov ter nenehnim sledenjem spremembam in novim tehnologijam ustvarja dobiček.

2.4 Tipi zdravstvenega varstva

Različne sisteme zdravstvenega varstva lahko razlikujemo glede na dve značilnosti: prevladujočo lastninsko obliko med izvajalci zdravstvenega varstva ter prevladujoči vir financiranja zdravstvenega varstva.

Z vidika slednjega obstajajo sistemi, ki temeljijo na davčnih virih (Velika Britanija, Danska, Finska), socialnem zavarovanju (Avstrija, Belgija, Francija, Nemčija), kombinaciji obojega (Italija) ali kombinaciji zasebnih sredstev in socialnega zavarovanja (Kanada, Nizozemska). Obstaja pa tudi le zaseben način financiranja zdravstvenega varstva (ZDA). Z vidika lastnine pa so lahko izvajalci v glavnem javni (Velika Britanija, Danska, Finska), zasebni (ZDA, Kanada, Švica, Nizozemska) ali kombinacija obojega (Avstrija, Belgija, Francija, Nemčija) (Kornai in Eggleston 2001, 102–103).

Če upoštevamo omenjeni značilnosti, lahko izoblikujemo nekaj tipov zdravstvenega varstva. Prvi tip predstavlja sistem državnega zdravstvenega varstva, ki kombinira državno lastnino izvajalcev s financiranjem iz sredstev proračuna. Zanj je značilna univerzalnost in enak dostop do storitev zdravstvenega varstva. Drugi model je t. i. proračunski model, ki tudi predstavlja enak in univerzalen dostop do storitev zdravstvenega varstva, vendar so izvajalci pretežno zasebni, zdravstveno varstvo pa se financira skozi proračun. Tretji model

je model socialnega zdravstvenega zavarovanja in ga imenujemo nemški ali Bismarckov model. Tu so izvajalci javni ali zasebni, zavarovanje pa je obvezno, decentralizirano. Obstajajo tudi sistemi, ki združujejo elemente vseh teh treh modelov (Tajnikar 2007, 57–58).

Slovenija ima zdravstveni sistem, ki je v največji meri oblikovan po nemškem modelu. Gre za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki ni decentralizirano, ampak centralizirano v eni zdravstveni zavarovalnici. Po zgledu Kanade imamo opredeljeno univerzalno košarico zdravstvenih storitev, ki ni financirana iz proračuna, ampak iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izvajalci so zasebni in javni, po nemškem zgledu pa prispevajo v sklade obveznega zdravstvenega zavarovanja tako delodajalci kot delojemalci. Obenem naš sistem temelji na univerzalnosti in je tako podoben tudi britanskemu. Tako imamo nekatere elemente britanskega, nemškega in kanadskega modela (Tajnikar 2007, 57–58).

Sistemi zdravstvenega varstva se po svetu tako razlikujejo glede na ekonomske, organizacijske in pravne sestavine, kljub temu pa imajo nekaj skupnih točk. Menim, da je osnovna točka zavedanje družbe, da je dolžna skrbeti in pomagati ljudem, ki so potrebni zdravstvene pomoči. Dostop državljanov do zdravstvenih storitev predstavlja eno izmed osnovnih pravic, ki jo država zagotavlja svojim državljanom ne glede na njihov zdravstveni, socialni ali ekonomski položaj.

2.5 Elementi zdravstvenega varstva

Sistem zdravstvenega varstva obsega temeljne elemente, ki so med seboj tesno povezani. Ti elementi so sledeči (Keber in drugi 2003, 181):

- Uporabniki zdravstvenega varstva, ki v tem sistemu nastopajo bodisi sami kot plačniki storitev in izdelkov bodisi posredno kot zavarovanci organizacij obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,
- dobrine zdravstvenega varstva, ki jih sestavljajo storitve in izdelki, s katerimi posamezniki zadovoljujejo svoje potrebe glede zdravstvenega varstva,
- organizacije zdravstvenega varstva, ki nudijo dobrine zdravstvenega varstva,
- država, ki izoblikuje družbeni interes in ga v njem tudi uresničuje bodisi neposredno posega v upravljanje organizacij zdravstva in organizacij obveznega zdravstvenega zavarovanja ali pa z ustreznimi ukrepi regulira delovanje zdravstvenih organizacij.

Gre torej za tripartitni sistem upravljanja, ki vključuje tri skupine akterjev: uporabnike zdravstvenih storitev, izvajalce zdravstvenih storitev ter državo. Partnerji so organizacijsko ločeni, svoje interese pa usklajujejo z dogovarjanji in pogajanja.

2.6 Zakonske podlage za delovanje sistema zdravstvenega varstva

Področje zdravstvenega varstva v Sloveniji urejajo Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Zakon o lekarniški dejavnosti, deloma pa tudi Zakon o zavodih (ZZ). Vsi ti se medsebojno dopolnjujejo in povezujejo. Prvi postavlja temelje celotnega sistema zdravstvenega varstva in podrobneje ureja zdravstveno zavarovanje (obvezno in prostovoljno), medtem ko se drugi ukvarjajo z organizacijo zdravstvene dejavnosti in z zagotavljanjem in izvajanjem javne zdravstvene dejavnosti pri nas (Toth 2009, 86).

2.7 Organizacija sistema zdravstvenega varstva

Zakon o zdravstveni dejavnosti deli zdravstveno varstvo na več nivojev, in sicer na primarno, sekundarno in terciarno. Primarna raven zdravstvenega varstva obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Sekundarna raven obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost, terciarna raven pa obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov (ZZDej 1992, 4. čl.).

Vsak nivo ima svoje odgovornosti za določen obseg dela glede na značilnosti zdravstvenih storitev, izvajalce dela in organizacijske oblike. Primarno zdravstveno varstvo je namenjeno posamezniku, družini, lokalni skupnosti ter občini (do okoli 50.000 ljudi) (Premik 1995, 14).

Storitve primarnega zdravstvenega varstva predstavljajo prvi stik prebivalstva z zdravstveno oskrbo. Predstavljajo rešitev za kar 90 % zdravstvenih problemov, zato imajo vlogo filtra in bolnike na kakovosten in stroškovno učinkovit sistem usmerjajo skozi zdravstveni sistem (De Maeseneer 2005, 171).

Sekundarni nivo pomeni hospitalno, diagnostično in terapevtsko obravnavo za območje, ki zajema od 100 do 500 tisoč ljudi. Za terciarni nivo pa so značilne zelo specializirane institucije s strokovnjaki, usposobljenimi za obravnavo relativno redkih in zahtevnih

medicinskih problemov za sorazmerno veliko demografsko območje (nad 500 tisoč ljudi) (Premik 1995, 14).

Primarno zdravstveno varstvo izvajajo zdravstveni domovi, zasebniki in lekarne. Sekundarno zdravstvo izvajajo bolnišnice, zavodi za zdravstveno varstvo, Inštitut za varovanje zdravja, zdravilišča, socialnovarstveni zavodi in zavodi za usposabljanje. Terciarni nivo zdravstva pa bolnišnice s statusom klinik in so namenjene zahtevnejšim zdravstvenim obravnavam, raziskovalnim, izobraževalnim in drugim razvojnim ciljem zdravstvenega varstva (Ferjanc 2009, 66).

Razdelitev zdravstvenega varstva na tri ravni je osnovna razdelitev, ki je pomembna za preglednost in financiranje zdravstvenega sistema. Primarno zdravstveno varstvo je najpomembnejše, saj se posameznik na tej ravni prvič sooči z zdravstvom in mu to predstavlja nekakšen vstop vanj. Učinkovito delovanje primarnega zdravstva je pomembno tudi pri upravljanju s stroški celotnega javnega zdravstvenega varstva, saj lahko s kvalitetnimi storitvami korenito zmanjšajo le-te (manj ljudi potrebuje storitve na sekundarni ali terciarni ravni).

3 Ekonomika zdravstva

Zdravje je pomemben dejavnik socialnega in ekonomskega razvoja družbe, kajti le zdrav človek pripomore k njenemu ustvarjanju in razvoju. V državah, kjer je bolje poskrbljeno za ustrezne življenjske razmere in socialno varnost, je tudi zdravje in počutje posameznika boljše.

Izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva prispeva k ekonomski rasti na štiri načine: zmanjšuje produkcijske izgube zaradi bolezni zaposlenih; omogoča uporabo naravnih virov, ki so bili zaradi bolezni skoraj ali povsem nedosegljivi; izboljšuje sposobnosti otrok za učenje in usposabljanje; sprošča možnosti koriščenja resursov, ki bi jih sicer porabili za zdravljenje bolezni (Svetovna banka 1993).

Ekonomika zdravstva je posebno vprašanje, ki povzroča težave vsem ljudem, ki se ukvarjajo z njo. Tu gre za vprašanja delovanja trga zdravstvenih storitev, financiranja zdravstvenega varstva, pravičnega razdeljevanja sredstev med izvajalci, obvladovanja stroškov itd., najbolj pa za vprašanje nenehne naraščajoče potrebe po zdravstvenih storitvah ter vodenje in upravljanje procesov v zdravstveni dejavnosti.

3.1 Trg zdravstvenih storitev

Večina trgov v gospodarstvu ne deluje popolnoma učinkovito in eden izmed njih je tudi trg zdravstvenih storitev. Trgi zdravstvenih storitev so primer nepopolne konkurence, saj predpostavke popolne konkurence² niso izpolnjene.

Folland in nekateri drugi avtorji (2001, 426–429) menijo, da so na zdravstvenem trgu odkloni od popolne konkurence predvsem naslednji:

- Obstoj nepopolne informiranosti potrošnikov. Ljudje se na zdravstvenem trgu pogostokrat ne morejo samostojno odločati o nabavi ali koriščenju storitev neodvisno od vpliva ponudnikov, saj nimajo dovolj medicinskega znanja. Zato mora država prevzeti obveščanje kupcev, ker trg zagotavlja učinkovito alokacijo le v primeru popolnih informacij (Rosen 1999, 208).

- Veliko število malih ponudnikov z določeno stopnjo monopolne moči. Z državnim upravljanjem postanejo javne dobrine pravni monopol, za katerega je značilno, da je količina proizvodov ali storitev pri katerih monopolist maksimira svoj dobiček ($MR=MC$) nižja od količine proizvoda ali storitev pri pogojih popolne konkurence ($P=MC$)³. To pomeni, da monopolist proizvaja manj, kot je družbeno zaželeno, to pa povzroči izgubo družbene blaginje (Klun 2000, 56). Zdravstvo v znatni meri deluje v pogojih monopola, ki je običajno neugoden za uporabnika, saj ne more zadovoljevati svojih potreb pri konkurenci, temveč le v ustanovah javnega sektorja, ki med seboj ne konkurirajo. (Tajnikar in Došenovič 2003, 10).

- Vstopne ovire na trgu zdravstvenih storitev so običajno velike, saj lahko zdravstvene storitve opravljajo le izvajalci, ki imajo licenco. Prisotno je tudi reguliranje cen ali reguliranje proizvodnih zmogljivosti oziroma proizvedenih količin.

- Zdravstvene storitve niso homogene ne po vrsti ne po kvaliteti.
- Zdravstvene storitve so javne dobrine, do katerih imajo pravico vsi državljani.

² Predpostavke popolne konkurence so sledeče (Glas 2000): na trgu je mnogo kupcev in prodajalcev, produkt je homogen, proizvodni dejavniki so mobilni, ponudniki in povpraševalci imajo popolne informacije o produktu in stanju na trgu ter se obnašajo racionalno.

³ Monopolist doseže optimalno količino proizvodnje kadar se mejni prihodki (MR) izenačijo z mejnimi stroški (MC), pri popolni konkurenci pa je optimalna količina proizvodnje prisotna kadar je cena (p) = mejnim stroškom (MC).

- Na trgu zdravstvenih storitev se pojavljajo eksternalije⁴; npr. nekateri ljudje imajo lahko koristi zato, ker se drugi zdravijo takrat, ko potrebujejo zdravljenje in tako preprečijo okužbe ostalih ljudi.

- Potrošniki zdravstvenih storitev se lahko obnašajo neracionalno.

- Trg zdravstvenih storitev deluje v pogojih tveganja oziroma negotovosti. Zdravstvenih storitev pogosto ni mogoče predvidevati vnaprej, saj so bolezni ali poškodbe večinoma nepričakovane. Država tako prevzame kritje za nedoločeno tveganje. Eno od teh je socialno zavarovanje.

Na področju zdravstvenega varstva je potrebno vmešavanje države, saj nobena od navedenih predpostavk popolne konkurence ne deluje.

Vloga države na zdravstvenem trgu naj bi bila najbolj potrebna pri pravični razdelitvi zdravstvenih resursov predvsem zaradi prikrajšanih posameznikov. Prispevala naj bi tudi k večji ekonomski učinkovitosti.

Zdravstveni trg ima tako značilnosti monopola ne glede na to, ali je zaseben ali javen.

3.2 Ponudba in povpraševanje na trgu zdravstvenih storitev

Na dostopnost do zdravstvenih storitev vplivata ponudba in povpraševanje. Kornai in Eggelston (2001) trdita, da se v sistemu zdravstvenega varstva na strani ponudbe nahaja nudenje zdravstvenih storitev posameznikom – državne oziroma javne zdravstvene organizacije, neprofitne, nedržavne organizacije ali zasebne organizacije itd. Na strani povpraševanja pa način financiranja zdravstva oz. sem uvrščata plačnike zdravstvenih storitev (npr. država, direktna plačila posameznikov) in organizacije, ki predstavljajo uporabnike zdravstvenih storitev.

Glavni dejavniki, ki vplivajo na ponudbo zdravstvenih storitev, so po Miklavčičevi (1997, 6) trije. Najprej so tu zdravstvene zmogljivosti, katerih povečevanje dolgoročno poveča ponudbo, zmanjšanje pa ravno obratno. Drugi dejavnik je tehnologija, ki vpliva na stroške, investicijsko politiko, izobraževanje, specializacijo, organizacijo dela, na večjo ali manjšo učinkovitost dela izvajalcev ter na bolnike, ki so s pomočjo tehnologije zdravljeni po sodobnih načelih. Tehnologija je glavni dejavnik rasti ponudbe, ki lahko storitve zdravstvenih dejavnosti podraži, ne pa poceni. To pa ravno zaradi velikih stroškov, ki jih

⁴ To so pozitivni ali negativni zunanji učinki neke proizvodnje ali potrošnje na druge subjekte, ki nanje ne morejo vplivati (Donaldson in Gerard 2005).

imajo organizacije pri uvajanju nove tehnologije. Zadnji dejavnik so zdravniki. Ti sprejmejo bolnika na zdravljenje, predlagajo obliko zdravljenja, izvajajo kirurške obsege, predpisujejo zdravila itd. Tako vplivajo na obseg in kakovost storitve. Višja kakovost storitev draži ponudbo in tako vpliva na celotne stroške zdravljenja.

Dogaja se, da je na nekaterih območjih ponudba zdravstvenih storitev prevelika, drugod pa premajhna. Vzrok je v temu, da se pri razporeditvi zdravstvenih virov oziroma storitev ne upoštevajo potrebe državljanov (Keber in drugi 2003).

Po mojih ocenah ima slovenski javni zdravstveni sistem v marsikaterem kraju premajhno ponudbo zdravstvenih storitev ter premajhne prostore za širjenje le-te. To se kaže v dolgih čakalnih vrstah in slabem dostopu bolnikov do zdravstvenih storitev, pogosto pa tudi v odsotnosti dražje in bolj raznolike ponudbe storitev. Prisotna je regionalna neusklajenost ponudbe glede na povpraševanje. Javni sektor ni sposoben ponujati storitev kljub temu, da ima v nekaterih krajih, regijah presežne zmogljivosti.

Na ponudbo zdravstvenih storitev vplivajo tudi zdravniške licence, s katerimi zdravniki pridobijo pooblastilo za kontrolo nad trgov, ki jim dovoljuje omejevanje vstopa v njihov poklic, s čimer omejujejo tudi možnost za konkurenčnost, ki minimizira stroške zdravstvenih storitev. Ker je vstop omejen, je manjši tudi obseg opravljenih zdravstvenih storitev, cene pa so višje, kot bi lahko bile. Po drugi strani pa je licenciranje nujno, saj uporabniki nimajo dovolj znanja o zdravstvenih storitvah in vplivu le-teh na njihovo zdravje, da bi lahko prosto izbirali med vsemi zdravniki tako, da se ne bi odločali za tiste, ki niso dovolj strokovni. Uporabniki namreč težko presojujejo kakovost zdravstvenih storitev. Pomanjkanje znanja uporabnikov in omejitev konkurence z licenciranjem daje zdravnikom edinstven položaj, da lahko hkrati vplivajo na ponudbo in povpraševanje. Tako lahko opravijo tudi storitve, ki niso utemeljene, in le povečujejo stroške, uporabnikom pa prinesejo zelo malo ali pa nobene koristi (Svenšek in Wahl 2007, 7–9).

Povpraševanje po zdravstvenih storitvah je nepredvidljivo. Na povpraševanje vplivata zdravstveno stanje populacije in starostna struktura prebivalstva. Bolniki povprašujejo po zdravstvenih storitvah, ko jih potrebujejo. S staranjem populacije se povpraševanje po zdravstvenih storitvah povečuje.

Ponudba in povpraševanje po zdravstvenih storitvah sta v rokah izvajalcev. Uporabnik oziroma potrošnik zdravstvenih storitev je običajno slabo informiran o tem, kakšno

zdravstveno storitev potrebuje, kakšna je kakovost in kakšna je ustrežna cena zdravstvene storitve. Med kupcem (bolnikom) in prodajalcem (zdravnikom) je tako velika razlika v poznavanju zdravstvenega problema in možnostjo zdravljenja. Govorimo o asimetriji informacij, zato je potrošnik v veliki meri odvisen od zdravnika in njegovih odločitev o zdravljenju oziroma oskrbi. Zdravnik suvereno obvladuje bolnikovo povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Velika večina bolnikov se znajde pred zdravnikom kot monopolnim ponudnikom zdravstvenih storitev, vendar je tudi on pri izbiri omejen, saj lahko izbira le med zdravstvenimi storitvami, ki sodijo med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ker bo samo te javni plačnik tudi plačal. Zaradi tega tudi zdravnik nosi tveganje za pravilnost svoje izbire. Tako na trgu zdravstvenih storitev kupec (bolnik) ne izbere zdravstvene storitve sam, je ne plača sam in za nakup ne nosi tveganja. Takšen trg predstavlja odmik od popolnega trga, ki zahteva popolno informiranost tako kupca kot prodajalca, zato govorimo o trgu zdravstvenih storitev le kot o navideznemu (kvazi) trgu. Zaradi nesorazmernosti informacij so nujni ukrepi države (standardi kakovosti in druga regulacija, nadzor), s katerimi država zavaruje uporabnika zdravstvenih storitev pred uporabo nepotrebnih, predragih, škodljivih zdravstvenih storitev ali pred storitvami slabe kakovosti (Stanovnik 2004, 209; Česen 2003, 20).

Iz vsega tega sledi, da je na področju zdravstvenega varstva vedno prisotna potreba po usmerjanju in načrtovanju.

3.3 Specifičnosti trga zdravstvenih storitev

Zdravstveni trg je zelo specifičen in zanj ne veljajo klasični ekonomski zakoni. Razlogov za specifičnost trga zdravstvenih storitev je več, najpomembnejši so pa naslednji: informacijska asimetrija, moralni hazard, »posnemanje smetane« ter etično pogojena neučinkovitost (npr. operacija kolka bolniku z aidsom leto dni pred smrtjo predstavlja s stališča učinkovitosti neracionalno porabo sredstev) (Keber in drugi 2003, 44).

O informacijski asimetriji sem pisala že v prejšnjem poglavju.

Moralno tveganje (moralni hazard) je lahko prisotno na strani uporabnikov in izvajalcev. Moralno tveganje uporabnikov izhaja iz slabše skrbi za lastno zdravje in zdrav način življenja, saj jim zavarovanje daje občutek večje varnosti. Tako slabo zdravje ni več nezaželeno stanje, ki bi se mu bilo potrebno nujno izogniti, saj zavarovanec plača premijo, ki je nižja od stroškov zdravljenja. Verjetnost potreb po zdravstvenih storitvah tako narašča.

Ko se bolezen pojavi, želi posameznik maksimizirati koriščenje zdravstvenih storitev in to nad točko, kjer so mejni stroški enaki mejni koristi (ex post moralni hazard) (Culyer 1989, 37–39). Moralno tveganje izvajalcev lahko preprosto izhaja iz pomanjkanja stroškovne zavesti zdravnikov ali pa to spodbudi sistem plačevanja izvajalcev, kot je npr. storitveni sistem (*free for service*), pri katerem so izvajalci plačani po številu storitev. Izvajalci imajo tako finančni interes, da opravijo več storitev, kot bi jih bilo potrebno in na ta način uravnavajo povpraševanje uporabnikov. To je povpraševanje, ki ga sprožijo izvajalci *supplier-induced demand* oziroma inducirano povpraševanje (Donaldson in Gerard 2005). Moralno tveganje vpliva na prekomerno kopičenje zdravstvenih storitev, ki marsikdaj ne bi bile potrebne.

Pretirano povpraševanje lahko zmanjša dostopnost, zato naj bi v razmerah asimetrije informacij in moralnega hazarda regulacija države ščitila potrošnika in s tem maksimirala družbeno koristnost (Stanovnik 2004).

Proces, s katerim je ljudem z nizkim tveganjem zagotovljeno posebno zavarovanje po nizkih cenah, v tuji literaturi označujejo kot pobiranje smetane (*skimming* ali *creaming off*). Za ljudi z nizko stopnjo tveganja, zavarovalnice oblikujejo premije na podlagi individualnih in ne več povprečnih tveganj (Donaldson in Gerard 2005; Culyer 1989).

Na trgu zdravstvenih storitev imamo tako opravka s različnimi posebnostmi, ki niso del klasičnih, tržno naravnanih sistemov, saj zanje takšne značilnosti ne veljajo.

4 Naraščanje izdatkov za zdravstveno varstvo

Skrb za zdravje je pomembno področje tako za posameznika kot tudi za družbo. Za zadnja desetletja je značilno splošno izboljševanje zdravstvenega stanja prebivalstva pri nas in v razvitih državah. Doseganje tega stanja je vezano na konstantno naraščanje izdatkov za zdravstveno varstvo iz javnih in zasebnih virov. Na to vplivajo vse večji delež starega prebivalstva, naraščajoča zdravstvena pričakovanja ter zahteve prebivalstva. Povečuje se povpraševanje po zdravstvenih storitvah, hkrati pa se zmanjšuje delež aktivnega prebivalstva, ki prispeva v javno zdravstveno blagajno (Marn in drugi 2005). V članicah Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) ugotavljajo, da je rast izdatkov za zdravstvo hitrejša,

kot je realna rast bruto domačega proizvoda (BDP), kar povečuje njihov delež v BDP (Orosz in Morgan 2004).

V razvitih državah namenjajo že 8-12 % ustvarjenega BDP za zdravstvo, kar je 2 do 3-krat več kot pred 40 leti. Kljub temu pa ta sredstva ne zadoščajo za kritje utemeljenih potreb po zdravstvenih storitvah, še najmanj pa za zahteve, ki naraščajo še hitreje. Razlogi za takšno stanje so vgrajeni že v same solidarnostne sisteme zdravstvenega varstva, ki se financirajo pretežno z javnimi sredstvi. Pri tem ni razlik med sistemi, ki temeljijo na načelih Bismarckovega socialnega zavarovanja⁵ ali na načelih nacionalne zdravstvene varnosti (Beveridgeov⁶ ali Semaškov model⁷). Za oboje je značilno t. i. razpiranje škarij. Če en krak predstavlja potrebe prebivalcev, drugega pa viri (kadrovski, prostorski, finančni), se ta dva ne skladata in se razhajata, saj imata različne razvojne zakonitosti in sta pod različnimi vplivi. Potrebe po zdravstvenih storitvah se oblikujejo pod vplivi demografskih dejavnikov (staranje prebivalstva), nove medicinske in farmacevtske tehnologije, informiranosti ljudi in novih znanstvenih spoznanj o možnostih preprečevanja, zgodnjega odkrivanja, zdravljenja in rehabilitacije pri posameznih boleznih. Po drugi strani pa na zagotavljanje sredstev za financiranje programov zdravstvenih storitev vplivajo ekonomska moč in rast BDP posamezne države in delež sredstev, ki jih družba nameni za zdravstveno varstvo (Toth 2003a, 1).

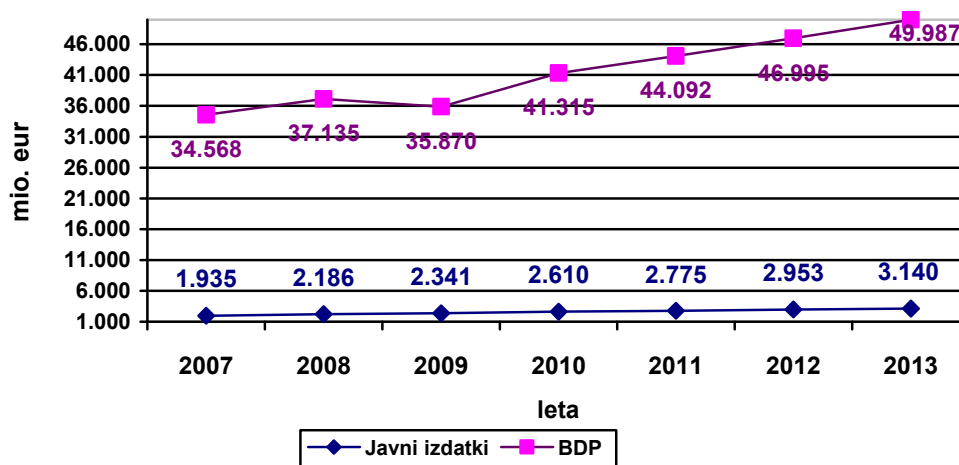
⁵ Bismarckov model oz. sistem socialnega zavarovanja je obvezno zdravstveno zavarovanje in temelji na načelih solidarnosti vseh vključenih oseb. Pretežni del financiranja sestavljajo prispevki delodajalcev in delojemalcev, sredstva pa lahko prispeva tudi država ali občine iz sredstev proračunov. Zavarovanje je obvezno za delavce in druge skupine prebivalstva, ki jih določajo zakoni. Le izjemoma so nekatere skupine prebivalstva iz tega zavarovanja izključene. Tripartitni način financiranja področja socialne varnosti (delodajalci, delojemalci, država) pomeni uresničitve družbene odgovornosti do socialne varnosti, h kateri morajo vsi prispevati skladno s svojimi dohodkovnimi sposobnostmi (Toth 2002, 103–104). Značilnost sistema je visok obseg pravic, članstvo v teh sistemih pa pokriva skoraj celotno prebivalstvo v državah (99 %). Tak sistem imajo Avstrija, Nemčija, Belgija in tudi Slovenija (Brinc 2003, 11).

⁶ Beveridgeov model (sistem nacionalnega zdravstvenega varstva) temelji na predpostavki, da mora celotno zdravstveno varstvo zagotoviti država. Država je v vlogi plačnika in izvajalca. Vlada odloča o organizaciji javne zdravstvene službe, je njen nosilec, ustanovitelj in investitor. Celotno področje se financira iz davkov. S sistemom upravlja posebna upravna organizacija. Tu imajo vsi prebivalci zagotovljen dostop do zdravstvenih storitev pod enakimi pogoji. Tak sistem imajo Velika Britanija, Italija, Švedska in Danska (Brinc 2003, 11; Toth 2003b).

⁷ Semaškov model (sistem socialističnega zdravstvenega zavarovanja) je nastal v času socialistične družbene ureditve v Sovjetski zvezi in izhaja iz istega izhodišča kot Beveridgeov, da je država tista, ki mora urejati zdravstveno varstvo. Zdravstvene storitve so financirane iz državnih proračunov. Zdravstvena infrastruktura je v javni lasti, storitve so javno dostopne. Ta model je bil prisoten v vseh bivših socialističnih državah, v Rusiji, na Kitajskem in v Severni Koreji pa je še vedno v veljavi (Brinc 2003, 12).

Dolgoletni trendi v Sloveniji kažejo, da se potrebe po zdravstvenih storitvah povečujejo po geometrični lestvici, torej mnogo hitreje kot BDP oziroma ekonomski standard prebivalstva, ki sicer raste, vendar po linearni lestvici (glej Slika 4.1). Tako je povsod po svetu glede na zdravstvene potrebe ljudi premalo denarja za njihovo zadovoljevanje.

Slika 4.1: Grafični prikaz javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v RS ter BDP od leta 2007 do 2009 ter ocena javnih izdatkov za zdravstveno varstvo in pričakovana vrednost BDP od leta 2010 do 2013



Vir: Prirejeno po Preglednica 19⁸ (2010); ZZZS (2010, 141).

Ocena javnih izdatkov, namenjenih za zdravstvo, prikazuje, da lahko pričakujemo tudi v naslednjih letih konstantno in hitrejše naraščanje izdatkov za zdravstveno varstvo iz leta v leto v primerjavi s povečanjem BDP (ta je bil leta 2009 celo nižji kot leta 2008), saj se dejavniki (staranje prebivalstva, manj aktivnega prebivalstva, dražja tehnologija in zdravila itd.), ki vplivajo na izdatke za zdravstvo, v naslednjih letih ne bodo drastično spremenili ter obrnili ali vsaj upočasnili ta trend. Bolj verjetno je, da bo prišlo do zaostritve teh dejavnikov, ki bodo še hitreje povečevali rast javnih izdatkov za zdravstvo in tako naredili še večjo razpoko med potrebami prebivalstva in zmožnostmi zdravstvenega varstva, da bi vse te potrebe zadovoljilo.

⁸ Preglednica 19: Ocena celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji 2007–2013 v tekočih cenah in v odstotku od BDP (projekcija zasebnih izdatkov je pripravljena na podlagi deleža zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo za leto 2006 po metodologiji SHA).

Po mojem mnenju se bodo morale zdravstvene storitve zaradi staranja prebivalstva bolj usmeriti na zdravljenje starejših. Vedno manj ljudi bo prispevalo v blagajno zdravstvenega varstva, ker se po ocenah rodnost ne bo povečevala, kar bo vplivalo na velikost sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo. Vse to bo vplivalo tudi na višino prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje ter višino premij pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju. Zaradi hitrega razvoja medicinske tehnologije bo potrebno več vlagati v razvoj zdravstvenih služb, torej tudi več prispevati v blagajno zdravstvenega varstva itd.

5 Financiranje zdravstvenega varstva

Sistem financiranja zdravstvenega varstva predstavlja ureditev, ki v okviru materialnih možnosti javnih financ zagotavlja določene pravice glede dostopa do različnih zdravstvenih storitev.

Financiranje sistema zdravstvenega varstva je sestavljeno iz dveh delov. Prvi zajema zbiranje sredstev, drugi pa razdeljevanje le-teh oziroma plačevanje izvajalcem zdravstvene dejavnosti (Mossialos in Dixon 2002, 3). Ureditev sistema financiranja zdravstvenega varstva je pomembna za učinkovito izvajanje zdravstvenih programov in zagotavljanja kakovostnih storitev ter dostopnosti zavarovancev do pravic, dogovorjenih v zdravstveni zakonodaji (Košir 2005, 460).

Javni sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji se že od leta 1991 skorajda ni spreminjal. Še vedno obstaja mnogo nepreglednosti, nejasnih kriterijev financiranja javnih zavodov, počasnost pri sklepanju enoletnih pogodb z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (ponavadi še za leto nazaj in ne za tekoče leto), pa tudi nedoločenih odgovornosti in slabega nadzora. Resnih reform na tem področju še ni bilo, zato se je nabralo toliko nepreglednosti in neučinkovitosti, da so te postale nujne.

Neučinkovitost sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji je v največji meri posledica nepreglednega oziroma neustreznega financiranja zdravstva. Pri financiranju storitev namreč ni zagotovljenih sredstev za povračilo investicij, kar se za javne izvajalce zdi celo upravičeno, saj so prejeli te investicije iz javnih virov. Vendar pa to povzroča dva povsem neekonomski učinka. Izčrpava javnopravne izvajalce, ki ne morejo zagotavljati niti ustreznega investicijskega vzdrževanja obstoječe opreme in objektov, kaj šele vlagati v nove, hkrati pa povsem onemogoča zasebna vlaganja. Ne samo da obremenjuje javno

porabo, saj se investicije plačujejo iz proračunskih sredstev, temveč so tudi izjemno neučinkovite, kar se je jasno pokazalo pri Onkološkem inštitutu (Pirnat 2007).

Drugi problem je v tem, da ni jasnega načina določanja vrednosti zdravstvenih storitev. To temelji na družbenem dogovarjanju o načinu razdelitve razpoložljivega denarja in pogosto temelji na moči posameznega udeleženca. Tako ne predstavlja učinkovitega načina razporeditve sredstev. Posledice so nejasnost cen posameznih zdravstvenih storitev, neustrezno financiranje storitev in stalne akcije s prerazporeditvijo sredstev na programe z najdaljšimi čakalnimi vrstami. Izgovor za vzdrževanja tega sistema nepreglednosti in neučinkovitosti je prepričanje, da le takšen sistem zagotavlja družbeno pravičnost in socialnost, saj je zlasti značilen za javne izvajalce. Če bodo praktično vsi izvajalci zdravstvenega sistema izključno javni, bo dostopnost enaka in socialna pravičnost visoka. To pa lahko kmalu vodi do enakosti pri slabo dostopnih storitvah (Pirnat 2007).

Ureditev sistema financiranja zdravstvenega varstva ima tako neposreden vpliv na višino sredstev za uresničevanje zdravstvenih storitev, njihovo količino, strukturo in kakovost. Za isti denar se lahko zagotovi in uresniči različno velike in zahtevne programe, odvisno od načina financiranja in vrednotenja programov izvajalcev. Države bi morale poiskati optimalni način financiranja, tako da bi dosegle čim večjo uspešnost dela in poslovanja javnih ustanov zdravstvenega sistema, da bi tekoče sledile potrebam prebivalstva, imele čim večjo preglednost in nadzor nad sistemom ter uspešno obvladovale stroške.

6 Zbiranje sredstev za zdravstveno varstvo

Slovensko zdravstveno varstvo se financira iz javnih in zasebnih virov. Med javna sredstva financiranja uvrščamo proračunska sredstva države in občin ter sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja. Med zasebne vire financiranja zdravstvenega varstva pa spadajo sredstva prostovoljnega in nezgodnega zdravstvenega zavarovanja, neposredna plačila prebivalcev za zdravstvene storitve oziroma zdravila in medicinske pripomočke ter sredstva različnih dobrodelnih organizacij in donatorjev (Zaletel-Kragelj in drugi 2007, 169).

6.1 Javni izdatki

Pretežni del sredstev za zdravstveno varstvo se v Sloveniji, kot tudi v večini evropskih držav črpa iz javnih virov. Ti so leta 2009 predstavljali 73,2 % vseh sredstev za zdravstveno varstvo. Večji del javnih sredstev za zdravstveno varstvo predstavljajo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja – 65,8 % vseh sredstev leta 2009. Prispevki za zdravstveno zavarovanje⁹ so tako glavni vir financiranja zdravstva in se odmerjajo po proporcionalnih stopnjah glede na dohodke ali druge zakonsko določene osnove zavezancev za plačilo prispevkov. Drugi del javnih sredstev za zdravstveno varstvo pa izhaja iz proračuna države in občin – 4,9 % vseh sredstev leta 2009 ter dodatka Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) za pomoč in oskrbo – 2,4 % vseh sredstev. Več kot polovica proračunskih sredstev države je namenjena za investicijska vlaganja v bolnišnice (Keber in drugi 2003, 244–245; ZZZS 2010, 140–141).

V Sloveniji so iz javnih sredstev lahko financirani tako javni kot zasebni izvajalci – koncesionarji. Ti izvajalci zdravstvenih storitev so vključeni v mrežo javne zdravstvene dejavnosti, stroške izvajanja pa jim povrne ZZZS (ZZDej 1992).

Slovensko javno zdravstvo se tako v pretežni meri financira s sprotnimi plačili prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je vir dolgoročne nestabilnosti financiranja zdravstvenega varstva, saj nanj vpliva mnogo dejavnikov, najbolj pa demografska gibanja. Sistem sprotnih plačil namreč temelji na tem, da aktivna generacija plačuje za zdravstvene storitve celotne populacije, tako ni nikakršnega zavarovalnega sklada, iz katerega bi črpali vire za javno zdravstvo.

6.2 Zasebni izdatki

Zasebna sredstva zavarovalnic, ki izvajajo prostovoljna in nezgodna zdravstvena zavarovanja, so pomemben zasebni vir zdravstvenega varstva. Sem spadajo tudi sredstva, ki jih ljudje namenjajo za zdravljenje, zdravila in razne zdravstvene storitve, sredstva dobrodelnih organizacij itd.

Leta 2009 so zasebna sredstva znašala 26,8 % vseh izdatkov, namenjenih za zdravstveno varstvo, od teh so zgoraj omenjene zavarovalnice s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji s plačevanjem škodnih primerov in obratovalnih stroškov zagotovile skupaj

⁹ Plačujejo jih zavarovanci, delodajalci in drugi, z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določeni zavezanci. O stopnji prispevkov odloča Državni zbor (Keber in drugi 2003, 244).

skoraj 13 % vseh izdatkov. Neposredna plačila, ki jih državljani namenjajo za storitve in blago, povezano s zdravjem, spremlja Statistični urad Republike Slovenije (SURS) na podlagi anket o porabi gospodinjstev. Leta 1997 je delež teh sredstev predstavljal 9,5 % vseh izdatkov za zdravstvo, leta 2009 pa 12,7 % (Keber in drugi 2003, 248; ZZZS 2010, 141).

Zaradi dopolnilnega prostovoljnega zavarovanja, katerega premije so vedno večje, je delež zasebnih sredstev, namenjenih zdravstvu, vedno večji. S povečevanjem zasebnih sredstev se poskuša obvladovati hitro naraščajoče stroške za zdravstvene storitve in tako delno rešiti težave v zvezi s financiranjem sistema javnega zdravstvenega varstva.

7 Porazdelitev javnih in zasebnih sredstev

Za oceno učinkovitosti in uspešnosti financiranja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji so nujne primerjave z državami Evropske unije. Sistemi zdravstvenega varstva v evropskih državah so v pretežni meri javni, vendar se med seboj v marsičem razlikujejo. Razlike so v načinu zagotavljanja sredstev – javnih in zasebnih finančnih virov – kot tudi v sistemih pravic, ki se zagotavljajo na račun javnih sredstev (OECD 2008).

SURS je do danes izvedel uradne izračune po metodologiji OECD¹⁰ za leta 2003-2007 (glej Tabela 7.2).

V Sloveniji je delež javnih izdatkov za zdravstvo v BDP od leta 1992 začel padati, saj se je takrat uvedlo prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Breme dodatnega financiranja se je tako prevalilo na zasebna sredstva prebivalcev v obliki premij dopolnilnih zavarovanj in neposrednih plačil (Keber in drugi 2003). Iz Tabele 7.1 in Tabele 7.2 je razvidno, da viri financiranja zdravstvenega varstva skozi celotno analizirano obdobje ohranjajo podobno razmerje. Sredstva iz javnih virov predstavljajo približno štiri petine, zasebna pa eno petino vseh sredstev za zdravstveno varstvo v Sloveniji v obdobju od leta 1996 do 2009.

¹⁰ Metodologija OECD nacionalnih zdravstvenih računov (National Health Accounts, NZR) se je v zadnjih letih uveljavila za primerjavo sistemov zdravstvenega varstva v državah Evropske unije (OECD 2008). Metodologija OECD za NZR pri izračunih izdatkov za zdravstvo (javnih in zasebnih) iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja izvzema izdatke za denarna nadomestila, v javne izdatke za zdravstveno varstvo pa vključuje dodatek za pomoč in postrežbo (ZPIZ) (ZZZS 2010, 140).

Tabela 7.1: Javni in zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji, 1996-2006

	1996	2001	2006
	% BDP	% BDP	% BDP
Javni izdatki	6,88	7,13	6,66
Obvezno zdravstveno zavarovanje	6,62	6,86	6,26
Državni proračun	0,19	0,20	0,31
Občinski proračuni	0,07	0,07	0,09
Zasebni izdatki	0,84	1,94	1,69
Prostovoljno zdravstveno zavarovanje	0,84	1,14	1,03
Neposredna plačila	Ni podatka	0,80	0,67
SKUPAJ	7,71	9,07	8,35

Vir: ZZZS (2007, 14).

Kljub povečanju zasebnih virov v financiranju zdravstva pa v evropskih državah in v Sloveniji še vedno prevladujejo javna finančna sredstva. Deleži javnih in zasebnih sredstev so odvisni od pravne ureditve zdravstva v državah, obsega pravic zavarovancev, razvitosti prostovoljnih zavarovanj ter pripravljenosti in sposobnosti ljudi, da si zdravstvene storitve privoščijo z lastnimi sredstvi (Toth 2003b, 128).

Izdatki za obvezno zdravstveno zavarovanje v bruto domačem proizvodu (BDP) v obdobju 2005-2007 nihajo, so pa v letu 2009 največji (glej Tabelo 7.2). Izdatki obveznega pokojninskega zavarovanja ostajajo večinoma nespremenjeni. Porasli so viri sredstev iz državnega ter lokalnega proračuna. Izdatki prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so se od leta 2005 povečali za 0,3 % BDP. Povečali so se tudi izdatki iz gospodinjstev, medtem ko so se izdatki družb in NPISG za zdravstveno varstvo od leta 2005 zmanjšali kar za 0,9 % BDP.

Tabela 7.2: Izdatki za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 2005-2007 po metodologiji OECD za zdravstvene račune in ocena izdatkov za leti 2008 in 2009 v % BDP

Vir in vrsta izdatkov	2005 % BDP	2006 % BDP	2007 % BDP	2008 % BDP	2009 % BDP
1. Obvezno zdravstveno zavarovanje ¹¹	5,49	5,35	4,99	5,35	5,88
2. Obvezno pokojninsko zavarovanje ¹²	0,21	0,21	0,20	0,19	0,22
3. Centralna država (brez skladov socialne varnosti) ¹³	0,21	0,39	0,37	0,21	0,34
4. Lokalna država	0,04	0,04	0,04	0,08	0,10
5. Javni izdatki skupaj (1+2+3+4)	5,95	5,99	5,60	5,84	6,53
6. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ¹⁴	1,09	1,08	1,01	1,02	1,12
7. Gospodinjstva	1,05	0,97	1,08	1,08	1,13
8. Družbe (brez skladov soc. varnosti) in NPISG	0,23	0,22	0,13	0,13	0,14
9. Vsa zasebna sredstva skupaj (6+7+8)	2,37	2,27	2,22	2,24	2,39
SKUPAJ (5+9)	8,45	8,26	7,82	8,08	8,92

Vir: ZZZS (2010, 141).

Ocena celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji za leto 2009 znaša 3.199,29 milijona evrov oziroma 8,92 % BDP. Javnih izdatkov za zdravstvo je bilo v tem letu za 2.341,16 milijona evrov oziroma 6,53 % BDP (ZZZS 2010, 141). Od tega pa so sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje predstavljala 5,88 % BDP. Zasebni izdatki za zdravstvo so znašali 2,39 % BDP, od tega so sredstva zavarovalnic za prostovoljno zdravstveno zavarovanje znašala 1,12 % BDP, neposredna plačila 1,13 % BDP, izdatki družb in neprofitnih izvajalcev storitev gospodinjstvom pa 0,14 % BDP. Kot prikazuje Slika 7.1, se je celotni delež izdatkov za zdravstvo v BDP ter delež javnih izdatkov v primerjavi s preteklimi leti zvišal, predvsem zaradi znižanja BDP.

BDP naj bi se v letu 2009 znižal za 3,5 % ali 1.265,40 milijona evrov glede na leto 2008 (ZZZS 2010, 141).

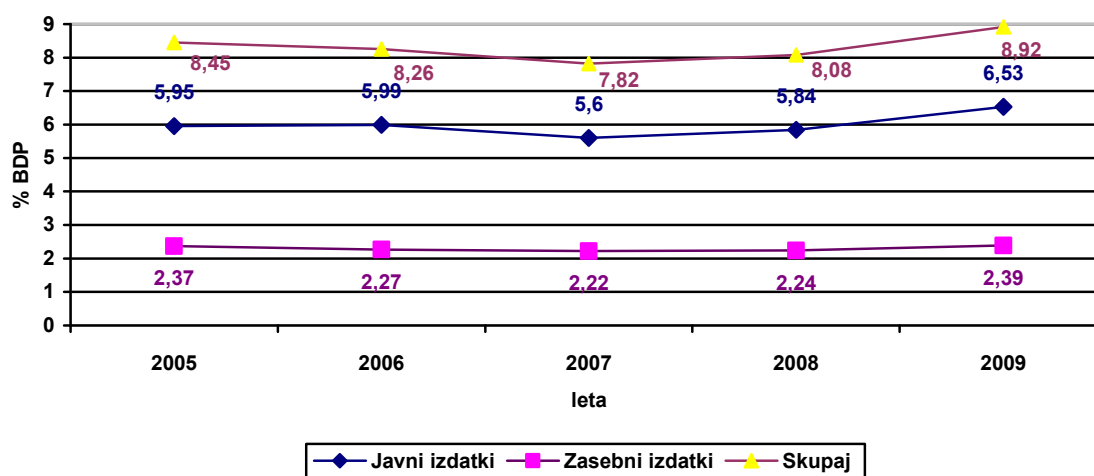
¹¹ Sem spadajo izdatki za zdravstvene storitve, izdatki za zdravila in medicinske pripomočke, delo ZZZS, investicije.

¹² Sem spada dodatek za pomoč in postrežbo.

¹³ Sem spadajo investicije ter izdatki za zdravstvo.

¹⁴ Sem spadajo izdatki za zdravstvene storitve, zdravila in medicinski pripomočke ter obratovalni stroški.

Slika 7.1: Prikaz javnih in zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo ter vsota obeh v % BDP



Vir: Lastni prikaz.

8 Sredstva zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

Pomemben del sistema zdravstvenega varstva je zdravstveno zavarovanje, saj se z njim pridobi največ sredstev za zdravstvo.

Zdravstveno zavarovanje ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Zdravstveno zavarovanje je obvezno in prostovoljno. Nosilec obveznega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, za prostovoljno zavarovanje pa skrbijo razne zavarovalnice (ZZVZZ 1992, 12. čl.).

8.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

Obvezno zdravstveno zavarovanje je predpisano z zakonom in zavezuje vse osebe s stalnim prebivališčem na območju države ali osebe, ki na njenem ozemlju opravljajo kakršnokoli pridobitno dejavnost, da se pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije obvezno zavarujejo za tveganja, ki jih prinašajo bolezni in poškodbe. Obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja kritja vseh finančnih stroškov, ki nastanejo ob zdravljenju. Celotno kritje stroškov je zagotovljeno le otrokom, šolarjem in le pri nekaterih boleznih ter stanjih (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica 1999).

Obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja ZZZS¹⁵. ZZZS je bil ustanovljen leta 1992 z ZZZVZZ. S sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja zavarovancem dve skupini pravic: pravice do zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti; zdravila in medicinsko tehnične pripomočke ter pravice do denarnih prejemkov (pogrebne, posmrtnine, potni stroški, dnevnice) oziroma nadomestila (boleznine) (Keber in drugi 2003, 257).

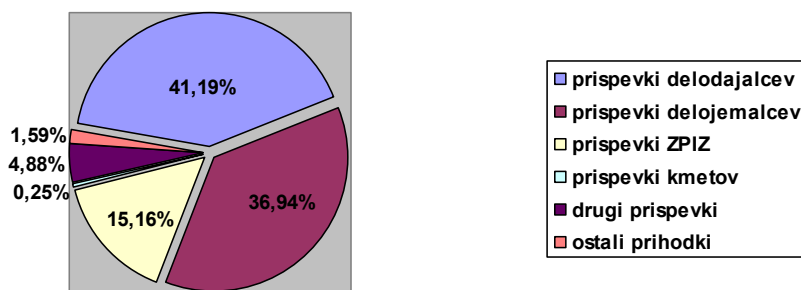
8.2 Razpolaganje s sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja

Ureditev obveznega zdravstvenega varstva je pomembna za uspešno pridobivanje zadostne količine sredstev za zdravstvene potrebe prebivalstva.

ZZZS razpolaga s sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja po načelih solidarnosti in univerzalne dostopnosti do pravic vseh, v zavarovanje vključenih oseb. Avtonomno upravlja s sredstvi zavezancev za plačilo prispevkov, s katerimi vsem zavarovanim osebam zagotavlja finančno pokritje zdravstvenih storitev in drugih z zakonom določenih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Fakin 2008, 30). V letu 2009 so sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljala 65,8 % vseh sredstev sistema zdravstvenega varstva. Ta sredstva spadajo poleg proračuna pod javne vire zdravstvenega varstva. ZZZS večino svojih sredstev pridobi s prispevki – leta 2009 so znašali 98,4 %. Po Zakonu o prispevkih za socialno varnost in njegovih spremembah največ prispevajo delodajalci in delojemalci, sledijo jim prispevki Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, prispevki samozaposlenih – kmetov in obrtnikov ter ostali prispevki (glej Sliko 8.1) (Keber in drugi 2003, 258; ZZZS 2010, 79).

¹⁵ ZZZS ima status javnega zavoda s sedežem v Ljubljani. Svojo dejavnost izvaja na sedežu ter po posameznih območnih enotah z izpostavami. Območnih enot po Sloveniji je deset s petinštiridesetimi izpostavami (ZZZS 2010).

Slika 8.1: Prihodki po kategorijah zavezancev za plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja in drugi prihodki v letu 2009



Vir: ZZZS (2010, 80).

V Sloveniji obvezno zdravstveno varstvo deluje po načelu sprotnega prispevnega kritja oz. PAYG (*Pay As You Go*), kar pomeni, da se tekoči prihodki in odhodki pokrivajo znotraj posamezne zavarovalnice. Problem pa nastane takrat, ko so odhodki za zdravstveno varstvo večji od prihodkov in nastane primanjkljaj. Če ima zavarovalnica predhodne presežke prihodkov nad odhodki, se primanjkljaj financira iz le-teh, drugače pa mora dolg pokriti državni proračun (Tajnikar in drugi 2005, 82).

ZZZS večino pobranih sredstev nameni izvajalcem zdravstvenih storitev¹⁶; torej za zdravstvene storitve. Ta delež konstantno narašča, leta 2003 je znašal 68,7 %, leta 2009 pa 71,3 % pridobljenih sredstev, medtem ko delež ostalih sredstev skozi leta niha (glej Tabelo 8.1).

¹⁶ Preostanek sredstev gre za stroške dela in investicijske odhodke ZZZS, boleznine, za zdravljenje zavarovanih oseb v tujini, stroške izvajanja mednarodnih sporazumov o socialni varnosti, transfere v neprofitne organizacije (Združenje multiple skleroze, Slovensko društvo za celikalijo, Zveza paraplegikov Slovenije, itd.) ter plačila posameznikom (plačilo dnevnic, potnih stroškov in prevozov v zvezi z zdravljenjem, plačilo pogrebnin in posmrtnin) (Keber in drugi 2003, 259).

Tabela 8.1: Struktura odhodkov ZZZS po namenih porabe v obdobju 2003-2009

Struktura odhodkov (%)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Zdravstvene storitve	68,7	67,2	67,3	67,8	68,8	70,3	71,3
Zdravila, medicinsko-tehnični pripomočki, cepiva, kri in tehnični pripomočki	17,1	18,2	18,8	19,0	17,2	16,8	16,5
Zdravljenje v tujini in konvencije	0,8	0,8	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0
Denarne dajatve ¹⁷	10,7	11,1	10,5	9,7	10,0	9,6	9,1
Delo službe ZZZS	2,7	2,7	2,4	2,4	2,3	2,3	2,1

Vir: ZZZS (2010, 141).

Po mojih ocenah je povečevanje sredstev za zdravstvene storitve iz leta v leto pričakovano, saj se konstantno večajo potrebe po zdravstvenih storitvah zaradi že omenjenih dejavnikov, kot so vedno večji delež starega prebivalstva, ki zahteva več zdravstvene oskrbe, vedno večja odvisnost prebivalstva od zdravstvenih storitev, ki niso vedno nujno potrebne, uvajanje dražjih zdravil, metod zdravljenja itd.

8.3 Poslovanje ZZZS-ja v preteklih letih

Temeljna naloga zavoda je z razpoložljivimi sredstvi ustrezno razporediti vire financiranja med izvajalce zdravstvenih storitev ter zagotoviti zavarovancem potrebne in čim bolj kakovostne storitve.

Zbirna prispevna stopnja za obvezno zdravstveno zavarovanje (prispevki) je leta 1999 znašala 13,25 %, od leta 2002 naprej pa se ni spremenila in je znašala tudi v letu 2009 13,45 %. V obdobju 1999-2004 prispevna stopnja ni zagotovila zadosti prihodkov, ki bi pokrili tekoče odhodke. V tem obdobju je namreč prišlo do: hitrejše rasti plač v zdravstvu; povišanja odhodkov zaradi uvedbe DDV-ja na materialne stroške; povečanja izdatkov za zdravstvene storitve, kot posledica staranja; sprememb v zdravstvenem stanju in večje zahtevnosti prebivalstva; zahtev po financiranju dodatnih programov zaradi skrajšanja čakalnih dob; realne rasti porabe zdravil in uvajanje novih zdravil itd. Primanjkljaj od leta 2002 do 2005 je bil vedno večji (Tabela 8.2). Leta 2005 je Republika Slovenija z zakonom prevzela celoten dolg ZZZS in s tem sanirala pokritje primanjkljajev, realiziranih v tem

¹⁷ Denarne dajatve zajemajo nadomestila odsotnosti, pogrebne, posmrtnine, potne stroške, dnevnice ter stroške prevozov.

obdobju. Med leti od 2005 in 2008, obdobju izrazitih konjunkturalnih gibanj v nacionalnem gospodarstvu, je zbirna prispevna stopnja ponovno lahko pokrivala tekoče odhodke s prihodki in obenem dosegla še presežek v skupni višini 103,1 milijona evrov ter oblikovala rezervni sklad v višini 27,2 milijona evrov. V letu 2009 pa so se odhodki ZZZS močno povečali zaradi uresničevanja odprave nesorazmerij plač v zdravstvu po Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju ter zaradi boljšega vrednotenja dežurstva po Kolektivni pogodbi za javni sektor. Prihodki pa so se zaradi recesije zmanjšali. Primanjkljaj bi bil še večji in ZZZS bi se moral zadolževati, če ne bi država v letu 2009 sprejela ukrepe za zagotovitev vzdržnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja¹⁸. Konec leta 2008 je ZZZS posloval še z dobičkom, medtem ko je bilo stanje konec leta 2009 obratno. ZZZS je končal leto s primanjkljajem 75.525.614 evrov (ZZZS 2010, 77–79). Razloge za tak primanjkljaj in ukrepe za zmanjšanje le-tega sem v diplomski nalogi že omenila.

Tabela 8.2: Poslovanje ZZZS od leta 2002 do 2009

Leto	Primanjkljaj/presežek (eur)	Neto zadolževanje (eur)	Povečanje/zmanjšanje sredstev na računih (eur)
2002	-36.594.296	32.073.110	-2.992.451
2003	-47.339.806	46.720.080	-538.925
2004	-40.684.848	40.761.142	278.075
2005	26.398.556	0	26.419.846
2006	14.590.712	0	14.616.562
2007	65.196.834	0	65.213.344
2008	5.207.581	0	5.224.419
2009	-75.525.614	0	-75.519.656

Vir: prirejeno po Ministrstvo za finance (2010).

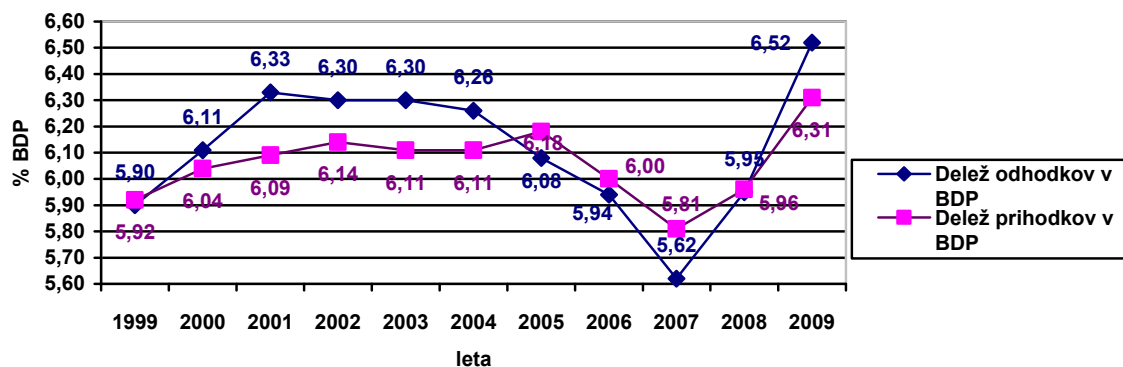
¹⁸ Nekateri ukrepi, ki so najbolj zmanjšali odhodke ZZZS, so sledeči: zamik tretje četrtine odprave nesorazmerij plač iz leta 2009 v leto 2010, zmanjšanje cen zdravstvenih storitev, znižanje materialni stroškov in amortizacije v cenah zdravstvenih storitev, zmanjšanja kalkulativnih plač kot elementa cene zdravstvenih storitev, znižanje odhodkov za terciarno dejavnost, uveljavitev pravičnejšega sistema financiranja bolnišnic z uveljavitvijo enotne cene uteži za skupine primerljivih primerov itd. Nekateri od ukrepov, ki so povečali prihodke ZZZS pa so: uvedba pogodbenih kazni za izvajalce zdravstvenih storitev, povečanje prihodkov iz naslova intenzivnejše izterjave prispevkov v sodelovanju z Davčnim uradom Republike Slovenije, spremembe pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja o vključevanju samostojnih podjetnikov in družbenikov gospodarskih družb v ustrezno zavarovalno podlago, krepitev laičnega nadzora, informiranje in izobraževanje osebnih zdravnikov za ocenjevanje začasne odsotnosti z dela, zmanjšanje števila dni odsotnosti z dela (ZZZS 2010, 139). Ukrepov za zmanjšanje odhodkov je bilo izrazito več kot ukrepov za povečanje prihodkov.

Že tako je bilo v mnogih letih stanje javnih sredstev ZZZS oziroma dolg zaskrbljujoč, tako da če ne bi država ukrepala, bi se lahko celoten sistem podrl in bi bili tako zadolženi, da bi morali poseči po drastičnih ukrepih, ki bi najverjetneje finančno še bolj obremenili posameznike. Prispevna stopnja že leta in leta ne more pokriti odhodkov ZZZS-ja, tako da slovenski sistem financiranja zdravstvenega varstva »kliče« po spremembah, ki naj bi se v bližnji prihodnosti z novo zdravstveno reformo tudi zgodile. Menim, da bi bil nujen in osnoven ukrep zvišanje prispevne stopnje, predvsem za delodajalce, saj se prispevna stopnja že 7 let ni spremenila, medtem ko je v teh letih prišlo do velikih gospodarskih in družbenih sprememb tako v svetu kot tudi v Sloveniji – gospodarska recesija, uvedba evra itd.

Kakor sem že omenila, gre največji delež odhodkov za zdravstvene storitve. Odhodki so v letu 2009, preračunani na prebivalca RS, znašali 815 evrov, za 5,7 % realno več kot v letu 2008. V primerjavi z letom 1993 so se ti odhodki realno povečali za 85 %, povprečno za 5,3 % na leto. Tako visok porast je pretežno posledica vsakoletne širitve programov zdravstvenih storitev, povečevanja plač v zdravstvu ter leta 1999 uvedenega davka na dodano vrednost (ZZZS 2010, 88).

Razkorak med prihodki in odhodki se odraža tudi v deleži prihodkov in odhodkov ZZZS v BDP (glej Slika 8.2). V letih od 2000 do 2004 ter v letu 2009 je bil delež odhodkov v BDP večji od deleža prihodkov, v obdobju 2005-2008 pa ravno obratno, kar je bila posledica počasnejše realne rasti odhodkov od rasti prihodkov; deloma tudi zaradi rezultatov aktivnosti na področju porabe zdravil in odobravanja začasne zadržanosti od dela in zaradi zadrževanja plač v javnem sektorju do leta 2007. Delež prihodkov in odhodkov ZZZS v BDP pa na videz raste predvsem zaradi počasnejše rasti oziroma realnega zmanjšanja BDP v času krize (ZZZS 2010, 68–69).

Slika 8.2: Delež prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP v obdobju 1999-2009



Vir: ZZZS (2010, 68).

V letu 2009 je bila v povprečju dosežena 96,8 % pokritost odhodkov s prihodki. Primanjkljaj prihodkov nad odhodki se je pokrival z likvidnostnimi presežki, ki so bili realizirani v preteklosti in jih je ZZZS nalagal v sistem enotnega zakladniškega računa. ZZZS-ju se tako tekom leta ni bilo potrebno zadolževati in ni imel konec leta 2009 nobenega dolga (ZZZS 2010, 69–70).

Za ohranjanje kakovostne ravni zdravstvenega varstva naj bi se delež javnih prihodkov oziroma prihodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja na podlagi nekaterih strokovnih raziskav gibal od okoli 6,7 % do 7,0 % BDP. Takšen delež je nujen zaradi demografskih sprememb, vedno večjih zahtev prebivalstva, razvoja novih metod zdravljenja in rehabilitacije in s tem večje usposobljenosti zdravstvene službe, novih zdravil itd. (ZZZS 2007, 41).

8.4 Ukrepi za obvladovanje stroškov zdravstvenega zavarovanja

Možnosti za obvladovanje stroškov v obveznem zdravstvenem zavarovanju so tako na strani ponudbe zdravstvenih storitev (pri izvajalcih) kot tudi na strani povpraševanja (pri zavarovanih osebah).

Povpraševanje po zdravstvenih storitvah je v veliki meri odvisno od zavarovancev, čeprav je znano, da v zdravstvenih sistemih na povpraševanje v veliki meri vplivajo izvajalci oziroma ponudba zdravstvenih storitev. Vplivi zavarovanih oseb na stroške zdravstvenega varstva izhajajo iz njihove starostne in spolne strukture, zdravstvenega stanja, iz pravic

obveznega zdravstvenega zavarovanja, iz celovite družbene in individualne skrbi ter odgovornosti za zdravje, iz dostopnosti do zdravstvenih storitev itd. Najučinkovitejši ukrep za obvladovanje stroškov obveznega zdravstvenega zavarovanja bi bil zmanjševanje, krčenje ali omejevanje pravic zavarovanih oseb. Ta ukrep pa je v nasprotju z načelom solidarnosti in zagotavljanja čim bolj dostopnega ter kakovostnega zdravstvenega varstva in zavarovanja. Zmanjševanje pravic tudi ne bi dalo finančnih rezultatov v smislu zmanjševanja ali obvladovanja stroškov ob nespremenjenem številu javnih izvajalcev (Fakin 2008, 21).

Drugi ukrepi za obvladovanje stroškov zdravstvenega zavarovanja, ki ne vplivajo na zmanjševanje pravic zavarovancem ter se čedalje bolj uveljavljajo, so uvajanje programov za krepitev zdravja, s katerimi bi zmanjšali število bolezni in poškodb ali njihove posledice. Uvedli bi lahko posebne programe za: krepitev zdravja v vrtcih in šolah (pravilno prehranjevanje, redna telesna vadba itd.); krepitev zdravja in rehabilitacijo aktivne populacije (zdravo in varno delovno okolje, zdrav življenjski slog itd.); starejše in njihovo usposabljanje za čim bolj zdravo, aktivno in samostojno življenje v »tretji« življenjski dobi, preprečevanje padcev in poškodb itd.; spreminjanje individualnih življenjskih navad, ki predstavljajo dejavnike tveganja za nastanek kroničnih bolezni (odvajanje od kajenja in prekomernega uživanja alkohola, spodbujanje zdravega prehranjevanja, gibanja itd.). S tem bi prispevali k zmanjšanju obolevnosti in poškodb ter umrljivosti, izboljšanju kvalitete življenja in tako k večjemu vključevanju ljudi v vse oblike družbenega življenja, k zmanjšanju stroškov za zdravstvene storitve ter k zmanjšanju razkoraka med ekonomskimi omejitvami za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja in dejanskimi potrebami. Uvedli bi lahko projekte za racionalno porabo zdravil in zmanjševanje odvisnosti ljudi od zdravstvene službe, zavarovanje za dolgotrajno oskrbo ter diferencirane prispevne stopnje za poškodbe na delu in poklicne bolezni (Fakin 2008). Poskrbeli bi lahko za večjo osveščenost ljudi o svojem zdravstvenem stanju; pacienta bi lahko zdravniki podrobno seznanili z boleznijo in njenim zdravljenjem, ustrezno prehrano itd. Tako bi posameznik lahko prevzel del odgovornosti zdravljenja nase ter bolj skrbel za zdrav slog življenja. Več bi se lahko uporabljalo zdravljenje na daljavo, na domu, patronažna služba itd. (Hočevnar 2008).

Menim, da bi bilo pomembno čim več civilne službe vključiti v promocijo zdravega načina življenja. Tako bi osveščali ljudi o pomembnosti prehrane in gibanja, škodljivosti alkohola in cigaret itd. Z vsemi zgoraj omenjenimi ukrepi bi na dolgi rok ekonomsko razbremenili javni sistem zdravstvenega varstva.

9 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

Prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ne krije država, ampak si ga posameznik plača sam.

61. člen ZZVZZ (1992) določa tipe prostovoljnih zavarovanj, ki jih lahko zavarovalnice uvedejo:

- Dopolnilno zdravstveno zavarovanje krije del stroškov, ki jih ne pokriva obvezno zdravstveno zavarovanje,
- nadomestno zdravstveno zavarovanje za osebe, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo biti obvezno zavarovane,
- dodatno zdravstveno zavarovanje, ki ni del obveznega zdravstvenega zavarovanja in niti ni dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje,
- vzporedno zdravstveno zavarovanje, ki je del obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar ga zavarovanci uveljavijo po drugačnih postopkih in pogojih, kot jih le-ta predpisuje.

Dopolnilno zavarovanje ima pozitivne učinke, saj (Kranjec 2003, 90): se razvijajo zavarovalnice, ki poslujejo po načelih zavarovanja tveganj, kar v aktuarskem smislu ne velja za obvezno zavarovalno blagajno, to pa deluje pozitivno na zavarovance v smislu večje skrbi za preprečevanje bolezni (kot posledica pitja, kajenja, nevarnih športov) in manjšega povpraševanja po ne vedno potrebnih storitvah; se ustvarja kapitalska baza (rezerve) za prihodnje financiranje zdravstvenih izdatkov, ki v prispevnem sistemu preveč sloni na sistemu sprotnega kritja; tudi statistično znižuje delež javne porabe v BDP, ker se plačila dopolnilnega zavarovanja ne izkazujejo v javnem sektorju.

Prostovoljna zavarovanja so v Sloveniji uvedli leta 1993 in so enormno prispevala k rasti zasebnih izdatkov za zdravstveno varstvo. Od leta 1993 do leta 2002 se je premija prostovoljnega zavarovanja povečala za sedemkrat, kar je najbolj prizadelo revnejši sloj prebivalstva. Če je bila premija v letu 1993 morda še sprejemljiva za ta sloj prebivalstva, je

zaradi večkratnega povišanja premij v osmih letih močno obremenila državljanke s podpovprečnimi dohodki. Zavarovanec, ki prejema minimalno plačo, je v letu 2001 za letno premijo plačal 70 % svoje mesečne neto plače. Še večje pa so obremenitve upokojencev. Ti so leta 2002 morali za premijo odšteti že več kot polovico svoje pokojnine (Keber in drugi 2003, 249–250).

Povečanje deleža izdatkov iz prostovoljnega zavarovanja je posledica nesorazmerja med zahtevami in potrebami prebivalstva ter zmožnostmi uresničevanja le-teh. Sistem zdravstvenega varstva tem potrebam ne sledi tako hitro, zato se povečujejo plačila iz žepov posameznikov.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje bi moralo zapolnjevati vrzeli obveznega. Pri nas pa je obvezno zdravstveno zavarovanje zelo široko, tako da ljudje ne čutijo potrebe po prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju (dodatnem, nadomestnem ali vzporednem prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju). V večini plačujejo le dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Slabost dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je, da je to zavarovanje postalo del obveznega zdravstvenega zavarovanja ter tako izgubilo svojo prostovoljnost. Ljudje so ga sprejeli kot del obveznega in tako brez zadržkov plačujejo vedno večje zavarovalne premije.

S prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem v Sloveniji danes upravljajo tri zavarovalnice. Te zavarovalnice izkazujejo visoke dobičke, ki pa po mojem mnenju niso posledica njihove učinkovitosti temveč oligopolnega položaja, ki ga imajo na trgu. Verjetno so prisotna tudi kartelska dogovarjanja, saj pogosto dvigujejo premije kljub visokim dobičkom. Država bi morala preprečiti kartelna dogovarjanja ter uvesti več konkurence na trg.

10 Sistem razporejanja sredstev za zdravstveno varstvo v Sloveniji

Kot sem že omenila, je financiranje sistema zdravstvenega varstva sestavljeno iz dveh delov: zbiranja sredstev ter razdeljevanje le-teh oziroma plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti.

Parlament na razpravi o proračunu države določi višino sredstev, ki bodo v proračunskem letu na voljo za zdravstveno varstvo. Ta sredstva Ministrstvo za zdravje ali kakšen drug vladni upravni organ razdeli po določenih merilih na posamezne programe in izvajalce, v decentraliziranih sistemih pa po območjih (državah, deželah, regijah) (Toth 2003b, 123).

Zdravstvena zakonodaja je leta 1992 uvedla dogovarjanje o programu zdravstvenih storitev, njegovemu uresničevanju in financiranju. Pri dogovarjanju med partnerji¹⁹ pa je ključna država oziroma njen predstavnik – Ministrstvo za zdravje. V procesu dogovarjanja se partnerji dogovorijo o obsegu, vsebini in razdelitvi zdravstvenih programov med zdravstvene dejavnosti ter o tem, da njihova skupna vrednost nebi presegla razpoložljivih javno-finančnih sredstev za financiranje le-teh (Keber in drugi 2003).

V Sloveniji je večina izvajalcev zdravstvenih storitev javna. Prednost sistema javnega plačevanja izvajalcem napram zasebnemu je predvsem v tem, da je financiranje enostavnejše ter nadzor lažji in učinkovitejši. Imajo pa javni izvajalci mnogo slabosti, ki vplivajo na njihovo delovanje in višino stroškov. Nekatere izmed pomanjkljivosti so: sistem javnih plač, ki je povsem nestimulativen ter potrošen, zastarelost organizacij, togost pri uporabi človeških virov, management, ki pogostokrat ni pravilno usposobljen in motiviran za učinkovito vodenje in zmanjševanje stroškov, pogosta neracionalna raba materialnih virov, neučinkovito vodenje investicij ter pomanjkanje le-teh itd.

11 Modeli plačevanja izvajalcem zdravstvenih storitev glede na različne kriterije

Cilj vsake zdravstvene politike je pregleden, učinkovit in pravičen model plačevanja izvajalcem zdravstvenih storitev. Preglednost pomeni zagotovitev enostavne administracije, nadzora in možnosti primerjav, učinkovitost pomeni vpliv na ustreznejše izvajanje zdravstvenih storitev z vidika stroškov ter uspešnost izboljševanja zdravja prebivalstva, pravičnost pa zagotovitev enakega plačila za enako opravljeno delo vsem izvajalcem (Česen 2003). Ob zasledovanju navedenih ciljev so se po svetu razvili različni modeli financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev.

Metoda financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev naj bi bila jasna, učinkovita in enostavna, saj je njen temeljni namen reguliranje sistema zdravstvenega varstva in ne le instrument za razdelitev sredstev izvajalcem.

¹⁹ Partnerji v Sloveniji so Ministrstvo za zdravje, ZZZS, zbornice in izvajalci zdravstvenih programov. Med izvajalce spadajo Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje (Keber in drugi 2003, 257).

Metoda lahko v veliki meri vpliva omejevalno ali pa spodbujevalno na obseg zdravstvenih storitev, na višino sredstev, potrebnih za kritje zdravstvenih programov ter storitev, in s tem tudi na izdatke zdravstvenega varstva oziroma zavarovanja. Oblikovana naj bi bila tako, da bi omogočala izvajalcem dovolj visoke (vendar še razumne) plače, ki so motiv za kakovostno opravljanje storitev, po drugi strani pa bi preprečevala razsipavanje s sredstvi za nepotrebne storitve, zdravila ali preiskave (Normand in Weber 1994).

Model razporejanja sredstev mora opredeliti tudi način, kako omejiti obseg programov in sredstev. Tako se tveganje financiranja porazdeli med plačnike in izvajalce. Vsak model s svojimi značilnostmi različno vpliva na stroškovno učinkovitost, dostopnost in kakovost zdravstvenega varstva (Keber in drugi 2003, 92).

Modele lahko razvrstimo na različne načine. Razlike lahko izhajajo iz opravljanja različnih vrst zdravstvene dejavnosti; tako se modeli plačevanja v bolnišnični dejavnosti razlikujejo od modelov plačevanja izvajalcem izven bolnišnične dejavnosti, razlike pa so tudi znotraj posameznih zdravstvenih dejavnosti – npr. akutna bolnišnična obravnava se plačuje na podlagi skupin primerljivih primerov – SPP itd.

Modeli plačevanja zdravstvenih storitev se delijo po merilu (ne)predvidljivosti na retrospektivni model in prospektivni model ter tudi glede na osnovno plačilno enoto oziroma možnost izvajalca za prerazporeditev, in sicer na storitveni model ter proračunski model (Česen 1997).

Za Slovenijo so značilni prospektivni modeli plačevanja izvajalcem. Ti vnaprej omejujejo raven finančnih sredstev, do katerih je na podlagi realiziranega vnaprej dogovorjenega programa upravičen izvajalec (Ceglar 2005, 50).

Vsi modeli so obravnavani v nadaljevanju.

11.1 Prospektivni in retrospektivni modeli

Ti se delijo glede na merilo (ne)predvidljivosti. Pri retrospektivnih modelih izve plačnik za višino izdatkov, ko mu izvajalec pošlje račun za opravljene zdravstvene storitve. Plačnik tako vnaprej ne more oceniti ali določiti velikost izdatkov zdravstvene dejavnosti v poslovnem obdobju. To plačevanje ima veliko pomanjkljivost, in sicer se celotno tveganje obvladovanja stroškov zdravljenja prenese na plačnika, medtem ko za izvajalca ne obstajajo vzpodbude za iskanje načinov izvajanja dejavnosti, ki bi bile ob enaki kvaliteti stroškovno ugodnejše (Reisman 1993, 147).

Retrospektivni modeli tako najbolj ustrezajo izvajalcem, saj le-ti dobijo plačilo za vse opravljene storitve. Posledici sta dobra kakovost zdravstvene oskrbe (nekatero opravljene zdravstvene storitve so lahko nepotrebne) ter močno naraščanje izdatkov za zdravstvo, kar pa ob omejenih virih financiranja za plačnika (pri nas ZZS) ni sprejemljivo.

Za plačnika so tako bolj ugodni prospektivni modeli plačevanja. S temi lahko vplivamo na velikost prihodnjih izdatkov zdravstvene dejavnosti, saj so v normalnih okoliščinah izdatki vnaprej predvidljivi. Izvajalci in plačniki se že vnaprej dogovorijo za določeno plačilo za izvedbo dogovorjenega zdravstvenega programa. Tako izvajalec še pred začetkom poslovnega obdobja ve, s kolikšnimi prihodki bo razpolagal in kaj bo moral za to narediti (Česen 1997, 12).

Zaradi omejenosti financiranja in naraščajočih izdatkov za zdravstvo pridobivajo vedno večjo vlogo prospektivni modeli plačevanja izvajalcem. Prospektivno plačevanje je boljše, saj izvajalce sili v obvladovanje stroškov; tako imajo ti večji pregled in nadzor nad svojim poslovanjem.

11.2 Storitveni (item based system) in proračunski model (global budget system)

Naslednja delitev modelov plačevanja izvajalcem je delitev glede na postavitev osnovne plačilne enote in plačila zanjo. Tako ločimo storitvene in proračunske modele. Storitveni model uporablja kot osnovne enote celotne ali delne zdravstvene storitve in njihovo plačevanje. Proračunski model pa temelji na celotnem obsegu storitev s plačilom celotne vsote posameznemu izvajalcu (Keber in drugi 2003, 90). Pri storitvenem modelu lahko plačnik storitev, še zlasti če gre za nosilca javnih sredstev, s pogodbo ali drugimi sredstvi omeji število storitev, ki jih poravnava posameznemu izvajalcu, lahko pa so plačane tudi brez omejitve (Normand in Weber 1994). Tako kot pri retrospektivnem plačevanju je tudi pri storitvenem modelu tveganje obvladovanja stroškov na strani plačnika. Ta običajno vpelje omejitve plačevanja z vnaprej načrtovanim programom. Pri proračunskem modelu pa se z omejenim tveganjem sooča izvajalec (Ceglar 2005, 50).

Pomanjkljivost slovenskega državnega zdravstvenega varstva je tudi ugotovitev, da proračunsko financiranje spodbuja zapravljanje. Vsaka organizacijska enota v zdravstvu ima vnaprej opredeljeno količino sredstev. Če jih ne porabi v tekočem letu, torej ne opravi programa, so ta sredstva zanjo izgubljena in bo tako pridobila naslednje poslovno leto manj

sredstev. Javni izvajalci so zato spodbujeni, da porabijo vse, kar jim je na voljo, in da opravijo program ne glede na koristnost ali racionalnost (Tajnikar in Došenovič 2003, 9).

11.3 Najpogostejši modeli plačevanja

Ne glede na različne modele plačevanja izvajalcem, ki sem jih do sedaj omenila, lahko modele plačevanja znotraj le-teh razdelimo na (Normand in Weber 1994, 60–80; Keber in drugi 2003, 93–96):

- Storitveni sistem (*free for services*): izvajalci evidentirajo in obračunavajo svoje delo v obliki individualnih storitev, ki jim je določena cena. Vedno se upoštevajo opravljene in sporočene storitve z dogovorjenega nacionalnega seznama, ki vključuje različne preiskave, posege, zdravila itd. Plačnik in izvajalec se dogovorita o količini storitev, kar določi obseg razpoložljivih sredstev za izvajalca. Metoda izvajalce vzpodbuja k izvajanju večjega števila storitev, med katerimi so lahko tudi nepotrebne.

- Glavarina (*capitation*): Uporablja se skoraj izključno pri financiranju osebnih oziroma družinskih zdravnikov. Zdravnik je po tem modelu plačan z določenim obdobjem opredeljenim zneskom – glavarino za vsakega zavarovanca, za katerega skrbi in ga zdravi. Glavarina vsebuje sredstva za plačo zdravnika oz. tudi za njegov tim ter za tekoče stroške njegove dejavnosti. Nevarnost glavarine predstavljajo necelovite obravnave. Izvajalci lahko preveč varčujejo s svojimi sredstvi in stremijo k opravljanju minimalnega števila storitev. Bolj zahtevne bolnike lahko zavračajo, saj njihovo zdravljenje predstavlja višje stroške ter jih tako preusmerjajo na višjo raven zdravstvenega varstva.

- Plačilo po bolniško-oskrbnih dnevih (BOD) se uporablja pri evidentiranju in obračunavanju dela bolnišnic. Tu so združene vse medicinske in nemedicinske storitve, ki se opravijo pri pacientu v 24 urah, v eno storitev: bolniško-oskrbni dan. Temu je določena cena, s katero bolnišnica obračunava svoje delo plačniku.

- Plačilo po primeru, diagnozi (DRG – *Diagnostic Related Groups*) ali sistem skupine primerljivih primerov (SPP). Tu gre za način razvrščanja bolnikov v skupine, za katere porabimo približno enako virov. Tak sistem je primeren predvsem za obračunavanje opravljenega dela v bolnišnicah. Te so plačane za vsak obravnavani primer ali diagnozo.

Razen tega, da ima model večino slabosti prejšnjih modelov, vseeno ostaja najboljši model razdelitve sredstev izvajalcem ter obenem najboljši mehanizem spremljanja in nadziranja stroškov do sedaj v Sloveniji. Več o njem bo predstavljeno v nadaljevanju.

11.4 Model plačevanja izvajalcev DRG ali SPP v Sloveniji

Prav model financiranja DRG je v svetu najbolj razširjen (Kanada, Avstralija, skandinavske države, Francija, Italija itd.). Sistem je razvila skupina strokovnjakov z univerze Yale v ZDA v zgodnjih 80. letih s postavitvijo 23 glavnih diagnostičnih skupin, ki so vsebovale 467 diagnoz. V Sloveniji smo leta 2003 uvedli skupine primerljivih primerov (SPP) po zgledu v Avstraliji uporabljenega modela (Marušič in drugi 2009, 179). Gre za način razvrščanja, ki vse stacionarne in delno stacionarne primere na podlagi diagnoze in postopkov razporedi v diagnostične skupine. Pri razporeditvi se upoštevajo glavna diagnoza, dodatne diagnoze, postopki, različni drugi indikatorji za določitev težavnostne stopnje primera (zapleti in starost ter teža ob rojstvu itd.). Glede na te podatke je bolnik uvrščen v enega izmed sistemov SPP z utežjo, ki določa plačilo za bolnišnično obravnavo²⁰. V letu 2003 je klasifikacija SPP vsebovala 611 storitev/skupin, na podlagi katerih se je med 19 izvajalci²¹ razporedilo 10 % sredstev proračuna za akutno bolnišnično obravnavo v Sloveniji (Marušič in drugi 2009, 181–182; Zupanc 2008, 32). Motivi za vpeljavo sistema SPP v Sloveniji so bili izboljšati preglednost in pravičnost razporejanja zdravstvenih sredstev ter plačevanja storitev, ki bodo temeljile na enotnih merilih in bodo tako omogočale boljšo primerljivost za izvajalce zdravstvenih storitev. Sistem plačevanja po SPP so v Sloveniji uvedli le na področju obravnavanja akutnih bolnišničnih obravnav²² (Zupanc 2008, 20).

DRG sistem je bolnišnice vzpodbudil k skrajševanju ležalnih dob, saj je cena primera neodvisna od trajanja hospitalizacije. Tako so se tudi stroški bolnišnic pri oskrbi bolnikov drastično znižali – v Sloveniji po uvedbi SPP za tri milijarde na letni ravni (Keber in drugi 2003, 111).

²⁰ Za izračunanje težavnosti povprečnega primera se v Sloveniji uporabljajo uteži, izračunane na podlagi stroškovne študije treh pilotskih bolnišnic v Sloveniji ter avstralskih uteži National Hospital Cost Data Collection Round 6 (2001-2002). Obenem se upošteva mednarodni sistem razvrščanja bolezni (MKB-10-AM) pri zbiranju podatkov o diagnozah, ki tudi predstavlja osnovo za razvrščanje obravnav v SPP (Marušič in drugi 2009, 181).

²¹ Podatke o obravnavi SPP sporoča Inštitutu za varovanje zdravja ter ZZZS trenutno 19 bolnišnic, ena izmed njih je tudi Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna. Zasebnih izvajalcev, ki sporočajo podatke o akutni bolnišnični obravnavi, pa je 7 (Zupanc 2008, 26).

²² Akutna bolnišnična obravnava je skupek dejavnosti (opazovanja, diagnostike in zdravljenja), ki se nanaša na celotno akutno zdravstveno oskrbo osebe v bolnišnici. Akutna bolnišnična obravnava traja od sprejema bolnika do: ali odpusta iz bolnišnice ali premestitve osebe v zdravstveno službo iste bolnišnice, ki ne izvaja akutnega tipa bolnišnične obravnave, ali s smrtjo osebe (Inštitut za varovanje zdravja RS 2006, 11).

Ta metoda je administrativno in izvedbeno najbolj zahtevna. Zagotavlja pravičnost in primerljivost razporejanja sredstev med posamezne izvajalce. Olajšano je načrtovanje prednostnih obravnav ter nadzor delovanja in stroškov izvajalcev. Posamezne izvajalce spodbuja k optimiziranju stroškov z vzdrževanjem povprečne porabe v obsegu plačila za posamezne skupine primerov. Metoda tudi vsebuje izdelan nadzor nad zlorabo (npr. neupravičene diagnoze ali posegi), ki težijo k večjemu plačilu za primere (Ceglar 2005, 59). Zelo pomembna prednost sistema SPP je, da je bolnišnice sedaj mogoče primerjati glede na učinkovitost zdravljenja posameznih SPP (Wahl 2005, 27).

Tako kot prej obravnavani modeli plačevanja je tudi ta prospektivni, z vnaprej omejeno zgornjo ravno plačila izvajalcem. Razen določenih izjem (dializa, transplantacije) presežek s plačnikom dogovorjenega programa iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja ni plačan (Ceglar 2005).

Kot sem že omenila, sistem SPP temelji na metodi plačevanja primera po zahtevnosti obravnave. SPP je prispeval k boljšemu in lažjemu nadzoru nad delovanjem in stroški izvajalcev. Omogočil je tudi preglednejšo razvrstitev in je natančnejše merilo zdravstvenih obravnav. Plačevanje po primeru je bližje potrebam bolnikov.

11.5 Prednosti in pomanjkljivosti nekaterih modelov plačevanja izvajalcem

Vsak model financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev ima svoje prednosti in slabosti. Nekaj sem jih navedla v spodnji tabeli (glej Tabela 11.1)

Tabela 11.1: Prednosti in pomanjkljivosti nekaterih najbolj znanih modelov plačevanja storitev izvajalcem

Način plačevanja	Prednosti	Slabosti
Plačilo po storitvah (<i>free for service</i>)	Izvajalci vedo vnaprej, za kaj in kako bodo plačani. Zagotovljena je preglednost nad opravljenim delom. Možna je analiza in kontrola dela.	Spodbuja izvajalce k nepotrebni storitvam. Lahko povečuje stroške dela.
Plačilo po primeru (<i>per case, DRG</i>)	Izvajalec je plačan za končni rezultat dela. Stimulira izvajalca k minimiziranju stroškov poslovanja.	Izredna zahtevnost standardizacije. Izvajalci lahko zlorablajo diagnoze in standarde, ker jih plačnik komajda lahko nadzoruje.
Glavarina (<i>capitation</i>)	Enostavnost pri evidentiranju dela. Sistem ne sili zdravnikov k pretiranemu opravljanju storitev. Enostavnost pri uskladitvi stroškov z razpoložljivimi finančnimi sredstvi.	Zdravniku omogoča izbiro »cenejših« bolnikov. Vodi v premajhno preskrbljenost in zanemarjanje bolnikov. Onemogoča analizo dela zdravnikov.

Vir: povzeto po World Bank (1993, 123–133).

12 Pretekli modeli financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev v Sloveniji in njihove slabosti

Modeli razporejanja sredstev v Sloveniji so bili v preteklosti vedno usmerjeni h kapacitetam izvajalcev in ne k potrebam državljanov.

Plačevanje na podlagi storitev

Že leta 1976 je bilo uvedeno plačevanje izvajalcev po storitvah na vseh ravneh zdravstvenega varstva ter poenoteno delo izvajalcev. Izvajalci z njim niso bili zadovoljni, saj preseženega plana storitev ni bilo mogoče plačati. Leta 1982 je bilo uvedeno še plačevanje s omejitvami po prospektivni metodi. Evidentirane, lahko tudi neopravljene storitve so bile podlaga za plačilo opravljenega dela izvajalcev. Po eni strani je to povečalo dostopnost zdravstvenega sistema za bolnike, po drugi strani pa so se kopičile nepotrebne storitve (Ceglar 2005, 52).

Leta 1993 se je prospektivnemu modelu plačevanja storitev z omejenim proračunom na osnovni ravni pridružila glavarina. Le-ta temelji na številu državljanov, ki se opredelijo za določenega zdravnika (opredeljeni zavarovanci), in njihovi starosti. To naj bi prispevalo h kakovostnejši obravnavi bolnikov v osnovnem zdravstvu. Do tega pa ni prišlo zaradi vzporedne ohranitve storitvenega sistema. Zdravnik je lahko opravljal le storitve, ki jih je priznaval plačnik (ZZZS); dosegati je moral predpisano število količnikov (oziroma storitev). Tako se je ohranil model plačevanja storitev in število opravljenih pregledov (s katerimi se je najlažje dosegalo količnike) se je drastično povečalo, zanemarjale pa so se ostale dejavnosti – npr. preventivnih pregledov se leta 1997 praktično ni več izvajalo. Prav tako se je drastično povečal obseg napotitev k specialistom na drugi ravni. Razlogi naj bi bili v negotovosti zdravnikovih odločitev, saj so si za pregled pacienta vzeli premalo časa. Pomembnejši razlog pa tiči pri financiranju – glavarina vsebuje tudi pokritje stroškov laboratorijskih preiskav. Ker pa zdravniki želijo zmanjšati stroške, paciente napotijo k specialistu z utemeljenim prepričanjem, da mora on opraviti te preiskave in obratno (Keber in drugi 2003, 103–104).

Ta razvoj financiranja v osnovnem zdravstvu je jasno pokazal, kako se je sicer dober izbor metode razporejanja sredstev z nepremišljenimi dodatki – glavarino – usmeril v povsem napačno in nepričakovano smer (Keber in drugi 2003). Kot sem že omenila, so se povečali stroški za nepotrebne preglede, prišlo je do nezadovoljstva med zdravniki in pacienti zaradi površnih pregledov, do prenapoljenosti čakalnic, preobremenjenosti zdravnikov itd. Vse to je povezano z načinom financiranja sistema, saj le-ta v znatni meri določa obnašanje zdravnikov oziroma celotnega zdravstvenega sistema, kar posledično vpliva tudi na kakovost storitev. Ta način financiranja je izvajalce spodbujal k izrabi storitev, ki so bile dobro plačane ne glede na potrebe bolnikov. Tako je na prvo mesto postavljali možnosti in potrebe izvajalcev in ne bolnikov ter zato ni bil dobra podlaga za oceno, ali so bolnišnice pravično financirane ali ne.

Plačevanje na podlagi bolnišnično oskrbnih dni

Leta 1993 so na bolnišnični ravni uvedli plačevanje po bolnišničnem oskrbnem dnevu (BOD). Plačilo izvajalca je temeljilo na prospektivno omejenem številu opravljenih oskrbnih dni in vrednosti oskrbnega dne. Če ob koncu leta načrtovani program v celoti ni bil dosežen, bolnišnici ni bilo potrebno vračati sredstev. Ta sistem plačevanja je povzročil

neenakost med cenami izvajalcev, saj je bila cena za določeno storitev v eni bolnišnici drugačna kot v drugih. Poleg te neustreznosti je sistem plačevanja po bolnišnično oskrbnih dneh izvajalce usmerjal v proizvodnjanje le teh in podaljševanje ležalne dobe, kasneje pa tudi v povečevanje števila bolnišničnih obravnav (Ceglar 2005, 53–54). Ta sistem je privedel do favoriziranja bolnišnic, ki so imele nižjo ceno storitev kot ostale bolnišnice. Tako je prišlo nekje do prenatrpanosti pacientov in daljših čakalnih dob, medtem ko je bilo ponekod ravno obratno.

Tudi ta sistem plačevanja je bil namenjen potrebam izvajalcev in ne državljanom. Omogočil je prelaganje stroškov in pobiranje smetane, hkrati pa ga ni zanimal neupravičen porast stroškov zaradi nepotrebnih hospitalizacij. Najpomembnejša posledica tega modela pa je bila odmik od bolnikovih dejanskih potreb.

Model plačevanja po primerih

V letu 2000 je bil za plačevanje izvajalcev bolnišnične dejavnosti uveden model plačevanja po primeru, končni cilj pa je bil uvedba plačevanja po skupinah podobnih primerih (SPP) leta 2003. Model plačevanja po primerih je bolnišnice spodbudil k skrajševanju ležalne dobe, kar je prispevalo k zmanjšanju stroškov in večji učinkovitosti izvajalcev (Marušič in drugi 2009).

Vsi omenjeni načini razporejanja sredstev zdravstvenega varstva v Sloveniji so tako temeljili na potrebah izvajalcev in ne državljanov. Vzpodbujali so izvajalce k prenosu obravnav, odgovornosti in stroškov na višjo raven. Medtem ko je model plačevanja po storitvah usmeril izvajalce v množično izvajanje storitev, je model plačevanja po bolnišnično oskrbnih dneh spodbujal izvajalce h kopičenju bolnišnično oskrbovalnih dni ter podaljševanju ležalnih dob. Model plačevanja po primerih je predstavljal razvojni premik od plačevanja izvajalcev k plačevanju bolnikov. Bolnišnice je spodbudil k boljšemu nadzoru stroškov in povečanju učinkovitosti storitev.

Sistem financiranja izvajalcev v Sloveniji danes temelji v primarnem zdravstvenem varstvu na glavarini in storitvenem sistemu; v sekundarnem zdravstvu na SPP, storitvenem sistemu ter delno na sistemu bolnišnično oskrbnih dni, kar je v osnovi ustrezno in učinkovito. Se pa

sistem financiranja ni posodobil že nekaj let, kar vpliva na mnogo nedoslednosti, nepravilnosti ter neurejenosti.

13 Management javnega zdravstvenega varstva

Sodobna teorija in praksa managementa razvitih zahodnoevropskih držav potrjuje, da je razvoj managementa v zdravstvu vse bolj nujen, ker omogoča učinkovitejšo in bolj smotrno porabo razpoložljivih virov. Najpomembnejši cilj sodobnega razvoja zdravstvenega managementa je v zagotavljanju ravnotežja med ekonomskimi in socialnimi vidiki zdravstvene oskrbe prebivalstva, posebno pri odnosu do dostopnosti in pravičnosti. Uresničevanje tega cilja je lahko uspešno predvsem s ustvarjanjem profesionalizma in kakovosti managementa, ki temelji na sistematičnem izobraževanju in usposabljanju managerjev v zdravstvu (Ritonja 1998).

Poznamo več definicij managementa. Možina (Možina in drugi 2002, 15) opisuje management kot planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje dela²³ v organizaciji in s tem njenih nalog in aktivnosti, ki jih zaposleni opravljajo.

Naloge managementa v zdravstvu so načeloma enake managementu profitnih organizacij (organiziranje, načrtovanje, vodenje in nadzorovanje poslovnih aktivnosti), pa vendar gre v zdravstvu za nekatere posebnosti, ki se razlikujejo ne samo od profitnih organizacij, ampak tudi od neprofitnih. Ti posebnosti sta predvsem zdravniki, kot specifična poklicna skupina ter asimetrija informacij o kvaliteti zdravstvene storitve (Ferjanc 2006, 32).

Management v zdravstvu se razlikuje od managementa v podjetjih tudi v tem, da poslovanje javnih zavodov usmerjajo največkrat interesi posameznih interesnih skupin, kot so država ali občine, ki nastopajo bodisi kot ustanovitelji bodisi samo kot uporabniki storitev zavoda, zaposleni ali pa nenazadnje tudi uporabniki zdravstvenih storitev (Petek Uhan 2007, 69). Za delovanje javnega managementa so torej najbolj pomembni zunanji dejavniki. Pritisk le-teh omejuje poslovno avtonomijo managerjev v javnih zdravstvenih zavodih. Managerji zato velikokrat ne morejo voditi zdravstvene organizacije tako, kot bi si

²³ S planiranjem si organizacija postavi cilje, rezultate in poti za njihovo doseganje. Z organiziranjem se ureja resurse in daje vsebini obliko. Delovna opravila se poveže v delovne naloge, te se dodeli delovnim mestom in s tem zaposlenim. Prepoznati je potrebno, kaj se je še možno oziroma potrebno naučiti in izboljšati ocenjene zmožnosti ljudi. To dosežemo z vodenjem. S kontrolo se spremlja dogajanje ali v izvedbi prihaja do odstopanj od planov (Petek Uhan 2008, 69).

želeli, saj so se primorani stalno prilagajati in upoštevati zunanje dejavnike (zakonodajo, lokalne interese, politiko, interese uporabnikov, plačnikov itd.).

Rus (Možina in drugi 1994) pravi, da imajo javne organizacije bolj institucionalizirano okolje kakor privatne in so zaradi tega bolj izpostavljene prisilnim oblikam regulacije. Obenem so deležne pogostejših vladnih intervencij, ki se nanašajo na modifikacijo programov in zaradi tega težje uresničujejo dolgoročne projekte. Javne organizacije imajo bolj kompleksnejše okolje in zato tudi številnejše, včasih celo med seboj protislovne cilje, saj socialni in politični cilji, kot so enakost in pravičnost, pogosto nasprotujejo ekonomskim ciljem.

Po mnenju nekaterih avtorjev (Tajnikar in Došenovič 2003, 7) je za management v zdravstvenih organizacijah značilen slab posluš za družbene interese in preference. Managerji so za svoj zavod še pripravljene tvegati, kaj se pa dogaja z drugimi subjekti v zdravstvenem sistemu, jih ne zanima. Če nekaj koristi njihovemu zavodu, so tudi pripravljene sprejeti odločitve, ki so škodljive za sistem v celoti. Najbolj pogosto management izrablja šibke točke v financiranju zdravstvenega varstva, iz katerih skuša pridobiti koristi za svojo ustanovo.

Zdravniki so nosilci zdravstvene dejavnosti in sodijo med najbolj cenjene in spoštovane poklice. To jim daje družbeno in politično moč, ki jo lahko uveljavljajo na vseh področjih kjer delujejo. Njihov osebnostni razvoj in vpliv se z leti še utrjuje, zato so strokovno medicinske in managerske odločitve v glavnem domena starejših zdravnikov, ki pa so hkrati manj pripravljene na sprejemanje in uvajanje sprememb. V zdravstvenem sistemu je zato težko izvajati hitre spremembe. Zaradi dominantnosti zdravnikov je tudi oteženo uveljavljanje drugih strok (npr. organizacijske, ekonomske, pravne itd.) pri organizaciji, vodenju in upravljanju zdravstvenih sistemov (Ferjanc 2006, 32).

Tajnikar in Došenovič (2003, 12) tudi menita, da ker javno zdravstveno varstvo regulira država in ker zavodi pogostokrat dobijo določene naloge, ki so včasih medsebojno protislovne, se managerji počutijo manj odgovorne za poslovanje zavoda. Managerji so odgovorni državi, ki svojo vlogo izvaja preko sveta zavoda, vendar ti člani svojo vlogo v številnih primerih jemljejo preveč ohlapno in brez jasne zavezanosti družbenemu interesu. Ker je odgovornost managementa bolj kot ne nedorečena, ni treba nikomur polagati računov, to pa ustvarja podlago za slabo delo, neučinkovitost in nepripravljenost na

izboljšave. Management v javnem zdravstvenem zavodu tudi redkokdaj priporoča kakšno spremembo v zavodu. Pogosto le-ta pride iz zunanjega okolja (države). Predlogi drugih tako pogosto za managerje pomenijo motnjo v utečenem procesu poslovanja.

Managerji v javni zdravstveni službi imajo dokaj ozek, zakonsko določen okvir delovanja. Omejeni so pri načrtovanju in vodenju tekoče in naložbene dejavnosti. Veliko poslovne avtonomije nimajo niti pri zaposlovanju, nagrajevanju in odpuščanju delavcev. Tako je okrnjena izvršilna moč vodilnega managementa v mnogih bistvenih prvinah vodenja organizacije (Česen 2003, 23–24). Verjetno je ravno zaradi te neavtomonije javnih zdravstvenih zavodov oziroma managerjev ter vmešavanja vseh mogočih subjektov vanj prisoten tako specifičen, pogostokrat neučinkovit in neproduktiven management v javnem zdravstvenem sistemu.

Kljub nepridobitnosti javnih zdravstvenih zavodov je vseeno prisotna želja managerjev po maksimizaciji dobička, vendar pa prizadevanja za zniževanje stroškov niso ravno priljubljena. Velikokrat javni zdravstveni zavodi delujejo neracionalno in sebi v škodo, saj jim država na koncu poravna vse obveznosti. Razlog za to je lahko tudi v tem, da bi moral management v javnem zdravstvenem zavodu načrtovati poslovanje dolgoročno, pa mu, med drugim, to zaradi menjavanja nosilcev oblasti ravno ne uspeva. Z menjavo oblasti se namreč pogostokrat zamenjajo tudi vodilni in poslovni strokovni managerji (Česen 2003), kar strategije in poslovanje javnega zavoda postavi na začetek.

Hočevar (1996, 44–45) meni, da je uspešno vodenje zdravstvenih zavodov skrajno zahtevna veščina, ki ne terjaja samo poznavanja medicinskih problemov, ampak tudi specializirane vodstvene veščine. Izkušnje zdravstvenih sektorjev v uveljavljenih tržnih gospodarstvih jasno kažejo, da so strokovno usposobljeni direktorji pri vodenju bolnišnic in velikih zdravstvenih zavodov običajno uspešnejši kot zdravniki. Prvi namreč cilje dosegajo bolj ekonomično, z najmanjšimi možnimi sredstvi. Sestavni in samoumevni del poklicne vzgoje zdravnika pa je, da mora svojim bolnikom nuditi vse tiste zdravstvene storitve, ki imajo zanj lahko pozitivno in pričakovano korist. Tako se le-ti ne ozirajo toliko na povzročene stroške. Zdravnik, ki je obenem manager, je verjetno manj učinkovit pri poslovanju zavoda; torej tudi pri nadzoru stroškov oziroma porabi sredstev, saj potrebe pacientov postavlja pred stroškovno učinkovitostjo poslovanja.

Odločitev o tem, ali naj bo direktor zdravnik ali ne-zdravnik, ni enostavna. Česen (2003) navaja, da ni nobenega razloga, da zdravniki ali drugi zdravstveni delavci ne bi mogli postati dobri managerji. Meni namreč, da upravljanje in vodenje ni prihranjeno le za ljudi z določeno izobrazbo. Vendar morajo zdravstveni delavci, ki se odločajo za opravljanje poslovnih nalog v javnem zdravstvenem zavodu, pridobiti potrebna znanja o upravljanju in vodenju javne zdravstvene službe.

Rozman (v Hočevar 1996, 42) ugotavlja v povezavi z vlogo managementa v zdravstvu nekatere kritične točke:

- Direktorji, ki so povečini zdravniki, se ne ukvarjajo z usklajevanjem in racionalno uporabo razpoložljivih virov (kadri, tehnologija, prostori, informacije, denar),
- zdravnik-direktor se umika v rutinsko delo s pacienti, ker ga bolje obvladuje,
- zdravnik-direktor ne priznava managerskih veščin in jih podcenjuje,
- management usklajevanja med različnimi deli (oddelki) večjih zdravstvenih zavodov (bolnic) ne obvladuje, ker za to ni usposobljen,
- direktorji zdravstvenih zavodov se preveč ukvarjajo s podrobnostmi, ki bi jih morali razreševati drugi, na nižjih ravneh, ter tako zanemarjajo vodenje na vrhu,
- direktorji, ki niso zdravniki, množijo konflikte na ravni stroški – kakovost storitve, ki jih zdravniki običajno razumejo kot napad na njihovo poklicno integriteto.

Razlogi za tako stanje so nizka usposobljenost in nepripravljenost za izvajanje funkcij managementa ob neutemeljenih pričakovanjih managementa zdravstvenega zavoda, da se bodo ta vprašanja uredila z zunanjo intervencijo (države), in v iskanju krivca zunaj zdravstvenega zavoda (pri financerju ali Ministrstvu za zdravstvo) (Hočevar 1996).

Sodobni management je bistvenega pomena za uspešno delovanje organizacije. Zdravniki v preteklosti niso imeli možnosti v okviru rednega izobraževanja spoznavati področij sodobnih ved o managementu kot so: ekonomika zdravstva, management kakovosti, razvoja, sprememb itd. Uvedba ekonomike zdravstva in nov javni menedžment sta koristni spoznanji pri poslovanju zdravstvenih organizacij. Pri nas se management v zdravstvu bolj pogosto pojavlja šele v zadnjem obdobju (Bohinc 1997, 247).

Z razvojem managementa in vključevanjem njegovih prvin v javne zdravstvene organizacije prispevamo k izboljšanju kakovosti celotnega zdravstvenega sistema, večjemu

zadovoljstvu pacientov, boljši klimi med zaposlenimi, večji produktivnosti zaposlenih ter k boljši organiziranosti organizacije in napredku organizacije kot celote. Sodobni menedžment naj bi bil usmerjen k razvoju človeka, učinkovitejši izrabi človeških virov in usposabljanju vodilnih kadrov, da pridobijo znanje in nove sposobnosti, ki so pomembne za napredek organizacije in njen razvoj. To so veščine t. i. kadrovskega managementa, ki je pomemben za sodobni razvoj zdravstvenega varstva. Tega v Sloveniji v mnogih javnih zdravstvenih ustanovah še ni.

14 Nadzor stroškov v zdravstvenih organizacijah

Na problem naraščajočih stroškov v zdravstvu so se v ZDA in Veliki Britaniji odzvali s spremembo strukture zdravstvenega sistema in sistema financiranja zdravstva. Uveljavlja se sodobna oblika proračunskega sistema financiranja (*capitation agreement, budget-based system*), kjer zdravstvena zavarovalnica sklene pogodbo s ponudnikom zdravstvenih storitev o določeni ravni zdravstvenega varstva za določeno obdobje v zameno za stalen priliv prihodkov. Tak sistem omogoča predvidljivost izdatkov za plačnika oziroma prihodkov (prejemkov) za izvajalce. Proračunski sistem zdravstvene organizacije spodbuja k nadzoru stroškov, kar je najpomembnejše za izboljševanje poslovnega izida (Devine in drugi 2000, 183–184).

Ponudnike zdravstvenih storitev sistem financiranja v Sloveniji spodbuja k uveljavitvi poslovne politike, usmerjene v spremljanje uresničevanja dogovorjenega programa in nadzor stroškov. Kot sem že omenila, je najpomembnejši plačnik ZZZS. Sredstva, ki jih zagotavlja, predstavljajo določen obseg dela, ki ga mora izvajalec opraviti v letu dni. Preseganje programa gre v breme zdravstvene organizacije, če program ni dosežen, fiksni stroški niso pokriti in spet bremenijo zdravstveno organizacijo (Bohinc 2000, 115). Zato je pomembno sproti spremljati uresničevanje programa, da bi ga optimalno dosegli in hkrati iskati načine, kako to realizirati s čim nižjimi stroški.

Stroške kot poslovno kategorijo obravnavamo kot negativno postavko, saj zmanjšuje poslovni izid. Toda stroški, če so upravičeni, so pri poslovanju nujni in ko organizacija povečuje obseg poslovanja, se s tem višajo tudi stroški (Rejc 2003, 45).

V zdravstvu se vsepovsod po svetu, ne glede na organizacijo in sistem financiranja zdravstva v posameznih državah, pojavlja trend naraščanja stroškov, ki je le delno povezan

z večanjem obsega poslovanja ponudnikov zdravstvenih storitev. Kot sem že omenila, so razlogi različni.

Zaradi staranja prebivalstva je potrebno vedno več sredstev nameniti zdravljenju bolezni, povezanih s starostjo, hkrati pa naraščajoče razmerje med upokojenimi in delovno aktivnimi ljudmi zmanjšuje prihodke za zdravstvo. Po drugi strani pa je v veliki meri za pretirano rast stroškov kriva odsotnost nadzora nad stroški. To pa zato, ker je tradicionalno poslanstvo zdravstvenih organizacij, zlasti če so javne, skrb za zdravje ljudi in ne dobičkonosnost poslovanja in ker v svetu uveljavljeni storitveni sistem javnega zdravstvenega varstva izvajalcev ne spodbujajo h kontroli stroškov. Zanj velja, da se posamezne storitve plača po vnaprej dogovorjenih cenah, zato so zdravstvene organizacije motivirane poslovati v čim večjem obsegu (t. i. ekonomije obsega²⁴) in realizirati čim več prihodkov, nadzor nad stroški, ki pri tem nastanejo pa ni tako pomemben. Več kot je pacientov (na dan) in višja kot je zasedenost postelj, več je tudi prihodkov (Devine in drugi 2000, 184; Oliver 2003, 199). V zdravstvu so učinki ekonomije obsega ključni za doseganje stroškovne učinkovitosti. Toda zdravstvene organizacije so motivirane poslovati v čim večjem obsegu, kar vodi v povečevanje stroškov oziroma v disekonomijo obsega. Ta način plačevanja izvajalcem ne koristi, saj jih ne sili k nadzoru in spremljanju stroškov, kar pa bi bilo za bolj učinkovit zdravstveni sistem nujno potrebno.

Polyzos (2002, 323) meni, da takšen sistem financiranja ustreza le izvajalcem in nikakor ne plačnikom, saj je denimo nepotrebno zadrževanje pacienta v bolnišnici neustrezno tako s strani pacienta kot tudi iz družbenega vidika.

Problem naraščajočih stroškov pa je prisoten še drugje, in sicer v razmeroma nizki rasti produktivnosti dela v zdravstvu. Leta 1966 sta Bowen in Baumol opozorila na pojav nenehne in naraščajoče realne rasti stroškov v določenih dejavnostih, kjer so osebne storitve, torej tudi v zdravstvu (Baumol 1993, 17). Baumolova študija iz leta 1993 ugotavlja, da so stroški zdravstvenega varstva v razvitem svetu rasli hitreje kot cene tudi po povojnem obdobju in to ne glede na to, ali je bilo zdravstveno varstvo organizirano kot

²⁴ Na dolgi rok ima krivulja povprečnih stroškov obliko črke U. Z izbranim optimalnim obsegom proizvodnje in ustrezno tehnologijo lahko proizvaja z najnižjimi stroški. Takšnemu načinu proizvodnje pravimo ekonomija obsega – večanje proizvodnje obenem pa manjšanje povprečnih stroškov. Podjetju se splača povečevati proizvodnjo do meje, kjer so stroški na enoto najnižji. Povečevanje stroškov preko te meje (disekonomija obsega) povečuje le-te in slabša poslovni rezultat. Podjetje pri ekonomiji obsega deluje na območju padajoče krivulje mejnih stroškov, kar pomeni, da se z večanjem proizvodnje stroški na enoto zmanjšujejo (Turk in Turk 2010).

javno ali zasebno. Baumol je ta pojav označil kot »bolezen stroškov osebnih storitev« (*cost disease of the personal services*). Glavni vzrok naj bi bila razmeroma nizka rast produktivnosti dela v teh t. i. stagnatnih storitvah. Če rasti produktivnosti ni oziroma ta zaostaja za rastjo nominalnih plač, stroški zdravljenja naraščajo. Nizka rast produktivnosti dela je prisotna zato, ker je v zdravstvu procese težko standardizirati. Zdravljenje je individualizirano, saj veliko dejavnikov vpliva na diagnostiko in terapijo tudi tedaj, ko gre v bistvu za isto bolezen (npr. starost). Drugi razlog pa je, da je v zdravstvu kakovost storitve povezana z obsegom dela medicinskega osebja. Če recimo zdravnik skrajša čas in zato obseg preiskave pacienta, tvega pravilnost diagnoze oziroma zdravljenja. Tudi če upoštevamo tehnološke spremembe v zdravstvu, raziskave kažejo, da te vplivajo predvsem na kakovost zdravstvenih storitev, redkeje pa na prihranke pri delu (Baumol 2003, 28). Stefanelly (2002, 39–44) meni, da je osebje v zdravstvu maksimalno produktivno, da pri dani tehnologiji ni nobenih rezerv, ki bi lahko produktivnost povečale. Ta predpostavka v praksi ne drži vedno. Številni procesi v organizacijah se odvijajo na način, ki ni optimalno produktiven in zato ni stroškovno učinkovit.

Zdravstvena služba ima največji vpliv na stroške sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja, zato so tudi na tem področju najbolj potrebni ukrepi za obvladovanje le-teh.

15 Mehanizmi za obvladovanje stroškov

Neprofitne organizacije javnega sektorja so zaradi svojega poslanstva pomemben in vpliven del družbe. Zanje velja, da morajo poslovati predvsem po načelu maksimiranja koristi za stranke oziroma uporabnike storitev in ne skrbeti toliko za poslovni izid organizacije. Zahteve in spremembe sodobne družbe pa zahtevajo, da se začnejo obnašati ekonomsko bolj učinkovito ter poiščejo ravnotežje med razpoložljivimi sredstvi in potrebami po zdravstvenih storitvah. Tako se morajo organizacije hitro prilagajati in poiskati ustrezne prijeme, ki jih uporabljajo organizacije predvsem v zasebnem sektorju oziroma tržno naravnane organizacije. Vprašanja obvladovanja in nadziranja stroškov so vse bolj aktualna v slovenskih organizacijah javnega sektorja, kar vključuje tudi zdravstvene organizacije. Zdravstvene organizacije oziroma njihov management bi lahko pomoč poiskali v konceptih in managerskih orodjih, ki so jih razvili v tržno naravnanih podjetjih. Ena od teh orodij so benchmarking, sodobno managersko orodje za izboljšanje poslovnih rezultatov in procesov,

koncept t. i. *Activity-based costing* oz. SAPP (koncept stroškov po aktivnostih poslovnega procesa) in *Activity-based management*, s pomočjo katerih lahko zdravstveni management bolj točno določi, kje, v kolikšni višini in zakaj se pojavljajo stroški, lažje jih predvideva in analizira ter tudi nadzira. Orodij za nadzor stroškov je še kar nekaj. Omenila bom tudi analizo na osnovi verige vrednosti in analizo na osnovi življenjskega cikla, ki naj bi v prihodnosti bistveno spremenili način poslovanja zdravstvenih organizacij.

Obstoj mehanizmov za obvladovanje stroškov je ključnega pomena za dobro poslovanje in doseganje ciljev vsake organizacije, ne samo v zdravstvu. Vsak management bi jih moral uporabljati, saj so le-ti osnova za izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti delovanja organizacije.

15.1 Benchmarking

Benchmarking je zelo razširjeno menedžersko orodje, ki ga je koristno uporabiti v okviru strateške analize stroškov. Za Retelja (2007, 22) je benchmarking upravljalsko orodje, ki predstavlja stalni proces primerjave izdelkov, storitev, poslovnih zmogljivosti in praks proti organizacijam, ki so vodilne na svetu. Benchmarking nam omogoča doseči tekmovalne prednosti, sprožiti korekcijske ukrepe, postaviti nove cilje, pridobiti novo znanje, učiti se od najboljših in primerjati se z najboljšimi.

V procesu benchmarkinga so po Spendoliniju (1992, 28) najpomembnejše informacije tiste, ki jih organizacije pridobivajo o: izdelkih in storitvah, proizvodnih procesih, izvajanju podpornih funkcij, doseženih poslovnih rezultatih (stroških, prihodkih, kazalcih o proizvodnji in kazalcih kakovosti), strategiji (o kratkoročnih in dolgoročnih planih ter o procesu planiranja v organizaciji).

Razloge za uvedbo benchmarkinga imamo ob izvedbah določenih projektov (npr. prenova organizacije itd.) in ob reševanju poslovnih problemov (npr. kritičen porast stroškov itd.). Uvajanje benchmarkinga v slovenske bolnišnice je prinesel dokument Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu, ki ga je pripravilo Ministrstvo za zdravje v letu 2006. Pripravili so izhodiščne standarde in kazalce uspešnosti delovanja bolnišnice. Ti kazalci so:

- Finančni kazalci (delež prihodkov od ZZS, delež prihodkov od ostalih plačnikov, prihodek/bolnika, strošek/bolnika, produktivnost, materialni in nematerialni stroški, delež dolgoročnih posojil v bilančni vsoti, strošek dela itd.),

- kazalci poslovnih procesov (sprejeti bolniki v bolnišnico, priliv iz drugih regij, bolniške postelje na 1000 prebivalcev, stroški zdravil na bolnika, strošek dnevnega obroka hrane, čas čakanja na ambulantno obravnavo itd.),

- kazalci učenja in rasti (zasedenost delovnih mest zdravnikov in nezdravniških delavcev, ure izobraževanja na zaposlenega, notranji izobraževalci, absentizem, fluktacija, strošek vlaganj v IT itd.) (Retelj 2007, 24–27).

Czarnecki (1995) poudarja, da je potrebno benchmarking razumeti kot: pomoč organizacijam pri kadrovskih zadevah, da ne pride kasneje do odpuščanja; pomoč zdravnikom razumeti potrebne kompromise glede na omejene finančne vire; odziv na konkurenčno zdravstveno okolje s pravočasnim opozorilom na nujnost zmanjševanja stroškov, saj konkurenčne organizacije to počnejo; razumevanje odnosov med pacienti, zdravnikom in plačnikom v medsebojnih relacijah kupec – dobavitelj; promoviranje standardov kakovosti TQM in CQI (*total quality management* in *continuous quality improvement*); povezavo s strategijo bolnišnice; izhodišče za korenite spremembe v bolnišnici.

Ne glede na to pa je benchmarking v slovenskih bolnišnicah slabo razvit. Vzrokov za to je več, pomembnejši pa so: nepoznavanje prednosti tega orodja pri vodenju bolnišnic; neenotnost vsebine kazalnikov poslovanja med bolnišnicami, kar lahko privede do napačnih ocen rezultatov; hitro spreminjanje pogojev poslovanja, ki sili vodstva bolnišnic bolj v sprejemanje špekulativnih namesto racionalnih poslovnih odločitev; odsotnost realnega nadzora lastnika bolnišnic nad uspešnostjo njihovega poslovanja itd. (Ferjanc 2006, 108).

15.2 Koncept stroškov po aktivnostih poslovnega procesa (Activity-Based Costing) in koncept Activity-Based management

Koncept stroškov po aktivnostih poslovnega procesa (ABC) nam pomaga, da ugotovimo razmeroma točne informacije o stroških aktivnosti in tako pravilneje izračunamo stroške posamezne zdravstvene storitve.

Tradicionalni sistemi kalkuliranja v zdravstvenih organizacijah pri razporejanju stroškov običajno predpostavljajo eno razdelitveno osnovo pri razporejanju stroškov na oddelke ali med oddelke (prva raven razporejanja) ali na storitve (druga raven razporejanja) (Devine in drugi 2000, 186). To je običajno število zaposlenih, število pacientov ali število bolniško

oskrbnih dni. Kot posledica so stroškovno preobremenjene tiste storitve, ki se izvajajo rutinsko in v velikem obsegu, a dejansko ne povzročajo veliko stroškov. Premalo stroškovno preobremenjene pa so tiste storitve, ki so bolj kompleksne in se izvajajo v majhnem številu. Problem predstavljajo tudi fiksni (splošni) stroški, ki so zelo pomembna oziroma obsežna stroškovna postavka (amortizacija zgradb in opreme, splošni stroški administracije itd.), ki se razporejajo arbitrarno (Rejc 2003, 48).

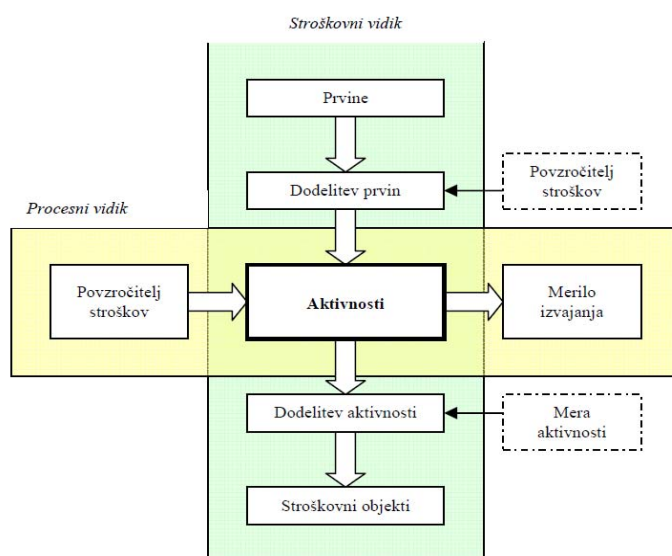
Slika 15.1 prikazuje dvodimenzionalni razvit model metode ABC in njene prvine. Metoda ABC je po Turneyu (1996, 95) sestavljena iz dveh dimenzij, in sicer iz stroškovne in procesne dimenzije, glavna sestavina pa je aktivnost.

Stroškovna dimenzija nam omogoča realno določiti stroške posameznih stroškovnih nosilcev. Po Turneyu (1996, 96–111) so sestavine te dimenzije:

- Poslovna prvina, ki je ekonomski element povezan z izvedbo aktivnosti – npr. material, delo itd.,
- aktivnost, ki je delovanje, ki v procesu ustvarjanja troši delovna sredstva, predmete dela, delo in storitve,
- center aktivnosti, ki je skupina med seboj povezanih aktivnosti, ki sestavljajo proces,
- merilo uporabe virov, na podlagi katerega razporejamo stroške po posameznih aktivnostih na podlagi izbranih informacij,
- stroškovni objekt (mesto ali element), katerega stroške želimo ugotoviti (npr. proizvod, kupec, storitev itd.) in je del stroškovnega bazena,
- stroškovni bazen, ki ga sestavljajo vsi stroški prvin v poslovnem procesu, ki zadevajo verigo aktivnosti,
- mera aktivnosti, ki je stopnja frekvence oziroma intenzivnosti povpraševanja po aktivnostih s strani stroškovnih objektov,
- stroškovni nosilci, ki so razlog za izvedbo aktivnosti (izdelki, storitve oziroma projekti, na katere prenašamo stroške). Z določanjem stroškov posameznim stroškovnim nosilcem lahko ugotovimo, kakšna je dobičkonosnost posameznega nosilca in kako se spreminja vrednost posameznih stroškovnih nosilcev z zmanjševanjem stroškov.

Druga dimenzija t. i. procesna dimenzija pa predstavlja dinamičen pogled na poslovanje podjetja in daje informacijo o delu, ki je bilo narejeno znotraj posamezne aktivnosti.

Slika 15.1: Dvodimenzionalni razviti model metode ABC



Vir: Turney (1996, 96).

Koncept ABC torej obravnava stroške na ravni posamezne aktivnosti, saj je aktivnost tista, ki stroške povzroča.

V zdravstvenem procesu poznamo dve vrsti storitev: tiste, ki neposredno zadevajo pacienta (pregled, laboratorijski testi, poseg, zdravljenje z zdravili, nega itd.) ter tiste, ki pacienta zadevajo le posredno (vzdrževanje opreme in zgradb, računovodstvo in druga administrativna dela itd.). Koncept ABC se osredotoča na vse procese, ki so povezani z zdravljenjem pacienta, in zahteva, da se te procese razčleni na posamezne aktivnosti in ugotovi povezave med njimi. Tako se pravilneje določi osnove, s katerimi se stroške posrednih aktivnosti razporedi med stroške neposrednih aktivnosti. Uporablja se pravilnejše (korelirane) osnove. Tradicionalno se denimo stroški medicinske nege razdelijo na osnovi števila bolniško oskrbnih dni ne glede na dejanski obseg dela, ki ga ima medicinska sestra s pacientom. Po konceptu ABC pa se upošteva število ur, ki ga je zahtevala nega bolnika. Tako preprečimo prenizko ocenitev stroškov nege določenih kategorij bolnikov, ki zahtevajo veliko ur nege na dan, in obratno (Devine in drugi 2000, 186).

S tako obravnavo lahko zdravstvene organizacije bolj natančno določijo stroške, povezane s posameznim postopkom oziroma storitvijo v procesu zdravljenja pacienta, ter s tem tudi zmanjšajo obseg postavk, ki se tradicionalno razporejajo arbitrarno (Rejc 2003).

Uvajanje metode ABC je zelo drago, zato je treba najprej izdelati analizo stroškov in koristi. Z analizo stroškov in koristi ugotovimo, če bo uvajanje metode ABC prineslo več koristi kot stroškov. Nekateri strokovnjaki menijo, da je uvajanje smiselno le, če imajo splošni stroški znaten delež v celotnih stroških, če sta deleža splošnih stroškov in delež sprejemljivih stroškov različna na enoto proizvoda ter če ima podjetje zelo razvejan proizvodni program (Turk in drugi 1997, 95).

Koncept ABC je bil uspešno vpeljan že v več zdravstvenih organizacij in povsod je pomagal znižati stroške zdravljenja. To pa zato, ker se v fazi ugotavljanja procesov oz. aktivnosti pogosto odkrijejo aktivnosti, ki so nepotrebne (npr. podvajanje pregledov) ali pa se izvajajo na neučinkovit način (npr. čakanje pacientov). Če torej odpravimo vse aktivnosti, ki so v poslovanju zdravstvene organizacije nepotrebne, ter poskrbimo, da so tiste, ki so z vidika zdravljenja in poslovanja potrebne, opravljene skrajno učinkovito, znižamo celotne stroške zdravljenja. Ta proces analiziranja aktivnosti predstavlja bistvo koncepta, ki ga angleško imenujemo *activity-based management* in je v osnovi namenjen nadzoru stroškov (Tekavčič 1999). Ravno zaradi svojih odlik bi bilo potrebno v vsaki zdravstveni organizaciji narediti analizo stroškov in koristi, ki bi pokazala, ali bi bila uvedba te metode koristna ali ne. Prednost te analize je, da se osredotoči na aktivnosti, ki so osnovne povzročiteljice nastanka stroškov. Stroške pravilneje in bolj pregledno razporedi ter tako omogoči lažji nadzor in znižanje le-teh. Lažja je tudi ocena stroškov, ki bi jih prinesle določene odločitve v prihodnosti.

15.3 Analiza na osnovi verige vrednosti (Value Chain Analysis) in analiza na osnovi življenjskega cikla (Life Cycle Analysis)

Analiza na osnovi verige vrednosti in analiza na osnovi življenjskega cikla sta pri nas morda izvedljivi v omejenem obsegu, saj predpostavljata, da pri posamezni zdravstveni storitvi upoštevamo vse stroške, ki se kadarkoli (prej ali kasneje) pojavijo v zvezi z njo.

V zdravstvu sestavljajo verigo vrednosti vse aktivnosti, ki zagotavljajo zdravje posameznika: izobraževanje za zdravo življenje, preventivna skrb za zdravje ter zdravljenje bolezni in poškodb. Posamezna zdravstvena organizacija pogosto sodeluje le v enem od členov v verigi vrednosti, je le ena od izvajalcev številnih aktivnosti. Analiza na osnovi verige vrednosti zahteva, da ugotovimo, kako te aktivnosti izvajamo. Cilj je delovanje s čim nižjimi stroški ob želeni ravni kakovosti (Devine in drugi 2000, 188). Za to je potrebno

sodelovanje z drugimi zdravstvenimi izvajalci, ki sodelujejo v verigi vrednosti, da bi preprečili podvajanje aktivnosti, jih skrajšali ter izvajali učinkovitejše. Če npr. bolnica sodeluje z osebnimi zdravniki ali če posamezni oddelki sodelujejo med seboj, to omogoča določene prihranke pri stroških. V tujini, kjer uveljavljajo sodobni proračunski sistemi financiranja, se bo v prihodnosti uveljavilo tudi obvladovanje stroškov na osnovi verige vrednosti, saj ti sistemi financiranja predpostavljajo večjo integracijo različnih ponudnikov zdravstvenih storitev (Devine in drugi 2000, 184–188; Bose 2002, 59–60; Grembowski in drugi 2002).

Analiza na osnovi življenjskega cikla zadeva življenjski cikel posameznika: pred rojstvom se pokriva s ciklom matere, sledi rojstvo, rast in razvoj, izobraževanje, dozorevanje, zrelo obdobje in nato staranje, smrt. Izvajalci zdravstvenih storitev so vključeni v vsako od teh faz in vplivajo na celotne stroške zdravljenja posameznika. Posamezen izvajalec vpliva tudi na vse ali vsaj določene naslednje faze posameznikovega življenja. Ta širši okvir razmišljanja o zdravljenju posameznika vodi, ob pogoju da zdravstveni in pravni sistem omogoča dostop do pravih informacij, do analiz o tem, kakšen vpliv imajo stroški zdravljenja v eni fazi življenjskega cikla na stroške zdravljenja kasneje (Devine in drugi 2000, 189). Precej bolj uporabna je različica analize na osnovi življenjskega cikla, ko se opazuje celotne stroške zdravljenja posamezne bolezni ali poškodbe in ne celotnega življenjskega cikla posameznika.

V Sloveniji bi lahko na podlagi te analize ugotavljali, kolikšni so celotni stroški preprečevanja ali zdravljenja določene bolezni.

16 Spremljanje in nadziranje stroškov poslovanja v bolnišnicah

Bolnišnični sistem je ključni element zdravstvene politike, saj omogoča tako izvajanje učinkovite zdravstvene politike z maksimiranjem koristi bolnikov kot tudi dostopnost do zdravstvenih storitev preko stroškovne optimizacije bolnišničnega poslovanja. Ker se slovenski zdravstveni sistem v veliki meri financira z javnimi sredstvi, je toliko bolj pomembno, da javni bolnišnični sistem, ki je potrošnik javnega denarja, optimizira svoje poslovanje tako, da maksimira koristi bolnikov (Mrkaić in Pezdir 2007, 123).

Bolnišnice so največje in najbolj kompleksne zdravstvene organizacije, ki v sistemu zdravstvenega varstva predstavljajo največji delež porabljenih finančnih sredstev,

namenjenih za izvajanje bolnišnične dejavnosti (Kuhar in drugi 2008). Zato je spremljanje in nadziranje stroškov v bolnišnicah ključnega pomena za učinkovito delovanje celotnega sistema zdravstvenega varstva.

Loncner (2005, 104) meni, da ne glede na to, ali se izvajalci zdravstvenih storitev zavedajo pomembnosti obvladovanja stroškov, te zahteve niso vedno sprejete z navdušenjem. Največji odpor do obvladovanja stroškov je mogoče zaznati pri zdravnikih, ki sprejemajo odločitve o tem, kateri material bo porabljen oziroma katere storitve so potrebne pri zdravljenju pacienta. Zdravnik mora dodatno presojati med stroški in koristmi posameznih metod zdravljenja in tako se zna zgoditi, da se ukrepi za obvladovanje stroškov najbolj odražajo v krčenju pravic pacientov. Dodaten argument nekaterih izvajalcev zdravstvenih storitev pri uvajanju ekonomskih kriterijev poslovanja v zdravstvene domove je tudi, da dobiček oziroma pozitivno poslovanje ne more biti cilj poslovanja zdravstvenih domov.

Bolnišnice morajo čim bolj učinkovito izkoristiti razpoložljiva sredstva za zagotavljanje čim boljše zdravstvene oskrbe prebivalstva. Odločati morajo, katerim zdravstvenim problemom dati prednost in kje je možno nekaj sredstev prihraniti. Racionalna poraba sredstev pomeni predvsem obvladovanje stroškov. Za obvladovanje stroškov je najprej potrebno njihovo poznavanje, da bi potem lahko analizirali, planirali in nadzorovali. Problem v zdravstvenih organizacijah je v veliki količini podatkov na področju stroškov, saj bolnišnice pri svojem delu uporabljajo veliko izdelkov in materiala. Zato je potrebno izoblikovati dober informacijski sistem, kjer lahko pridobimo bistvene informacije. Za nadziranje stroškov pa je potrebno vzpostaviti sistem spremljanja stroškov po stroškovnih mestih ali pa sistema spremljanja stroškov po stroškovnih nosilcih, ki je še bolj učinkovit (Soršak 2005, 66).

Po Ferjancu (2009, 68) je potrebno tudi poudariti, da ima bolnišnica oziroma njeno vodstvo relativno ozek manevrski prostor pri zmanjševanju stroškov, saj:

- So plače določene s kolektivnimi pogodbami,
- dežurna mesta opredeljuje medicinska stroka, ki je pod močnim pritiskom javnosti in se zaradi strokovnih tveganj ne odloča o njihovem zmanjševanju,
- so stroški kakovosti (število zaposlenih, znanje, opreme, prostori, preiskave) potrebni za varno obravnavo pacientov in zmanjševanje tveganja,
- pomanjkanje zdravniškega kadra povzroča nastajanje nadurnega dela,

- je težko zmanjšati dosežen nivo zdravstvene oskrbe ali kakšno dejavnost ukiniti, saj lahko pride do nasprotovanja celotne javnosti,
- močna kaznovalna politika demotivira izvajalce zdravstvenih storitev, ki zaradi še vedno nejasnih navodil niso pripravljene evidentirati vseh opravljenih storitev,
- zmanjšana investicijska sposobnost otežuje obnavljanje medicinske opreme in vlaganja v kakovost.

Po mojem mnenju mora bolnišnični sistem delovati avtonomno. V Sloveniji pa zaradi dejavnikov, ki jih navaja Ferjanc (2009), to ni tako. Bolnišnice so le navidezno avtonomne. To pomeni, da je bolnišnica omejena pri svojem poslovanju oz. uresničevanju poslovnega načrta; najprej s strani države glede na pridobljena sredstva in s kolektivnimi pogodbami, ki niso odvisne od produktivnosti zaposlenih, potem pa še znotraj same sebe z določenimi regulativami in pravili, ki ne omogočajo možnosti optimiziranja poslovanja. Že plače ne spodbujajo produktivnosti zaposlenih v javnem zdravstvu, saj niso vezane nanjo in tako ne omogočajo maksimalne produktivnosti ter racionalnega poslovanja. Nesmiselno je delati več, kot je mogoče dobiti po kolektivni pogodbi. Ti dejavniki tako učinkujejo neracionalno in omejujejo učinkovitost celotnega slovenskega javnega zdravstvenega sistema, ker nič ne prispevajo k zniževanju stroškov.

Poslovni proces vsakega podjetja je ustvarjanje določenih poslovnih učinkov, to je proizvodov ali storitev, in prodaja le-teh. Pri tem nastajajo stroški. Stroški so cenovno izraženi potroški prvin poslovnega procesa: delovnih sredstev, predmetov dela, delovne sile in storitev pri proučevanju poslovanju (Hočevar in drugi 2000, 71–73).

Seveda poznamo raznovrstne definicije stroškov. Za Petersena in Lewisa (1999, 54) stroški predstavljajo znesek denarnih sredstev, danih v zameno za neko dobrino ali storitev, za Atkinsona (2001, 75) pa stroški predstavljajo denarno vrednost porabljenih dobrin in storitev pri zagotavljanju tekočih in prihodnjih koristi.

Ljudje pogostokrat stroške izenačujemo z izdatki. V vsakdanjem življenju mnogokrat govorimo o stroških; v glavnem mislimo na denar, ki smo ga porabili za življenjske potrebščine. To niso stroški, ampak izdatki. Pri obravnavi poslovanja podjetja je definicija izdatkov vsako zmanjšanje denarnih sredstev podjetja (Pučko in Rozman 2000, 90). Razlikovanje stroškov od izdatkov je pomembno, saj so stroški tisti, ki vplivajo na uspeh

poslovanja podjetja, in ne izdatki. Izdatki so vedno povezani s plačilom, vendar vsaka pridobitev neke dobrine, ki pomeni izdatek, še ne pomeni tudi istočasnega nastanka stroškov. Z izdatki pridobivamo prvine, ki jih v poslovnem procesu praviloma pretvorimo v stroške (Križaj 2000, 22).

Avtorji razvrščajo stroške glede na različne kriterije. Njihova opredelitev in razvrstitev je odvisna predvsem od namena, za katerega se bodo informacije uporabljale. V nadaljevanju bom omenila le nekatere razvrstitve stroškov, ki so pomembne v tej diplomski nalogi.

Stroške je glede na vlogo posameznih prvin pri poslovnem procesu mogoče razvrstiti po njihovih izvirnih (naravnih) vrstah na: stroške materiala, stroške storitev (v ožjem smislu), stroške amortizacije in stroške dela (Hočevar in drugi 2000, 76).

V zdravstveni panogi so stroški dela običajno visoki (čez 50 %), saj zdravstvo predstavlja delovno intenzivno dejavnost, zato jih je potrebno ločiti na neposredne in posredne in jih redno spremljati. Na kratek rok (obdobje do enega leta) lahko rečemo, da so stroški dela fiksni stroški. Stroški materiala se delijo na stroške medicinskega materiala (zdravila, kri in krvni derivati, laboratorijski material itd.) in stroške nemedicinskega materiala (tehnični material, bolniški pralni material, živila, pisarniški material itd.). Stroške storitev tudi delimo na medicinske (diagnostične storitve in sterilizacija) in nemedicinske (prehrana, čiščenje, pranje, storitve tehničnih služb in centraliziranih oskrbovalnih služb, stroški izobraževanj itd.). Stroške tujih storitev se obravnava posebej (Rejc 2003, 50).

Ob predpostavki, da je raven investicij v osnovna sredstva zdravstvenega doma vsako leto približno enaka, bi morali biti tudi stroški amortizacije vsako leto približno enaki. V kolikor se sredstva, namenjena za investicije v osnovna sredstva, med leti spreminjajo, pa je to dinamiko potrebno pri načrtovanju stroškov amortizacije tudi upoštevati (Loncner 2005, 109–110).

Za spremljanje in nadzor stroškov po stroškovnih mestih ali nosilcih so pomembne delitve stroškov na direktne (neposredne) in indirektno (posredne, splošne) ²⁵ ter na izvirne in

²⁵ Neposredni stroški so tisti stroški, za katere lahko ugotovimo, koliko jih je povzročil posamezen stroškovni objekt – npr. stroški materiala, plače zaposlenih itd. Posredni stroški pa so tisti stroški, ki jih ne moremo pripisati določenemu stroškovnemu mestu, saj so skupni več stroškovnim objektom. Posredne stroške moramo zato na posamezne stroškovne objekte razporediti na podlagi ključev, ki pomenijo razmerje med ustrežno kategorijo posrednih stroškov, ki jo moramo razporediti, in izbrano osnovo za razporejanje. Te osnove so lahko neposredni stroški dela, neposredni stroški materiala, število zaposlenih itd. (Tekavčič 1997, 20).

izvedene stroške²⁶. Pomembnejši in bolj obvladljivi so stroški, ki jih povzročajo zdravstveni delavci v zvezi z opravljanjem zdravstvenih storitev (neposredni stroški). Za uspešnejši nadzor stroškov je pomembno da se le-tega postavi čim bližje mestu nastanka stroškov.

16.1 Spremljanje stroškov poslovanja po stroškovnih mestih

Pri spremljanju, planiranju in nadzoru stroškov je potrebno ugotoviti, kje stroški nastajajo, kdo je nosilec stroškov in kdo jih povzroča.

Za ugotavljanje mesta nastanka se uporabljajo stroškovna mesta. Stroškovno mesto je namensko, prostorsko ali stvarno zaokrožen del podjetja, na katerem ali v zvezi s katerim se pri poslovanju pojavljajo stroški, ki jih je mogoče razporejati na posamezne stroškovne nosilce in je zanje nekdo odgovoren (Slovenski inštitut za revizijo 2006, 343).

Število stroškovnih mest je v podjetju potrebno prilagoditi njegovi velikosti, organiziranosti, posebnosti proizvodnje oziroma poslovanja, uporabljeni metodi razporejanja stroškov po poslovnih učinkih in oblikam kontroliranja (Pučko in Rozman 2000, 173).

V osnovi ločimo stroškovna mesta na proizvodna stroškovna mesta, neproizvodna stroškovna mesta in navidezna stroškovna mesta (Križaj 2000, 27).

Po Soršaku (2005, 69) lahko stroškovna mesta v zdravstvenih organizacijah razdelimo glede na storitve, ki jih le-te izvajajo: glavna stroškovna mesta²⁷, ki izvajajo zdravstvene storitve dogovorjene v pogodbi z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (osnovna dejavnost), ter pomožna stroškovna mesta, ki izvajajo zdravstvene in nezdravstvene storitve potrebne za nemoteno izvajanje osnovne dejavnosti.

Na vseh stroškovnih mestih se najprej evidentirajo direktni stroški materiala, ki se tam porablja. Da se zagotovijo ti podatki, mora vsaka organizacijska enota naročati in prevzemati material posebej (Soršak 2005, 70). Stroške dela je potrebno razporediti na

²⁶ Izvirni stroški nastanejo in se pojavijo v svoji prvotni obliki. Za te stroške lahko ugotovimo območje nastanka (stroškovno mesto) ali stroškovni nosilec, zaradi katerega so nastali. Izvirni stroški nastanejo v obravnavani poslovni enoti podjetja. Izvedeni stroški so sicer sestavljeni iz izvirnih stroškov, izvedeni pa postanejo v trenutku, ko jih prenesemo iz enega stroškovnega mesta na drugo stroškovno mesto v podjetju. Izvedeni stroški so v določeno organizacijsko enoto preneseni iz kake druge poslovne enote (Kadoič 1995, 95).

²⁷ Glavna stroškovna mesta v bolnišnicah so: hospitalni oddelki (kirurški, internistični, ginekološki, otroški, ušesni, itd.), specialistične ambulante, diagnostične službe, ki zaračunavajo storitve ZZZS (RTG, CT, NMR, nuklearna medicina), medicinska rehabilitacija, ginekološki dispanzer ter dializa (Soršak 2005, 69).

posamezno stroškovno mesto z ustrezno razporeditvijo delavcev. Težave nastanejo, če določen delavec dela na več organizacijskih enotah (stroškovnih mestih). V tem primeru je potrebno stroške dela deliti na osnovi opravljenih ur dela po posameznih stroškovnih mestih. Za točen obračun amortizacije je potrebno prostore in opremo prav tako razdeliti po stroškovnih mestih. Pri stroških storitev so pomembnejši neposredni stroški (predvsem naročene zdravstvene storitve pri drugih izvajalcih zdravstvenih storitev – npr. razne laboratorijske analize in preiskave) ter v manjši meri tudi stroški izobraževanj (Loncner 2005, 123–124). Indirektne stroške se razdeli po vnaprej dogovorjenih ključih, ki jih zbiramo po načelu, kaj povzroča določene stroške (npr. strošek ogrevanja je odvisen od kvadrature prostora). Ker v pogodbi z ZZZS nastopajo le zdravstvene storitve glavnih stroškovnih mest, je potrebno stroške pomožnih stroškovnih mest prenesti na glavna stroškovna mesta kot izpeljane ali sekundarne stroške (Soršak 2005, 70–71).

Ugotavljanje stroškov po stroškovnih mestih nam omogoča: lažji in popolnejši predračun ter obračun stroškov (načrtovanje stroškov), boljši pregled in nadzor nad stroški, popolnejšo analizo stroškov, popolnejšo presojo odgovornosti za nastale stroške, popolnejši obračun stroškov po stroškovnih nosilcih ter analizo poslovanja posameznih organizacijskih enot v okviru podjetja (Kadoič 1995, 120).

16.2 Spremljanje stroškov poslovanja po stroškovnih nosilcih

Spremljanje stroškov po stroškovnih nosilcih pomeni naslednji korak od spremljanja stroškov po stroškovnih mestih in je tudi bistven kvalitativni korak naprej pri metodiki spremljanja stroškov.

Že iz opredelitve stroškov izhaja, da so vedno povezani s nekim poslovnim učinkom, zato jih moramo obračunati z njim. V tej zvezi govorimo o stroškovnem nosilcu. Stroškovni nosilci so potemtakem proizvedene stvari ali opravljene storitve, zaradi katerih so stroški nastali oziroma s katerimi so tudi povezani²⁸ (Turk 2006, 98). V bolnišnicah so stroškovni nosilci bolniki.

²⁸ Stroškovni nosilec je lahko celotna količina istovrstnih ali sorodnih poslovnih učinkov obračunskega obdobja oziroma niz poslovnih učinkov obračunskega obdobja, posamezen poslovni učinek ali del poslovnega učinka. Poslovni učinki, namenjeni prodaji ali vključevanju med osnovna sredstva istega podjetja, so končni stroškovni nosilci, drugi poslovni učinki pa so začasni stroškovni nosilci (Slovenski inštitut za revizijo 2006, 343). Kot primer začasnega stroškovnega nosilca, ki le začasno prevzamejo novo nastale stroške, lahko omenim predal za omaro, končni stroškovni nosilci pa so tisti proizvodi, ki jih poslovni sistem proda na trgu in to je lahko omara (Črnec 2008, 51).

Za osnovno enoto dela bolnišnice se je dolgo razumelo opravljene zdravstvene storitve, vendar so le-te samo vložek (input) v proces zdravljenja bolnika. Osnovni produkt dela bolnišnice je tako pacient. Zdravljenje pa se od bolnika do bolnika razlikuje, kar je pogojeno z različnimi diagnozami bolezni, pa tudi v primeru diagnoze se postopek zdravljenja mnogokrat razlikuje, zato je bilo potrebno bolnike z vsemi možnimi diagnozami razvrstiti v skupine, kamor so se uvrstili bolniki s podobnimi diagnozami in za katere so bile opravljene podobne zdravstvene storitve. Tako se je razvil sistem diagnostičnih skupin (DRG), v Sloveniji SPP, ki se je razvil kot nov obračunski model za bolnišnice, z namenom odprave pomanjkljivosti, ki jih imata proračunski in storitveni obračunski sistem. Sistem DRG pri plačevanju storitev bolnišnic upošteva opravljene storitve, pa vendar to ni storitveni sistem. Na drugi strani sistem DRG običajno vključuje proračunske omejitve, vendar kljub temu upošteva vsebino dela v bolnišnicah (Soršak 2005, 76).

O sistemu DRG sem v diplomskem delu že govorila, v nadaljevanju pa si pogledjmo, kako je ta sistem pomemben pri ugotavljanju in nadzoru stroškov.

V sistemu DRG se s stroškovno analizo ugotovi povprečne stroške zdravljenja bolnikov v posameznih diagnostičnih skupinah in na tej osnovi določi vrednosti – ceno. Cena posamezne diagnostične skupine je izražena relativno, in sicer z utežjo, ki pomeni razmerje med povprečnimi stroški zdravljenja vseh bolnikov v primerjavi s stroški zdravljenja bolnikov določene diagnostične skupine. Cena za povprečnega bolnika je tako izražena z utežjo 1, bolj zahtevni bolniki so ovrednoteni z utežmi nad 1, manj zahtevni pa z utežmi pod 1. Za optimalno delovanje sistema SPP je zelo pomembno določanje pravilne višine uteži za posamezne SPP²⁹ (Soršak 2005, 76).

V izračun SPP spadajo vsi stroški dela (vključno s stroški plač, davki in prispevki), materialni stroški in amortizacija, povezani z izvajanjem programa akutne bolnišnične obravnave (Zupanc 2008, 47).

DRG metodologija je standardizirana in jo med drugim uporabljajo tudi v Avstraliji, Nemčiji in na Irskem, omogoča pa ne samo primerjavo med stroški bolnišnic v državi,

²⁹ Do višine uteži je možno priti na tri načine, od katerih pa ima vsak svoje pomanjkljivosti. Do uteži pridemo z analizo dejanskih stroškov po diagnostičnih skupinah v slovenskih bolnišnicah. Pri tem je problem v pomanjkanju podatkov za kvalitetno stroškovno analizo. Uteži lahko tudi prenesemo iz enega ali več tujih DRG sistemov, pri čemer se postavlja vprašanje, ali so tuji zdravstveni sistemi stroškovno primerljivi s slovenskim. Tretji način, da pridemo do uteži, pa je z ovrednotenjem predpisanih kliničnih poti (predpisan postopek zdravljenja), pri čemer je problem v tem, da nastajajo klinične poti zelo počasi (Soršak 2005, 76).

ampak tudi primerjavo (*benchmarking*) z ustreznimi bolnišnicami v tujini (Uran in Wahl 2007).

Analiza stroškov SPP je torej metoda analize, pri kateri na ustaljen način zbiramo različne stroške zdravljenja na posameznih stroškovnih mestih in jih porazdelimo na bolnika (stroškovnega nosilca). Namen te metode je v čim večji meri posameznemu bolniku pripisati dejanske stroške zdravljenja, kjer pa to ni mogoče, pa z uporabo uteži. Na takšen način lahko natančno določimo stroške zdravljenja in izračunamo ceno posameznega SPP ali drugih sestavnih delov oskrbe, ki jih želimo oceniti. Analiza je prispevala tudi h krajšim ležalnimi dobam ter k drugim pozitivnim učinkom, ki niso vplivali na zmanjšanje kvalitete storitev.

17 Poslovanje in nadzor stroškov v Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo Postojna

17.1 Opis Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna

Delovanje Bolnišnice Postojne sega že v leto 1851, z letom 1950 pa je bolnišnica prenehala delovati kot splošna bolnišnica in se je preuredila v Bolnišnico za ženske bolezni in porodništvo Postojna (Bolnišnica Postojna) (Stegel Bizjak 2008).

Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna deluje kot samostojna pravna oseba na podlagi Zakona o zavodih in Statuta javnega zavoda Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna, ki ga je potrdila vlada v letu 1993. V skladu s tem opravlja bolnišnica zdravstveno dejavnost kot javni zdravstveni zavod (Bolnišnica Postojna 2005a).

Bolnišnica pokriva območje bivših občin Sežana, Ilirska Bistrica, Postojna in Cerknica. Manj kot polovica pacientk (40 %) prihaja iz tega območja, v večjem številu pa prihajajo pacientke še iz drugih občin (še posebej iz občin Ajdovščina, Logatec, Idrija, Ribnica in Ljubljana) iz celotne Sloveniji ter tudi iz sosednjih držav. Tako letno Bolnišnica Postojna sprejeme okoli 4.400 bolnic in porodnic. Število porodov iz leta v leto počasi, a konstantno narašča. Leta 1997 je število porodov znašalo 819, leta 2009 pa 1622 (Bolnišnica Postojna 2010a, 8).

Bolnišnica Postojna sloni na majhni in stalni ekipi zaposlenih in ni naravnana k ekstenzivnem zaposlovanju. V Bolnišnici Postojna je bilo dne 31. 12. 2009 zaposlenih 92 ljudi (Bolnišnica Postojna 2010a).

Bolnišnica ima za bolnice, nosečnice in otročnice na voljo 54 postelj. Poleg tega imajo še 4 porodne postelje, 4 postelje v sobi za intenzivno nego ter 28 postelj za zdrave novorojenčke, 4 inkubatorje in 3 ogrevalne posteljice za nego novorojenčkov in nedonošenčkov. Na obeh oddelkih bolnišnice – na ginekološkem in porodnem oddelku imajo pacientke možnost bivanja v nadstandardnih sobah (Stegel Bizjak 2008, 13).

Bolnišnica Postojna opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni zdravstvenega varstva³⁰.

17.2 Vizija in dolgoročni cilji Bolnišnice Postojna

Bolnišnica želi postati in ostati materam in novorojenčkom prijazna porodnišnica, na področju ginekologije pa bolnicam nudi oskrbo in zdravljenje po sodobnih strokovnih smernicah. V največji možni meri želijo varovati zasebnost pacientov in ustreči njihovim željam, če le-te niso v nasprotju s strokovno doktrino. Za te cilje so trudijo prav vsi zaposleni (Stegel Bizjak 2008, 17).

Čeprav je 60 % bolnic in porodnic, ki jih zdravijo iz regij, ki tradicionalno ne pripadajo porodnišnici, pa bolnišnica pacientov ne odklanja. Število porodov je indikator ugleda vsake porodnišnice, vključno z Bolnišnico Postojno, kjer število porodov iz leta v leto konstantno narašča. Po mnenju zaposlenih je vzrok temu visoka kakovost storitev, osebni stik s pacientkami in posluh za njihove težave³¹.

Bolnišnica Postojna želi na strokovnem področju slediti sodobnim smernicam, ki veljajo na področju ginekologije, bolezni dojk, porodništva, zdravljenja neplodnosti in zdravljenja bolezni v nosečnosti ter s tem v zvezi tudi v neonatologiji in anesteziologiji. V letu 2010 bodo še naprej poskušali prenesti del akutnih bolnišničnih obravnav na ambulantni specialistični nivo, doseči dogovorjen obseg dela, zmanjšati število neustreznih sprejemov, zagotoviti zadostno število zaposlenih strokovnih delavcev, poslovati brez izgube, ohraniti

³⁰ Bolnišnica Postojna obsega naslednje oddelke: ginekološki oddelek z oddelkom za patološko nosečnost, porodni oddelek z oddelkom za novorojenčke, operacijski in porodni blok z enoto za intenzivno nego, specialistične ambulantne dejavnosti: dispanzer za žene, specialistično ginekološka ambulanta, ambulanta za dojke ter ambulanta za moško subfertilnost, center za sodobno zdravljenje neplodnosti para, medgen, medicinska genetika, ambulanta za ultrazvok, ambulanta za novorojence, rizične otroke in UZ kolkov, ambulanta za predoperativno pripravo in terapijo bolečine (Bolnišnica Postojna 2010a, 10).

³¹ Vse interpretacije, ki zadevajo Bolnišnico Postojna, so podane na podlagi internega gradiva bolnišnice, informacij zbranih s pogovori z zaposlenimi ter z intervjujem z Marjeto Stegel Bizjak, pomočnico direktorja Postojna, 17.1.2011.

število porodov itd. Čeprav v bolnišnici pričakujejo še nadaljnje preseganje dogovorjenega obsega dela, se vseeno trudijo za pridobitev novih programov. Povečati želijo tudi število samoplačniških storitev, nadstandardnih storitev in storitev na trgu (Bolnišnica Postojna 2010b, 3–5). Glavni cilji za leto 2010 se skorajda niso razlikovali od načrtovanih ciljev za leto 2009 in prejšnja leta.

Glavni cilji zavoda v letu 2009 so bili (Bolnišnica Postojna 2010a, 16–17):

- Doseči povečan dogovorjeni obseg dela na področju akutne obravnave za 1 % in specialistične ginekološko porodniške obravnave za 2 %,
 - poslovati brez izgub,
 - zadržati enak delež samoplačnikov ali ga povečati za 0,5 %,
 - povečati delež storitev na trgu za 1 %,
 - spreminjati strukturo zaposlenih v prid zaposlenih strokovnih sodelavcev,
 - na področju porodništva ohraniti doseganje število porodov (1500 do 1600 letno) in ohraniti delež porodov s pomočjo epiduralne porodne analgezije (35-40 %) oziroma drugimi sodobnimi načini lajšanja porodne bolečine,
 - na področju ginekologije povečati delež endoskopskih operacij in stremeti k strukturi posegov v prid enodnevene obravnave in obravnave na ambulantno specialističnem nivoju (nižji stroški),
 - na področju zdravljenja neplodnosti zadržati obseg dela in ohraniti sodelovanje s centri za zdravljenje neplodnosti izven naše države, ki omogoča opravljanje teh postopkov samoplačniško,
 - uvesti naročanje pacientk na preglede ob odpustu in izboljšanje elektronskega naročanja na preglede.

Realizacija ciljev je bila od 90 do 100 %, zato lahko rečemo, da Bolnišnica Postojna racionalno postavlja letne cilje, katere potem tudi uspešno doseže. Menim, da je eden izmed razlogov za njihov uspeh ta, da bolnišnica konstantno skrbi za visoko kakovost storitev, stremi k sodobnim tehnologijam zdravljenja in zadovoljstvu svojih pacientov.

Dolgoročni cilji Bolnišnice Postojna v letu 2010 so predvsem obnoviti iztrošeno in zastarelo opremo, opraviti ustrezna investicijska vzdrževanja, zagotavljati primerne delovne pogoje, omogočiti izobraževanja za večjo kakovost oskrbe bolnic ter pridobiti dodatne prostore, saj obstaja velika prostorska stiska (Bolnišnica Postojna 2010b, 4). Zadnji cilj je

še posebej pomemben, ker Bolnišnica Postojna že leta deluje na pragu svojih prostorskih zmožnosti, saj ne zavrača pacientov, ki ne spadajo v tradicionalno območje bolnišnice.

Trendi poslovanja Bolnišnice Postojna so (Bolnišnica Postojna 2010a, 22): poslovanje brez izgube od leta 2002, realizacija dogovorjenega obsega dela in preseganje dogovora, nepodaljševanje čakalnih dob pri večini dejavnosti ter ugodni rezultati anket in kazalnikov kakovosti.

Bolnišnica Postojna velik del svoje pozornosti nameni tudi zahtevam in potrebam zaposlenih. Tako letno izobražuje in usposablja svoje zaposlene, še posebej strokovni medicinski kader iz domačega okolja, saj je, zaradi splošnega primanjkovanja teh kadrov, težko dobiti ustrezno izobražene strokovne kadre in jih obdržati za dlje časa. Ker stoji bolnišnica bolj kot ne na periferiji, je pridobivanje ustreznih kadrov še težje. Obenem bolnišnica omogoča opravljanje prakse in pripravništva študentom Medicinske fakultete in višje šole ter dijakom srednje šole v Postojni. Leta 2007 je tako pridobila naziv učni zavod (Bolnišnica Postojna 2010a).

Bolnišnica vlaga v izboljševanje organizacijske klime in zadovoljstva zaposlenih vsako leto. V ta namen organizira razne delavnice, npr. na temo letnih razgovorov, zaposleni se udeležujejo raznih tečajev, seminarjev, strokovnih posvetov, kongresov itd. Zadovoljstvo zaposlenih na letni ravni preverja z internimi in javnimi anketami, ki jih izvede podjetje AT Adria, ki tudi razpolaga s podatki ostalih slovenskih bolnišnic ter tako omogoča primerjave (Bolnišnica Postojna 2010a). Rezultati takih anket so vedno nad povprečjem v zdravstvu, na kar je bolnišnica zelo ponosna.

Prav tako dobro skrbi Bolnišnica Postojna za svoje bodoče paciente, saj letno organizira v sodelovanju z Zdravstvenim domom Postojna šolo za starše ter razna predavanja za nosečnice in njihove partnerje. Po njihovih statistikah se šole za starše udeleži več kot 300 bodočih staršev letno (Stegel Bizjak 2008).

17.3 Pregled finančnega poslovanja Bolnišnice Postojna

Kot javni zdravstveni zavod Bolnišnica Postojna pridobiva sredstva za izvajanje dejavnosti iz več naslovov. Največ pridobi od ZZZS za dogovorjene storitve na podlagi metodologije izračuna po skupinah primerljivih primerov (SPP) ter iz proračuna Republike Slovenije za storitve, za katere je z zakonom določeno, da se financirajo iz državnega proračuna. Ostala

sredstva pridobi s prodajo storitev, z donacijami, darili ter iz drugih virov (Bolnišnica Postojna 2005a).

V primeru presežka prihodkov nad odhodki bolnišnica le-tega porabi za izvajanje in razvoj svoje dejavnost oziroma za nabavo potrebne medicinske in druge opreme ter tehnologije.

17.3.1 Kazalniki poslovanja

Za merjenje uspešnosti poslovanja organizacij obstaja več finančnih kazalnikov. V nadaljevanju so prikazani kazalniki, ki so bili s strani Ministrstva za zdravje predlagani javnim zavodom za izračun poslovanja. Ministrstvo za zdravje kazalnike spremlja in primerja po skupinah sorodnih bolnišnic (Robida 2006). Ti kazalniki omogočajo zavodom primerjanje njihovih poslovnih rezultatov s poslovnimi rezultati drugih zdravstvenih zavodov znotraj posamezne dejavnosti in z rezultati celotne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji.

Bolnišnica Postojna rezultate teh kazalnikov redno uporablja za primerjanje z drugimi enakovrednimi porodnišnicami v iskanju novih ukrepov za boljše in kvalitetnejše poslovanje bolnišnice.

Vsi kazalniki so razdeljeni v tri osnovne skupine, in sicer na kazalnike poslovanja, kazalnike spremljanja učinkovitosti izrabe virov in druge kazalnike. Vsi kazalniki se spremljajo na letni ravni (Robida 2006, 55).

S spremljanjem kazalnikov poslovanja, ti so za leto 2009 prikazani v tabeli 17.1, je razvidno finančno zdravje bolnišnice.

Tabela 17.1: Finančni kazalniki poslovanja

KAZALNIK	2008	2009	INDEKS 09/08
Kazalnik gospodarnosti	1,00	1,03	103
Delež amortizacije v celotnem prihodku	4,83 %	4,41 %	91
Stopnja odpisanosti opreme ³²	85,34 %	81,16 %	95
Dnevi vezave zalog materiala ³³	18	16	89
Delež terjatev v celotnem prihodku	29,63 %	27,66 %	93

Vir: Bolnišnica Postojna (2010a, 23).

³² Kazalnik stopnje odpisanosti opreme nam sporoča, kolikšen je delež opreme, s katero bolnišnica razpolaga, knjigovodsko odpisan. Ta delež znaša v bolnišnici Postojna v letu 2009 81,16 %.

³³ Kazalnik vezave zalog nam pove, da se zaloge v letu 2009 obrnejo vsakih 26 dni, kar je za 2 dni hitreje kot v letu 2008 (Bolnišnica Postojna 2010a).

Koeficient celotne gospodarnosti prikazuje razmerje med celotnimi prihodki in celotnimi odhodki. Načelu gospodarnosti je zadoščeno, ko znaša vrednost kazalnika gospodarnosti 1 ali več. Koeficient celotne gospodarnosti v letu 2009 v Bolnišnici Postojna znaša:

$$\text{Koeficient celotne gospodarnosti}_{09} = \frac{5.976.686}{5.830.324} = 1,025 \approx 1,03$$

$$\text{Indeks}_{09/08} = \frac{\text{gospodarnost}_{09}}{\text{gospodarnost}_{08}} \cdot 100 = \frac{1,03}{1,00} \cdot 100 = 103$$

Bolnišnica Postojna je tako v letih 2008 in 2009 poslovala s presežkom prihodkov nad odhodki, zato je tudi koeficient celotne gospodarnosti večji od 1.

Bolnišnica s svojim poslovanjem izpolnjuje načelo gospodarnosti. Gospodarnost se je v letu 2009 v primerjavi s predhodnim letom povečala.

Delež amortizacije v letu 2009 znaša 4,41 %. Bolnišnica tako nameni stroškom nadomeščanja opreme približno 4,41 % celotnega letnega prihodka. Izračunamo ga tako, da delimo amortizacijo s celotnimi prihodki:

$$\text{Delež amortizacije v celotnem prihodku}_{09} = \frac{263.464}{5.976.686} = 4,41$$

$$\text{Indeks}_{09/08} = \frac{\text{delež amortizacije v celotnem prihodku}_{09}}{\text{delež amortizacije v celotnem prihodku}_{08}} \cdot 100 = \frac{4,41}{4,83} \cdot 100 = 91$$

Delež terjatev v celotnem prihodku znaša v letu 2009 27,66 %.

17.3.2 Realizacija obsega dela v letu 2008 in 2009

Kot sem že omenila, pridobi Bolnišnica Postojna delež sredstev pridobi od ZZZS po metodologiji SPP.

V finančnem načrtu za leto 2009 je bilo v programu dela za ZZZS načrtovanih 3.778 primerov akutnih bolnišničnih obravnav, realiziranih pa je bilo kar 4.554 primerov. Presežek so prav tako dosegli v Dispanzerju za ženske bolezni (glej Tabelo 17.2). V letu 2009 in tudi v prejšnjih letih so presegle dogovorjen obseg dela. Na področju bolnišnične obravnave znaša indeks realiziranega obsega dela glede na dogovorjenega 120,54. Plan je bil tako presežen za 20,54 %.

Tabela 17.2: Realizacija delovnega programa za leto 2008 in 2009

Program	Realizacija 2008		Finančni načrt za leto 2009		Realizacija 2009		Indeks ³⁴ Realizacija ZZZS 09/real. ZZZS 08
	ZZZS ³⁵	ZZZS + ostali ³⁶	ZZZS	ZZZS + ostali	ZZZS	ZZZS + ostali	
1. Akutna bolnišnična obravnava							
Število primerov SPP	4.448	4.501	3.778	3.900	4.554	4.607	102,38
2. Neakutna bolnišnična obravnava (BOD)	529	529	545	545	321	321	60,68
3. Doječe matere (NOD)	1.043	4.044	1.033	1.033	890	890	85,33
4. Osnovna zdravstvena dejavnost: Dispanzer za ženske (količniki)	45.859	45.981	43.791	44.000	44.511	44.677	97,06

Vir: Bolnišnica Postojna (2010a).

Obračun storitev po metodi SPP, preko katere pridobi Bolnišnica Postojna del finančnih sredstev za ginekološko dejavnost ni tako ugoden, saj se na tem področju obravnava veliko število pacientk z nižjo utežjo, ki močno niža povprečno utež. Vrednost uteži ni posledica izračuna realnih stroškov, ampak je določena matematično glede na število obravnavanih primerov in razpoložljivih sredstev (Bolnišnica Postojna 2006, 3). Marsikatera storitev je tako premalo plačana in ne pokriva vseh stroškov. Poleg tega se določenih posegov ne da predvidevati oziroma načrtovati, niti ne odložiti – npr. splavov, krvavitev, hudih vnetij itd. Tako tudi ne morejo natančneje predvidevati obsega dela.

Ker prekoračen dogovorjen obseg dela (število obravnavanih primerov) ni plačan, povprečna utež pa je nižja, se del prihodka izgublja (Bolnišnica Postojna 2006, 3). Poleg tega obstaja veliko neznank pri evidentiranju in obračunavanju po sistemu SPP na področju ginekologije, ki se vlečejo že od samega začetka financiranja bolnišnic po tem sistemu (Bolnišnica Postojna 2010a). Sistem SPP v porodništvu in ginekologiji tako ni tako uspešen in celovit kot na drugih zdravstvenih področjih. Veliko je še nejasnosti in nepravilnosti kot

³⁴ Indeks za podatke, ki se nanašajo na pogodbo ZZZS.

³⁵ V stolpec pod ZZZS spada tudi program, pridobljen po Nacionalnem razpisu.

³⁶ V tem stolpcu se spremljajo uteži za ostale plačnike, v primeru, da se ne zaračunavajo po principu ZZZS: vrednost računa delimo z vrednostjo uteži (slovenska enka).

npr. plačevanje oskrbe zdravega novorojenčka, ki ni obračunan kot SPP, torej ga ZZZS ne financira, prav tako je pri evidentiranju bolnih novorojenčkov, ki jih je ZZZS priznal kot SPP, vendar brez dodatnih sredstev, saj je plačevanje oskrbe novorojenčka vezano na porod itd. (Bolnišnica Postojna 2010a). Takšni in podobni problemi se pojavljajo že od začetka, se iz leta v leto nadaljujejo ter prepočasi odpravljajo.

Tabela 17.3 prikazuje dogovorjena programa za leto 2008 in 2009 z ZZZS v evrih.

Tabela 17.3: Primerjava finančnih načrtov iz pogodb z ZZZS v letu 2008 in 2009 ter delež posameznih dejavnosti v primerjavi s celotno dejavnostjo

Program	Pogodba z ZZZS 2008		Pogodba 2009		Indeks eur 09/eur 08
	eur	%	eur	%	
Akutna bolnišnična obravnava	3.619.074	88	4.381.485	90,68	121,07
Neakutna bolnišnična obravnava	53.620	1	62.528	1,29	116,62
Doječe matere	36.427	1	39.590	0,82	108,69
Osnovna zdravstvena dejavnost	269.816	7	212.930	4,41	78,92
Specialistična ambulantna dejavnost	127.688	3	135.247	2,80	105,92
Skupaj	4.106.625	100	4.831.780	100	117,66

Vir: Bolnišnica Postojna (2010a, 19).

Tudi iz te tabele lahko razberemo povečanje obsega dela v letu 2009 v skoraj vseh dejavnostih. Finančna sredstva, namenjena tem programom, so bila v večini dejavnosti višja kot v letu 2008. V Bolnišnici Postojna najbolj prevladuje akutna bolnišnična obravnava, ki je obsegala v letu 2009 kar 90,68 % celotne dejavnosti bolnišnice, najmanj pa doječe matere, ki ne zavzemajo niti 1 %.

Kljub konstantno prekoračenemu dogovorjenemu obsegu dela in prostorskim ter kadrovskim stiskam ostaja glavna usmeritev Bolnišnice Postojna, da ne odklanjajo bolnic, ki iščejo storitve v njihovi bolnišnici. Povečan delež obsega dela je prisoten tako na področju porodništva kot tudi na področju ginekološke operative.

17.3.3 Analiza prihodkov in odhodkov in poslovni izid v letu 2008 in 2009

Tabela 17.4. prikazuje strukturo in znesek prihodkov bolnišnice v letu 2008 in 2009. Celotni prihodki Bolnišnice Postojna so v letu 2009 znašali 5.976.686 evrov in so bili za 15 % višji kot leta 2008.

Tabela 17.4: Struktura prihodkov v letu 2008 in 2009

Prihodki (eur)	2008	2009	Finančni načrt 2010
1. Prihodki od prodaje proizvodov in storitev	5.126.121	5.940.097	6.390.000
Prihodki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja	4.185.700	4.860.433	5.300.000
Prihodki iz dodatnega zdravstvenega zavarovanja	330.671	343.969	350.000
Prihodki od doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, od nadstandardnih storitev, od samoplačnikov, od ostalih plačnikov in od konvencij	434.017	552.259	550.000
Drugi prihodki od prodaje proizvodov in storitev	175.733	183.436	190.000
2. Finančni prihodki³⁷	42.861	23.821	5.000
3. Prihodki od prodaje blaga in materiala	16.750	12.768	5.000
SKUPAJ PRIHODKI (1+2+3)	5.185.732	5.976.686	6.400.000

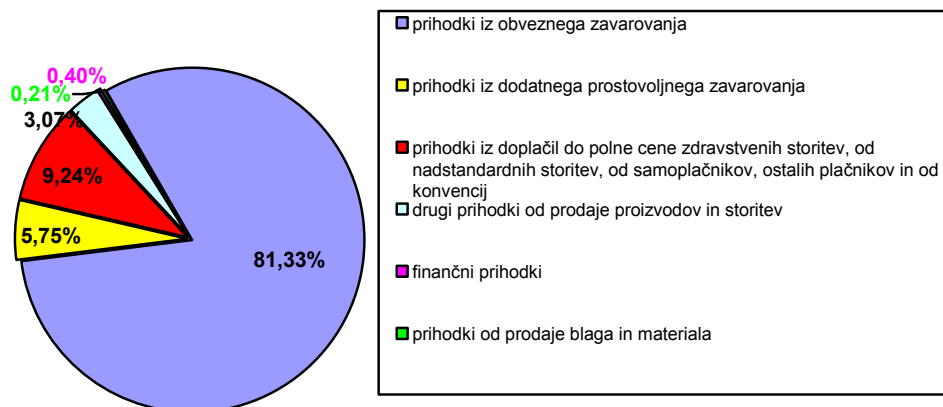
Vir: Bolnišnica Postojna (2009a, 8; 2010b, 8).

Večinski delež prihodkov Bolnišnice Postojna predstavljajo prihodki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ti so v letu 2009 predstavljali 81,33 % vseh prihodkov (glej Sliko 17.1) ter so porasli za 16 % glede na leto 2008. Tako je Bolnišnica Postojna v letu 2009 pridobila za 460.433 evrov več sredstev iz naslova obveznega zavarovanja kot v letu 2008. Bolnišnica že nekaj let konstantno povečuje vsoto pridobljenih sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj ga tudi potrebuje zaradi vedno večjega obiska bolnišnice. Prihodki iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo 5,75 % celotnih prihodkov in so se v primerjavi z letom 2008 povečali za 12 %.

Prihodki iz doplačil, nadstandardnih storitev in samoplačniških storitev predstavljajo 9,24 % v strukturi celotnih prihodkov in so bili za 27 % večji kot leta 2008. Nominalno predstavljajo za 118.242 evrov večji prihodek iz naslova nejavnih sredstev (Bolnišnica Postojna 2010a, 40–41).

³⁷ Pod finančne prihodke spadajo prejete obresti za občasno vezane depozite prostih sredstev in nimajo pomembne vloge pri prihodkih bolnišnice.

Slika 17.1: Porazdelitev prihodkov Bolnišnice Postojna glede na vir financiranja v letu 2009



Vir: prirejeno po Bolnišnica Postojna (2010a, 40).

Pri načrtovanju prihodka za leto 2010 je Bolnišnica Postojna upoštevala določene spremembe pogodbe z ZZZS, s katero bo pridobila več zaposlenih ter širitev dejavnosti. Tako predvideva, da bo prihodek za 7,09 % višji kot v letu 2009 (Bolnišnica Postojna 2010b, 8).

Kot vidimo, se prihodki Bolnišnice Postojne vsako leto konstantno povečujejo zaradi vedno večjega števila pacientov. Bolnišnica vložiti celoten dobiček v inovacije in novejšo opremo ter naprave, tako da bo s sodobnimi medicinskimi načini obravnave naslednje leto še bolj uspešna.

Celotni odhodki v letu 2009 so znašali 5.830.324 evrov in so bili za 12,75 % višji kot v letu 2008 (glej Tabela 17.5).

Tabela 17.5: Izkaz odhodkov poslovanja v letih 2008 in 2009 ter finančni načrt za leto 2010

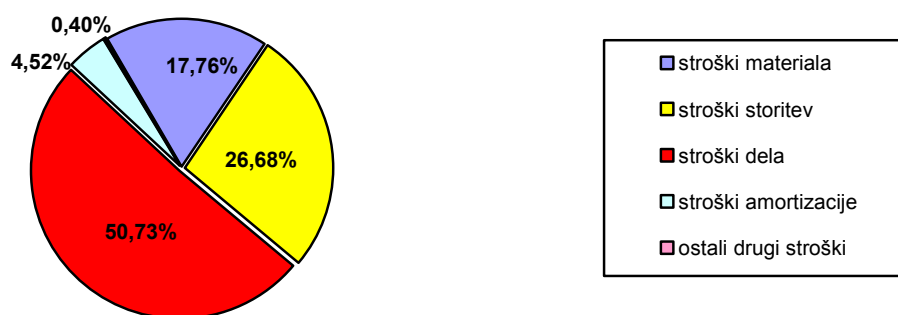
Odhodki (eur)	2008	2009	Finančni načrt 2010
Stroški materiala in storitev	2.306.877	2.591.088	2.787.000
Stroški dela	2.593.423	2.957.820	3.310.000
Stroški amortizacije	250.408	263.464	270.000
Ostali drugi stroški	16.611	14.017	15.000
Finančni odhodki	644	513	1.000
Drugi odhodki	2.986	2.000	2.000
Prevrednoteni poslovni odhodki	/	1.422	/
Celotni odhodki	5.170.949	5.830.324	6.385.000

Vir: Bolnišnica Postojna (2009a, 9; 2010b, 9).

Največ stroškov povzroča seveda material in plačila storitev ter delovna sila. Stroški blaga, materiala in storitev so v letu 2009 znašali 2.591.088 evrov in so bili za 12 % višji od doseženih v letu 2008. Delež teh odhodkov od celotnih znaša 44,44 % (Slika 17.2). Stroški dela so v letu 2009 znašali 2.957.820 evrov in tudi ti so bili višji od doseženih v letu 2008. Delež teh v celotnih odhodkih znaša 50,73 %. Bolnišnica Postojna tako polovico svojih finančnih sredstev nameni za plače zaposlenih, dajatve na plače ter druge stroške dela (prevoz na delo in iz dela, stroški prehrane med delom, obvezno pokojninsko zavarovanje, regres za letni dopust, solidarnostne pomoči itd.). Delež stroškov amortizacije v letu 2009 je manj kot 5 %, ostali stroški znašajo 0,24 % v celotnih odhodkih.

Celotni načrtovani odhodki za leto 2010 bodo za 9,52 % višji od doseženih v letu 2009. Povečal se bo delež stroškov dela, za katerega načrtujejo, da bo znesel 51,84 % celotnih načrtovanih odhodkov, ter delež stroškov materiala in storitev, ki naj bi se povečal za 7,56 % od doseženih leta 2009. Povišanje načrtovanih sredstev za stroške dela v letu 2010 gre predvsem na račun povečanja števila zaposlenih, odprave tretjega plačilnega nesorazmerja, povišanja regresa za letni dopust itd. (Bolnišnica Postojna 2010b, 9–11).

Slika 17.2: Delež posameznih stroškov v strukturi celotnih stroškov leta 2009



Vir: prirejeno po Bolnišnica Postojna (2010a, 41–43).

Bolnišnica Postojna spremlja vse neposredne stroške po stroškovnih mestih, medtem ko ključev za delitev ostalih stroškov (elektrika, ogrevanje itd.) še nimajo. V naslednjem letu imajo namen preurediti spremljanje stroškov ter uvesti informacijski sistem za spremljanje in kalkulacijo stroškov na posameznega bolnika, kar je še boljša in preglednejša metoda

spremljanja poslovanja organizacije. Glede na to, da je bolnišnica majhna ustanova; v večji bolnišnici bi bila le eden izmed oddelekov; trenuten nadzor nad stroški ni problematičen.

Po mnenju pomočnice direktorja Stegel Bizjak pa v javnem zdravstvenem sistemu ni pomemben samo nadzor stroškov, ampak tudi uspešno sodelovanje in dogovarjanje med ZZZS, Ministrstvom za zdravje in samim izvajalcem.

Razlika med prihodki in odhodki v letu 2009 prikazuje pozitiven poslovni izid. Bolnišnica Postojna je v letu 2009 dosegla presežek prihodkov nad odhodki v višini 146.362 evrov.

Kot lahko vidimo iz Tabele 17.6, je razlika med poslovnim izidom v letih 2008 in 2009 ogromna. Razlogi niso v slabšem poslovanju Bolnišnice Postojna v letu 2008, temveč v nepredvidljivih prihodkih in stroških zaradi uvedbe Zakona o sistemu plač v javnem sektorju, kasneje dogovorjenemu programu storitev z ZZZS ter tekom leta spreminjajoče se inflacije.

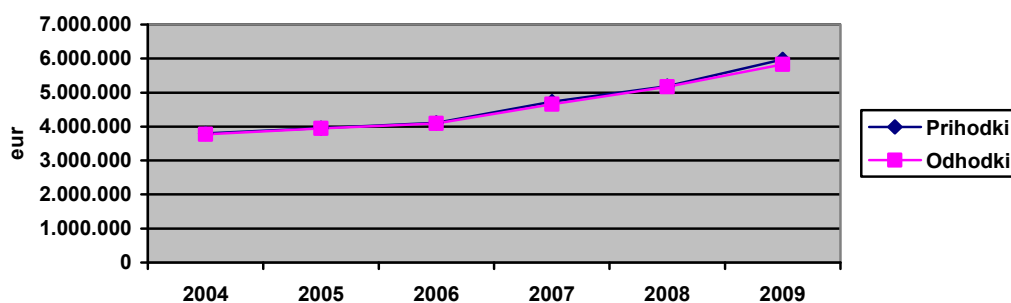
Tabela 17.6: Poslovni izid Bolnišnice Postojna v letih 2008 in 2009 ter načrtovan plan za leto 2010

(eur)	leto 2008	leto 2009	plan 2010	Indeks 09/08
Prihodki	5.185.732	5.976.686	6.400.000	115
Odhodki	5.170.949	5.830.324	6.385.000	113
Poslovni izid	14.783	146.362	15.000	990
Delež izgube/presežka v celotnem prihodku	0,29 %	2,45 %	0,23 %	845

Vir: Bolnišnica Postojna (2010a, 22; 2010b, 8–9).

Slika 17.3 prikazuje konstantno naraščanje prihodkov in odhodkov bolnišnice od leta 2004 do 2009.

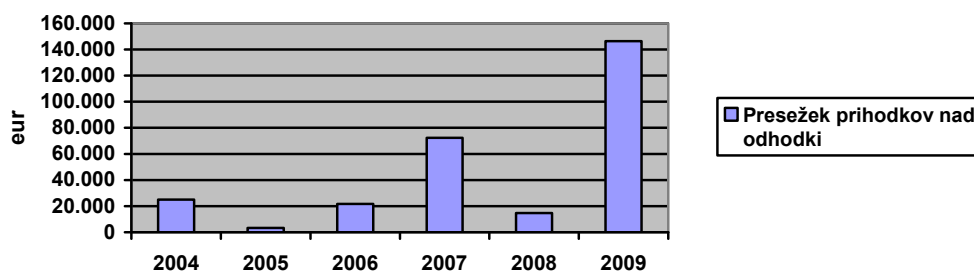
Slika 17.3: Poslovanje Bolnišnice Postojna od leta 2004 do 2009



Vir: prirejeno po Bolnišnica Postojna (2005b; 2006; 2007; 2008; 2009b; 2010a).

Bolnišnica Postojna že od leta 2002 posluje z pozitivnim poslovnim izidom (glej Slika 17.4). Bolnišnica se skuša maksimalno hitro prilagajati zahtevam okolja. Konstanten pozitiven poslovni rezultat je poleg prilagajanja dosežen predvsem zaradi racionalnega obnašanja in uspešnega poslovanja vodstva bolnišnice, natančnega in konstantnega spremljanja dela stroškov po stroškovnih mestih, opravljanja nadstandardnih in samoplačniških storitev ter malo dodatnega zaposlovanja. Kot se razbere iz Tabele 17.6, je plan bolnišnice v letu 2010 še večji.

Slika 17.4: Prikaz poslovnega izida Bolnišnice Postojna od leta 2002 do 2009



Vir: prirejeno po Bolnišnica Postojna (2005b; 2006; 2007; 2008; 2009b; 2010a).

17.3.4 Izkaz prihodkov in odhodkov glede na dejavnost

Iz Tabele 17.7 lahko vidimo, koliko sredstev pridobi in porabi Bolnišnica Postojna s tržno dejavnostjo in za izvajanje javne službe³⁸.

Prihodki za izvajanje javne službe predstavljajo 96,93 % vseh prihodkov, prihodek iz tržne dejavnosti v primerjavi z letom 2008 se je v letu 2009 povečal za 4,38 % in predstavlja 3,07 % vseh prihodkov. Da imajo prihodka iz javne službe večinski delež v celotnih prihodkih je razumljivo, saj je bolnišnica javni zavod in deluje kot neprofitna organizacija. Delež prihodka iz tržne dejavnosti pa ni zanemarljiv, saj bolnišnica lahko tako ponuja in opravi še dodatne zdravstvene storitve.

Odhodki izvajanja javne službe predstavljajo večino odhodkov, odhodki tržne dejavnosti pa predstavljajo v letu 2009 1,64 % in so bili za 45, 42 % nižji kot leta 2008. Vse to se kaže tudi v poslovnem izidu, ki je bil v letu 2009 za 990 % večji od doseženega v letu 2008.

Pozitiven poslovni rezultat Bolnišnice Postojna je tako predvsem rezultat racionalnega poslovanja in iz zbiranja dodatnih sredstev, kot so nudenje samoplačniških in nadstandardnih storitev, prostovoljnih prispevkov ter pridobljenih sredstev na trgu (Bolnišnica Postojna 2010a, 64).

³⁸ Prihodke za izvajanje javne službe delimo v osnovi na prihodke iz sredstev javnih financ (sredstva iz državnega proračuna, občinskega proračuna, sredstva iz skladov socialnega zavarovanja, javnih skladov in agencij, iz proračunov, iz naslova tujih donacij ter prejeta sredstva iz državnega proračuna iz sredstev proračuna Evropske unije) in na druge prihodke, namenjene za izvajanje dejavnosti javne službe (prejeti prihodka od prodaje blaga in storitev, prihodka od udeležbe pri dobičku in dividend ter presežkov prihodkov nad odhodki, prejete obresti, kapitalski prihodka, donacije itd.). Tržni prihodka poleg prihodkov od prodaje blaga in storitev zajemajo tudi prihodke od najemnin in zakupnin, obresti itd. Odhodki za izvajanje javne službe se delijo na plače in druge izdatke zaposlenim, prispevki delodajalcev za socialno varnost, izdatki za blago in storitve v okviru javne službe (material, energija, voda, itd.), plačila obresti, subvencij, transferi neprofitnim organizacijam, investicijski odhodki itd. (Bolnišnica Postojna 2010a).

Tabela 17.7: Izkaz prihodkov in odhodkov določenih uporabnikov po vrstah dejavnosti za leti 2008 in 2009

	LETO 2008 (eur)			LETO 2009 (eur)				
	Prihodki	Odhodki	Poslovni izid	Prihodki	%	Odhodki	%	Poslovni izid
Javna služba	5.009.999	4.995.716	14.283	5.793.250	96,93	5.734.683	98,36	58.567
Tržna dejavnost ³⁹	175.733	175.233	500	183.436	3,07	95.641	1,64	87.795
Skupaj zavod	5.185.732	5.170.949	14.783	5.976.686	100	5.830.324	100	146.362

Vir: Bolnišnica Postojna (2010a, 44).

Menim, da bi lahko vsaka bolnišnica v okviru javne zdravstvene mreže dala nekaj poudarka na svojo tržno dejavnost oziroma zbiranja dodatnih sredstev poleg javnih. S tem bi lahko pokrila izgubo, ki je zelo pogosta v bolnišnicah v javnem sektorju, ter s presežkom prihodkov nad odhodki izboljšala svoje storitve, dvignila nivo kakovosti ter tako posledično pridobila več pacientov in obenem več možnosti po za še večji zaslužek.

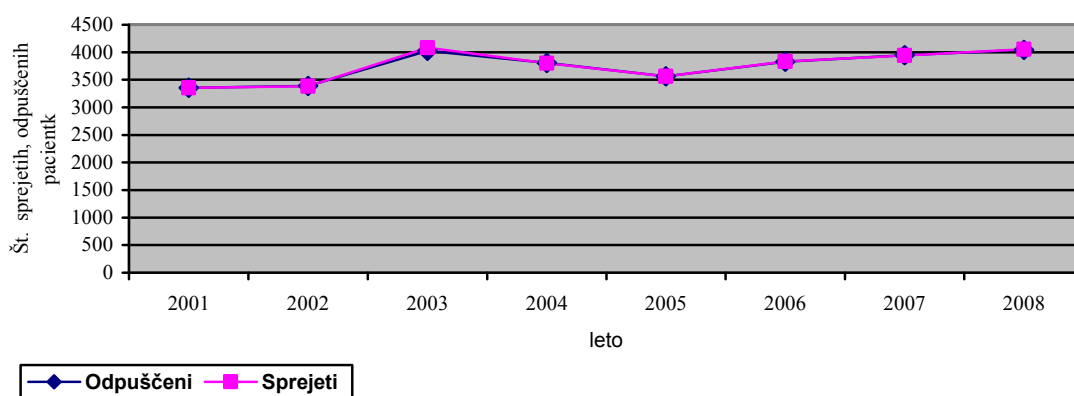
17.4 Pregled poslovanja Bolnišnice Postojna na področju stroke

Uspešnost poslovanja zavoda ne prikazuje samo finančno poročilo, ampak tudi poročilo na področju njihove stroke. V nadaljevanju bom prikazala pomembnejše statistične podatke, ki to uspešnost tudi potrjujejo.

Število pacientk od leta 2002 do 2009 (Slika 17.5) prikazuje porast obiskov Bolnišnice Postojna iz leta v leto. V letu 2002 je številka sprejetih pacientk znašala 3.385, leta 2009 pa že kar 4.208.

³⁹ Prihodki in odhodki tržne dejavnosti so nastali z opravljanjem raznoraznih storitev, kot so pranje in sterilizacija za druge ustanove, priprava prehrane za zaposlene in zunanje uporabnike, nadstandardno bivanje pacientov, prisotnost pri porodu, najemnine in zakupnine, mentorstvo itd. (Bolnišnica Postojna 2010a, 44).

Slika 17.5: Število sprejetih in odpuščenih pacientk od leta 2002 do leta 2009

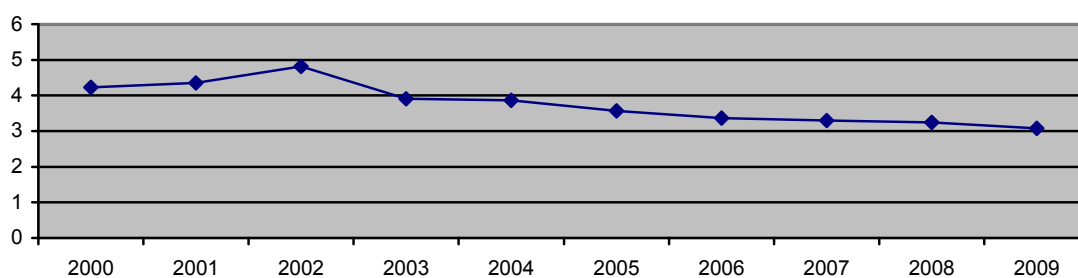


Vir: prirejeno po Bolnišnica Postojna (2010a, 49).

V Bolnišnici Postojna je povprečna ležalna doba od leta 2000, ko je znašala 4,23 dni padla na 3,08 dni v letu 2009 (glej Slika 17.6). Povprečna ležalna doba je izrazito krajša, kar je v skladu s težnjami Bolnišnice Postojna, da je opravljenih čim več dnevni in enodnevnih obravnav (Bolnišnica Postojna 2010a, 49).

Cilj skrajševanja čakalnih dob je cilj na nacionalni ravni, saj se s tem poskuša zagotoviti boljšo dostopnost do zdravstvenih storitev.

Slika 17.6: Raven povprečne ležalne dobe od leta 2000 do 2009

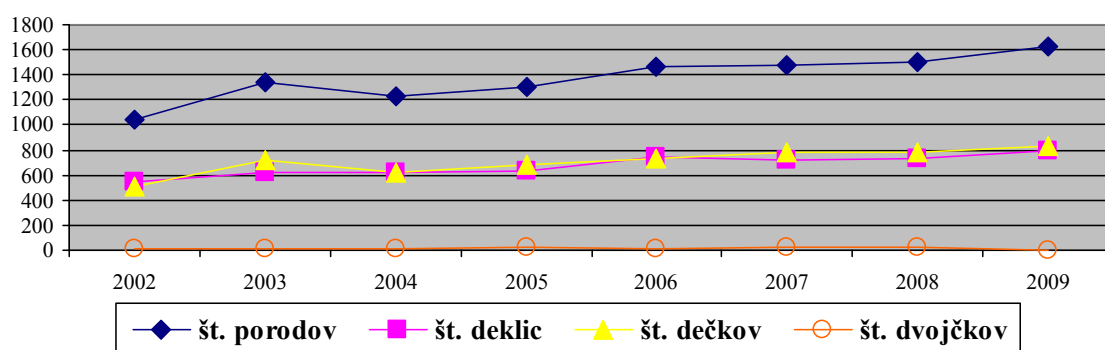


Vir: prirejeno po Bolnišnica Postojna (2010a, 49).

Število porodov od leta 2002 konstantno narašča (glej Slika 17.7). Leto 2009 je bilo tako za Bolnišnico Postojna rekordno, saj so v bolnišnici zabeležili kar 1622 porodov, kar je praktično enkrat več kot pred petnajstimi leti, ko letne statistike niso dosegale niti 800

porodov. Kljub obilici dela v porodnem oddelku pa nista niti ginekološki niti specialistično dispanzerski oddelek zaostajala za njim (Bolnišnica Postojna 2010a).

Slika 17.7: Grafični prikaz števila porodov od leta 2002 do 2009



Vir: prirejeno po Bolnišnica Postojna (2010a, 49).

Po moji oceni število porodov v Bolnišnici Postojna narašča ravno zaradi tega, ker bolnišnica konstantno skrbi za svoje pacientke ter jim nudi vso potrebno oskrbo in storitve, kar tudi potrjujejo nacionalne ankete o izkušnjah bolnic in interne ankete zadovoljstva pacientk, ki spremljajo trende že nekaj let.

Tudi število operativnih posegov se je od leta 2002 drastično povečalo (Tabela 17.8). Število operativnih posegov je večje kot število obravnavanih bolnic, saj je glede na diagnozo bolezni in zaradi racionalizacije ter izboljšanja kakovosti in zadovoljstva bolnice smiselno, da je pri isti pacientki opravljenih več posegov (Bolnišnica Postojna 2010a, 50).

Tabela 17.8: Prikaz števila operativnih posegov od leta 2002 do 2009

Leto	Mali	Veliki
2002	1212	618 operirank
2003	1772	678 operirank (757 posegov)
2004	1620	719 operirank (835 posegov)
2005	1348	748 operirank (846 posegov)
2006	1311	808 operirank (994 posegov)
2007	1205	804 operirank (1037 posegov)
2008	1161	823 operirank (1086 posegov)
2009	1377	888 operirank (1153 posegov)

Vir: Bolnišnica Postojna (2010a, 50).

Prostorska stiska je edina ovira Bolnišnice Postojna za širjenje svoje dejavnosti in storitev. Z njo se bolnišnica sooča že kar nekaj let. V bližnji prihodnosti bi morala bolnišnica pridobiti ali zgraditi prostore za svojo širitev, saj, kakor je zgoraj razvidno, se število obiskov konstantno povečuje, obenem pa ima bolnišnica dovolj sredstev in sposoben kader za tako velik korak.

18 Sklep

Zdravstveno varstvo posega v življenje vsakega posameznika, njegove družine in družbe kot celote. Deluje štiriindvajset ur na dan in tristo petinšestdeset dni v letu. Kakšno je to zdravstveno varstvo, zanima tako posameznika kot tudi družbo. Z zdravstvom se ukvarjajo gospodarski subjekti, vlada, politične stranke, država in tudi civilna družba. Prav zato sem se tudi jaz odločila bolj podrobno spoznati naš sistem zdravstvenega varstva, kako deluje, kdo so njegovi udeleženci, kako se financira, s kakšnimi problemi se sooča itd.

Javne zdravstvene organizacije delujejo v javnem interesu. Njihov namen je trajno zagotavljati storitve in dobrine, ki so pogoj za uspešno delovanje družbe kot celote, njenih podsistemov in posameznega človeka. Te organizacije niso ustanovljene zaradi ustvarjanja dobička oziroma preseganja prihodkov nad odhodki. Zaradi tega se jih uvršča med nepridobitne organizacije. Da pa sistem javnega zdravstvenega varstva v osnovi ne stremi k dobičku, potrjuje tudi Zakon o zavodih, ki določa da so javni zavodi – bolnišnice in zdravstveni domovi – nepridobitne organizacije.

Za zdravstveni trg velja, da je zelo specifičen in nekonkurenčen. Predpostavke popolne konkurence na trgu zdravstvenih storitev ne veljajo. V Sloveniji na trgu zdravstvenih storitev oz. med udeleženci konkurenca skorajda ni prisotna, ker imamo javni sistem zdravstvenega varstva. Med plačniki in izvajalci ni konkurenčnega odnosa, saj imamo samo enega javnega plačnika, prav tako ni prave konkurence med izvajalci samimi, zdravstvenimi zavarovalnicami itd.

Splošno sprejeto dejstvo v Evropi je, da je potrebno povečati konkurenčnost zdravstvenega sistema. Z delno privatizacijo zdravstvenega varstva bi lahko vnesli nekaj konkurence. Tako bi lahko zasebni zavod opravljali iste storitve kot javni zavod in bi deloval kot sorodna ali alternativna izbira. Povečati bi bilo potrebno število zasebnih izvajalcev ter število koncesionarjev, ki spadajo pod mrežo javnega zdravstva. Javni zdravstveni zavodi bi z reorganizacijo postali bolj konkurenčni in tržno naravnani. Dobro bi bilo tudi vzpostaviti večjo konkurenco med zdravstvenimi zavarovalnicami.

Monopol javnega zdravstvenega sistema v Sloveniji preprečuje nadaljnji razvoj zdravstvenega sistema, raznovrstnost ponudbe le-tega, večjo učinkovitost ter manjše stroške, možnost privatizacije itd. Obenem tudi izriva konkurenco.

Moja prva hipoteza se je nanašala na nepridobitnost sistema javnega zdravstvenega varstva ter na pomanjkanje konkurenčnosti na tem trgu. Hipoteza se je izkazala za pravilno.

Za pokrivanje nenehno naraščajočih izdatkov za zdravstveno varstvo je v današnjem času vedno težje najti zadostne vire sredstev. S tem problemom se soočajo zdravstveni sistemi povsod po svetu. Sredstva za zdravstveno varstvo so omejena z gospodarsko močjo in politiko države. Pomemben razlog za povečanje stroškov zdravstvenega varstva je naraščanje števila starejših prebivalcev, ki so pogosteje bolni in potrebujejo zdravstveno varstvo v večjem obsegu. Danes je tako jasno, da bo zdravstvo vedno dražje in da bo potrebno poiskati več alternativnih virov financiranja.

Kljub gospodarskim in demografskim spremembam pa Slovenija že kar nekaj let ohranja enak sistem pridobivanja in razdeljevanja sredstev zdravstvenega varstva, delitve zdravstvenega zavarovanja na obvezno in prostovoljno, nepretiranega nadzora nad delovanjem zdravstvenih organizacij itd. Vprašanje pa je, ali je ta sistem še vedno učinkovit in ali bo uspešno deloval v prihodnosti. Domneve kažejo, da temu ne bo tako. Potrebno bo poiskati nove načine financiranja zdravstvenega varstva, s katerimi se bo pridobilo zadostno število sredstev za pokrivanje delovanja javnega sistema zdravstvenega varstva oziroma ZZZS, povečati delež zasebnih sredstev itd. Skratka, korenito bo potrebno spremeniti sistem zdravstvenega varstva. Izkazalo se je namreč, da ZZZS že nekaj let ne more pokrivati vseh izdatkov javnega sistema zdravstvenega varstva. Obvezno zdravstveno zavarovanje je zašlo v izgube, ki se jih brez večjih sprememb ne da odpraviti. Razlogov je veliko. Enega od teh vidim v tem, da obvezno in prostovoljno zavarovanje pri nas nista dosledno ločena. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje plačuje skoraj vsak, tako da je izgubilo svojo prostovoljnost. Denarna plačila, ki teoretično ne sodijo v javno zdravstveno zavarovanje, tj. nadomestilo plače, pogrebna, posmrtnina in potni stroški, bi se morala prenesti na finančne vire sociale, da bi se razbremenil proračun zdravstva. Prostovoljno oz. zasebno zavarovanje mora biti organizirano tako, da bo prisotna konkurenca in ne monopol ali pa podjetja z veliko tržno močjo. Potrebno bi bilo dopustiti tudi vstop tujih zavarovalnic ter pustiti možnost državljanom, da se zavarujejo tudi v tujini. Z višanjem zasebnih sredstev

za financiranje zdravstvenega varstva bo lažje zadostiti potrebam prebivalcev po zdravstvenih storitvah. Višina javnih sredstev za delovanje zdravstvenega varstva bi se tudi morala povečati. Kjer so čakalne dobe najdaljše, bi bilo potrebno nameniti več dodatnih sredstev, ki ne bi bila nujno le v obliki denarja in investicij, lahko bi pomagali tudi s človeškimi viri (npr. več zdravnikov).

Potrebno bi bilo tudi skrajšati šolanje in usposabljanja zdravnikov, da bi ti čim hitreje pričeli opravljati svoje delo. Ker imajo zdravniki v družbi privilegiran položaj, dosegajo dohodke, ki so 3 do 5 krat višji od povprečnih zaslužkov, ki so dogovorjeni s kolektivno pogodbo. Dobrodošla bi bila sprememba plačnega sistema zdravstvenih delavcev, ki bi bolj temeljila na produktivnosti zaposlenih in njihovi uspešnosti.

Neučinkovit sistem zdravstvenega varstva pripomore tudi k temu, da se uvajanje novejših tehnologije oziroma zahtevnejših zdravstvenih storitev, ki temeljijo na sodobnejši, bistveno dražji tehnologiji in zdravilih, dogaja prepočasi oziroma z zamudo ali pa niti ne pride do njih. Tako bolnik, ki bi si lahko privoščil dražje storitve, nima možnosti uporabe le-teh in posledično izvajalci ne pridobijo dodatnih virov za njihovo rast in razvoj.

Posebno vprašanje je zadostnost in ustreznost obnavljanja in nadomeščanja materialnih zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov (zgradbe, medicinska oprema) ter gospodarna oskrba s potrebnim materialom. Za te namene organizacije ponavadi ne pridobijo dovolj javnih finančnih sredstev. Ob sredstvih, ki jih zdravstveni zavod dobi za svoje tekoče delo, bi bilo potrebno nameniti še nekaj odstotkov izključno za obnovo ali nadomestitev opreme, kar bi prispevalo k tekočemu in nemotenemu obnavljanju in razvoju materialnih zmogljivosti javnih zdravstvenih ustanov.

Država bi morala oblikovati uravnotežen finančni načrt ZZZS in zagotavljati stabilno poslovanje brez zadolževanja. ZZZS bi moral več pozornosti nameniti izterjevanju neplačanih prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. ZZZS bi moral tudi bolj učinkovito upravljati in obvladovati stroške. Po mojem mnenju je prisotno veliko pomanjkanje učinkovitega kadra oziroma managementa ter raznih managerskih orodij, s katerimi bi analizirali delovanje ZZZS in tako izboljšali sistem pridobivanja sredstev za sistem javnega zdravstvenega varstva ter zmanjšali stroške.

Z ugotovitvijo, da sistem zdravstvenega varstva pridobiva premalo sredstev za pozitivno poslovanje ZZZS kot tudi za učinkovito delovanje javnega sistema zdravstvenega varstva, potrjujem drugo hipotezo.

V državah razvitega sveta potrebe po zdravstvenih storitvah praviloma presegajo ponudbo, ki jo omejujejo razpoložljiva finančna sredstva, zato je pomembno, da se obstoječa sredstva razdelijo med izvajalce zdravstvenih storitev na sistematičen in pregleden način. Iskanje optimalnega modela financiranja v zdravstvu je zahtevna naloga, s katero se ukvarjajo mnoge države. V slovenskem javnem sistemu zdravstvenega varstva je pri razdelitvi sredstev izvajalcev prisotno veliko nedoslednosti, napak in neučinkovitosti. Dogovarjanja med partnerji glede razporeditve sredstev so pogostokrat nepravilna in neučinkovita ter nikoli ob dogovorjenem roku. Managerji bi lahko pri dogovarjanju o cenah in programih z enotnim nastopom dosegli transparentno financiranje in s tem pravičnejšo razporeditev sredstev med izvajalci. Truditi bi se morali tudi za upoštevanje časovnih rokov. Vloge in odgovornosti ključnih institucij v zdravstvenem sistemu bi morale biti bolj jasne ter izvajalci bi morali biti bolj avtonomni in odgovorni za svoje poslovanje in nadzor stroškov. Določena bi morala biti jasna in natančna navodila in pravila, v kolikšnem obsegu se določene storitve plačajo.

Praksa tujih zdravstvenih sistemov je pokazala, da je za bolnišnično zdravljenje najboljši model prospektivni plačilni sistem, pri katerem je z bolnišnicami dogovorjeno plačilo po skupinah podobnih primerov (SPP), ki izhaja iz diagnostičnih skupin (DRG). Ta model se uporablja tudi v Sloveniji. S tem sistemom so se preusmerila sredstva na potrebe državljanov in na njihovo zadovoljstvo.

Prednosti tega modela so, da izvajalce spodbuja k iskanju notranjih rezerv, zmanjševanju ležalnih dob in prehodu na ambulantni (dnevni) način zdravljenja. Ker so bolnišnični stroški največji del zdravstvenega proračuna, je s tem sistemom prišlo do precejšnje racionalizacije in prihrankov. Prospektivni model plačevanja po SSP ima prednost tudi v tem, da se finančno tveganje med izvajalci in plačniki enakomerno porazdeli (Kranjec 2003).

Naslednja hipoteza, da je najboljši model razdelitve sredstev izvajalcem ter obenem najboljši mehanizem spremljanja in nadziranja stroškov v Sloveniji sistem skupin primerljivih primerov – SPP, se je potrdila.

Bistvo obvladovanja stroškov je znanje o tem, kolikšni so stroški in kako je mogoče na njih vplivati. To znanje bi morala imeti vsaka organizacija. Uporabljati bi morala managerska orodja, ki jasno prikazujejo stanje stroškov in kje se jih da znižati. V bolnišnice bi bilo potrebno uvesti mehanizme za nadzor stroškov, s katerimi bi se obdelovalo podatke tudi na državni ravni in naredilo analize. Z njimi bi imeli lažji pregled v delovanje institucij javnega zdravstvenega varstva, lažje bi poiskali rešitve za njihove probleme in zmanjšali nepotrebne stroške.

Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna ima jasno začrtano vizijo, prepoznavne strategije, vrednote in poslanstvo. Ravno zato dobro obvladuje nivo stroškov ter ima pregleden nadzor nad njimi. Zaradi majhnosti bolnišnice in majhnega kadra je to malo lažje. Ne glede na to, pa bi lahko bolnišnica uporabljala malo več menedžerskih orodij, saj bi z njimi lahko še bolj zmanjšala stroške oziroma optimizirala poslovanje. Bolnišnica namreč uporablja le ankete zaposlenih in pacientov ter nacionalne kazalce poslovanja, ki jih je predpisalo Ministrstvo za zdravje. S temi kazalci se lahko bolnišnica primerja z ostalimi bolnišnicami, ki spadajo v isto kategorijo. Je pa res, da bolnišnica nameni veliko pozornosti temu in v skladu z rezultati in mnenjem zaposlenih ter pacientov izoblikuje strategije in poslovanje bolnišnice v prihodnosti. Bolnišnici Postojna je zelo pomembno zadovoljstvo zaposlenih in pacientov, kar je ena izmed najbolj pomembnih stvari pri uspešnem delovanju in poslovanju organizacij. Zadovoljen kader je bolj motiviran in produktiven, zadovoljni pacienti pa se vračajo in večajo ugled bolnišnice. Na podlagi tega lahko rečem, da je ne glede na majhnost bolnišnice in nerazvitost managementa v njej prisoten kadrovski management oziroma prvine le-tega. Tako kot je bolnišnica v koraku s časom glede novejših tehnologij in storitev, je tudi v koraku s časom glede ravnanja z zaposlenimi in pacienti.

Rezultat dobrega vodenja in poslovanja Bolnišnice Postojna je tudi že več kot desetletno uspešno poslovanje le-te. Bolnišnica Postojna nekaj svojega dohodka pridobi s tržnimi dejavnostmi, relativno več kot preostale bolnišnice v Sloveniji. Celoten presežek prihodkov

nad odhodki nameni izključno v izboljšanje storitev bolnišnice (zamenjavo iztrošene opreme, nakup sodobnejše, uvajanje novih postopkov zdravljenja, zdravil itd.). Veliko sredstev pridobi tudi z različnimi akcijami, kjer je vključeno doniranje (npr. akcija doniranja za nakup novega inkubatorja za nedonošenčke itd.) ter z zunanjimi sponzorji.

Za boljše delovanje bolnišnic in njihov razvoj bi lahko prišlo do reorganizacije le-teh s pomočjo uvajanja zasebne lastnine, zasebno-javnega partnerstva ali vnosa podjetništva. Bolnišnica bi lahko opravljala del storitev, ki so v sklopu obveznega zdravstvenega zavarovanja, drugi del pa bi bil vezan na prostovoljno zdravstveno zavarovanje in plačila posameznikov. Tako bi pridobila dodatna sredstva, ki bi jih vložila v razvoj in uvajanje sodobnejših tehnologij zdravljenja. Bolnišnice morajo spodbujati zasebnike k vlaganju vanje. Ravno to počne Bolnišnica Postojna in tako konstantno skrbi za svoj razvoj in širjenje zdravstvenih storitev.

Zadnja hipoteza o učinkovitem obvladovanju stroškov in uspešnem poslovanju bolnišnice Postojna se je potrdila.

Za zaključek poudarjam, da mora imeti vsak sistem zdravstvenega varstva v središču bolnika in njegove potrebe. Sistem mora biti pregleden, racionalen in učinkovit. Pomembne prvine so pravična porazdelitev, solidarnost in enakost za prebivalce ter tudi izvajalce. Kot prednost našega javnega zdravstvenega sistema vidim močno tradicijo socialne vzajemnosti in enakopravnosti.

19 Literatura

1. Atkinson, A. Anthony. 2001. *Management accounting*. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall.
2. Baumol, J. William. 1993. Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice. *Public Choice* 77 (1): 17–28
3. Bohinc, Franc. 2000. Sprotno spremljanje poslovanja – kontroling v javnem zdravstvenem zavodu. V *Pomen analiziranja za kakovost odločitev (poslovodnih) in drugih ravnateljev ter strokovnjakov/6. strokovno posvetovanja o sodobnih vidikih analize poslovanja in organizacije, Portorož, 28. in 29. september 2000*, 114–124. Ljubljana: ZES.
4. Bohinc, Marija. 1997. Menedžment in izobraževanje vodilnih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege* 31 (5–6): 247–252.
5. Bolnišnica Postojna. 2005a. *Statut Javnega zdravstvenega zavoda Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna*. Postojna: interno gradivo.
6. --- 2005b. *Letno poročilo 2004*. Postojna: interno gradivo.
7. --- 2006. *Letno poročilo 2005*. Postojna: interno gradivo.
8. --- 2007. *Letno poročilo 2006*. Postojna: interno gradivo.
9. --- 2008. *Letno poročilo 2007*. Postojna: interno gradivo.
10. --- 2009a. *Finančni načrt za leto 2009*. Postojna: interno gradivo.
11. --- 2009b. *Letno poročilo 2008*. Postojna: interno gradivo.
12. --- 2010a. *Letno poročilo 2009*. Postojna: interno gradivo.
13. --- 2010b. *Finančni načrt za leto 2010*. Postojna: interno gradivo.
14. Bose, Ranjit. 2002. Knowledge Management-enabled Health Care Management Systems: Capabilities, Infrastructure and Decision-support. *Expert system With Applications* (24): 59–71.
15. Brinc, Tatjana. 2003. *Analiza sistemov zdravstvenega varstva in referenčna primerjava vrednosti zdravil*. Magistrsko delo. Ljubljana: FDV.
16. Brščič, Bernard in Maks Tajnikar. 2007. Zdravstvene storitve kot ekonomska dobrina. *Zdravstveno varstvo* 46 (2): 78–84.

17. Ceglar, Jakob. 2005. Model plačevanja akutnih bolnišničnih obravnjav na podlagi skupin primerljivih primerov. V *Notranje revidiranje v zdravstvenih organizacijah*, 49–65. Gradivo za seminar. Ljubljana: Lm Veritas.
18. Culyer, J. Anthony. 1989. The Normative Economics of Health Care Finance and Provision. *Oxford Review of Economics Policy* 5 (1): 34–58.
19. Czarnecki, T. Mark. 1995. *Benchmarking Strategies for Health Care Management*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers.
20. Česen, Marjan. 1997. *Oblike plačevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
21. --- 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
22. Črnčec, Marjan. 2008. *Ekonomika podjetja*. Ljubljana: Zavod IRC.
23. De Maeseneer, Jan. 2005. Primarno zdravstveno varstvo iz evropske perspektive. *Zdravstveno varstvo* 44 (4): 171–172.
24. --- 2008. Kakšen naj bo odgovor evropskih sistemov kakovostnega primarnega zdravstvenega varstva na izzive 21. stoletja? *Zdravstveno varstvo* 47 (3): 104–105.
25. Devine, Kevin, Priscilla O'Clock in David Lyons. 2000. Health-Care Financial Management in Changing Environment. *Journal of Business Research* 48 (3): 183–191.
26. Donaldson, Cam in Karen Gerard. 2005. *Economics of Health Care Financing: the Visible Hand*. Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan.
27. Epstein, A. Richard. 1999. *Mortal Peril: Our inalienable right to help care?* Cambridge: Harvard University Press.
28. Fakin, Samo. 2008. Strateški razvojni načrt Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2008-2013. V *Sodobni vidiki vodenja v zdravstvu/15. strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu, Ptuj 22. in 23. maj 2008*, 9–36. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
29. Ferjanc, Marjan. 2006. *Orodja za presojo strateških finančnih odločitev v bolnišnicah*. Magistrsko delo. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
30. --- 2009. Bolnišnice v primežu recesije. V *Zagotavljanje izvajanja zdravstvenih storitev v času gospodarske krize/12. strokovno srečanje članov društva*

- ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Bled 23. oktober 2009, 65–71.*
Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
31. Folland, Sherman, Allen C. Goodman and Stano Miron. 2001. *The Economics of Health and Health Care*. Upper Sadle River (New York): Prentice Hall.
 32. Freeman, J. Robert in Craig D. Shoulders. 1993. *Governmental and Nonprofit Accounting*. New Jersey: Printice & Hall.
 33. Glas, Miroslav. 2000. *Ekonomija. Del 2, temelji mikroekonomije*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
 34. Gorjup Viktorija. 1997. Povečevanje učinkovitosti v javnem zdravstvenem zavodu. V *Od kakovostne zasnove in ustreznih pogojev analiziranja do uspešne uveljavitve ukrepov/3. strokovno posvetovanje o sodobnih vidikih analize poslovanja in organizacij, Bernardin 25. in 26. september 1997, 90–99*. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
 35. Grembowski, E. David, Karen S. Cook, Donald L. Patrick in Amy Elizabeth Roussel. 2002. Managed Care in the US Health Care System: A Social Exchange Perspective. *Social Science & Medicine* 54 (8): 1167–1180.
 36. Hočevar, Franc. 1996. *Management zdravstvenih storitev in obnašanje uporabnikov*. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
 37. --- 2008. Položaj in vloga managementa v zdravstvu v zadnjih 20 letih – vzponi in padci. V *Sodobni vidiki vodenja v zdravstvu/15. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Ptuj 22. in 23. maj 2008, 5–8*. Ljubljana: Zveza ekonomistov Slovenije.
 38. Hočevar, Marko, Sandi Igličar in Maja Zaman. 2000. *Osnove računovodstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
 39. Inštitut za varovanje zdravja RS. 2006. *Informacijski sistem bolnišničnih obravnav*. Ljubljana: IVZ RS.
 40. Kadoič, Štefan. 1995. *Ekonomika poslovnega sistema*. Kranj: Moderna organizacija.
 41. Keber, Dušan, Tit Albreht, Jože Arzenšek, Julijana Mlakar Bizjak, Polona Brerar, Jakob Ceglar, Leo Ciglencečki, Silva Pečar Čad, Mojca Gruntar Činč, Petra Došenovič, Irena Kirar Fazarinc, Metoda Dodič Fikfak, Don Hindle, Andrej Kovačič, Mladen Markota, Dorjan Marušič, Tanja Mate, Sonja Grobovšek Opara,

- Vesna Kerstin Petrič, Valentina Prevolnik Rupel, Rade Pribakovič, Andrej Robida, Mateja Rok Simon, Jožica Šelb Šemerl, Janja Šešok, Tadej Štular, Maks Tajnikar, Martin Toth, Igor Velušček, Simon Vrhunec in Jožica Maučec Zakotnik, ur. 2003. *Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
42. Klančar, Darinka. 2005. Nadziranje poslovanja v zdravstvenem domu dr. Božidarja Lavriča – Cerknica. V *Notranje revidiranje v zdravstvenih organizacijah*, 82–103. Gradivo za seminar. Ljubljana: Lm Veritas.
43. Klun, Barbara. 2000. *Mednarodna primerjava zdravstvenega varstva in zavarovanja za dolgotrajno nego*. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
44. Kornai, János in Karen Eggleston. 2001. *Welfare, Choice, and Solidarity in Transition: Reforming the Health Sector in Eastern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
45. Košir, Franc. 2005. Financiranje zdravstvenega varstva: javno-zasebno. *Zdravniški vestnik* 74 (7/8): 460–461.
46. Kranjec, Marko. 2003. Slovenski zdravstveni sistem in javni sektor. *Uprava* 1 (2): 83–101.
47. Križaj, Franc. 2000. *Temeljno znanje o kontrolingu, kontrolerju in stroških*. Ljubljana: ORGOS d.o.o.
48. Kuhar, Marjeta, Dorjan Marušič in Andrej Robida. 2008. Metodologija za merjenje uspešnosti in učinkovitosti delovanja javnih bolnišnic v Sloveniji. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 24 (2): 45–53.
49. Loncner, Matej. 2005. Metodika planiranja, spremljanja in nadziranja stroškov po stroškovnih mestih v zdravstvenih domovih. V *Notranje revidiranje v zdravstvenih organizacijah*, 104–128. Gradivo za seminar. Ljubljana: Lm Veritas.
50. Marn, Stane, Eva Zver in Janja Šešok. 2005. Nacionalni zdravstveni računi. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 21 (2): 27–34.
51. Marušič, Dorjan, Jakob Ceglar in Valentina Prevolnik-Rupel. 2009. Modeli plačevanja zdravstvenih storitev s poudarkom na plačevanju po skupinah primerljivih primerov v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo* 48 (4): 177–183.

52. Miklavčič, Andreja. 1997. *Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji: problemi in perspektive*. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
53. Ministrstvo za finance. 2010. *ZZZS 1992-2010*. Dostopno prek: http://www.mf.gov.si/si/tekoca_gibanja_v_javnih_financah/bilten_javnih_financ/ (7. junij 2010).
54. Mossialos, Elias in Anna Dixon. 2002. Funding health care: an introduction. V *Funding health care: options for Europe*, ur. Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras in Joe Kutzin, 1–30. Buckingham: Open University Press.
55. Možina, Stane, Bogdan Kavčič, Mitja I. Tavčar, Danijel Pučko, Štefan Ivanko, Bogdan Lipčnik, Jože Gričar, Leon Repovž, Andrej Vizjak, Aleš Vahčič, Veljko Rus in Rado Bohinc. 1994. *Management*. Radovljica: Didakta.
56. Možina, Stane, Rudi Rozman, Mitja I. Tavčar, Danijel Pučko, Štefan Ivanko, Bogdan Lipčnik, Jože Gričar, Miroslav Glas, Janko Kralj, Metka Tekavčič, Vlado Dimovski in Bogomir Kovač. 2002. *Management nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
57. Mrkaić, Mićo in Rado Pezdir. 2007. Omejitve poslovanja bolnišnic – korenine neučinkovitosti slovenskega zdravstva. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 23 (4): 123–129.
58. Normand, Charles in Aysel Weber. 1994. *Social Health Insurance, A Guidebook for Planning*. Geneva: World Health Organisation.
59. OECD. 2008. *Health Data 2008, Statistics and Indicators for 30 Countries*. Paris: IRDES.
60. Oliver, Adam. 2003. Health Economic Evaluation in Japan: A Case Study of One Aspect of Health Technology Assessment. *Health Policy* 63 (2): 197–204.
61. Orosz, Eva in David Morgan. 2004. SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis. *OECD Health Working Papers 16*. Paris: OECD.
62. Perloff, M. Jeffrey. 1999. *Microeconomics*. Reading: Addison-Wesley.
63. Petek Uhan, Metka. 2008. Management vključevanja zavoda osnovnega zdravstvenega varstva v lokalno okolje. V *Sodobni vidiki vodenja v zdravstvu/15*.

- strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Ptuj 22. in 23. maj 2008*, 69–75. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
64. Peterson, H. Craig in Cris W. Lewis. 1999. *Managerial Economics*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
65. Pirnat, Rajko. 2007. Zdravstvo med javnim in zasebnim. V *Javno in zasebno partnerstvo/14. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Radenci 17. in 18. maj 2007*, ur. Franc Hočever, 71–75. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
66. Polyzos, M. Nicholas. 2002. Striving Towards Efficiency in the Greek Hospitals by Reviewing Case Mix Classifications. *Health Policy* 61 (3): 305–328.
67. *Preglednica 19. Ocena celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo v Republiki Sloveniji 2007–2013 v tekočih cenah in v odstotku od BDP (projekcija zasebnih izdatkov je pripravljena na podlagi deleža zasebnih izdatkov v celotnih izdatkih za zdravstvo za leto 2006 po metodologiji SHA)*. 2010. Dostopno prek: http://www.uradni-list.si/files/RS_-2008-072-03163-OB~P021-0000.PDF (27. september 2010).
68. Premik, Marjan. 1995. Primarno zdravstveno varstvo in zdravstveni dom. V *Zdravstveni dom, javni in zasebni sektor/Strokovni posvet Primarno zdravstveno varstvo*, ur. Marjan Premik, 14–22. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino.
69. Pučko, Danijel in Rudi Rozman. 2000. *Ekonomika podjetja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
70. Reisman, David. 1993. *The Political Economy of Health Care*. London: The Macmillan Press LTD.
71. Rejc, Andreja. 2003. Nadzor stroškov v zdravstveni organizaciji. V *Strokovno posvetovanje Zdravniki kot managerji, Portorož 4. in 5. april 2003*, 45–54. Ljubljana: Društvo ekonomistov.
72. Retelj, Mira. 2007. Benchmarking kot orodje za izboljševanje poslovnih rezultatov in poslovnih procesov v slovenskih bolnišnicah. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 23 (1): 21–30.
73. Ritonja, A. Slavica. 1998. Razvoj zdravstvenega managementa v državah zahodne in srednje Evrope. *ISIS* 7 (5): 30–32.

74. Robida, Andrej. 2006. *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.
75. Rosen, S. Harvey. 1999. *Public Finance*. Boston: Irwin/McGraw-Hill.
76. Slovenski inštitut za revizijo. 2006. *Slovenski računovodski standardi 2006*. Ljubljana: Zveza računovodij, finančnikov in revizorjev Slovenije.
77. Soršak, Milan. 2005. Spremljanje stroškov po stroškovnih mestih in stroškovnih nosilcih v bolnišnicah. V *Notranje revidiranje v zdravstvenih organizacijah*, 66–81. Gradivo za seminar. Ljubljana: Lm Veritas.
78. Spendolini, Michael. 2002. *The Benchmarking Book*. New York: Amacom.
79. Stanovnik, Tine. 2004. *Javne finance*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
80. Stefanelly, Mario. 2002. The Role of Methodologies to Improve Efficiency and Effectiveness of Care Delivery Processes for the year 2013. *International Journal of Medical Informatics* 66 (1–3): 39–44.
81. Stegel Bizjak, Marjeta. 2008. *Z rojstvom otroka se rodi tudi mati: zbornik ob 20-letnici selitve bolnišnice v nove prostore: 1988-2008*. Postojna: Bolnišnica Postojna.
82. Svenšek, Rosvita in Jana Wahl. 2007. Sistem financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 23 (1): 5–20.
83. Tajnikar, Maks in Petra Došenovič. 2003. *Upravljanje in regulacija sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
84. Tajnikar, Maks, Petra Došenovič in Jana Uršič Huč. 2005. *Pregled stanja na trgu prostovoljnih dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Mednarodni inštitut za potrošniške raziskave.
85. Tajnikar Maks. 2007. Podjetništvo v slovenskem zdravstvenem varstvu: možnosti, tipi in posledice. V *Javno in zasebno partnerstvo/14. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Radenci 17. in 18.maj 2007*, ur. Franc Hočevar, 57–66. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
86. Tekavčič Metka. 1997. *Obvladovanje stroškov*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
87. --- 1999. Obvladovanje stroškov in kadrovska dejavnost. *Kako zaposlene vključiti v proces obvladovanja stroškov*, 1–10. Seminar. Ljubljana: CISEF.

88. Toth, Martin. 2002. Zdravstvena in socialna varnost in njuna ureditev v drugih državah. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 18 (3–4): 102–109.
89. --- 2003a. Ali ima slovensko zdravstveno varstvo denarja premalo ali dovolj? *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 19 (1): 1.
90. --- 2003b. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
91. --- 2009. Zdravstvena reforma iz vidika zakonodaje. V *Zagotavljanje izvajanja zdravstvenih storitev v času gospodarske krize/12. strokovno srečanje članov društva ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Bled 23. oktober 2009*, 85–96. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
92. Tricker, Robert. 1994. *International Corporate Governanace*. New York: Prentice-Hall.
93. Turk, Ivan, Slavka Kavčič in Majda Kokotec-Novak. 1997. *Poslovodno računovodstvo*. Ljubljana: Zveza računovodij, finančnikov in revizorjev Slovenije.
94. Turk, Ivan. 2006. *Uvod v poslovno ekonomiko*. Ljubljana: Slovenski inštitut za revizijo.
95. Turk, Mirko in Ksenija Turk. 2010. *Ekonomija*. Ljubljana: Zavod IRC.
96. Turney, B. B. Peter. 1996. *Activity Based Costing: the Performance Breakthrough*. Logan: Kogan Page.
97. Uran, Bojan in Jana Wahl. 2007. Nacionalna stroškovna študija stroškov SPP za akutne bolnišnice v Sloveniji. V *10. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu, Nova Gorica, hotel Perla, 18. in 19. oktober 2007*, 39–42. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
98. Walh, Jana. 2005. SPP kot katalizator razvoja zdravstvenega sistema v Sloveniji. *Neprofitni management* 3 (2/3): 27–33.
99. Vzajemna zdravstvena zavarovalnica. 1999. *Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Vzajemna.
100. WHO. 1992. *Health Dimensions of Economics Reform*. Geneva: WHO.
101. World Bank. 1993. *World Development Report – Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

102. *Zakon o zavodih (ZZ)*. Ur. l. RS 12/91 (22 marec 1991).
103. *Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)*. Ur. l. RS 9/92 (21. februar 1992).
104. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)*. Ur. l. RS 9/92 (21. februar 1992).
105. Zaletel-Kragelj, Liljana, Ivan Eržen in Marjan Premik. 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
106. Zupanc, Irena. 2008. *SPP – skupine primerljivih primerov: vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav (SPP) in financiranju bolnišnic*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
107. ZZZS. 2007. *Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji – danes za jutri*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
108. --- 2010. *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2009*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
109. Žnidaršič-Kranjc, Alenka. 1996. *Ekonomika in upravljanje neprofitne organizacije*. Postojna: Dej d.o.o.

Priloga A: Intervju z Marjeto Stegel Bizjak, pomočnico direktorja Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna. Postojna, 17.1.2011.

1. Kakšen se vam zdi način financiranja po metodi SPP za vašo dejavnost? Kaj bi bilo potrebno nujno spremeniti ali izboljšati?

Ideja plačevanja po skupinah primerljivih primerov je gotovo dobra. Problemi, ki izhajajo iz tega sistema pa so predvsem v tem, da sistem od svojega rojstva (2003, 2004) ni doživel razvoja in nadgradnje, s čimer bi se lahko odpravile določene pomanjkljivosti, ki so se v celoti odrazile šele ob uporabi.

2. Na kakšen način spremljate stroške?

Po stroškovnih mestih spremljamo vse neposredne stroške (materialne, stroške storitev in stroške dela), medtem ko ključev za delitev ostalih stroškov (elektrika, ogrevanje ipd.) še nimamo.

3. Ali je sistem spremljanja stroškov dovolj učinkovit in pregleden in ali vam nadzor stroškov povzroča kaj težav?

Stroške je smiselno spremljati po organizacijskih enotah, na katere so vezani tudi prihodki za lažje ugotavljanje rezultata. Glede na to, da smo majhna ustanova (v večji bolnišnici je to le en izmed oddelkov!), nadzor nad stroški ni problematičen.

4. Katera orodja uporabljate za spremljanje poslovanja in stroškov?

Mislím, da zaenkrat stroške dokaj dobro obvladujemo, kar je razvidno tudi iz poslovnega rezultata. Tudi samo obvladovanje stroškov ni dovolj, veliko je potrebno delati na prihodkovni strani, kjer gre za dogovarjanje med tremi partnerji (ZZZS, Ministrstvom za zdravje in izvajalcem zdravstvene storitve). Poleg tega pa se moramo vsi, ki smo vključeni v zdravstveni sistem zavedati, da obstajamo zato, da zadovoljimo potrebe pacientov. Te se spreminjajo, tako kot se spreminja svet in ljudje z njim.

5. Iz podatkov je razvidno, da že nekaj let poslujete brez izgub. Kakšen je razlog? Razlog je v tem, da se skušamo maksimalno hitro prilagajati zahtevam okolja. V čim večji meri želimo prisluhniti potrebam in željam pacientk, ki želijo obravnavo pri nas. Pacientke skušamo obravnavati tako na primarnem (dispanzerskem) nivoju kot tudi na sekundarnem (bolnišničnem), kar je smiselno, saj tako zdravnik pacientko pozna in jo spremlja skozi različna obdobja. Bolnišnica se trudi, da ponudi svoje storitve pacientkam, ko so v rodni dobi, kakor tudi kasneje v ostalih življenjskih obdobjih.

6. Zakaj je razlika med poslovnim izidom v letu 2008 in 2009 tako velika? V letu 2008 je začel veljati nov zakon o sistemu plač v javnem sektorju, ki je bistveno spremenil določena razmerja zaposlenih v javnem sektorju.

7. Vsa prejšnja leta ste poslovali z dobičkom. Za kaj ste ga namenili? V javnem sektorju poznamo presežek prihodkov nad odhodki. Pozitivni poslovni rezultat namenjamo vlaganjem v osnovna sredstva. Vso opremo posodabljammo iz lastnih sredstev, kar je zelo pomembno za tehnični in tehnološki razvoj bolnišnice.

8. A je prihodek iz tržne dejavnosti, ki je v letu predstavljal 3,07 % vseh prihodkov zanemarljiv ali kaj vpliva na poslovni izid bolnišnice? Prihodek iz tržne dejavnosti bo najverjetneje v istem deležu. Nikakor ni zanemarljiv, saj pomeni, da z istim obsegom zaposlenih opravimo še dodatne storitve kot npr. pranje in priprava hrane za druge uporabnike, ponujamo določene dodatne zdravstvene storitve, ipd.

9. Koliko pozornosti namenite razvoju kadrov (možnosti strokovnega usposabljanja, zadovoljstvu zaposlenih in ugodni klimi v podjetju, motivaciji itd.) in kako? Zaposleni imajo možnost sami izraziti želje glede izobraževanj, ki se uskladijo z nadrejenim sodelavcem. Večina zaposlenih je pripravljena na dodatna funkcionalna izobraževanja in se zavedajo pomena le-teh. Predvsem zdravstveni sodelavci so za izobraževanje stimulirani tudi s strani stanovskih organizacij, za kar jim pripadajo potrebne licenčne točke.

Organizacijsko klimo ugotavljamo s pomočjo ankete, ki jo razdelimo med zaposlene. Rezultati se primerjajo tako z rezultati v zdravstvu, kot tudi SiOK. Praktično vsi obdelani parametri so višji, kot velja povprečje za zdravstvo, na kar smo lahko ponosni.

Poleg ugotavljanja organizacijske klime, merimo vsako leto tudi zadovoljstvo pacientk v ambulantni, pacientk na ginekološkem oddelku ter porodnic na porodnem oddelku. Rezultate obdelamo in si na podlagi njih zastavimo cilje za naslednje obdobje.