

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

FRANC SIMONIŠEK

**UČINKI FINANCIRANJA SEKUNDARNE ZDRAVSTVENE
DEJAVNOSTI PO METODOLOGIJI SKUPIN PRIMERLJIVIH
PRIMEROV NA POSLOVANJE SPLOŠNIH BOLNIŠNIC**

MAGISTRSKO DELO

Mentor: izr. prof. dr. Andrej Rus

LJUBLJANA, 2009

ZAHVALA

Mentorju, izrednemu profesorju dr. Andreju Rusu, se iskreno zahvaljujem za vso strokovno pomoč, kakor tudi vzpodbudo pri nastajanju tega magistrskega dela.

Posebno se zahvaljujem tudi g. mag. Simonu Vrhuncu za usmeritve in napotke, ki so med drugim krojili podobo tega dela.

Franc Simonišek

Izjava o avtorstvu

POVZETEK

Modeli financiranja zdravstvenega varstva so ključ za plačevanje zdravstvenih storitev zato je cilj vsake zdravstvene politike, da preko modelov zagotavlja pregledno, učinkovito in pravično alokacijo sredstev. Ravno netransparentno plačevanje bolnišničnih storitev, ki je imelo za posledico enormno povečanje stroškov zdravljenja, je bilo vzrok za razvoj novega, prospektivnega modela plačevanja akutne bolnišnične dejavnosti po metodologiji skupin primerljivih primerov (SPP).

Za poslovanje splošnih bolnišnic je model SPP zelo pomemben, saj akutna bolnišnična dejavnost predstavlja približno dve tretjini prihodkov, zato je razumljivo, da bolnišnični menedžment poizkuša izkoristiti prednosti in nevtralizirati slabosti modela SPP in tako vplivati na izid poslovanja, kar je bilo opazno že pri predhodnem modelu financiranja po bolnišnično oskrbnih dneh (BOD). Skrajnosti takih ravnanj praviloma negativno vplivajo na ostale udeležence v procesu zdravljenja in tako posredno tudi na ostale zdravstvene dejavnosti, ki so v interakciji z akutnim bolnišničnim zdravljenjem. Po drugi strani pa lahko ugotovimo, da proti pričakovanjem sam model nima večjega vpliva na določene dejavnike poslovanja, ki niso neposredno povezani s samim modelom, kar pomeni, da v celoti ne zagotavlja uravnoteženih indikatorjev poslovanja med izvajalci akutne bolnišnične dejavnosti.

Ključne besede: model financiranja zdravstvenega varstva, prospektivni model, skupine primerljivih primerov (SPP), akutna bolnišnična dejavnost, bolnišnično oskrbni dan (BOD).

SUMMARY

The models of financing the health care system are the key to the payment of medical services, thus the goal of every health care policy is to guarantee transparent, efficient and justified allocation of finances through these models. In particular, the non-transparent payment of hospital services, which resulted in an enormous increase in treatment expenses, was the reason for the development of a new, prospective model of paying for acute care inpatient service following the methodology of diagnosis related groups (DGR).

From the point of view of general hospital operation, the DGR model is extremely important as the acute care inpatient service represents about two thirds of the hospitals' overall income. It is therefore understandable that the hospital management try to take advantage of the DGR model and to neutralize its disadvantages, thus influencing business results, which had already been observed in the previous financing model according to the length of stay (LOS). As a general rule, the extremes of such practices have a negative impact not only on the other players involved in the treatment process but indirectly also on the rest of the health care activities carried out in interaction with the acute care inpatient service. On the other hand, contrary to what might be expected, it can be observed that the model itself does not have a major impact on some specific operating factors which are not directly connected to the model. In other words, it does not ensure balanced operating indexes among hospitals carrying out acute care inpatient service.

KEY WORDS:

models of financing the health care, prospective payment system, diagnosis related groups (DGR), acute care inpatient service, length of stay (LOS)

KAZALO

1 UVOD.....	12
1.1 Opredelitev predmeta raziskovanja in relevantnost obravnavane teme.....	13
1.2 Hipoteze magistrskega dela.....	15
1.3 Metodologija dela.....	16
2 FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI	18
2.1 Zbiranje sredstev.....	18
2.1.1 Javni viri financiranja zdravstvenega varstva.....	18
2.1.2 Zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva.....	24
<i>2.1.2.1 Prostovoljno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje in</i>	
<i>neposredna plačila za zdravstvene storitve.....</i>	<i>24</i>
2.2 Prenos sredstev.....	25
2.2.1 Pregled osnovnih sistemov plačevanja zdravstvenih storitev glede na	
vsebino in organizacijske oblike zdravstvene dejavnosti v Sloveniji.....	27
2.3 Razdelitev in poraba sredstev.....	28
3 MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	30
3.1 Retrospektivni modeli plačevanja zdravstvenih storitev.....	30
3.1.1 Plačevanje po storitvah.....	32
3.1.2 Plačevanje po oskrbnih dneh (per diem fees, daly charge, lenght of stay).....	34
3.1.3 Plačevanje po primeru (case paymant).....	36
3.2 Prospektivni modeli plačevanja zdravstvenih storitev.....	39
3.2.1 Glavarina (capitation fee).....	40
3.2.2 Pavšal (flat – rate payment).....	41
3.2.3 Proračun (budget).....	42
3.3 Pregled modelov plačevanja zdravstvenih storitev v slovenskih	
bolnišnicah.....	42
4 VPLIV MODELOV PLAČEVANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV NA	
POSLOVANJE BOLNIŠNICE, PRIKAZANO NA PRIMERU	
SPLOŠNE BOLNIŠNICE BREŽICE ZA OBDOBJE 1989 DO 2003.....	44
4.1 Kratka predstavitev Splošne bolnišnice Brežice.....	44
4.2 Analiza modelov plačevanja zdravstvenih storitev od leta 1989 do 2003.....	44
4.2.1 Prikaz in analiza pomembnejših kazalnikov poslovanja Zavoda.....	46
4.2.2 Regulacija števila BOD.....	50

4.2.2.1	Administrativna regulacija števila BOD.....	50
4.2.2.2	Obolevnost (incidenca) in učinkovitost zdravljenja.....	51
4.2.3	Analiza modela plačevanja po primerih v obdobju 2001 do 2003.....	51
4.3	Vpliv modelov plačevanja bolnišničnih storitev na poslovanje Zavoda.....	53
5	DIAGNOSTIC RELATED GROUPS (DRG).....	56
5.1	Vzroki za uvajanje prospektivnih modelov plačevanja zdravstvenih storitev.....	56
5.2	Osnove metodologije grupiranja bolnikov.....	57
5.3	Nastanek in razvoj modela Diagnostic Related Groups – DRGs (Skupin primerljivih primerov – SPP).....	59
5.3.1	Prva uporaba DRG modela v praksi.....	61
5.3.2	Pomembnejše izboljšave modela DRG (Refined DRG – R – DRG).....	62
5.3.3	Širitev uporabe DRGR modela za vse skupine bolnikov.....	62
5.3.4	Uporaba modela DRG izven meja ZDA.....	65
5.4	Rezultati uporabe prospektivnega modela plačevanja v ZDA.....	67
5.4.1	Odzivnost bolnišnic oziroma poslovnega menedžmenta na model DRG.....	67
5.4.2	Odzivnost oziroma vpliv modela na zaposlene v zdravstvu.....	69
5.4.3	Vpliv prospektivnega modela plačevanja na plačnika storitev Medicare.....	71
6	SKUPINE PRIMERLJIVIH PRIMEROV (SPP).....	72
6.1	Uvajanje modela SPP v Sloveniji.....	72
6.1.2	Izbir različice modela DRG za slovensko uporabo.....	73
6.2	Logika delovanja SPP razvrščevalnika (DRG Grupers).....	80
6.2.1	Nabor podatkov, ki so potrebni za določitev SPP.....	81
6.2.2	Algoritem SPP razvrščevalnika.....	83
6.2.3	SPP koda.....	85
6.2.4	Utež (cost weight).....	86
6.3	Nepravilnosti kodiranja kot vzrok za napačno določitev uteži.....	87
7	ANALIZA POSLOVANJA ZAVODA PO UVEDBI MODELA SPP V OBDOBJU OD 2003 DO 2007.....	90
7.1	Viri financiranja Zavoda.....	90
7.1.1	Prihodki iz tržne dejavnosti Zavoda.....	90
7.1.2	Prihodki iz opravljanja javne zdravstvene službe.....	92

7.2 Primerjalna analiza specialistično-ambulantne dejavnosti	
med splošnimi bolnišnicami.....	96
7.2.1 Učinkovitost nosilcev zdravstvene dejavnosti.....	100
7.3 Analiza akutne bolnišnične dejavnosti.....	104
7.3.1 Primerjalna analiza učinkovitosti poslovanja akutne bolnišnične	
dejavnosti med splošnimi bolnišnicami.....	106
7.3.1.1 Produktivnost in učinkovitost nosilcev dejavnosti.....	106
7.3.1.2 Učinkovitost poslovanja procesa akutne bolnišnične dejavnosti.....	113
8. VERIFIKACIJA HIPOTEZ IN SKLEPNE MISLI.....	119
LITERATURA.....	123

SEZNAM GRAFOV

Graf 2.1: Prikaz porabe javnih in zasebnih sredstev za zdravstveno varstvo	
od leta 2001 do 2006 v mrd. sit.....	19
Graf 2.2: Razmerje med javnimi in zasebnimi sredstvi za zdravstveno varstvo,	
izraženo v odstotkih BDP-ja, za obdobje od 2001 do 2006.....	20
Graf 2.3: Deleži javnih, zasebnih in celokupnih izdatkov za zdravstveno varstvo,	
izraženi v odstotkih BDP-ja, za obdobje od 2001 do 2006.....	20
Graf 2.4: Primerjava deležev javnih in zasebnih sredstev za zdravstveno varstvo med	
državami, izraženih v odstotkih BDP-ja za leto 2004.....	21
Graf 2.5: Deleži lokalnih in državnih sredstev za zdravstveno varstvo,	
izraženih v odstotkih.....	22
Graf 2.6: Deleži sredstev za zdravstveno zavarovanje državne zavarovalnice v ZDA,	
izraženi v odstotkih.....	23
Graf 2.7: Razmerja med prostovoljnim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem	
ter neposrednimi plačili za zdravstvene storitve v Sloveniji.....	27
Graf 2.8 Deleži sredstev, namenjenih posameznim zdravstvenim dejavnostim	
za pogodbeno leto 2006.....	29
Graf 3.1: Cena BOD za specialistično-bolnišnično dejavnost kirurgije	
v slovenskih bolnišnicah za leto 1997, izražena v SIT.....	36
Graf 4.1: Število hospitaliziranih bolnikov na kirurškem in internem oddelku	
ter celokupno v Zavodu v obdobju od 1989 do 2003.....	46

Graf 4.2: Povprečno število hospitaliziranih bolnikov glede na število prvih pregledov v obdobju od 1989 do 2003.....	47
Graf 4.3: Pojavnost najpogostejših internističnih obolenj v Zavodu v obdobju od 1989 do 2003.....	48
Graf 4.4: Pojavnost najpogostejših kirurških posegov v Zavodu v obdobju od 1989 do 2003.....	49
Graf 4.5: Rezultati poslovanja v odstotkih za kazalnika št. hospitalizacij in št. BOD v primerjavi s poslovnim načrtom za kirurgijo, internistiko in Zavod kot celoto.....	50
Graf 4.6: Povprečna ležalna doba na kirurgiji, internistiki in Zavodu kot celoti v obdobju od 1989 do 2003.....	52
Graf 4.7: Računovodski izkaz poslovanja Zavoda glede na zaključni letni račun, izražen v odstotkih.....	53
Graf 7.1: Viri financiranja Zavoda, izraženi v odstotkih.....	90
Graf 7.2: Primerjava deležev tržnih prihodkov med Zavodom in povprečjem slovenskih bolnišnic v obdobju od 2003 do 2007.....	91
Graf 7.3: Deleži prihodkov iz naslova tržne dejavnosti po načelu denarnega toka v splošnih bolnišnicah.....	92
Graf 7.4: Deleži prihodkov glede na dejavnost izvajanja javne zdravstvene službe Zavoda v obdobju od 2003 do 2007.....	93
Graf 7.5: Število planiranih in realiziranih primerov (SPP) v obdobju od 2003 do 2007.....	94
Graf 7.6: Število planiranih in realiziranih točk v specialistično-ambulantni dejavnosti v obdobju od 2003 do 2007.....	95
Graf 7.7: Število planiranih in realiziranih pregledov v specialistično-ambulantni dejavnosti v obdobju od 2003 do 2007.....	95
Graf 7.8: Planirano in realizirano število točk za specialistično-ambulantno dejavnost na posamezen pregled v obdobju od 2003 do 2007.....	96
Graf 7.9: Odstopanja vrednosti pregleda v zavodih glede na minimum 9,068 in povprečje 11,033 točke na pregled, izražena v odstotkih.....	98
Graf 7.10: Število pregledov na zdravnika v letu 2007.....	101
Graf 7.11: Število ambulantnih točk na zdravnika v letu 2007.....	102

Graf 7.12: Učinkovitost in storilnost specialistično-ambulantne dejavnosti v splošnih bolnišnicah.....	103
Graf 7.13: Realizacija programa SPP za plačnika ZZZS v letu 2007.....	105
Graf 7.14: Število SPP na zdravnika v letu 2007.....	107
Graf 7.15: Število obteženih primerov na zdravnika v letu 2007.....	108
Graf 7.16: Prihodek na zdravnika za akutno bolnišnično dejavnost v letu 2007.....	109
Graf 7.17: Primerjava med dejanskim in številom SPP pri povprečni vrednosti 169,26 SPP na zdravnika.....	111
Graf 7.18: Produktivnost in učinkovitost bolnišnične dejavnosti v bolnišnicah v letu 2007.....	112

SEZNAM TABEL

Tabela 3.1: Indeks cen primerov po posameznih izvajalcih 1. in 2. skupine bolnišnic glede na povprečno ceno primera po posameznih specialistično-bolnišničnih dejavnostih v letu 2002 (povprečna cena =100).....	38
Tabela 3.2: Vpliv modela plačevanja zdravstvenih storitev na kriterije učinkovitosti, dostopnosti in kakovosti.....	43
Tabela 4.1 Vrednosti izbranih kriterijev poslovanja od leta 1992 do 2003.....	46
Tabela 5.1: Prikaz enostavnega modela razvrščanja bolnikov glede zdravstvenega stanja, tipa storitev, cilja in izvajalca storitev.....	59
Tabela 5.2: Uporaba različic modela DRG za namen kodiranja diagnoz, posegov ter financiranja akutne bolnišnične dejavnosti v izbranih državah.....	66
Tabela 6.1 Kriteriji za ocenjevanje SPP različic z razlago.....	74
Tabela 6.2: Pravilo za določanje PCCL na podlagi CCL.....	85
Tabela 7.1: Prikaz vhodnih podatkov za analizo.....	97
Tabela 7.2: Število točk na posamezen pregled.....	97
Tabela 7.3: Primerjava med dejanskim številom točk in točkami, izračunanimi glede na minimalno vrednost 9,068 in povprečno vrednost 11.033 točke na pregled.....	99
Tabela 7.4: Število pregledov, ki bi jih zavodi morali dodatno opraviti glede na kriterija 9,068 in 11.033 točke na posamezni pregled.....	100
Tabela 7.5: Vhodni podatki za analizo.....	107
Tabela 7.6: Primerjava prihodkov SPP glede na težo primera.....	110

Tabela 7.7: Primerjava ležalne dobe med bolezenskim stanjem K359 in SPP skupino G70B.....	115
Tabela 7.8: Vhodni podatki za izračun optimalnih posteljnih zmogljivosti v zavodih.....	117
Tabela 7.9: Prikaz rezultatov izračuna posteljnih kapacitet in kapacitet storitev.....	117

SEZNAM SLIK

Slika 5.1: Shematski prikaz razvoja DRG modela.....	64
Slika 6.1: Kriteriji za ocenjevanje SPP različic z razlago.....	74
Slika 6.2: Shematski prikaz modela plačevanja akutne bolnišnične obravnavne na podlagi SPP.....	81
Slika 6.3: Postopek razvrščanja akutne bolnišnične obravnave.....	83
Slika 6.4: Pomen oznak SPP kode, predstavljenih na primeru B70A.....	86
Slika 6.5: Primer izračuna SPP skupine z enakimi podatki in različnim rezultatom uteži.....	88
Slika 7.1: Določitev SPP skupine za glavno diagnozo K359.....	114
Slika 7.2: Stroškovni profil z dinamiko akutne bolnišnične dejavnosti.....	116

1 UVOD

Vrednost sistema zdravstvenega varstva lahko ocenjujemo po njegovi učinkovitosti oziroma sposobnosti zagotavljanja preventivne in kurativne dejavnosti. Svetovna zdravstvena organizacija je v svojem poročilu za leto 2000 definirala tri pomembnejše cilje sistema zdravstvenega varstva: izboljšanje zdravja ljudi, povečanje odzivnosti zdravstvenega sistema na upravičena pričakovanja prebivalcev in zagotovitev pravične porazdelitve finančnih bremen med prebivalci.

Sistem zdravstvenega varstva postaja zaradi hitre, skorajda neustavljive rasti stroškov veliko breme tudi še tako bogate države. Po ugotovitvah mnogih evropskih analiz so javni sistemi zdravstvenega varstva EU na zgornji meji svojih (javno) finančnih zmožnosti (Keber, 2003: 49). Vzrokov, ki dražijo zdravstveno varstvo, je več. Medicinska znanost zaradi hitrega razvoja ponuja vedno nove, praviloma dražje storitve, ki izboljšujejo kakovost in rezultate zdravljenja. Uporabniki zdravstvenih storitev pa so vedno bolj osveščeni in aktivno iščejo informacije, predvsem kakšne možnosti jim v primeru bolezni ponudi medicina. Zato večji, kot je razkorak med možnostmi, ki jih nudi medicina in zmožnostjo države v zagotavljanju le-teh, večji je pritisk na državo oz. na zdravstveno blagajno. Eden od vzrokov rasti stroškov je tudi demografska slika prebivalstva. Življenjska doba prebivalstva se podaljšuje. Za ta pojav je v veliki meri zaslužna ravno medicinska znanost, kar jo postavlja v nekakšen paradoksalni položaj.

Za večino zdravstvenih sistemov je danes značilno, da se ubadajo s finančnimi problemi. Pri tem pa ni problematično le naraščanje stroškov, katerih nekaj vzrokov je opisanih v prejšnjem odstavku, temveč tudi racionalna in učinkovita raba vloženih sredstev in ostalih resursov. Z ekonomskih vidikov velja, da so sistemi zdravstvenega varstva potratni in relativno neučinkoviti pri porabi ne tako majhnih razpoložljivih sredstev. Splošno veljavnih zdravstvenih sistemov in politik, ki bi bili idealni za reševanje problemov, ni. Vsaka država si ustvari glede na možnosti svojevrstni model zdravstvenega varstva, s katerim skuša doseči zastavljene cilje zdravstvene politike.

Tudi slovenski zdravstveni sistem ni imun na opisano problematiko. Zanj je značilno, da je podvržen nenehnim spremembam, ki pa žal ne dosegajo cilja, s katerim bi dosegli vsaj primerljiv nivo zadovoljevanja potreb in pričakovanj pacientov. Eden od instrumentov, ki

vpliva na racionalnost in transparentnost porabe, je način financiranja zdravstvenega sistema, bolje rečeno razporejanja javnih sredstev, z namenom zagotavljati preglednost in pravičnost alokacije sredstev, ki naj bi temeljila na enotnih merilih in tako omogočala primerjavo med posameznimi izvajalci zdravstvenih storitev.

Večino sredstev za plačilo zdravstvenih storitev zberemo z obveznim zdravstvenim zavarovanjem pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Zbrana sredstva se po določenem modelu alocirajo med izvajalci zdravstvenih storitev. Model financiranja je odvisen od zdravstvenega nivoja in dejavnosti izvajalca storitev. Tako imamo na področju akutne bolnišnične dejavnosti vpeljan sistem plačevanja po skupinah primerljivih primerov (SPP), ki splošnim bolnišnicam prinaša skoraj dve tretjini prihodkov. Zaradi velikosti deleža ima model plačevanja po SPP-jih velik vpliv na poslovanje splošnih bolnišnic. Kakšen je ta vpliv in kakšni so odzivi na omenjeni model plačevanja v slovenskih splošnih bolnišnicah, je osrednja tema te naloge. Ker pa je model SPP le eden od modelov plačevanja storitev na sekundarnem zdravstvenem nivoju in je integriran v celoten sistem financiranja bolnišnične dejavnosti, se ne bom mogel izogniti obravnavi ostalih modelov plačevanja, s katerimi je v interakciji. To pa bo omogočilo kompleksnejšo predstavitev financiranja kakor tudi poslovanja slovenskih splošnih bolnišnic.

1.1 Opredelitev predmeta raziskovanja in relevantnost obravnavane teme

V magistrski nalogi se bom ukvarjal s preučevanjem sistema financiranja zdravstva na sekundarnem nivoju. Osrednji del naloge pa bo namenjen financiranju akutne bolnišnične dejavnosti po metodologiji SPP.

Sistem SPP-jev so razvili na univerzi Yale že v sedemdesetih letih, pod imenom DRG (Diagnosis Related Groups). V praksi pa so ga začeli uporabljati šele deset let kasneje. Temeljna značilnost sistema je, da vse ležeče bolnišnične paciente razvršča po diagnozah in sicer v cca. 470 skupin, ki se kontinuirano dopolnjujejo. Posamezna bolezenska stanja in s tem povezana poraba resursov zdravljenja so dokaj homogeni in medsebojno primerljivi. Vrednost posameznega zdravljenja je tako določena na osnovi bolezenskega stanja bolnika, ki je vzrok za hospitalizacijo, spremljajočih bolezni in postopkov oziroma posegov, ki so opravljeni v času bolnišničnega zdravljenja.

Izkušnje iz tujine kažejo, da sistem DRG v praksi dobro funkcioniira. Zavarovalnice in skladi so znižali stroške za zdravstvo, oziroma omejujejo njihovo naraščanje. Sistem tudi omejuje hiperprodukcijo storitev, ob enem pa ne omejuje strokovnih odločitev zdravnikov in ostalih zdravstvenih delavcev.

Slovenski zdravstveni sistem je povzel sistem SPP-jev po avstralskem modelu DRG, ki je nadomestil remuneracijo po bolnišnično oskrbnih dnevih (BOD) oziroma primerih. Za učinkovito delovanje sistema SSP tudi v našem zdravstvenem sistemu je pomembno, da mu zagotovimo odgovarjajoči »medij,« v katerem bo njegovo delovanje najučinkovitejše. To pomeni, da mora biti sistem SPP-jev kompatibilen z ostalimi elementi zdravstvenega sistema, s katerimi je v interakciji. Obstaja nevarnost, da bi lahko pri zagotavljanju kompatibilnosti »poškodovali« vitalne mehanizme delovanja, na katerih temelji njegova učinkovitost (Kolking, 2006: 3).

Namen magistrske naloge je raziskati relevantnost modela SPP-jev v remuneraciji akutne bolnišnične obravnave. Model SPP naj bi zagotavljali pravičnost in primerljivost razporejanja sredstev med posamezne izvajalce in nadzor delovanja in stroškov izvajalcev. Tako želim ugotoviti, kako sistem financiranja vpliva na politiko poslovanja zavoda, predvsem na segmentu nadzora stroškov oziroma racionalizacije poslovanja. Pri tem pa se bom osredotočil na ravnanja poslovnega menedžmenta kakor tudi zdravstvene stroke. Za njiju je značilno, da sta zaradi nasprotujočih interesov izpostavljena medsebojnim konfliktom.

V literaturi lahko najdemo raziskave, ki potrjujejo uspešno delovanje sistema SPP-jev. Vse raziskave, med njimi tudi slovenske, pa imajo isti skupni imenovalec, in sicer predstavljajo globalne rezultate iz perspektive plačnika (tretje strani) zdravstvenih storitev. Tako so usmerjene predvsem v prikazovanje uspešnega obvladovanja stroškov in njihovo omejevanje.

Zelo malo podatkov ali celo raziskav pa je, kako sistem remuneracije po metodologiji SPP-jev deluje na strani izvajalcev zdravstvenih storitev. Poslovni odnos in njegova uspešnost med plačnikom in izvajalcem storitev je sicer prikazan v letnem poslovnem poročilu izvajalca storitev. Vendar na podlagi le-tega težko ocenimo celokupno uspešnost

poslovanja zavoda, saj je izvajalec tudi v interakciji s porabnikom storitev, ki pa jo merimo s drugačnimi kazalniki kot uspešnost finančnega poslovanja izvajalca storitev. Izvajalec zdravstvenih storitev se lahko tako znajde v paradoksalnem položaju. Na eni strani lahko izkazuje uspešno finančno poslovanje, na drugi strani pa ne zagotavlja minimalnih (primerljivih) standardov za izvajanje dejavnosti. Plačnik zdravstvenih storitev, poleg svojih interesov zastopa tudi interese uporabnikov. Zato je pomembno, da izvajalec zadovoljuje interese obeh. Pri tem pa se postavlja vprašanje ali s tem financiranja omogoča izvajalcu zdravstvenih storitev enakovredno zadovoljevati zahteve in želje plačnika in potrebe porabnika zdravstvenih storitev.

Model SPP se uporablja za plačevanje zdravstvenih storitev akutne bolnišnične dejavnosti. Tako največjo skupino uporabnikov omenjenega modela financiranja predstavljajo splošne bolnišnice, kar je tudi eden od razlogov, da so predstavljene v magistrskem delu. Drugi razlog pa temelji na njihovi medsebojni primerljivosti glede opravljanja dejavnosti. Kljub namenu, da predstavim oziroma analiziram večje število splošnih bolnišnic sem se zaradi njihove slabe kooperativnosti pri posredovanju podatkov moral omejiti le na podatke, ki so navedeni v poslovnih poročilih zavodov in dostopni na medmrežju. Vendar pa so ustrezne podatke vsebovala le poslovna poročila prestavljenih splošnih bolnišnic.

Zaradi kompleksnosti financiranja sekundarne zdravstvene dejavnosti se je težko omejiti samo na en segment financiranja, čeprav le-ta predstavlja glavnino prihodkov. V kolikor bi se v predstavitvi omejil le na model SPP-jev, bi to pomenilo nepopoln vpogled v stanje zdravstva na sekundarnem nivoju in tako bi bilo tudi težko določiti vpliv modela SPP. Zato ni osnovni namen magistrskega dela samo podrobna predstavitev poslovanja segmenta bolnišnične dejavnosti, ki se financira po modelu SPP, ampak kompleksna analiza stanja v slovenskih splošnih bolnišnicah na področju racionalnosti poslovanja in stroškovne učinkovitosti.

1.2 Hipoteze magistrskega dela

V magistrskem delu bom preveril naslednje hipoteze:

1. Model plačevanja akutne bolnišnične dejavnosti po metodologiji SPP omogoča večjo racionalnost poslovanja v primerjavi s prejšnjimi modeli plačevanja bolnišničnih storitev.

2. Model SPP omogoča transparentnejšo in pravičnejšo alokacijo sredstev med izvajalce zdravstvenih storitev v primerjavi s prejšnjimi modeli financiranja.
3. Model SPP omogoča večjo učinkovitost sekundarnega zdravstvenega nivoja in večjo dostopnost uporabnikov do storitev.
4. Metodologija financiranja akutne bolnišnične dejavnosti po SPP vpliva tudi na ostala področja zdravstvene dejavnosti.

1.3 Metodologija dela

Problematika, obravnavana v magistrskem delu, zahteva dokaj širok nabor raziskovalnih metod, od katerih je odvisna tudi sama kvaliteta dela. Glede na predstavljene hipoteze v delu prevladujejo empirične kvantitativne metode raziskovanja. Empirični podatki so bili pridobljeni na podlagi poslovnih poročil analiziranih zavodov za leto 2007, ki so objavljena na njihovih spletnih straneh, razen v primeru Splošne bolnišnice Brežice, kjer so podatki zaradi analize daljšega časovnega obdobja pridobljeni tudi iz arhiva bolnišnice.

Prva hipoteza bo v delu preverjena na podlagi primerjalne empirične analize določenih poslovnih podatkov brežiške bolnišnice skozi daljše časovno obdobje. Na ta način lahko analiziramo ravnanja poslovnega in strokovnega menedžmenta ter rezultate poslovanja skozi tri modele financiranja bolnišnične dejavnosti.

Za preverjanje druge hipoteze bo uporabljena deskriptivna metoda, ki bo služila za opis značilnosti posameznih modelov financiranja zdravstva. S pomočjo primerjalne analize sekundarnih virov domače in tuje literature pa bom poskušal primerjati modele med sabo in seveda z modelom SPP.

Zaradi formulacije tretje hipoteze bo v delu analizirana poleg akutne bolnišnične tudi specialistično-ambulantna dejavnost v predstavljenih zavodih. Obe dejavnosti predstavljata zavodom glavnino prihodka.¹ Za preverjanje hipoteze bo uporabljena metoda primerjalne empirične analize določenih poslovnih podatkov analiziranih zavodov. Zajem podatkov velja za poslovno leto 2007.

¹ V Splošni bolnišnici Brežice v letu 2007 obe dejavnosti skupaj predstavljata 98,31 % celotnega prihodka.

Zadnja hipoteza bo preverjana s pomočjo deskriptivne metode kot interpretacija sekundarnih virov, ki skozi analizo dinamike dogajanj ob podpori empiričnih podatkov navajajo večletne izkušnje z modelom SPP in njegov vpliv na ostale zdravstvene dejavnosti.

Pri pridobivanju podatkov za potrebe magistrskega dela sem se srečeval z določenimi omejitvami. Ustrezne podatke so vsebovala le poslovna poročila bolnišnic, ki so predstavljena v delu. Ostale splošne bolnišnice v svojih poslovnih poročilih potrebnih podatkov ne navajajo ali pa so ti pomanjkljivi. Tako se zdi, da (določene) bolnišnice objavljajo le informacije, za katere želijo, da so objavljene. O kakšni standardizaciji vsebine poslovnih poročil pa ni niti sledu.

2 FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

Sistem financiranja zdravstvenega varstva je stavljen iz treh podsistemov, ki so:

- zbiranje sredstev,
- prenos sredstev in
- poraba sredstev.

Sistem financiranja mora temeljiti na poštenosti do izvajalcev kakor tudi do uporabnikov storitev, kar pomeni, da je potrebno sredstva razporediti glede na potrebe uporabnikov v smislu dviga kakovosti² storitev.

2.1 Zbiranje sredstev

Sredstva, ki so namenjena za financiranje zdravstvenega varstva, prihajajo iz več virov.

Vire financiranja delimo na:

- zasebne in
- javne vire.

Med zasebne vire financiranja zdravstvenega varstva uvrščamo:

- sredstva prostovoljnega in del nezgodnega zavarovanja,
- neposredna vplačila uporabnikov za zdravstvene storitve oziroma za zdravila in za medicinsko tehnične pripomočke in
- sredstva različnih dobrodelnih organizacij in donatorjev (Keber in drugi, 2003: 239).

Javni viri financiranja zdravstvenega varstva pa so:

- proračunska sredstva države in občin ter
- sredstva, ki izvirajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Javni viri financiranja zdravstvenega varstva predstavljajo glavnino vseh sredstev namenjenih za zdravstvo. Zato bom njim namenil malo več pozornosti.

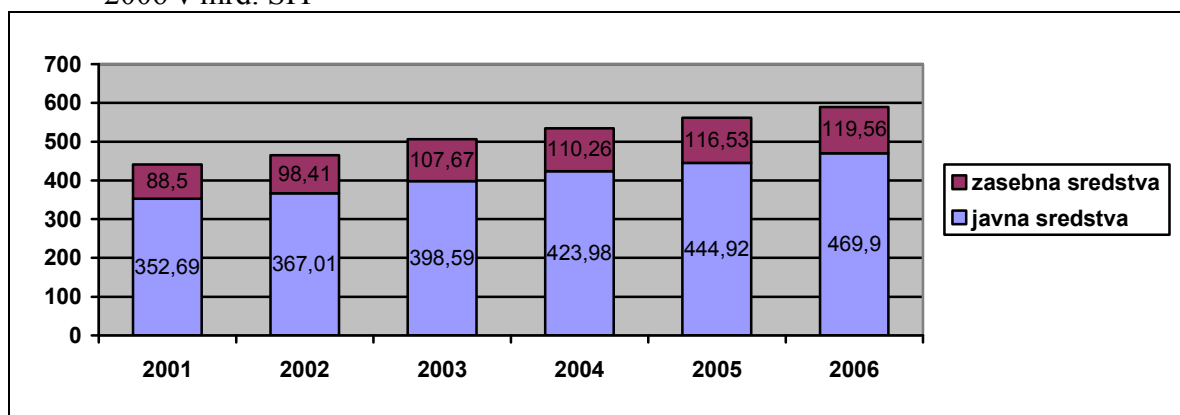
2.1.1 Javni viri financiranja zdravstvenega varstva

S sredstvi, ki izvirajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v celoti razpolaga Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS), ki kot samostojni javni zavod

² Kakovost zdravstvenih storitev razumemo, kadar pravi bolnik dobi pravo oskrbo pravočasno in na pravi način, kadar mu je zdravstvena oskrba dostopna v primernem času, kadar dobi natančno in razumljivo informacijo o tveganjih in dobrobitih zdravstvene oskrbe, kadar se ta izvaja varno in spoštljivo in kadar je nepretrgana učinkovita in uspešna (Keber in drugi, 2003: 42).

izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje. Obvezno zdravstveno zavarovanje plačujejo zavezanci, ki jih določa zakon.³ Obseg in vrsta pravic, ki izhajajo iz obveznega zavarovanja, pa so natančno določeni s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so sestavni del že prej omenjenega zakona. S temi sredstvi zagotavlja svojim zavarovancem dve skupini pravic, ki so opredeljene z zakonom, kar pomeni, da ne vključujejo vseh (možnih) zdravstvenih storitev. Prva skupina je pravica do zdravstvenih storitev na vseh zdravstvenih nivojih, druga pa je pravica do denarnih prejemkov in nadomestil. Na spodnjem grafu 2.1 so prikazana razmerja med javnimi in zasebnimi izdatki za zdravstveno varstvo, izražena v milijardah slovenskih tolarjev od leta 2001 do leta 2006.

Graf 2.1: Prikaz porabe javnih in zasebnih sredstev za zdravstveno varstvo od leta 2001 do 2006 v mrd. SIT



Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2006 (2007)

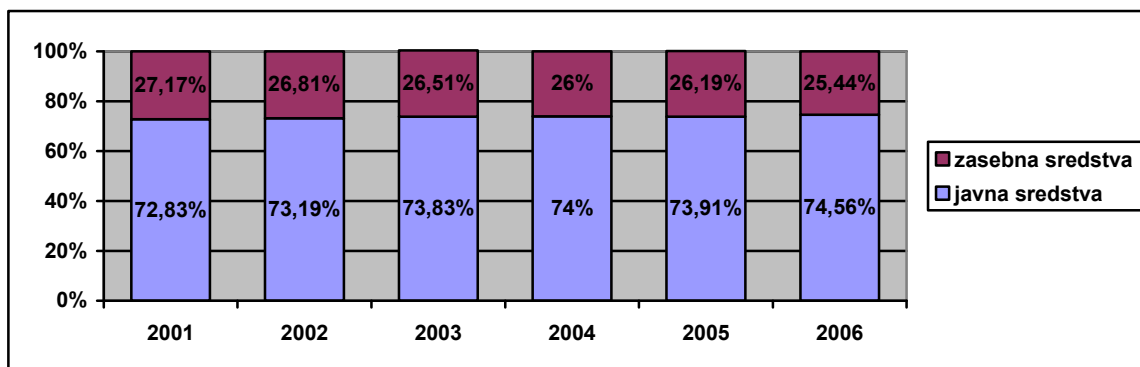
Iz grafa 2.1 je razvidno, da se sredstva za zdravstveno varstvo konstantno povečujejo. Razmerja med javnimi in zasebnimi sredstvi pa ostajajo več ali manj enaka, kar lahko vidimo na grafu 2.2. Povprečno razmerje med javnimi in zasebnimi sredstvi znaša 73,66 % : 26,34 % BDP⁴-ja.

³ Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 15. čl.

⁴ Bruto domači proizvod (BDP) je najpomembnejši agregat nacionalnih računov in najobsežnejše merilo celotne ekonomske aktivnosti. Za izračun se uporabljajo trije pristopi:

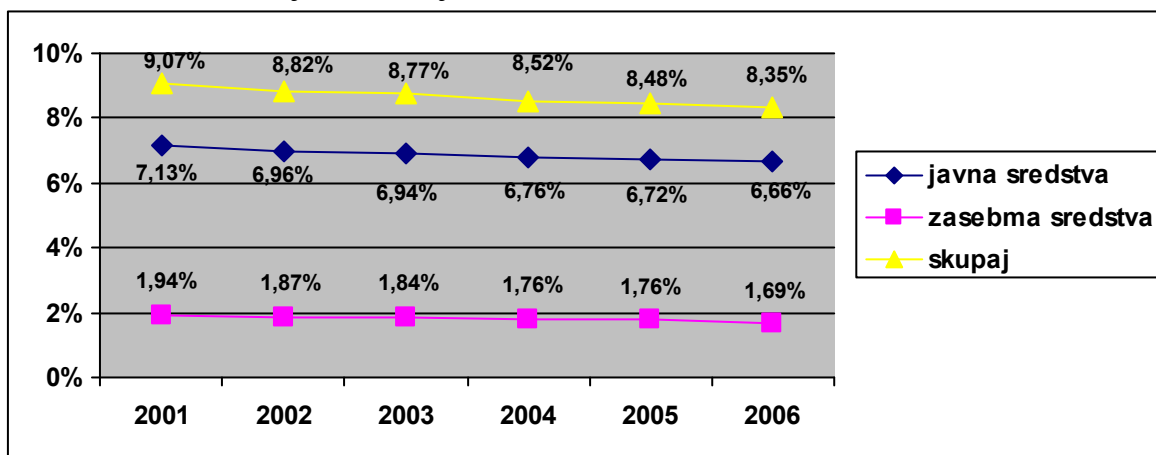
- proizvodni pristop meri BDP kot vsoto dodanih vrednosti rezidenčnih proizvodnih enot v osnovnih cenah in neto davkov na proizvode in storitve,
- izdatkovni pristop meri BDP kot vsoto vseh izdatkov za končno potrošnjo, bruto investicij ter razlike med izvozom in uvozom proizvodov,
- dohodkovni pristop meri BDP kot vsoto primarnih dohodkov, razdeljenih rezidenčnim proizvodnim enotam (www.stat.si/vodic_oglej.asp).

Graf 2.2: Razmerje med javnimi in zasebnimi sredstvi za zdravstveno varstvo, izraženo v odstotkih BDP-ja, za obdobje 2001 do 2006



Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2006 (2007)

Graf 2.3: Deleži javnih, zasebnih in skupnih izdatkov za zdravstveno varstvo, izraženi v odstotkih BDP-ja za obdobje 2001 do 2006

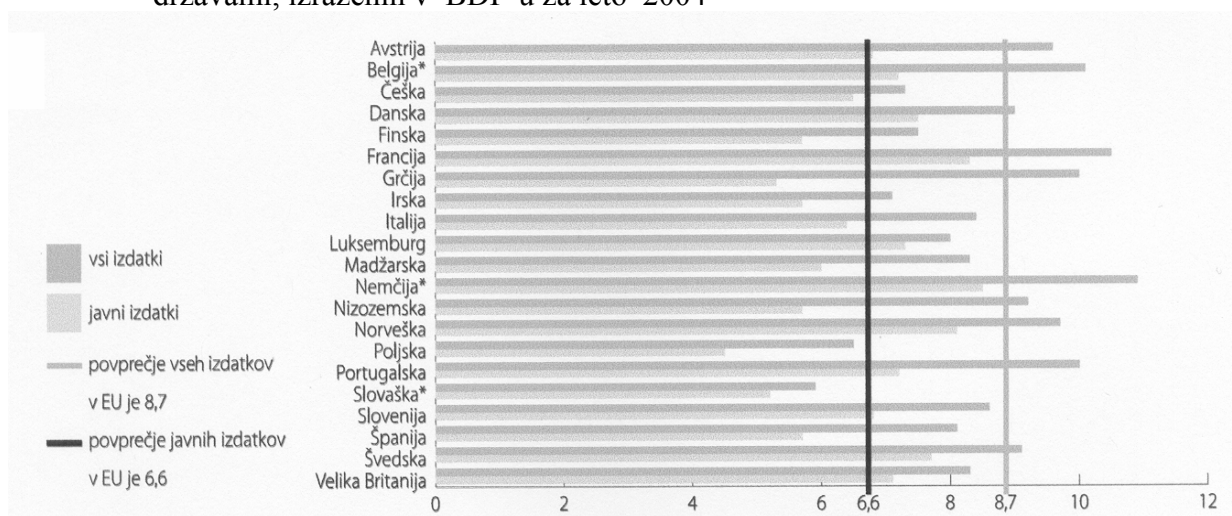


Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2006 (2007)

Delež javnih izdatkov za zdravstveno varstvo v BDP-ju se je v obdobju 2001 do 2006 znižal iz 7,13 % na 6,66 %. Tako lahko zaznamo konstantno zmanjševanje javnega deleža predvsem zaradi zaostajanja realne rasti bruto plač za rastjo BDP-ja. Bruto plače so namreč osnova za izračun prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Realna rast bruto plače na zaposlenega se je zmanjšala iz 3,2 % v letu 2001 na 2,2 % BDP-ja v letu 2006 (Ekonomsko ogledalo, 2007/7: 19). Med tem pa se je realna rast BDP-ja iz 3,1 % v letu 2001 porasla na 5,7 % v letu 2006 (www.zds.si/si/podrocja_delovanja/gospodarstvo/gospodarska_rast). S tem pojavom si lahko razlagamo tudi dejstvo, da se kljub rahlemu zniževanju deleža prispevkov za zdravstveno dejavnost (graf 2.3), nominalna vrednost prispevkov povečuje (graf 2.1). Podoben trend je opaziti tudi pri zasebnih sredstvih, ki so se znižala iz 1,94 % na 1,69 %

BDP-ja, nominalno pa so se povečala iz 88,5 na 199,56 mrd. SIT. Posledično so se zmanjšala tako tudi celokupna sredstva za zdravstveno varstvo, ki so v letu 2001 znašala 9,07 % v letu 2006 pa 8,35 % BDP-ja, nominalno pa so se povečala iz 441,19 mrd. SIT (v letu 2001) na 589,46 mrd. SIT (v letu 2006). Za lažjo vrednotenje navedenih podatkov naj navedem podatke, ki veljajo za Evropsko unijo za leto 2004. Povprečje javnih izdatkov je znašal 6,6 % BDP-ja, medtem ko je delež zasebnih sredstev znašal 2,1 % BDP-ja. Celokupna sredstva pa so dosegla 8,7 % BDP-ja (Poslovno poročilo zavoda za Zdravstveno zavarovanje za leto 2006). V Sloveniji pa smo v letu 2004 namenili iz javnih sredstev 6,76 % BDP-ja, iz zasebnih sredstev 1,76 % BDP-ja, kar v celokupnem znesku pomeni, da smo v letu 2004 za zdravstvo namenili 8,52 % BDP-ja (graf 2.3). Iz podatkov je razvidno, da smo v letu 2004 v skupnem odstotku BDP-ja sredstev za zdravstveno varstvo, rahlo zaostajali za evropsko unijo, na račun zasebnih sredstev. Pri tem pa je potrebno povedati, da Nemčija, Belgija in Francija močno presegajo evropsko povprečje, kar je razvidno iz grafa 2.4.

Graf 2.4: Primerjava deležev javnih in zasebnih sredstev za zdravstveno varstvo med državami, izraženih v BDP-u za leto 2004



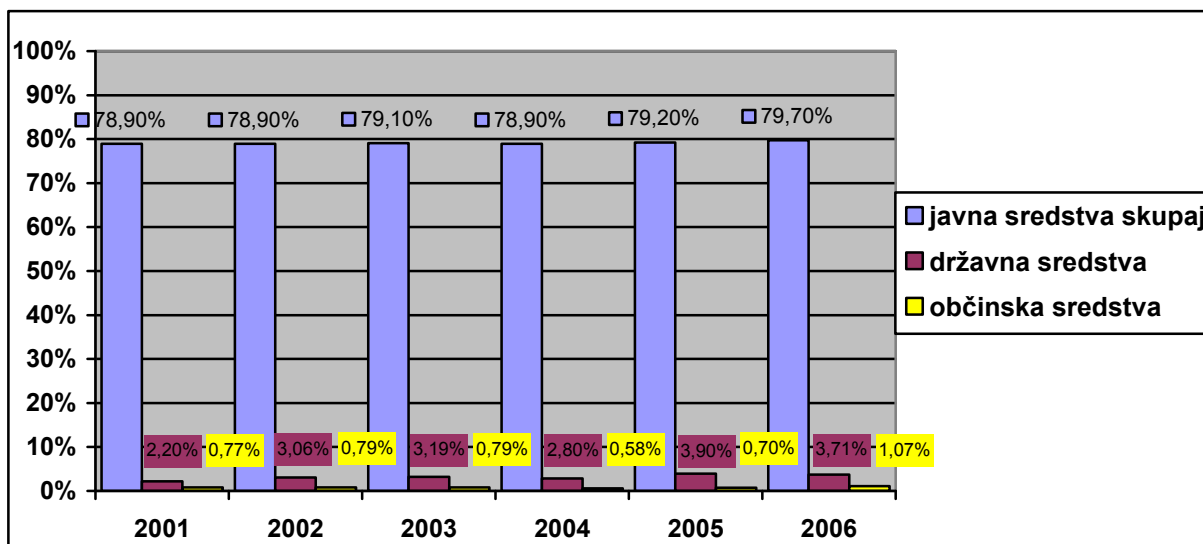
Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2006 (2007)

Med javne vire financiranja zdravstvenega varstva štejemo tudi proračunska sredstva občin in države. Ta sredstva so namenjena za:

- investicije v zdravstvene zavode in
- za izvajanje zdravstvenih programov.

Parlament odloča višino proračuna za zdravstvo oziroma rebalans le-tega, vendar o konkretnih investicijah odloča vlada, katere naloga je tudi ohranjanje in vzdrževanje javne zdravstvene mreže. Deleži proračunskih sredstev države in občin so prikazani na grafu 2.5.

Graf 2.5: Deleži lokalnih in državnih sredstev za zdravstveno varstvo, izraženih v odstotkih



Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2006

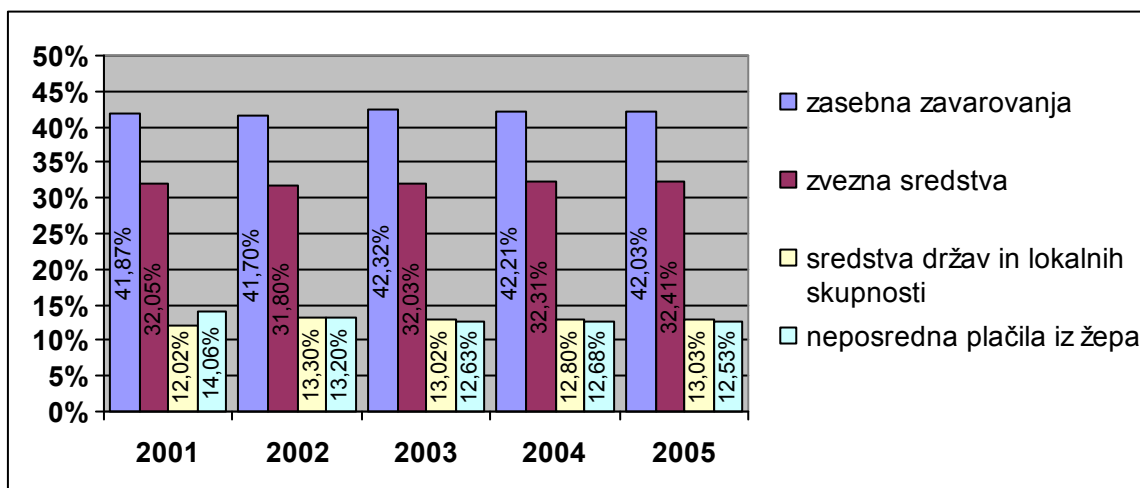
Iz grafa 2.5 je razvidno, da so deleži sredstev državnega in občinskih proračunov relativno majhni. Povprečni odstotek finančnih sredstev države med letoma 2001 in 2006 znaša 3,12 % od vseh zbranih sredstev za zdravstveno varstvo. Povprečje občinskih deležev za isto časovno obdobje pa znaša 0,78 %. Tako mala sredstva so verjetno povzročila problematiko na področju investicij ter pojav nerazumno dolgih čakalnih dob na določene zdravstvene storitve, tudi na področju nacionalnih zdravstvenih programov, kot je bila na primer problematika obsevalnih naprav na onkološkem inštitutu, kjer je prišlo do kolapsa dejavnosti zaradi prepogostih okvar zaradi njihove zastarelosti in preobremenjenosti. To pa je povzročilo čakalne dobe, ki bi lahko ogrožale zdravje bolnikov.

Čeprav je zdravstveni sistem v ZDA drugačen od slovenskega, tu seveda mislim predvsem na segment zbiranja sredstev, bom zgolj informativno prikazal razrez prihodkov državne zavarovalnice Medicare⁵ in Medicaid⁶ za obdobje 2001 do 2005. Naj še omenim, da sta

⁵ Zavarovalnica Medicare izvaja socialni program zavarovanja, ki je pod okriljem in upravljanjem vlade ZDA. Zavarovanje je namenjeno starejšim osebam (nad 65 let) in osebam s posebnimi potrebami.

obe zavarovalnici namenjeni natančno določenim skupinam prebivalcev, katere zaradi svojih značilnosti, brez finančne pomoči javnih sredstev (predvsem državnih in zveznih), ne bi imele zagotovljeno ustrezno zdravstveno varstvo.

Graf 2.6: Deleži sredstev za zdravstveno zavarovanje državnih zavarovalnic v ZDA, izraženih v odstotkih



Vir: Centers for Medicare & Medicaid Service. (Dostopno na www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData.)

V kolikor primerjamo graf 2.5 z grafom 2.6 lahko ugotovimo, da so javna sredstva s strani naše države in občin občutno manjša kot sredstva, ki so prikazana v grafu 2.6. Povprečna zvezne sredstva za obdobje 2001 do 2005 znašajo 32,12 % (v Sloveniji 3,12 %) vseh sredstev, namenjenih za zdravstveno varstvo. Opazna je tudi tendenca rahle rasti zveznih sredstev (32,05 v letu 2001 do 32,41 % v letu 2005). Sredstva lokalnih skupnosti in posameznih zveznih držav, tudi v ZDA, dosti zaostajajo za zveznimi sredstvi. Njihovo povprečje znaša v obdobju 2001 do 2005 12,83 % (v Sloveniji 0,78 %). Pri zasebnih zavarovanjih pa je potrebno poudariti, da zavarovalno premijo v večini primerov plačuje delodajalec (Stepan in drugi, 1999: 106).

Za financiranje našega zdravstvenega sistema je značilno, da se v največji meri napaja z javnim denarjem, in sicer iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. To pomeni, da je zdravstvo financirano s sprotnimi (mesečnimi) vplačili predvsem aktivne populacije.

⁶ Zavarovalnica Medicaid je namenjena zavarovanju posameznikov in družinam z nizkimi prihodki. Financira se tako s sredstvi ZDA kakor tudi posameznih zveznih držav, katere tudi upravljajo z zavarovalnico.

Mrkaić (2007: 92) ugotavlja, da je tak sistem lahko nestabilen saj je neposredno obremenjen z negativnimi demografskimi gibanji. Hkrati pa ugotavlja, da pri takem načinu zavarovanja omogoča izravnavanje tveganj v enem časovnem obdobju, ne pa medčasovno zavarovanje, za kar bi potrebovali nekakšen zavarovalniški sklad.

2.1.2. Zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva

V poglavju 2.1 so bili omenjeni zasebni viri financiranja zdravstvenega varstva. Za namen te naloge se bom omejil le na sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in neposredna vplačila uporabnikov zdravstvenih storitev.

2.1.2.1 Prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila za zdravstvene storitve

Namen uvedbe prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja naj bi bil predvsem razbremenitev javno finančnega sektorja pri zagotavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in ponuditi prebivalcem možnost izbire pri skrbi za lastno zdravje. Po drugi strani pa predstavlja prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje tudi »rešitev« kontradiktornega položaja države, ki na eni strani teži k ohranjanju nivoja javno finančnih izdatkov za zdravstveno varstvo, vendar kljub temu želi zagotoviti visok nivo zdravstvenih storitev.

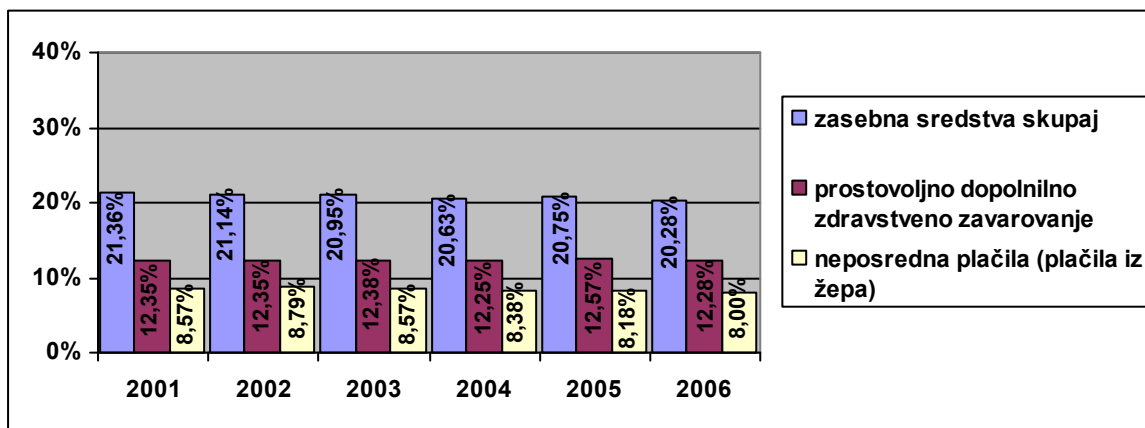
V Sloveniji tovrstna zavarovanja ponujajo tri zavarovalnice. Glede na njihovo pravno-formalno obliko sta dve delniški družbi (d.d.), ena pa ima (še) pravni status družbe za vzajemno zavarovanje⁷ (d.v.z.), ki pa si močno prizadeva, da bi se preoblikovala v delniško družbo. Iz tega lahko sklepamo, da prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje predstavlja tržno nišo, ki zagotavlja minimalna tveganja in tudi donosnost v zavarovalniškem poslu. To pa lahko pojasnimo z dejstvom, da prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje predstavlja le »podaljšek« obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ne pokriva stroškov zdravstvenih storitev v celoti. Doplačila do polne cene zdravstvenih storitev znašajo od 5 % do 50 %, odvisno od narave zdravstvenih storitev.⁸ V spodnjem grafu so prikazana razmerja zasebnih sredstev med prostovoljnim dopolnilnim

⁷Poslanstvo Vzajemne d.v.z. je, da kot specializirana zdravstvena zavarovalnica deluje po načelih vzajemnosti, neprofitnosti in medgeneracijske solidarnosti (Statut Vzajemne zavarovalnice d.v.z., 2.čl.). To pa pomeni, da ima prav malo skupnega s pojmom »zavarovalništva« kot gospodarske dejavnosti, ki se pojavlja na zdravstvenem zavarovalnem trgu, predvsem z namenom ustvarjanja dobičkov.

⁸Deleži stroškov zdravstvenih storitev, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so določeni v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 23. čl.

zdravstvenim zavarovanjem in neposrednim plačilom zdravstvenih storitev (plačilo iz žepa) za obdobje 2001 do 2006.

Graf 2.7: Razmerja med prostovoljnim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem ter neposrednimi plačili za zdravstvene storitve v Sloveniji



Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2006

Iz grafa 2.7 je razvidno, da je delež prostovoljnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja enakomerno porazdeljen v obdobju 2001 do 2006 in ne izkazuje znatnih odstopanj od povprečja, ki znaša 12,39 % vseh sredstev za zdravstveno varstvo. To pa ne velja za neposredna plačila zdravstvenih storitev. Iz grafa 2.7 je razvidno, da ima v prvi polovici prikazanega obdobja (od 2001 do 2003), delež sredstev tendenco naraščanja, kar verjetno sovпада z nerazumno dolgimi čakalnimi dobami na zdravstvene storitve ter z pojavom možnosti, da si pacient sam plača zdravstveno storitev.⁹ Predvsem je ta oblika plačila značilna za sekundarni specialistični ambulantni nivo ter zobozdravstvo (zobna protetika). V drugi polovici prikazanega obdobja (od 2004 do 2006) je tendenca deleža sredstev neposrednih vplačil za zdravstvene storitve v upadu. Slednje pa je verjetno posledica dodatnih sredstev za zdravstveno varstvo, ki jih je država (natančneje Ministrstvo za zdravje) namenila za skrajševanje čakalnih dob v obliki financiranja dodatnega programa zdravstvenih storitev, predvsem na področjih, kjer so čakalne dobe skorajda ogrožale zdravje pacientov.

2.2 Prenos sredstev

Za fazo prenosa sredstev bi lahko rekli, da je najpomembnejša v celotnem krogu financiranja. Bistven element v tej fazi je metodologija, na podlagi katere se sredstva

⁹ V tem obdobju so se pojavile »samoplačniške ambulante,« ki so izkoriščale dolge vrste čakajočih na določene zdravstvene storitve.

prenesejo od plačnika k izvajalcu zdravstvenih storitev. Sama metodologija mora zagotavljati, da med ponudniki storitev ne prevladujejo ekonomski interesi nad medicinskimi. Vsak ponudnik bo najprej ponujal zase najzanimivejše storitve, nato pa za te storitve, ki so ekonomsko najbolj zanimive, skušal ponuditi vedno dovolj zmogljivosti ali le-te razširiti. Zato je potrebno strmeti k temu, da izbrana metodologija prenosa sredstev omogoča polno povračilo stroškov oziroma, da zagotavlja uravnotežene prispevke za kritje stroškov in na ta način omogoča, da so vse storitve ekonomsko enako zanimive. Ob tem velja poudariti, da cilji plačnikov in izvajalcev storitev niso enaki. Plačniki želijo racionalen način razdeljevanja sredstev, s katerim poizkušajo zagotavljati dogovorjeno raven zdravstvene oskrbe zavarovancem, medtem ko izvajalci zdravstvene dejavnosti želijo čim večji prihodek (povzeto po Česen, 1997: 7), kar je s pojavom zasebnitva v zdravstvu postalo še bolj očitno. Različni modeli plačevanja zdravstvenih storitev »nudijo« vrsto načinov in priložnosti, kako (neupravičeno) povečati dohodek. Naj omenimo le nekatere:

- bolniki, ki so ekonomsko nezanimivi se napotijo k drugim izvajalcem zdravstvenih storitev (ponavadi od zasebnih k javnim ponudnikom zdravstvenih storitev),
- ponudba širokega spektra storitev (predvsem diagnostičnih postopkov), ki nimajo prave diagnostične vrednosti,
- naročanje zdravstvenih storitev (predvsem diagnostičnih postopkov) po načelu »za pacienta moramo storiti vse« in ne po načelu »za pacienta moramo storiti vse kar je potrebno,«
- umetno povečevanje števila pacientov zaradi naročanja na večkratne obiske (kontrole), čeprav so te nepotrebne ter povečevanje števila pacientov na račun različnih »marketinških« prijemov, ponavadi ob (tihi) podpori farmacevtske industrije,¹⁰
- »inovativen«¹¹ način obračunavanja zdravstvenih storitev.

Vzrok za opisane anomalije je potrebno iskati v slabem oziroma neučinkovitem nadzoru. Poleg učinkovitega nadzora bi moral sistem plačevanja zdravstvenih storitev slediti naslednjim ciljem:

¹⁰ Skupni imenovalec takih »akcij« je novo zdravilo, velika ciljna skupina ljudi – pacientov ter uvrstitev zdravila na pozitivno listo. Eden od takih primerov pred nekaj leti je bila medijska kampanja o preprečevanju osteoporoze, ki je bila v večji meri sponzorirana s strani farmacevtske industrije.

¹¹ Pri metodologiji SPP-jev lahko z različnimi kombinacijami diagnoz in diagnostičnih postopkov dosežemo različne uteži, ki so izhodišče za plačilo posameznega SPP-ja, kar bom pojasnil v nadaljevanju naloge.

- nezahtevna administracija (v smislu preglednosti in uporabnosti podatkov),
- enostaven nadzor brez dvoumnih rezultatov,
- motiviranost izvajalcev k čim boljšemu delu,
- enakost zavarovancev pri uveljavljanju pravic,
- ni vzpodbud (in možnosti) za opravljanje nepotrebnih storitev (povzeto po Petrič, 1993: 7),
- informatizacija zdravstva (elektronski zdravstveni karton, elektronska nacionalna čakalna knjiga ...).

2.2.1 Pregled osnovnih sistemov plačevanja zdravstvenih storitev glede na vsebino in organizacijske oblike zdravstvene dejavnosti v Sloveniji

Vsebina in oblike zdravstvene dejavnosti so opredeljene z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (ZZDej, 7-24 a čl.). V različnih zdravstvenih dejavnostih veljajo različni sistemi plačevanja:

- V zdravstveni dejavnosti na primarni ravni, ki zajema:
 - splošne ambulate,
 - otroške in šolske dispanzerje,
 - ter dispanzerje za žene je v veljavi kombinirani sistem glavarine in storitev, ki sta v razmerju cca. $\frac{1}{2} : \frac{1}{2}$ kar pomeni, da si zdravniška ekipa zagotovi (približno) 50 % plačila z naslova glavarine in ostalih 50 % z naslova opravljenih storitev. V ostalih ožjih dejavnosti primarne ravni (npr. rentgen, laboratorij, zobozdravstvo) pa velja plačevanje po storitvah. Zdravstveno vzgojo in nekatere preventivne programe pa ZZZS plačuje v pavšalu.
- V specialistični dejavnosti je v veljavi storitveni sistem poleg tega pa je določen letni plan finančnih sredstev na tim.¹²
- V bolnišnični dejavnosti velja za akutno bolnišnično obravnavo sistem SPP-jev, za neakutno bolnišnično obravnavo, ki obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo velja plačilo na podlagi bolnišnično oskrbnega dne (BOD).

¹² Tim – ekipa, ki opravlja določeno zdravstveno storitev (npr. preiskava abdomna z ultrazvokom). Za ekipe veljajo standardi, ki so opredeljeni s Področnim dogovorom za specialistično dejavnost in določajo:

- sestavo ekip in njihov kvalifikacijski količnik
- število točk, ki jih izvajalci planirajo na posamezno ekipo,
- materialne stroške in amortizacija na ekipo.

- V lekarniški dejavnosti je za storitve v veljavi storitveni sistem, medtem ko zdravila izdana na recept in medicinsko-tehnične pripomočke izdane na naročilnico, lekarne posebej zaračunajo ZZZS-ju po nabavni ceni. ZZZS ne plačuje za zdravila, ki so na pozitivni¹³ ali vmesni¹⁴ listi. Za dobavitelje medicinsko-tehničnih pripomočkov ima ZZZS sklenjene pogodbe, v katerih so med drugim dogovorjene tudi cene pripomočkov, ki jih dobavitelj lahko izdaja na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- V zdraviliški dejavnosti se za obračun uporablja nemedicinski oskrbni dan (NOD) in opravljene storitve. NOD vključuje tudi storitve bivanja.
- V dejavnosti socialnovarstvenih zavodov je v veljavi sistem plačevanja po povprečnem oskrbnem dnevu glede na planirano število posameznih tipov nege I, II in III v kombinaciji s ceno oskrbnega dne za tip nege IV (povzeto po www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf 23. maj 2007).

2.3 Razdelitev in poraba sredstev

Razdelitev javno finančnih sredstev poteka na podlagi splošnega dogovora za določeno pogodbeno leto, ki pa je osnova za posamezne področne dogovore, ko je na primer Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2006. Splošni dogovor določa:

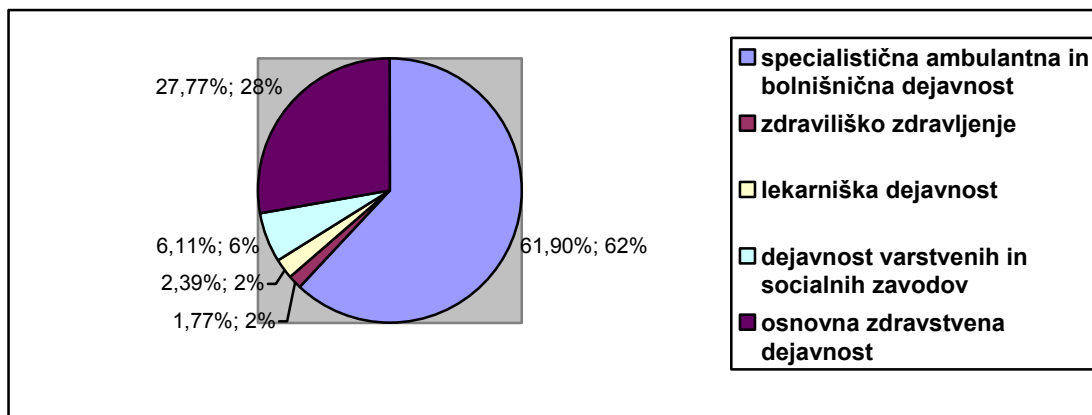
- program, ki opredeljuje vrsto in obseg programov zdravstvenih dejavnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- zmogljivosti, potrebne za izvedbo dogovorjenega programa,
- obseg sredstev za dogovorjene programe,
- globalno delitev finančnih sredstev po zdravstvenih dejavnostih opredeljenih v Dogovoru,
- izhodišča za oblikovanje vrednosti programa oziroma cen zdravstvenih storitev,
- druge podlage za sklepanje pogodb med ZZZS-jem in javnimi zdravstvenimi zavodi ter drugimi pravnimi in fizičnimi osebami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije (Splošni dogovor za pogodbeno leto 2006, 1.čl.).

¹³ Seznam zdravil, ki jih ZZZS ne plačuje iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

¹⁴ Seznam zdravil, ki jih ZZZS ne plačuje v celoti in naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Na podlagi Splošnega dogovora za leto 2006 je ZZZS razporedil sredstva kot so prikazana na grafu 2.8. Največ sredstev je namenjenih za primarni, sekundarni in terciarni zdravstveni nivo in sicer 89,67 %.

Graf 2.8: Deleži sredstev namenjenih posameznim zdravstvenim dejavnostim za pogodbeno leto 2006



Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2006 (2007)

3 MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Zdravstvena politika zahteva od izvajalcev zdravstvenih storitev, ki se financirajo iz javnih sredstev, da svojo dejavnost opravljajo skladno z zahtevami, prioritetami in pričakovanji skupnosti kakor tudi posameznikov. Pri tem pa racionalno uporabljajo vse potrebne resurse. Tako so cilji usmerjeni predvsem v:

- kakovost zdravstvene oskrbe, usmerjene v zdravstvene rezultate, ki zagotavlja zadovoljstvo porabnikov storitev in zdravstvenih delavcev,
- najvišje dosegljivo obvladovanje stroškov zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe,
- enostavno in racionalno administrativno urejanje poslovnih odnosov med izvajalci in javnimi plačniki (Česen, 1997: 7),
- pravičnost in enakopravnost zdravstvenega varstva za vse uporabnike, kar postavljamo na prvo mesto.

Modela plačevanja zdravstvenih storitev (v nadaljevanju model), ki bi v popolnosti zadovoljil omenjene cilje, preprosto ni. Lahko pa dosežemo določeno stopnjo univerzalnosti plačevanja, s katerimi zadovoljimo cilje na način, da kombiniramo več modelov med seboj ali pa izberemo posamezni model za določeno zdravstveno dejavnost.

V osnovi lahko delimo modele v dve skupini glede na predvidljivost oziroma nepredvidljivost nastajanja in obvladovanja stroškov (Česen, 1997: 10). Iz tega izhajajo:

- retrospektivni modeli in
- prospektivni modeli.

3.1 Retrospektivni modeli plačevanja zdravstvenih storitev

Pri retrospektivnih modelih plačnik zdravstvenih storitev plačuje stroške zdravljenja na podlagi izstavljenega računa izvajalca. To pomeni, da plačnik ne more vnaprej predvideti višine računa oziroma stroškov opravljenih zdravstvenih storitev. Plačnik tudi nima nobenega vpliva na nastanek in višino stroškov, v kolikor plačnik in izvajalec zdravstvenih storitev nista v pogodbenem poslovnem odnosu. Zato retrospektivni modeli ustrezajo predvsem izvajalcem zdravstvenih storitev. Posledice retrospektivnega plačevanja sta naslednji:

- dobra kakovost zdravstvene oskrbe. Pozornost zdravstvenih delavcev je usmerjena v zdravstvene potrebe in tudi zahteve bolnikov. To pa povečuje tudi bolnikovo

zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo in zdravstvenim varstvom nasploh (visoka laična kakovost zdravstvene oskrbe),

- močno naraščanje stroškov zdravstvene dejavnosti. Zdravstveni delavci imajo velike možnosti povečevati obseg dela (tudi zaradi inducirane povpraševanja po zdravstvenih storitvah) in povišanje cen zdravstvenih storitev (Česen, 1997: 12).

Izvajalci zdravstvenih storitev pri retrospektivnem plačevanju delujejo po načelu »za pacienta moramo storiti vse« in ne po načelu »za pacienta moramo storiti vse, kar je potrebno.« Zato tudi Česen poudarja, da gre predvsem za večjo kakovost, katero ocenjujejo uporabniki zdravstvenih storitev (laična kakovost). Njihova merila,¹⁵ s katerimi ocenjujejo (oziroma občutijo) kakovost zdravstvene storitve so povsem drugačna od strokovnih meril.¹⁶ To pa lahko pomeni, da se kakovost dejansko ne povečuje.

Težnja izvajalca zdravstvenih storitev pri retrospektivnem modelu plačevanja je, da opravi čim več storitev, za katere dobi plačilo. Pri tem pa mu izdatno pomaga njegova dvojna vloga v sistemu, saj se pojavlja kot naročnik in tudi izvajalec storitev. Poleg tega pa lahko »izkorišča« tudi lastnosti, oziroma značilnosti, ki izhajajo iz samega zdravniškega poklica. Te lastnosti so:

- monopol nad znanjem na določenem področju in monopol nad profesionalno sodbo oziroma strokovno ekspertizo,
- profesionalna samokontrola, ki drugim profesijam preprečuje nadzor, spreminjanje in sankcioniranje profesionalne sodbe zdravnikov,
- kozmopolitska avtonomija, ki zdravnika brani pred tem, da bi pridobitni cilji organizacije zanj postali pomembnejši od zadovoljevanja človekovih zdravstvenih potreb,
- profesionalna avtonomija, ki pomeni, da je država kot vir avtoritete zdravniški profesiji dodelila take profesionalne privilegije, da lahko sama uravnava kriterije vstopa v profesijo, pogoje svojega dela in dela drugih zaposlenih v zdravstvu in edina nadzira rezultate svojih članov in se tako brani pred tekmici,

¹⁵ Pacient ocenjuje posamezni obisk (pregled) ali epizodo zdravljenja, v katero je vključen. Kvalitetna storitev v očeh pacienta je na primer: prijazno osebje, da je zdravnik dober poslušalec, da ne čaka predolgo na storitev (v čakalnici), da dobi »vrečko« zdravil, da ga zdravnik napoti na množico preiskav ...

¹⁶ Za primerjavo z »laičnim ocenjevanjem kakovosti« naj navedem nekaj elementov sistema zagotavljanja celovite kakovosti: uporaba kliničnih smernic, spremljanje kliničnih poti in standardov, spremljanje izidov zdravljenja in kliničnih kazalnikov (Keber in drugi 2003, 24).

- visoka stopnja zaupanja in podpore javnosti, ki pa ne pomeni apriornega sprejemanja vsega, kar rečejo, storijo ali ne storijo zdravniki, ampak predpostavljajo partnerski odnos bolnik – zdravnik (Gorjup v Rus, 1996: 155).

Med retrospektivne modele plačevanja zdravstvenih storitev prištevamo:

- plačevanje po storitvah (fee for service),
- plačevanje po oskrbnih dneh (per diem fees, daily charge),
- plačevanja po primerih (case payment).

3.1.1 Plačevanje po storitvah

Financiranje zdravstvenega varstva glede na opravljeno delo (oziroma storitve) je na prvi pogled najbolj »tržni« model financiranja. Vendar zaradi značilnosti zdravstvenega sistema v smislu vloge in značilnosti izvajalcev zdravstvenih storitev, ki so opisani v prejšnjem poglavju, trg ne more s svojim mehanizmom uravnavati financiranja zdravstvenih storitev. Z namenom, da bi omilili finančne posledice, ki bi jih imelo plačevanje zdravstvenega varstva po storitvah, se pojavita dve obliki, ki preprečujeta popolnoma odprt sistem plačevanja storitev. To sta:

- seznam zdravstvenih storitev, ki je osnova za določitev cen zdravstvenih storitev in ga poznamo tudi v Sloveniji in/ali
- določanje višine cen zdravstvenih storitev (limitiranje cen zdravstvenih storitev), kar pomeni, da lahko, poleg javnih sredstev, ki pokrivajo posamezno storitev do določene vsote, participira določeno vsoto tudi uporabnik storitve in tako izvajalec prejme polno ceno za opravljeno storitev.

V Sloveniji smo leta 1980 dobili seznam zdravstvenih storitev, tako imenovano Zeleno knjigo,¹⁷ ki je bila podlaga za uvedbo storitvenega sistema. Zelena knjiga je vsebovala okoli 2600 storitev. Za vsako storitev posebej je predpisovala kadrovske normativ, ki je podan s številom in izobrazbeno strukturo članov tima, časovni normativ in relativno ceno storitve, izraženo v točkah. Tak način obračunavanja lahko postane temelj za hiperprodukcijo predvsem nepotrebnih storitev s strani izvajalcev, ki tako zvišujejo zaslužek. Zato je bilo leta 1982 uvedeno plačevanje z omejitvami, kar pomeni plačevanje do višine v naprej določenih količin storitev (prospektivna metoda). V slovenskih

¹⁷ Popoln naslov Zelene knjige je: Enotni seznam zdravstvenih storitev in samoupravni sporazum o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela. Ime »Zelena knjiga« je dobila zaradi zelene barve platnic.

bolnišnicah je opisani model veljal do leta 1993, vendar se Zelena knjiga še uporablja za obračunavanje specialistično-ambulantnih storitev.

Plačevanje izvajalcev po storitvah je administrativno nezahteven. Kot vsak ostali model plačevanja zdravstvenih storitev ima tudi opisani model svoje prednosti in slabosti, predvsem, če ga ocenjujemo s strani izvajalcev ali plačnikov. Česen (1997: 15) je navedel naslednje prednosti in slabosti storitvenega modela. Med prednosti prišteva naslednje:

- čisti računi med izvajalci in plačniki. Vsaka opravljena storitev je evidentirana, obračunana in plačana (v kolikor ni omejitev),
- vestno zapisane storitve so zelo dobra osnova za strokovne medicinske študije in vrednotenje opravljenega dela,
- zdravniki se odločajo za širše zdravljenje in visoko kakovost oskrbe bolnikov ali pa jih k temu vodijo želje in pričakovanja bolnikov (denar sledi bolniku),
- ni čakalnih dob za zdravstveno oskrbo, ker zdravniki sprejmejo na zdravljenje vse bolnike. S to trditvijo Česen potrjuje tezo, da je v zdravstvu verjetno na voljo dovolj kapacitet, s katerimi je možno opraviti vse storitve brez čakalnih dob. Problem je le način financiranja storitev. Glede na to pa se lahko vprašamo, kaj pomenijo neizkoriščene kapacitete glede stroškov in tudi učinkovitosti zdravstvenega sistema.

Z vidika plačnika zdravstvenih storitev po storitvenem modelu so slabosti naslednje:

- povečan obseg števila storitev, ki so pogosto nepotrebne,
- izvajalci storitev dajejo prednost donosni kurativni zdravstveni dejavnosti pred prizadevanji za preventivno zdravstveno dejavnost in ohranitve zdravja zavarovane osebe,
- zdravniki uporabljajo najbolj učinkovite in najbolj uspešne zdravstvene tehnologije ne glede na stroške,
- pogosti spori z zavarovalno organizacijo in državnimi organi zaradi usklajevanja cen s porastom življenjskih stroškov in zaradi potreb po dodatnih storitvah za uveljavljanje novih diagnostičnih in terapevtskih postopkov,
- možno je tudi, da izvajalec želi povečati čisti dohodek s prenosom dela, ki bi ga moral opraviti sam, na »cenejše« osebje (medicinsko sestro ali medicinskega tehnika) ali pa prenese manj donosne storitve na drugega izvajalca,

- pogosto je vprašljiva tudi kakovost zdravstvene oskrbe.

Opisani model privilegira predvsem izvajalce storitev posebno še, če se pojavlja v čisti obliki brez omejitev. Zaradi profesionalnih značilnosti izvajalcev omogoča ekspanzijo storitev, velikokrat nepotrebnih, kar plača uporabnik oziroma zdravstvena zavarovalna organizacija. Potrebno je omeniti, da se model plačevanja po storitvah v čisti obliki ne uporablja kadar se zdravstvene storitve plačujejo iz javnih virov.

3.1.2 Plačevanje po oskrbnih dneh (per diem fees, daly charge, lenghts of stay)

Plačevanje po modelu oskrbnih dni je bil uporabljen predvsem za bolnišnično zdravljenje. V slovenskih bolnišnicah so ga uvedli leta 1993. Poznan je bil pod imenom bolnišnično oskrbni dan (BOD), ki je hkrati bil tudi osnovna enota za plačevanje stroškov zdravljenja. Leta 2000 ga je zamenjal model plačevanja po primerih vendar, se model BOD danes še uporablja za plačevanje neakutne bolnišnične obravnave.¹⁸ Model BOD se ni pojavil v čisti retrospektivni obliki, ampak so nanj vplivali plačniki zdravstvenih storitev, ki so v naprej opredelili število oskrbnih dni na izvajalca in tudi ceno posameznega oskrbnega dne, ki pa se je razlikovala glede na kategorizacijo bolnišnic (lokalna, regionalna ali klinična bolnišnica). Obseg programa za posameznega izvajalca se je določil na podlagi realiziranega programa v preteklem letu ter na podlagi preskrbljenosti območja s posamezno bolnišnično dejavnostjo glede na področje, ki ga je pokrival posamezni izvajalec. Tako je izvajalec zdravstvenih storitev v naprej vedel, s kakšno količino sredstev lahko razpolaga. Njegova naloga je bila le, da realizira celoten načrt. Vsaka prekoračitev planiranega načrta, je pomenila, da mora stroške, ki so nastali ob prekoračitvi plana, nositi izvajalec sam. Manjše tveganje s strani izvajalca je bilo v primeru, če načrta ni dosegel, saj je lahko »prelival« določen delež programov med posameznimi specialističnimi dejavnostmi.

Slabosti modela plačevanja po oskrbnih dneh je v prvi vrsti povečevanje števila BOD. Tako izvajalec lahko zadržuje paciente, ki so »rentabilni,« to pomeni, da so stroški enodnevne hospitalizacije nižji ali vsaj enaki, kot je cena BOD-ja. »Rentabilni« pacienti so

¹⁸ Neakutna bolnišnična obravnava praviloma predstavlja nadaljevanje akutne diagnostične in terapevtske bolnišnične obravnave. Neakutna bolnišnična obravnava obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno terapijo. Neakutna bolnišnična obravnava se obračunava do 30 dni, daljše neakutne bolnišnične obravnave (od 31 do 45 dni) lahko obračunavajo tisti izvajalci, ki izvajajo program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja. To so Bolnišnica Sežana in Splošna bolnišnica Murska Sobota. Neakutno bolnišnično obravnavo nad 45 dni odobri komisija, sestavljena iz članov ZZZS-ja, Ministrstva za zdravje in Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, izvajajo jo pa izvajalci programa podaljšanega bolnišničnega zdravljenja (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2006, 5).

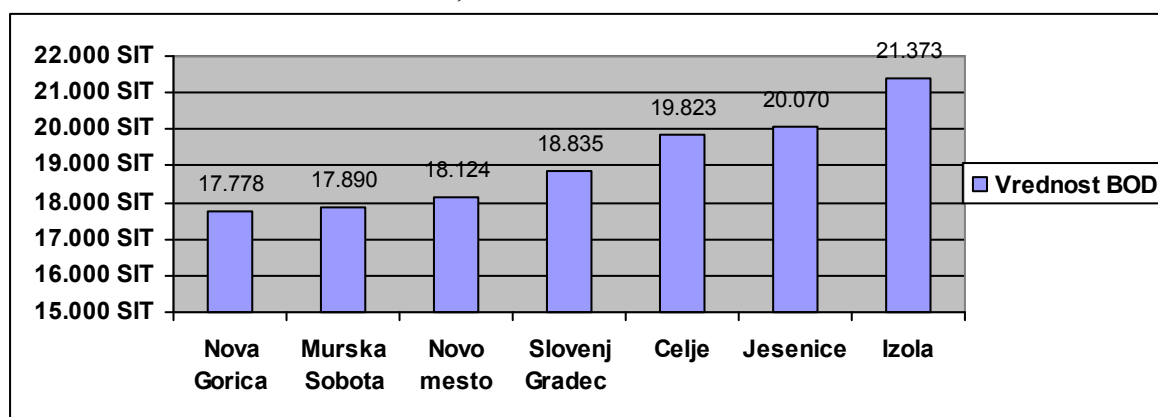
predvsem tisti, pri katerih je akutno zdravljenje že končano, oziroma tisti, ki ne potrebujejo dragega¹⁹ in zahtevnega zdravljenja. Poleg podaljševanja hospitalizacije pacientov je bil odziv izvajalcev na model BOD v zmanjševanju storitev, kar je bil tudi eden od namenov uvajanja modela BOD. Vendar je pozitiven finančni učinek, ki naj bi bil posledica zmanjševanja storitev, popolnoma izničil podaljševanje hospitalizacije pacientov. Tudi v primeru zmanjševanja hospitalizacij iz določenih demografskih ali epidemioloških razlogov so izvajalci enostavno podaljšali hospitalizacijo. Tako so npr. ob upadu števila porodov v obdobju 1985–2001 s 26.000 na 17.000 ležalno dobo porodic podaljšali na sedem dni, ponekod celo na enajst dni. Medtem ko je v razvitem svetu ležalna doba za zdrav porod ena do dva dni (Keber in drugi, 2003: 108). Podaljševanje ležalnih dob pa so poizkušali zmanjšati z uvedbo »plačevanja praznih postelj.« Ta ukrep pomeni, da so izvajalci dobili plačane tudi nerealizirane BOD. Izvajalce je ta ukrep spodbudil k skrajševanju ležalnih dob, vendar na drugi strani so izpad dohodka nadomestili s povečanjem²⁰ števila obravnav.

Naslednja slabost modela je bila diferenciacija cen BOD, ki je bila uvedena na podlagi kategorizacije bolnišnic, ravno z namenom poenotenja cen BOD v bolnišnicah enake kategorije. Metodologija izračunavanja vrednosti BOD je zaradi različne produktivnosti in stroškovne učinkovitosti povzročila neenakost med cenami izvajalcev. Tako so bili kaznovani izvajalci z visoko učinkovitostjo in produktivnostjo. Na grafu 3.1 lahko vidimo, kakšne so bile razlike cene BOD za specialistično dejavnost kirurgije v posameznih bolnišnicah.

¹⁹ Paciente, ki so potrebovali dražje storitve so preusmerjali, ponavadi na terciarni nivo. Klinični center se je zaradi tega utapljal v izgubah. Literatura imenuje tako obliko sprevržene vzpodbude pobiranje smetane ((cream skimming) Keber in drugi 2003, 108).

²⁰ Opisani so primeri, da so izvajalci odpustili in nato ponovno hospitalizirali istega pacienta, saj se evidence, na podlagi katerih bi lahko to preprečili, niso vodile (Ceglar 2006).

Graf 3.1: Cena BOD za specialistično-bolnišnično dejavnost kirurgije v slovenskih bolnišnicah za leto 1997, izražena v SIT



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje, 2003 v Ceglar (2006)

Iz grafa 3.1 je razvidno, da je razlika med najnižjo in najvišjo ceno BOD v slovenskih bolnišnicah znašala 20,2 %. Kar je še eden od dokazov neustreznosti modela BOD. Model plačevanja storitev po bolnišničnem oskrbnem dnevu ne pripomore k racionalnejšemu in učinkovitejšemu poslovanju bolnišnic in ne vzpodbuja sodobnih usmeritev bolnišničnega zdravljenja, kot sta zmanjševanje časa hospitalizacij in uvedba enodnevne bolnišnične obravnave. Odziv izvajalcev na opisani model je bil v neupravičenem podaljševanju hospitalizacije pacientov (povečevanje števila BOD), nato pa še v povečevanju števila obravnav. Metodologija izračunavanja vrednosti BOD je omogočala diferenciacijo cen med bolnišnicami za enake storitve, ni pa omogočila diferenciacijo cen glede na zahtevnost obravnav. Zato lahko opisani model kot tak označimo kot neustrezen.

3.1.3 Plačevanje po primeru (case payment)

Pri tem modelu plačevanja zdravstvenih storitev se plačujejo dejanski stroški, ki so nastali pri zdravljenju posameznega bolnika (primera). Model ima dve obliki, in sicer:

- plačevanje po primeru, ki je neodvisen od diagnoze in s stroški povezanih z njo ter
- plačevanje po primeru, ki temelji na določenih skupinah diagnoz.

Prva oblika modela je zelo podobna modelu plačevanja po storitvah. Na ceno primera niso vplivali diagnoza oziroma težavnost bolezni in s tem povezani stroški zdravljenja, ampak je vsak primer prinašal izvajalcu enak dohodek. Cene primerov so obstajale le za okoli deset glavnih specialističnih dejavnosti. V čisti obliki kot retrospektivno financiranje se v Sloveniji ni pojavil. Plačevanje po primerih je temeljilo na omejenem številu opravljenih primerov. Plačilo za posamezni primer je vključeval celotno obravnavo bolnika od

sprejema do odpusta iz bolnišnice. Proračun izvajalca je bil določen po veljavni ceni primera z njihovimi predhodnimi kvantitativnimi omejitvami glede na realiziran program dela v preteklem letu plus trenutne potrebe okolja, kateremu pripada določen izvajalec. Odziv izvajalcev je bil v skrajševanju hospitalizacije pacientov, saj je bolnišnica dobila plačilo za posamezni primer neodvisno od dolžine hospitalizacije. To pa je vodilo k zmanjševanju stroškov in večji učinkovitosti.

Plačevanje po primeru je bližje potrebam bolnikov in dejansko vzpodbuja zmanjševanje stroškov in povečevanje učinkovitosti, vendar je zaradi raznolikosti obravnav (primerov) in s tem povezanimi stroški, model zelo grob (Keber in drugi, 2003: 111). To pomeni, da ne upošteva različne zahtevnosti posameznih primerov (podobno kot pri plačevanju po modelu BOD). Kljub temu pa je bilo plačilo različno za enake primere. Vzrok za diferenciacijo vrednosti primerov ni bil v različni zahtevnosti posameznega primera, ampak v metodologiji izračuna vrednosti primera, ki je temeljila na povprečni vrednosti predhodnega modela BOD in standardni ležalni dobi posamezne specialistične dejavnosti v določeni bolnišnici. Bolnišnice so bile razdeljene v prvo in drugo skupino, oziroma na lokalne in regionalne. Razlika v prvi skupini med najnižjo in najvišjo ceno primera je znašala od 6,6 % do 32 %. V drugi skupini pa od 1,4 % do 32,8 % (Ceglar 2006). Zaradi navedenih razlik v ceni primera so partnerji v Področnem dogovoru za leto 2002 določili največjo dopustno odstopanje od povprečne cene primera, ki je znašalo (+,-) 7 %. V tabeli 3.1 so prikazane razlike v cenah posameznih specialističnih primerov v bolnišnicah prve in druge skupine za leto 2002.

Tabela 3.1: Indeks cen primerov po posameznih izvajalcih 1. in 2. skupine bolnišnic glede na povprečno ceno primera po posameznih specialistično-bolnišničnih dejavnostih v letu 2002 (povprečna cena = 100)

Dejavnost/ bolnišnica	Internistika	Derma- tologija	Pedriatrija	Kirurgija	Otorinolari- ngologija	Okulistika	Ginekologija
1. skupina bolnišnic							
Brežice	81,9		103,2	104,3			83,8
Trbovlje	103,4		109,2	99,7			102,6
Ptuj	98,6		93,1	97,9			94,5
Topolšica	108,7						
Kranj							102,0
Postojna							98,5
2. skupina bolnišnic							
Celje	106,2	100,6	105,3	109,1	106,0	111,1	103,5
Izola	99,5		105,6	97,4	104,1	94,6	87,8
Jesenice	100,9		100,2	98,4			105,5
Murska Sobota	94,9		95,9	96,5	101,6	114,7	94,0
Nova Gorica	95,0		100,0	103,5	105,1	122,8	101,1
Novo mesto	101,0	99,2	100,6	88,9	80,8	95,2	103,1
Slovenj Gradec	98,3		91,8	98,6			101,0

Vir: Ceglar (2006)

Prva oblika modela je bila v bistvu le predhodnica druge oblike, ki se je v Sloveniji pojavil v letu 2003, zaživel pa leto pozneje. Poznan je pod imenom Skupine primerljivih primerov (SPP), ki smo jo povzeli po avstralski različici AR – DRG. (Australian Refined Diagnostic Related Group). Model SPP-jev bom natančneje predstavil v drugem delu magistrskega dela.

Model plačevanja po primerih je predstavljal premik od plačevanja izvajalcev k plačevanju bolnikov. Bolnišnice je vzpodbudil k skrajševanju ležalnih dob (hospitalizacije), ker je osnovo za plačilo zdravljenja predstavljal primer in ne oskrbni dan. S skrajševanjem ležalnih dob so se zmanjševale tudi izgube v bolnišnicah, vendar pa je model imel tudi slabe lastnosti. Ni razlikoval med različno zahtevnimi bolniki in zato omogočal manipulacije, kot so sprejemanje lahkih bolnikov, administrativno povečanje števila

primerov s prekinitvijo hospitalizacije in nato ponovnim sprejemom ter premeščanje (stroškovno) zahtevnejših pacientov v terciarne ustanove. Ohranilo se je prenizko ovrednotenje dnevnih obravnav zato, so bolnišnice bolnika raje hospitalizirale kot zdravile ambulantno, saj je bil hospitaliziran bolnik bolj donosen (Keber in drugi, 2003: 112).

3.2 Prospektivni modeli plačevanja zdravstvenih storitev

Hiter razvoj medicinske znanosti omogoča ponudnikom zdravstvenih storitev vedno nove, praviloma dražje storitve, ki omogočajo večjo možnost ozdravitve. Tako ponudba zdravstvenih storitev močno presega zmožnosti plačnika, ki razpolaga z določeno količino sredstev. Zato se plačniki zdravstvenih storitev zavzemajo, da bi bili izdatki predvidljivi vnaprej, kar je z retrospektivnimi modeli nemogoče, poleg tega pa vzpodbujajo tudi kvantiteto storitev, včasih tudi neopravičeno. Prospektivni način plačevanja zdravstvenih storitev omogoča, da plačnik in izvajalec storitev že vnaprej vesta kakšna bo vrednost in s tem tudi obseg dogovorjenega programa. Vrednost in obseg vnaprej dogovorjenega programa določita plačnik in izvajalec s pogodbo. V Sloveniji se pogodbe sprejemajo za eno leto. Osnovana pogodba je Splošni dogovor za zdravstveno dejavnost. Iz tega Splošnega dogovora izhajajo področni dogovori npr. Področni dogovor za Bolnišnice za pogodbeno leto 2006.

Prospektivni modeli plačevanja imajo naslednje učinke:

- dobro obvladovanje stroškov. Izvajalci in javni plačniki zdravstvenih storitev dobro poznajo obseg sredstev, s katerimi razpolagajo v poslovnem obdobju. Oboji si močno prizadevajo, da jih ne presežejo,
- vprašljiva je kakovost zdravstvene oskrbe. Oblike prospektivnega plačevanja načeloma ne vzpodbujajo izvajalcev k večjim delovnim naporom in doseganju visoke kakovosti zdravstvene oskrbe. To lahko vodi tudi v nezadovoljstvo bolnikov z zdravstveno oskrbo in zdravstvenim varstvom nasploh ((nizka laična kakovost zdravstvene oskrbe) Česen, 1997: 25).

Prospektivni modeli plačevanja storitev zahtevajo od menedžmenta izvajalcev več naporov in znanja za uspešno delovanje zdravstvene organizacije. Zaradi finančnega limita je potrebno v prvi vrsti posvetiti veliko pozornosti distribuciji financ znotraj organizacije (mikro nivoju) kakor tudi na makro nivoju. Neustrezna finančna distribucija lahko

osiromaši ali favorizira določene zdravstvene programe. Osiromašenje ali podcenjevanje določenih zdravstvenih programov negativno vpliva na vse resurse, zavira napredek stroke in s tem omejuje outcomes določene zdravstvene storitve na mikro nivoju oziroma zdravstvenega področja na makro nivoju. To pa vodi k nižji kakovosti in kvantiteti storitev, ki ima za posledico nezadovoljstvo pacientov, nezadovoljstvo zaposlenih z delovnimi razmerami, podaljševanje čakalnih dob²¹ na določenih storitev itd.

Najpogostejši modeli prospektivne oblike plačevanja zdravstvenih storitev so:

- glavarina,
- pavšal,
- proračun.

3.2.1 Glavarina (capitation fee)

Glavarina je določen znesek za posamezno zavarovano osebo, ki ga dobi izbrani zdravnik za pokrivanje (morebitnih) stroškov zdravstvenih storitev za določeno obdobje, praviloma za eno leto. Pri tem ni pomembno, kako pogosto obravnava uporabnika in kakšne posege opravi. V Sloveniji je glavarina model plačevanja zdravstvene dejavnosti na primarnem zdravstvenem nivoju, v zobozdravstvu in specialistično-ambulantnem nivoju pediatrije in ginekologije. V omenjenih zdravstvenih dejavnostih lahko zavarovana oseba svobodno izbira zdravnika.

Glavarina ima tudi določene slabosti. Zdravniku lahko prinaša »dobiček ali izgubo.« V kolikor uporabniki ne potrebujejo storitev, prinašajo zdravniku dobiček. Bolniki s kroničnimi boleznimi kakor tudi starejši bolniki potrebujejo več zdravstvene oskrbe. V kolikor ima zdravnik večje število takih bolnikov, lahko beleži izgubo. Zato v Sloveniji vsota glavarine ni enaka za vse zavarovance, ampak je odvisna od starosti in spola (Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in metode prenosa finančnih sredstev, ZZZS, 2004, dostopno na <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/BCD1FD05407A8894C1256BOpenDocument> 25. maj 2007).

²¹ Po mojem mnenju je problematična čakalna doba, kadar uporabnik čaka nerazumno dolgo na določeno zdravstveno storitev in v kolikor se uporabniku zaradi čakanja na storitev zdravstveno stanje nepopravljivo poslabša oziroma, če sta zdravljenje in rehabilitacija zahtevnejša in s tem dražja, kot bi bila v primeru, če bi se storitev opravila takoj oziroma v razumnem roku.

V Sloveniji izvajalci zdravstvenih storitev, ki so financirani po metodi glavarine, dobijo z glavarino le polovico vsega dohodka. Drugo polovico dohodka dobijo z opravljanjem storitev. Zdravstvena reforma opozarja, da tak način financiranja ni primeren. Glavarina, »kontaminirana« s storitvami, vzpodbuja izvajalce k povečanemu izvajanju storitev, predvsem ambulantnih pregledov, medtem ko se je število obiskov na domu razpolovilo. Preventivni pregledi pa se po letu 1997 praktično niso več izvajali (Keber in drugi, 2003: 103). Zdravstvena reforma predlaga, naj bi bila glavarina edino plačilo izbranemu zdravniku za vse potrebe porabnika zdravstvenih storitev na primarnem zdravstvenem nivoju. Tako naj bi imel izbrani zdravnik možnost svobodne izbire obravnave pacienta brez vpliva »ekonomski dejavnikov.« Glavarina, kot edini vir financiranja primarnega zdravstvenega nivoja, vzpodbuja tudi konkurenčnost med izvajalci, saj denar prinašajo uporabniki storitev in ne storitve. Nevarnost take oblike financiranja je, v kolikor model nima določenih varovalk oziroma kontrolnih mehanizmov, da postane izvajalec le triažer oziroma usmerjevalec uporabnikov na specialistični zdravstveni nivo.

3.2.2 Pavšal (flat – rate payment)

Za neposredno financiranje zdravstvene dejavnosti se ta model ne uporablja. Uporablja se predvsem za investicije v zdravstveno infrastrukturo ter opremo. Sredstva za investicije so v večji meri proračunska sredstva ustanovitelja. Tako sredstva za investicije bolnišnic prihajajo iz državnega proračuna, sredstva za primarno zdravstveno dejavnost pa iz občinskih proračunov. Ocena potrebnih sredstev za določeno obdobje se lahko določi na podlagi same dejavnosti izvajalca. To pomeni, da nekatere dejavnosti (radiologija, kirurgija, radioterapija ...) potrebujejo dosti več sredstev kot druge (splošne ambulate). Sredstva pokrivajo vrednost glavnice in obresti, če je izvajalcu odobreno posojilo za nakup oziroma investicijo. Uspešnost investicije se lahko oceni na podlagi doseganja standardov zdravstvenega področja, v katerega so investirana sredstva.

Model je primeren tudi za financiranje določenih zdravstvenih programov, predvsem iz področja preventive, kateri niso zajeti v običajnem modelu financiranja in dogovoru med plačniki in izvajalci. Izvajalec dobi pavšalni znesek za izvedbo določenega zdravstvenega programa npr. izvedba zdravstvene vzgoje v osnovnih šolah.

3.2.3 Proračun (budget)

Model proračunskega financiranja pomeni, da izvajalec storitev dobi dogovorjen znesek za pokrivanje vseh stroškov dejavnosti za določeno obdobje. Na videz je podoben pavšalu, ki pa je redko uporabljen za financiranje temeljne zdravstvene dejavnosti. Proračunsko financiranje omejuje rast vrednosti in količine storitev, medtem pa dopušča fleksibilno uporabo finančnih sredstev znotraj njegovega limita. Poznamo dve obliki proračunskega modela financiranja. To sta fiksni proračun, ki se ne spreminja in variabilni proračun, ki se lahko spreminja, vendar morajo biti pogoji spreminjanja v naprej določeni.

Slabosti tega modela izhajajo predvsem iz interesov izvajalcev kakor tudi plačnikov storitev. Interesi izvajalcev so usmerjeni v dobiček²² kar pomeni, da do konca proračunskega obdobja ne porabijo vseh sredstev. Dobiček lahko nastane iz dveh razlogov. Prvi razlog je racionalizacija poslovanja, ki ponavadi ne prizadene uporabnikov storitev. Racionalizacija poslovanja lahko izhaja iz dejanske racionalizacije procesov, lahko pa je posledica prekomernih napotitev na višji zdravstveni nivo, predvsem zahtevnejših (dražjih) primerov. Drugi razlog, ki lahko privede do dobička, je zmanjševanje kakovosti, kvantitete in dostopnosti do storitev, kar pa neposredno vpliva na porabnike storitev.

3.3 Pregled modelov plačevanja zdravstvenih storitev v slovenskih bolnišnicah

V zadnjih treh desetletjih so se zamenjali štirje modeli plačevanja zdravstvenih storitev na sekundarnem zdravstvenem nivoju. To so bili model plačevanja po storitvah (1976 do 1993), model plačevanja po bolnišnično oskrbnih dneh – BOD (1993 do 2000), model plačevanja po primerih (2000 do 2003), ki je bil predhodnica današnjemu modelu plačevanja po skupinah primerljivih primerov – SPP (od leta 2003). Opisano zaporedje modelov velja za akutno bolnišnično obravnavo. Za neakutno bolnišnično obravnavo tudi danes uporabljamo model BOD in storitveni model za financiranje specialistično-ambulantne dejavnosti. Vsi modeli spadajo v skupino retrospektivnih modelov, razen zadnjega, ki spada k prospektivnim modelom plačevanja zdravstvenih storitev. Vendar se retrospektivni modeli niso pojavljali v »čisti« obliki ampak je plačnik storitev določal limit pri vsakem modelu. Limit je bil vezan na osnovno obračunsko enoto posameznega modela (npr. v naprej določeno število BOD, omejeno število storitev itd.). Tako je plačnik lahko

²² V tem kontekstu dobiček pojmem kot presežek prihodkov nad odhodki.

predvidel količino finančnih sredstev in s tem zmanjšal stopnjo negotovosti financiranja, katera je značilna za retrospektivne modele.

Modeli financiranja imajo vpliv tudi na odnos do uporabnika storitev. Tako imajo različen vpliv na učinkovitost, dostopnost in kvaliteto zdravstvenih storitev, ki so poleg pravičnosti temeljne vrednote Zdravstvene reforme iz leta 2003. Na sliki 3.1 so prikazani učinki posameznih modelov glede na uporabnika storitev.

Tabela 3.2: Vpliv modela plačevanja zdravstvenih storitev na kriterije učinkovitosti, dostopnosti in kakovosti

<i>Model</i>	<i>Učinkovitost²³</i>	<i>Dostopnost²⁴</i>	<i>Kakovost</i>
Storitev	negotova	pozitivna v kirurgiji	negotova
BOD	negativen	negotov	negotov
Primer	negativen	pozitiven	negativen
SPP	pozitiven	pozitiven	negotov
Proračun ²⁵	pozitiven	negotov	negotov
Glavarina ²⁵	pozitiven	negotov	negotov

Vir: Langenbrunner in Wiley v Mckee in Healy (2002: 157)

²³ Učinkovitost pojmem, da s strokovnim pristopom, racionalnim poslovanjem v okviru zagotovljenih resursov in strokovnim menedžmentom dosežemo pričakovano (zahtevano) raven zdravstvene oskrbe.

²⁴ Dostopnost do zdravstvenega varstva je definirana kot dejanska uporaba zdravstvene službe in vse, kar posamezniku to omogoča ali pa ga pri tem ovira.

²⁵ Proračun in glavarina se od leta 1976 nista pojavila kot modela plačevanja bolnišničnih zdravstvenih storitev v Sloveniji. V tabeli sta navedena le informativno.

4 VPLIV MODELOV PLAČEVANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV NA POSLOVANJE BOLNIŠNIC, PRIKAZANO NA PRIMERU SPLOŠNE BOLNIŠNICE BREŽICE ZA OBDOBJE 1989 DO 2003

Zaradi lastnosti posameznih modelov plačevanja bolnišničnih storitev, ki so opisane v prejšnjem poglavju, lahko pričakujemo, da bo poslovanje bolnišnice usmerjeno v iskanje ugodnosti, ki jih posamezni model nudi. Seveda pa poslovanje bolnišnic kakor tudi vseh ostalih izvajalcev zdravstvenih storitev, ki so del javne zdravstvene mreže, ni odvisno le od modela plačevanja storitev, ampak tudi od resornega ministrstva, ustanovitelja ter plačnika zdravstvenih storitev, ki predvsem v vlogi regulatorja močno vplivajo na poslovanje javnih zdravstvenih subjektov.

4.1 Kratka predstavitev Splošne bolnišnice Brežice

Splošna Bolnišnica Brežice spada med manjše bolnišnice v Sloveniji. Opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni skladno z Zakonom o zdravstveni dejavnosti. Tako se v bolnišnici izvaja specialistična bolnišnična dejavnost za področje interne medicine, kirurgije, pediatrije, ginekologije in porodničarstva, intenzivne terapije ter anesteziologije z reanimacijo. Poleg ambulantno specialistične dejavnosti iz navedenih področij opravlja še ambulantno specialistično dejavnost iz nevrologije, ortopedije, otolarinologije in okulistike s propadajočo funkcionalno diagnostiko, dispanzer za žene in fizioterapijo.

Splošna bolnišnica Brežice s svojimi storitvami oskrbuje prebivalce Posavja. V Posavsko regijo spadajo občine Sevnica, Krško, Kostanjevica na Krki in Brežice, ki imajo skupno 70.242 prebivalcev (Zdravstveni statistični letopis 2007). Nekaj pacientov pa prihaja tudi s Kozjanskega, predvsem iz občin Bistrica ob Sotli in Kozje.

Bolnišnica ima 127 bolniških postelj. Za paciente pa skrbi 255 zaposlenih.

4.2 Analiza modelov plačevanja zdravstvenih storitev od leta 1989 do 2003

Pri analizi posameznih modelov plačevanja zdravstvenih storitev bom poskušal ugotoviti dejanski vpliv modelov na uporabnika storitev oziroma, ali je Splošna bolnišnica Brežice (v nadaljevanju Zavod) izkoristila ugodnosti posameznih modelov plačevanja in kako so le-ti vplivale na uporabnike storitev. Predstavljeni bodo trije modeli, in sicer: model

plačevanja po storitvah (od 1989 do 1992), model plačevanja po BOD (od 1993 do 2000) in model plačevanja po primerih (od 2001 do 2003). Za analizo modelov bodo uporabljeni naslednji kriteriji:

- število hospitaliziranih bolnikov,
- število kirurških posegov na kirurškem oddelku,
- število diagnoz pacientov, zdravljenih na internem oddelku,
- število BOD oziroma trajanje hospitalizacij po posameznem modelu plačevanja storitev,
- število prvih pregledov²⁶ po posameznem modelu plačevanja,
- število ponovnih pregledov²⁷ po posameznemu modelu plačevanja storitev in
- povprečna ležalna doba.

V tabeli 4.1 so prikazani podatki Zavoda, ki bodo uporabljeni pri analizi modelov plačevanja storitev.

Tabela 4.1: Vrednosti izbranih kriterijev poslovanja od leta 1989 do 2003

Leto/ kriterij	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Št. hospitaliziranih bolnikov	6.903	7.044	6.471	6.021	5.721	5.962	6.301	6.210
Št. posegov na KRG	660	704	679	728	695	737	697	851
Št. diagnoz zdravljenih pacientov na INT.	2254	2350	2292	2280	2397	2427	2427	2439
Št. BOD	53.596	52.320	50.154	48.460	46.720	43.957	43.351	42.406
Št. prvih pregledov	16.818	15.924	50.154	18.635	16.880	19.589	20.226	18.885
Št. ponovnih pregledov	12.997	14.361	16.346	13.712	16.063	16.208	18.272	20.635
povprečna ležalna doba	7,8	7,4	7,8	8,0	8,1	7,4	6,88	6,83

²⁶ Prvi pregled je definiran kot prvi neposredni stik uporabnika z zdravnikom zaradi nove bolezni ali bolezenskega stanja v določenem obdobju.

²⁷ Ponovni pregled je definiran kot stik uporabnika z zdravnikom zaradi obravnave bolezni ali bolezenskega stanja, ugotovljenega pri prvem obisku.

Leto/ kriterij	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Št. hospitaliziranih bolnikov	6.331	6.549	6.714	5.976	6.473	5.502	5.482
Št. posegov na KRG.odd.	962	988	988	1108	1006	1159	1016
Št. diagnoz zdravljenih pacientov na INT. odd.	2427	2427	2439	2188	2280	2005	2052
Št. BOD	40.476	40.561	38.938	36.888	36.910	32.987	32.474
Št. prvih pregledov	22.426	21.977	26.602	31.238	31.558	31.202	31.522
Št. ponovnih pregledov	17.889	20.138	24.519	27.816	22.818	21.269	20.229
povprečna ležalna doba	6,39	6,19	5,80	6,17	5,7	6,00	5,92

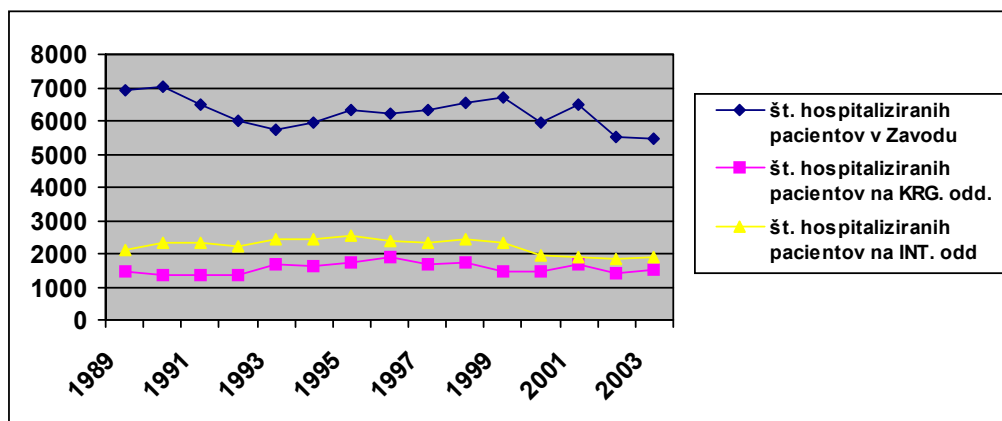
Legenda:
Veljavni modeli
plačevanja
zdravstvenih storitev v
določenem časovnem
obdobju
Storitev
BOD
Primer

Vir: Poslovna poročila Zavoda za leta 1989-2003

4.2.1 Prikaz in analiza pomembnejših kazalnikov poslovanja Zavoda

Eden od kazalnikov poslovanja Zavoda je število hospitaliziranih bolnikov, ki pa neposredno nima vpliva na modele plačevanja bolnišničnih storitev v smislu obračunske enote ali kriterija, ki bi bil osnova za obračun bolnišničnih storitev. Lahko pa z njegovo pomočjo pridemo do različnih ugotovitev, ki bodo podane v nadaljevanju. Graf 4.1 prikazuje število hospitaliziranih pacientov na kirurškem, internem oddelku in v Zavodu kot celoti od leta 1989 do 2003.

Graf 4.1: Število hospitaliziranih bolnikov na kirurškem in internem oddelku ter celokupno v Zavodu v obdobju od 1989 do 2003



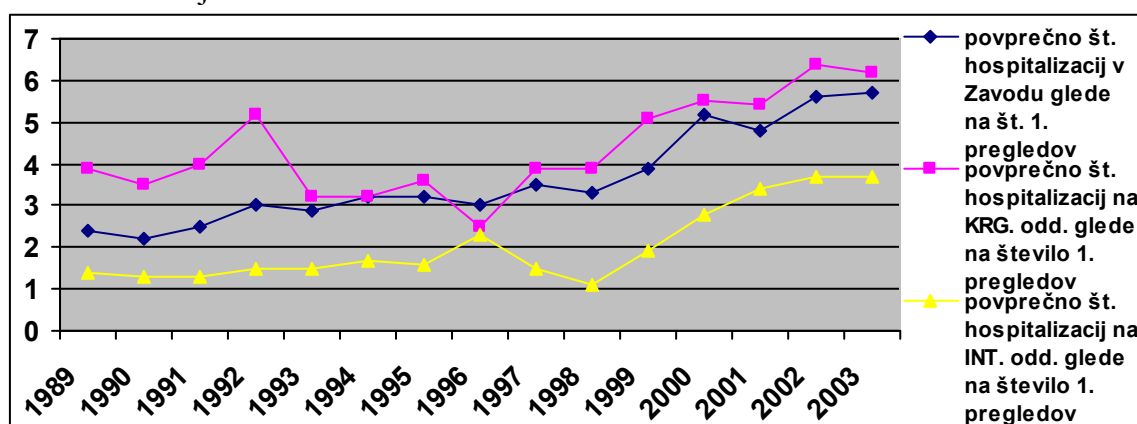
Vir: Poslovna poročila Zavoda za leta 1989–2003

Iz grafa 4.1 je razviden upad števila hospitalizacij od leta 1989. Najnižja vrednost je bila dosežena leta 1993.²⁸ Eden od vzrokov zmanjšanja števila pacientov je tudi osamosvojitev Slovenije in s tem izguba pacientov iz Hrvaške. Nato od leta 1993 do leta 2000 število hospitalizacij počasi, a vztrajno narašča. Nakar zopet upade in leta 2003 doseže nivo iz leta 1993. Opisani trendi veljajo tudi za kirurški oddelek, medtem ko pri internistiki sledimo konstantno število hospitalizacij do leta 2000, nakar sledi rahel upad.

Na grafu 4.1 tako zasledimo dva mejnika, in sicer leta 1993, ko trend hospitalizacij narašča in leta 2000, ko le-ta upada. Obe letnici sta tudi povezani s spremembami modelov plačevanja bolnišničnih storitev. Tako leta 1993 storitveni model zamenja model BOD, tega pa leta 2000 model plačevanja po primerih.

Bolniki prihajajo na bolnišnično zdravljenje preko sprejemnih ambulant odgovarjajočih medicinskih strok. Vzrok za hospitalizacijo bolnika je njegovo zdravstveno stanje, ki je indikacija za določeno obliko zdravljenja. V kolikor so indikacije za hospitalizacijo preširoko zastavljene, število hospitalizacij narašča in obratno. Sprejemna ambulanta tako predstavlja nekakšen »filter« hospitalizacij, kar pa se lahko izkoristi tudi za vlogo regulatorja količine (števila) hospitalizacij. Slednje je še posebej pomembno, če se bolnišnične storitve obračunavajo po modelu BOD (v veljavi od leta 1993 do leta 2000), in če je potrebno doseči predhodno zastavljen plan števila hospitalizacij. Na grafu 4.2 so prikazana razmerja med prvimi pregledi in število hospitalizacij za posamezno leto.

Graf 4.2: Povprečno število hospitaliziranih bolnikov glede na število prvih pregledov v obdobju od 1989 do 2003



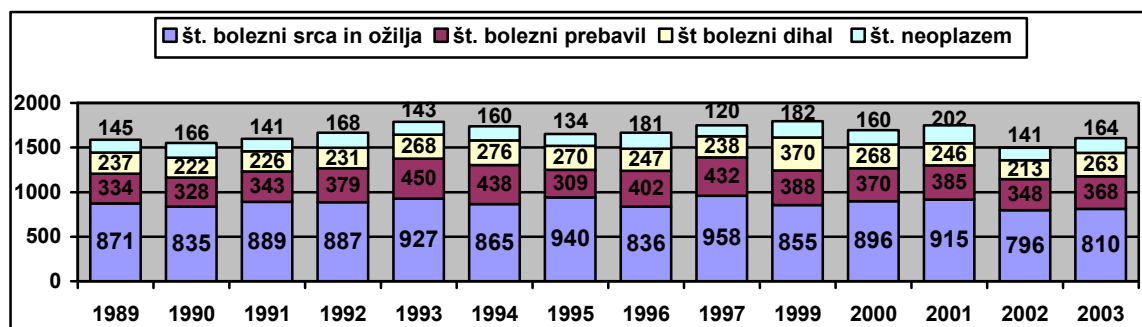
Vir: Poslovna poročila Zavoda za leta 1989-2003

²⁸ V tem času Ministrstvo za zdravstvo, ki ga vodi Katja Boh, glasno razmišlja o zaprtju Splošne bolnišnice Brežice.

Iz grafa 4.2 je razvidno, da je internistika imela v obdobju 1993 do leta 2000 zelo širok spekter indikacij za hospitalizacijo v primerjavi z obdobjem 2000 do 2003. Hospitaliziran je bil skorajda vsak oziroma vsak drugi bolnik, ki je prišel prvič v sprejemno ambulanto. Za kirurgijo je značilna večja »preračunljivost« v primerjavi z internistiko, kar je razvidno iz grafa 4.2. Tako na primer v letu 1993, ki velja za leto z najmanjšim številom hospitalizacij, sprejmejo na bolnišnično zdravljenje vsakega tretjega bolnika, medtem ko leto poprej vsakega petega bolnika. Obdobje, ki ima najbolj konstantno število hospitalizacij, velja obdobje od leta 1993 do leta 2000, izjema je le leto 1996. V tem obdobju je veljal za obračunavanje bolnišničnih storitev model BOD.

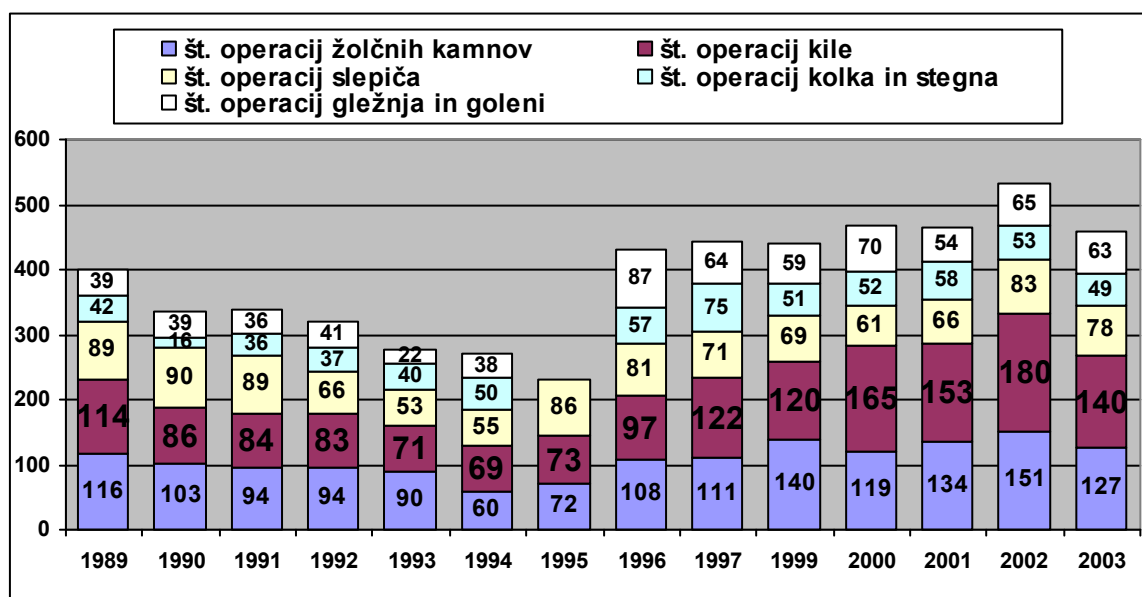
Najbolj presenečajo velike razlike med najmanjšimi in največjimi vrednostmi na grafu 4.2, ki prikazuje povprečno število hospitalizacij v primerjavi s številom prvih pregledov. Razlika na nivoju Zavoda med povprečjem hospitaliziranih pacientov po prvem pregledu v štirinajst letnem obdobju znaša 159 %, od tega na kirurgiji 156 % in na internistiki 236 %. Seveda je na mestu vprašanje, kaj je vzrok velikim razlikam, oziroma kakšen vpliv imajo rezultati, ki so prikazani na grafu 4.2 na poslovanje Zavoda. Na količino hospitalizacij pa naj bi v največji meri vplivala pojavnost bolezni ali poškodb oz. obolevnost prebivalcev, ki gravitirajo na Zavod. Na spodnjih grafih 4.3 in 4.4 so prikazane najpogostejše bolezni in poškodbe, ki so bile vzrok za hospitalizacijo na internem in kirurškem oddelku v obdobju 1989 do 2003. Glede na število primerov so na internistiki najpogostejša kardiovaskularna obolenja, na drugem mestu so bolezni dihal, sledijo bolezni prebavil in na zadnjem mestu so neoplazme. Za kirurgijo pa so v grafu prikazani najpogostejši abdominalni posegi in sicer operacija slepiča, žolčnika in vseh vrst kil. Od travmatoloških posegov pa prevladujejo operacije kolka in stegna ter operacije gležnja in goleni.

Graf 4.3: Pojavnost najpogostejših internističnih obolenj v Zavodu v obdobju od 1989 do 2003



Vir: Poslovna poročila Zavoda za leta 1989-2003

Graf 4.4: Pojavnost najpogostejših kirurških posegov v Zavodu v obdobju od 1989 do 2003



Vir: Poslovna poročila Zavoda za leta 1989-2003

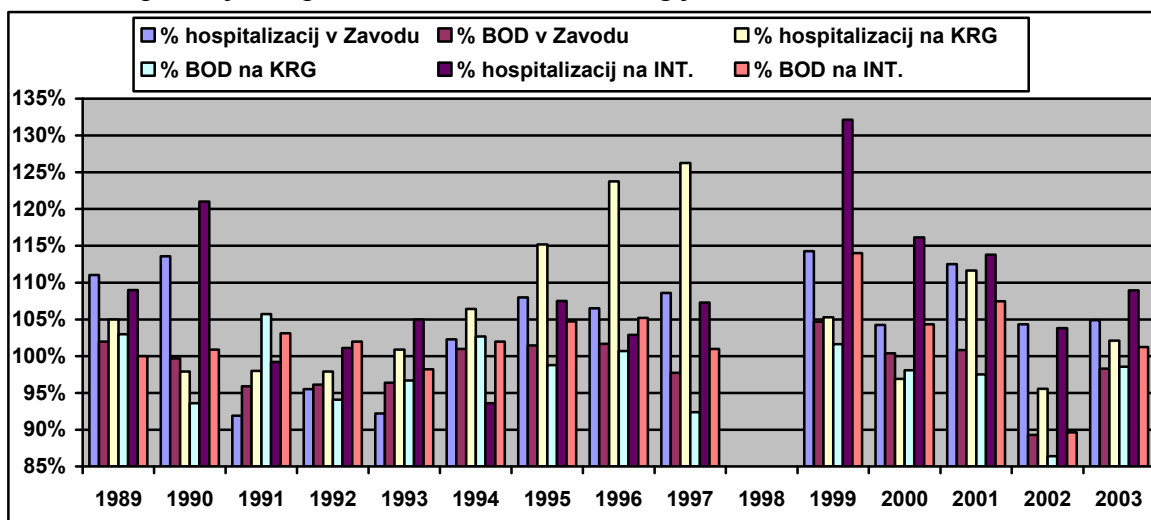
Glede na interpretacijo in vrednosti rezultatov grafa 4.2 bi pričakovali tudi sorazmerne razlike pri številu hospitalizacij v istem obdobju. Iz grafa 4.1 lahko razberemo, da so razlike v številu hospitalizacij zelo majhne. V štirinajstletnem obdobju razlika med najmanjšim in največjim številom hospitalizacij na nivoju zavoda znaša 28 %, na kirurgiji 37 % in na internistiki tudi 37 %, to pa pomeni zelo enakomerni trend gibanja hospitalizacij v prikazanem obdobju.

Naslednje pomembno vprašanje je, ali je število hospitalizacij vplivalo na število BOD. Število BOD je posebno pomembno v obdobju (1993 do 2000), ko je bil BOD tudi osnovna obračunska enota za bolnišnične storitve. Logično bi bilo, da se število BOD razmeroma povečuje, v kolikor se povečuje število hospitaliziranih bolnikov. Vsak hospitaliziran bolnik, oziroma njegova bolezen ali poškodba, potrebuje določen (kritičen²⁹) čas zdravljenja, ki se meri v BOD. V tem (kritičnem) času se stanje bolnika izboljša do te mere, da bolnišnično zdravljenje ni več potrebno. To pa bi pomenilo, da sta oba kazalnika, tako BOD kakor tudi število hospitalizacij, v nekakšnem sorazmerju. Na grafu 4.5 so prikazani rezultati poslovanja Zavoda glede na število hospitalizacij in število BOD, izraženi v odstotkih v primerjavi s poslovnim načrtom za posamezno poslovno leto, ki je

²⁹ Kritičen čas zdravljenja je najkrajši potreben čas hospitalizacije pacienta, v katerem se njegovo stanje izboljša do stopnje, ko hospitalizacija ni več potrebna.

na grafu 4.5 prikazan kot vrednost 100 %. V obdobju 1993 do 2000 pomeni omenjena vrednost tudi v naprej dogovorjeno število BOD, ki so bila plačana s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje.

Graf 4.5: Rezultati poslovanja v odstotkih za kazalnika št. hospitalizacij in št. BOD v primerjavi s poslovnim načrtom za kirurgijo, internistiko in Zavod kot celoto



Vir: Poslovna poročila Zavoda za leta 1989-2003

4.2.2 Regulacija števila BOD

Zavod je v celotnem obdobju veljave modela BOD prekoračil planirano število oskrbnih dni v povprečju za nekaj manj kot 0,5 %. Glede na podatke iz grafa 4.2 ne moremo trditi, da ima število hospitalizacij močan vpliv na število BOD, ampak nanj vplivajo še:

- administrativna regulacija BOD,
- incidenca bolezni,
- učinkovitost zdravljenja.

4.2.2.1 Administrativna regulacija števila BOD

Za poslovanje Zavoda je v obdobju od 1993 do 2000 zelo pomembno število BOD, ker Zavod za zdravstveno zavarovanje v tem obdobju plačuje bolnišnične storitve na podlagi dogovorjenih količin BOD. Cilj Zavoda je torej natančna realizacija dogovorjenega števila BOD. V primeru prekoračitve dogovorjenega števila BOD nastale stroške krije Zavod sam oziroma izgubi plačilo za nedoseganje dogovorjenega plana BOD. V kolikor natančneje analiziramo obdobje od 1993 do 2000 ugotovimo, da odstotek BOD zelo natančno sledi planu. To potrjuje tudi izračun za osemletno povprečje. Tako Zavod v tem obdobju povprečno prekorači število BOD le za 0,47 %. Na internem oddelku so plan prekoračili za

4,07 %, medtem ko je kirurgom zmanjkalo 1,3 %. V kolikor še na enak način prikažemo število hospitalizacij, dobimo naslednje rezultate. Povprečno število hospitalizacij v osemletnem obdobju presega zastavljene cilje na nivoju Zavoda 5,17 %, na kirurgiji za 10,67 % in na internem oddelku za 9,21 %.

4.2.2.2 Obolevnost (incidenca) in učinkovitost zdravljenja

Zanimivo je tudi dejstvo, da obolevnost prebivalstva (zlasti še na internistiki) ne vpliva na povečanje števila BOD ali hospitalizacij. Tako npr. v letu 1993 zasledimo skorajda največje število internističnih obolenj (graf 4.3), medtem ko število planiranih hospitalizacij zanemarljivo presega plan, število BOD pa plana ne dosega (graf 4.5). Še bolj očitna razlika med obolevnostjo in številom BOD je na kirurgiji v letu 2002. V tem letu je število kirurških obolenj skorajda največja v celotnem prikazanem obdobju (graf 4.4), vendar plana števila hospitalizacij in BOD niso dosegli (graf 4.5). Omenjena primera odražata (sorazmerno) visoko stopnjo učinkovitosti zdravljenja na omenjenih oddelkih, saj je za večjo količino obravnavanih bolezni in poškodb porabljeno manjše število BOD in hospitalizacij in s tem povezanih resursov. Vendar model plačevanja bolnišničnih storitev po BOD ne vzpodbuja učinkovitost. Tako kirurgija kljub visoki učinkovitosti ne bi dobila dogovorjenega plačila, saj ni dosegla načrtovanega števila BOD. Omenjeni model tudi ne upošteva oblike (teže) bolezni ali poškodb, od katere je odvisen potek in rezultat zdravljenja. Tako lahko izvajalci zahtevnejše in s tem tudi dražje primere premestijo na višji zdravstveni nivo in se tako izognejo večjim stroškom (pobiranje smetane).

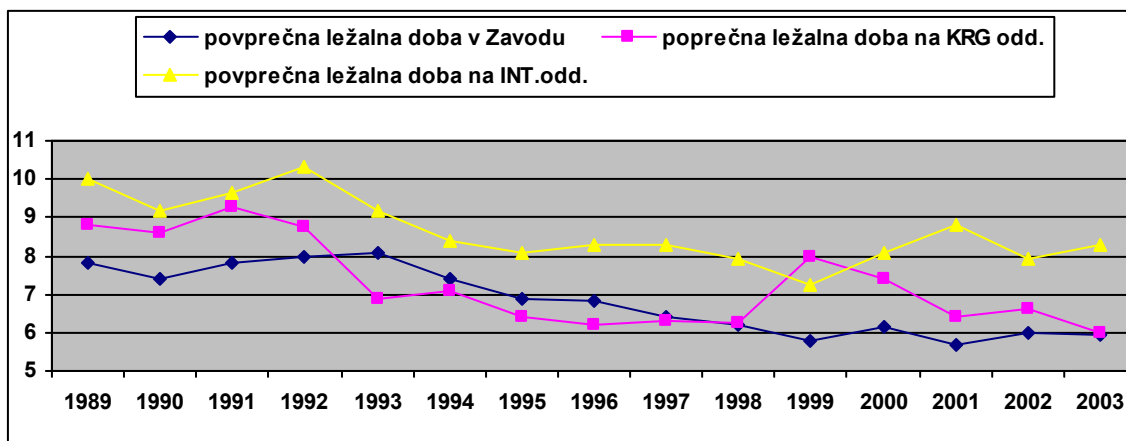
Iz empiričnih podatkov, kakor tudi na podlagi sklepanj, lahko zaključimo, da na število BOD, realiziranih v Zavodu, v največji meri vpliva dejavnik administrativno reguliranje števila BOD, ki ostale dejavnike, število hospitalizacij, incidenca bolezni in učinkovitost zdravljenja, uporablja zgolj kot orodje za doseganje cilja - to je realizacija planiranega števila BOD.

4.2.3 Analiza modela plačevanja po primerih v obdobju 2001 do 2003

Enako metodo lahko uporabimo tudi za interpretacijo podatkov za obdobje 2001 do 2003. V tem času je kot osnovna enota za obračun bolnišničnih storitev veljal primer, ki ga lahko enačimo z bolnikom (primer = bolnik). Število BOD ni bilo več središču pozornosti, kar lahko ugotovimo iz sledečih podatkov. Na nivoju Zavoda je število BOD, v obdobju 2001 do 2003, 3,43 % pod planom. Najbolj se planu BOD približa internistika, in sicer na 0,56

%, medtem ko kirurgija zaostaja za planom 5,84 %. V kolikor rezultate primerjamo z obdobjem od 1993 do 2000, o kakšni usklajenosti med planom in realizacijo BOD, ne moremo govoriti. Nekoliko drugačno sliko dobimo pri analizi hospitalizacij. Število hospitalizacij na nivoju Zavoda presega plan za 7,24 %, kirurgija za 3,1 % in internistika za 8,84 %. Plačevanje po primeru je povzročilo skrajševanje ležalnih dob, saj je bila cena posameznega primera fiksna in neodvisna od ležalne dobe, kar potrjuje tudi prejšnje navedbe o realizaciji BOD. Učinki modela plačevanja po primeru glede na skrajševanje ležalne dobe so prikazani na grafu 4.6. Za celotno prikazano obdobje je očiten trend skrajševanja ležalne dobe na obeh prikazanih oddelkih kakor tudi na nivoju celotnega Zavoda. Krivulji Zavoda, predvsem pa kirurškega oddelka, dejansko prikazujeta padec povprečne ležalne dobe v obdobju modela plačevanja po primerih (2001 do 2003). S tem pa so se zmanjšali tudi stroški Zavoda. Seveda pa ne smemo spregledati vrednosti, ki so prikazane na grafu 4.2. Tako lahko sklepamo, da je eden od pglavitnih vzrokov za skrajševanje ležalne dobe tudi dvig strokovnih kriterijev za hospitalizacijo pacientov.

Graf 4.6: Povprečna ležalna doba na kirurgiji, internistiki in Zavodu kot celoti v obdobju od 1989 do 2003



Vir: Poslovna poročila Zavoda za leta 1989-2003

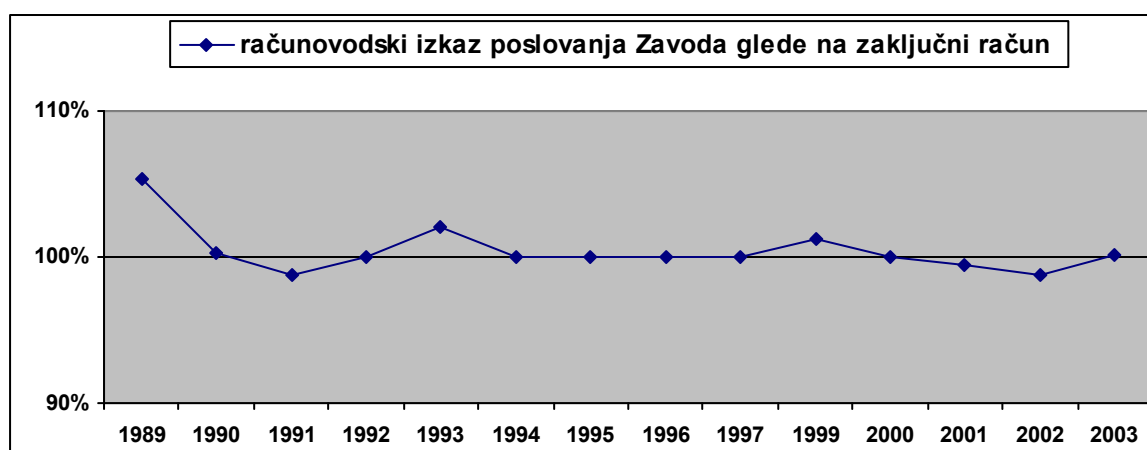
Prehod iz modela BOD na model plačevanja bolnišničnih storitev po primeru je povzročil nemalo težav. Celotno slovensko zdravstvo na sekundarnem nivoju ni bilo pripravljeno na spremembo sistema obračunavanja storitev. Tako v Poslovnem poročilu za leto 2001 (2002, 1) zasledimo, da spremembe financiranja bolnišnične dejavnosti niso bile vpeljane do konca niti poizkusno uveljavljene v nekaterih slovenskih bolnišnicah. Vzrok naj bi bilo pomanjkanje metodoloških in programskih izhodišč za prehod na nov model

obračunavanja zdravstvenih storitev. Tako se je v letu 2001 še delno obračunavalo bolnišnične storitve po modelu BOD. Šele na podlagi Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2002 se je model BOD opustil in ga je nadomestil model plačevanja po primerih oziroma bolnikih, leta 2003 pa je Zavod dobil 10 % plačila za bolnišnično dejavnost po modelu SSP-jev. Pri tem pa je pomembno poudariti, da je model plačevanja po primerih veljal le za akutno bolnišnično oskrbo. Podaljšano (neakutno) bolnišnično zdravljenje pa se je še v naprej obračunavalo po modelu BOD. Zaradi zelo kratkega obdobja modela plačevanja po primerih in zaradi navedenih zapletov je skorajda nemogoče iz predstavljenih podatkov podati določene zaključke. Poleg tega pa ima model plačevanja bolnišničnih storitev po primeru podobne pomanjkljivosti kot predhodni model. Ne razlikuje med različno zahtevnimi bolniki, kar pomeni, da ne priznava višjih stroškov zdravljenja za težje bolnike. Možne pa so tudi administrativne manipulacije v smislu odpusta in ponovnega sprejema istega bolnika in na ta način povečanje števila primerov. Moje mnenje je, da je obdobje od 2001 do 2003 zgolj prehodno in zaradi omenjenih zapletov in pomanjkljivosti modela nepotrebno.

4.3 Vpliv modelov plačevanja bolnišničnih storitev na poslovanje Zavoda

Na grafu 4.7 je prikazano poslovanje Zavoda za obdobje od 1989 do 2003 glede na letni zaključni račun.

Graf 4.7: Računovodski izkaz poslovanja Zavoda glede na zaključni letni račun, izražen v odstotkih



Vir: Poslovna poročila Zavoda za leta 1989-2003

Iz grafa 4.7 je razvidno, da je Zavod beležil največjo izgubo v poslovanju v letih 1991 in 2002. Za leto 1991 je značilno, da je zdravstvo skozi celo leto prejelo manj sredstev, kot je bilo s prispevki za zdravstvo določeno. Na začetku leta so prenehale delovati temeljne organizacije,³⁰ ki so se v aprilu preoblikovale v organizacijske enote javnega zavoda. Zakon o zdravstvenem varstvu, ki naj bi že v letu 1991 dokončno opredelil novo organizacijsko strukturo in principe delovanja zdravstva, v tem letu ni bil sprejet tako, da so se razmerja in pristopi k financiranju zdravstva podaljšali do konca leta.

Poleg opisanih sprememb v organizaciji zdravstva je k izgubi Zavoda prispevala svoj delež tudi osamosvojitev Slovenje. V oktobru se je zaprla meja s Hrvaško in tako prekinila dotok bolnikov s področja, ki je do sedaj gravitiralo na Zavod. Tako lahko vzroke za presežek odhodkov nad prihodki v letu 1991 označimo (v večji meri) kot eksterne.

Vzroki za presežek odhodkov nad prihodki za leto 2002 so predvsem interne narave. Negativno finančno poslovanje se pojavi zaradi izpada prihodkov ali zaradi vpliva na stroške. Posamezni dejavniki pa so:

- povečanje števila zaposlenih, kar je posledično vplivalo na povečanje finančnih sredstev za plače,
- zmanjšanje delovnega programa zaradi nadpovprečno preskrbljenosti zavarovancev Posavja za leto 2001 in tako posledično zmanjšanje celotnega prihodka,
- porast izdatkov iz sklada skupne porabe,
- nepriznavanje izvajanja CT preiskav v programu dela,
- preseganje hospitalnega in ambulantno specialističnega programa nad obsegom plačanega programa,
- znižanje prihodkov iz naslova financiranja zaradi zniževanja obrestnih mer in slabšanja likvidnostnega stanja,
- obračun amortizacije po novih predpisih in s tem višji strošek (povzeto po Poslovnem poročilu za leto 2002).

V kolikor izpostavimo kot vzrok za negativno finančno poslovanje le zdravstvene storitve, ugotovimo:

³⁰ Zdravstveni center Brežice je bil sestavljen iz treh temeljnih organizacij, in sicer bolnišnice, zdravstvenega doma in lekarne, ki pa so v letu 1992 postali samostojni javni zdravstveni zavodi.

- da je količina storitev presegala dogovor med plačnikom in Zavodom. Tako je stroške prekoračitve dogovorjenega programa pokrival Zavod (Graf 4.4),
- da je prevelika količina določenih storitev povzročila nadpovprečno preskrbljenost zavarovancev in s tem izpad dohodka. Te storitve bi bilo potrebno »pretopiti« v storitve z nadpovprečno dolgo čakalno dobo ali doseči dogovor za plačilo storitev, ki niso bile določene v dogovoru, vendar so se v Zavodu izvajale (npr. CT preiskave),
- da so se izvajale nekatere storitve brez dogovora s plačnikom, kar pomeni, da je nastale stroške poravnal Zavod.

Glede na podatke, ki so prikazani na grafu 4.7 lahko ugotovimo, da je poslovanje Zavoda v prikazanem obdobju v primerjavi z ostalimi slovenskimi bolnišnicami zelo uravnovešeno. V celotnem štirinajstletnem obdobju je Zavod posloval z izgubo le trikrat. Največja izguba pa ne presega dveh odstotkov skupnih prihodkov v poslovnem letu. V povprečju pa se izguba v prikazanem obdobju v popolnosti kompenzira z dobičkom.

Zaključimo lahko z ugotovitvijo, da na rezultate poslovanja Zavoda vpliva predvsem spoštovanje dogovora med plačnikom in izvajalcem in ne način obračunavanja zdravstvenih storitev. Model obračunavanja storitev v največji meri služi predvsem kot merilo oziroma osnovna enota, na podlagi katere se določita njena vrednost in količina kar pa je temelj za sklepanje dogovora med plačnikom in izvajalcem zdravstvenih storitev.

5 DIAGNOSTIC RELATED GROUP (DRG)

5.1 Vzroki za uvajanje prospektivnih modelov plačevanja zdravstvenih storitev

V poznih šestdesetih letih prejšnjega stoletja so posamezni plačniki zdravstvenih storitev v ZDA pričeli iskati alternativne rešitve za retrospektivne modele plačevanja zdravstvenih storitev. Kot je bilo že omenjeno v magistrskem delu, retrospektivni modeli ne omogočajo predvidljivosti stroškov zdravstvenih storitev s strani plačnika. Stroški zdravstvenih storitev so znani, ko izvajalec izstavi račun plačniku. Tako so v sedemdesetih poskušali najti model, ki bi omogočal predvidljive stroške zdravstvenih storitev in del finančnega rizika prenesel tudi na izvajalce. Tak model so poimenovali prospektivni model plačevanja zdravstvenih storitev (ang. prospective payment).

Vzrok za uvajanje prospektivnih modelov plačevanja zdravstvenih storitev je bil v prvi vrsti neustavljiva rast stroškov predvsem pri hospitalni oskrbi pacientov. Glavni razlog rasti stroškov je bil hiter razvoj in uvajanje nove medicinske tehnologije³¹. Stroški ene največjih ameriških zavarovalnic Medicare so porasli za desetkrat. Tako so stroški za hospitalizirane paciente znašali v letu 1967 3 bilijone dolarjev, v letu 1982 pa več kot 33 bilijonov dolarjev (Diagnostic Related Groups (DRGs) end the Medicare program: Implications for Medical Tehnology 1983, poglavje 3).

Zavarovalnica Medicare je v letih od 1970 do 1983 uporabljala dve kombinirani metodi plačevanja bolnišničnih storitev. Prva je bila plačevanje po bolnišnično oskrbnih dnevih s tem, da je imela zavarovalnica kontrolo nad sredstvi za določene storitve, ki so v večji meri bremenile zavarovalnico. Vendar se model ni obnesel. Pojavile so se pričakovane pomanjkljivosti, ki so opisane v enem izmed prejšnjih poglavij. Naslednji model je bil plačevanje po primeru, ki pa brez diferenciacije posameznih primerov in posredno zahtev tretmana zdravljenja ni mogel preživeti. Tako so leta 1983 uvedli sistem plačevanja bolnišničnih storitev po modelu Diagnostic Related Groups (DRGs).

³¹ OTA (Office of Tehnology Assessment) definira medicinsko tehnologijo kot zdravila, zdravstvene in kirurške posege, ki se izvajajo v zdravstvu, naprave (opremo) in pomožne (suportne) sisteme. (Diagnostic Related Groups (DRGs) end the medical program implications for medical tehcnology, poglavje 3, str. 3).

V kolikor primerjamo razvoj slovenskega sistema plačevanja bolnišničnih storitev od leta 1991, ugotovimo, da je potekal skoraj popolnoma enako kot razvoj sistema v ZDA. Razlika je le v tem, da zaostajamo za ZDA celih dvajset let ter da se najraje učimo na svojih napakah.

5.2 Osnove metodologije grupiranja bolnikov

Metoda grupiranja pacientov je sistem, ki omogoča razvrščanje pacientov v določene skupine glede na diagnozo in hospitalni tretman. Razvrščanje pacientov oziroma kategorizacija poteka na podlagi različnih podatkov. Na primer:

- klinični podatki (diagnoze, posegi itd.),
- demografski podatki pacienta (starost pacienta, spol itd.),
- podatki o porabi in spremljanje določenih resursov (posegi, diagnostični postopki, stroški, ležalna doba itd.).

Na podlagi podatkov, ki so uporabljeni za razvrščanje pacientov v skupine, dobimo skupine pacientov, ki imajo klinično enako oziroma homogeno razmerje porabe resursov na podlagi katerih lahko pričakujemo določen outcome.

V začetni fazi se je metodologija grupiranja pacientov razvila kot menedžersko orodje za spremljanje kvalitete in učinkovitosti rabe bolnišničnih storitev. Danes pa se metodologije grupiranja pacientov (v nadaljevanju grupiranje) koristno uporabljajo za različne namene kot so standardizacija bolnišničnih aktivnosti, planiranje programa in proračuna bolnišnic, financiranje, za prospektivni sistem plačevanja bolnišničnih storitev itd. Pri tem pa je potrebno poudariti, da večnamensko grupiranje ne daje zelenih rezultatov in so zelo zahtevni za razvoj in vzdrževanje. Zato se je grupiranje razvijalo in uporabljalo za določen namen (npr. merjenje učinkovitosti v bolnišnici).

V zadnjem obdobju so grupiranje razvijali za uporabo na dveh glavnih področjih. To sta:

- razvrščevanje, ki temelji na kliničnem inputu, in se uporablja zgolj kot medicinski kriterij za razvrščanje bolnikov v skupine primerljivih primerov na podlagi podatkov in
- razvrščevalniki za statistične analize, ki temeljijo na podatkih (in njihovi obdelavi) porabe resursov po principu skupnih kriterijev (Acute Care Grouping

Kmalu so spoznali, da je za praktično uporabo grupiranja potrebno kombinirati obe glavni področji. To omogoča, da lahko spremljamo outcome zdravstvenih storitev, kar je bilo do sedaj skorajda nemogoče. Vsi prejšnji sistemi, opisani v prvem delu naloge, so merili input ali output (npr. število primerov oz. hospitalizacij, število BOD, število opravljenih storitev itd.), na podlagi katerih so določali uspešnost poslovanja bolnišnic. Merjenje oz. spremljanje outcomea je tudi eden od temeljnih namenov razvrščanja pacientov v določene skupine. To lahko ponazorimo tudi z enostavno enačbo: $\text{pacient} + \text{storitev} = \text{outcome}$ (Sanderson in drugi, 1998: 4). Iz enačbe je razvidno, da grupiranje dejansko rabi za svoje delovanje dve vrsti podatkov, ki sta opisani že v prejšnjem odstavku, vendar pa se podatki morajo vsebinsko nanašati na posameznega bolnika, kot je razvidno iz enačbe. To pomeni, da so za spremljanje outcomea potrebni podatki o zdravstvenem stanju pacienta in opravljenih storitvah v času zdravljenja. Kljub temu, da se bolniki, glede na zdravstveno stanje in s tem na potrebne zdravstvene storitve med seboj razlikujejo, lahko na določeni stopnji zasledimo neke skupne karakteristike, na podlagi katerih lahko združujemo paciente v skupine, v katerih so bolniki s primerljivim zdravstvenim stanjem, ki zahteva podoben zdravstveni tretman. V tabeli 5.1 je prikazan primer enostavnega modela (grupiranja) razvrščanja bolnikov glede na zdravstveno stanje bolnika, tip storitve, cilj ter nivo izvajalca storitev, kjer poteka zdravljenje oziroma opravljanje storitev. Kljub temu da je klasifikacija pacientov glede njihovega zdravstvenega stanja in potrebnega zdravljenja zelo enostavna, je možno po kriterijih spodnje tabele razvrstiti v skupine večino bolnikov kakor tudi preventivno zdravstveno dejavnost.

Tabela 5.1: Prikaz enostavnega modela razvrščanja bolnikov glede zdravstvenega stanja, tipa storitev, cilja in izvajalca storitev

Zdravstveno stanje pacienta	Vrsta storitev	Cilji	Izvajalci storitev
Brez zdravstvenih problemov (normalna populacija)	Promocija	Zmanjševanje obolevnosti	Primarni zdravstveni nivo in skupnost
Rizične skupine	Preventiva	Preprečevanje bolezni	Primarni zdravstveni nivo in skupnost
Bolezniški simptomi	Diagnostika	Potrditi ali ovreči diagnozo	Vsi zdravstveni nivoji, pacienti so lahko tudi hospitalizirani
Ozdravljivo bolni	Zdravljenje	Ozdravitev bolezni	Vsi zdravstveni nivoji, pacienti so tudi hospitalizirani
Neozdravljivo bolni	Zdravstvena nega, lajšanje bolečin	Nega bolnika	Vsi zdravstveni nivoji neakutna (negovalna bolnišnica), ustanove.

Vir: Sanderson in drugi (1998: 34)

Metodologijo grupiranja bolnikov lahko uporabljamo za različne namene. Namen grupiranja je osnova, na podlagi katere prilagodimo nabor podatkov oziroma kriterijev.

5.3 Nastanek in razvoj Diagnostic Related Groups - DRG (skupin primerljivih primerov SPP³²)

Kot je bilo v magistrskem delu že omenjeno, so stroški za zdravstvo v ZDA od leta 1970 hitro naraščali. Najhitrejšo rast stroškov so beležili na segmentu bolnišničnega zdravljenja. Plačniki storitev, med njimi tudi največja zdravstvena zavarovalnica Medicare, so se znašli v nezavidljivem finančnem položaju. Kot plačniki niso imeli možnosti spremljanja oziroma določanja učinkovitosti bolnišničnega zdravljenja, ki bi predstavljal tudi temelj za določanje stroškov zdravljenja.

Rešitev je skušal poiskati Robert B. Fetter s svojimi sodelavci iz Univerze Yale. Pri razvoju orodja za spremljanje učinkovitosti se je Fetter in njegov tim soočal z mnogimi izzivi. Končni izdelek je moral vsebovati vse bolnišnične storitve, vključevati številne diagnoze, upoštevati več diagnoz in postopkov zdravljenja pri posameznem pacientu,

³² V Sloveniji smo termin DRG (Diagnostic Related Groups) prevedli kot SPP (Skupine Primerljivih Primerov).

razločevanje med dragimi in cenejšimi postopki in oblikovanje pomembnejših kliničnih kategorij. V naslednjih letih so razvili računalniški program, imenovan Diagnostic Related Group (DRG), ki je na podlagi določenih kriterijev razvrščal bolnike v skupine. Bolniki oziroma njihova bolezenska stanja so imeli v posamezni skupini nekatere skupne značilnosti, na podlagi katerih je bila možna medsebojna primerjava porabe resursov ter ocenjevanje učinkovitosti procesa zdravljenja.

Zaradi uporabe različnih verzij klasifikacij bolezni je nastalo več različic programa DRG. Bolezni oziroma bolnike so tako razvrščali na podlagi več sistemov za klasifikacijo bolezni. To so bili H-ICD-2 (Hospital Adaptation of the International Classification of Diseases – Adapted Second Edition), ICDA-8 (International Classification of Diseases, Eight Revision Adapted) in CPHA (Commission on Professional and Hospital Activities). Med letoma 1980 in 1982 so oblikovali verzijo DRG na podlagi ICD-9-CM (International Statistical Classification of Diseases, Injuries, Causes of death, Ninth Revision) klasifikacije bolezni, ki je zajemala še poškodbe in vzroke smrti. Tako oblikovan sistem DRG je v praksi prva uporabila država New Jersey za prospektivni sistem plačevanja bolnišničnih storitev (PPS prospective payment system).

Metodologija DRG, ki so jo razvili na univerzi Yale, je razvrščala bolnike na podlagi ICD-9 (mednarodna klasifikacija bolezni, poškodb in vzrokov umrljivosti – deveta izdaja; International Statistical Classification of Diseases, Injuries, Causes of death, Ninth Revision), ki je bila razdeljena na triindvajset skupin, imenovanih glavne diagnostične skupine (MDC, Major Diagnostic Categories). Vsaka glavna diagnostična skupina (MDC) je bila razdeljena še v več podskupin, kar bo prikazano v nadaljevanju magistrskega dela. Podatki, ki jih je Fetter uporabljal za razvrščanje pacientov, so bili poleg glavne diagnoze, razvrščene na podlagi mednarodne klasifikacije bolezni (ICD-9), tudi dodatne diagnoze, glavni posegi oziroma postopki zdravljenja, spol, starost in stanje bolnika ob odpustu iz bolnišnice ter komplikacije in dodatne (spremljajoče) diagnoze. Na podlagi teh podatkov so razvrščali bolnike v skupine glede na podobno (ali primerljivo) dolžino hospitalizacije (LOS; Length Of Stay) ali (in) porabo potrebnih resursov za zdravljenje.

Novo nastali sistem DRG se je v začetni fazi delovanja srečeval z mnogimi problemi, ki so se nanašali na klinično primernost uporabe sistema. Vključeval naj bi tudi organske sisteme s storitvami, znake in simptome bolezni ter bolnišnični tretman. DRG sistem tudi

ni natančno opredelil mnogo bolezni. Podatki, ki so jih vnašali v DRG sistem, so bili nenatančni, kar je vplivalo na utežnostni faktor. Sam sistem ni deloval kot dinamični sistem, ki bi se lahko soočal z razvojem medicine in medicinske tehnologije. Šele z mnogimi variantami, modifikacijami in izboljšavami osnovnega DRG sistema so postopoma odpravili pomanjkljivosti in sistem predali v uporabo.

5.3.1 Prva uporaba DRG modela v praksi

Kljub nekaterim pomanjkljivostim oziroma nedovršenosti sistema DRG sta leta 1983 prevzeli DRG sistem zavarovalnici Medicare³³ in Medicaid³⁴ kot prospektivni model plačevanja bolnišničnih storitev (PPS; Prospective Payment System). To pomeni plačevanje fiksnega zneska za posameznega pacienta, zdravljenega znotraj določenega okvirja zdravstvenih storitev (Casemix Information System, 2004: 11). Nov način plačevanja zdravstvenih storitev je omogočil, da se je lahko določila cena hospitalizacije na državni ravni, ki je temeljila na razlogih za hospitalizacijo bolnika. V kolikor slednje pojasnimo s primerom, to pomeni, da je cena operacije trebušne kile enaka v vseh bolnišnicah, ki se financirajo po sistemu DRG, če je bil bolnik hospitaliziran zaradi trebušne kile. V kolikor je trebušna kila nastala kot komplikacija neke druge operacije se ta ni ovrednotila po sistemu DRG. CMS³⁵ (Center of Medicare and Medicaid Service) si je pridržal odgovornost za letno nadgradnjo sistema DRG, ki pa je bila usmerjena le na problematiko staranja prebivalstva in invalidnosti.

Sistem DRG so poimenovali HCFA–DRG (Health Care Financing Administration Diagnostic Related Groups), ki se je še naprej dopolnjeval in prilagajal novim tehnologijam, boleznim in načinu zdravljenja. Še vedno pa je uporabljal za klasifikacijo bolezni ICD-9-CM.

³³ Medicare je socialno zavarovalniški program pod okriljem zvezne vlade ZDA. Zavarovanje je namenjeno starejši populaciji (nad 65 let) in osebam, ki ustrezajo posebnim zdravstvenim kriterijem. Program se financira s plačilom prispevka glede na plačo delavca v višini 2,9 %. Od tega prispeva delavec polovico in polovico delodajalec (Stepan in drugi 1999, 20).

²⁹ Medicaid je program zdravstvenega zavarovanja, namenjenega posameznikom in družinam z nizkimi dohodki. Razlika med Medicare in Medicaid je v odgovornosti za program. Tako je za Medicare izključno odgovorna zvezna vlada, za Medicaid program pa je odgovorna tako zvezna vlada kakor tudi posamezna zvezna država. Financira se s prispevkom zvezne vlade, kakor tudi s prispevkom posamezne države. Delež obeh je cca. 50 %, razen v primeru, da posamezna država ne zmore takšnega deleža. Razliko tako pokrije zvezna vlada (dostopno prek: <http://www.cms.hhs.gov/home/medicaid.asp> 10. maj 2007).

³⁰ Zavarovalnici Medicare in Medicaid sta medsebojno sodelovali kot CMS (Center for Medicare and Medicaid Service), ki je nastal iz HCFA (Health Care Financing Administration).

5.3.2 Pomembne izboljšave DRG modela (Refined DRG - R-DRG)

Nekaj let po implementaciji HCFA-DRG sistema se je pokazala pomanjkljivost zaradi nepopolnih informacij o bolniku, ki bi lahko bistveno vplivale na rezultat grupiranja in s tem tudi na stroške zdravljenja. Tako so uvedli še podatke o komplikacijah pri zdravljenju in o spremljajočih obolenjih, imenovanih dodatne oz. spremljajoče bolezni in komplikacije z oznako CC (complications and comorbidities; v nadaljevanju CC). Projekt je Univerzi Yale financirala HCFA (Health Care Financing Administration).

Rezultat projekta je povezal vse CC s pripadajočimi diagnozami znotraj 136 podrejenih (sekundarnih) diagnostičnih skupin z določenimi stopnjami CC glede na diagnozo in potek zdravljenja. CC je bila razdeljena v štiri stopnje, in sicer: brez CC (non-CC), enostavne CC (moderate-CC), zahtevne CC (major-CC) in zelo zahtevne CC (catastrophic-CC) (Acute Care Grouping Methodologies: From Diagnosis Related Groups to Case Mix Group Redevelopment, 2004: 3). Izločili so starost kot dejavnik, ki je vplival na zahtevnost obravnave.³⁶ DRG pa so tudi razdelili na kirurško in medicinsko (nekirurško) podskupino.

Čeprav prvotna zamisel grupiranja bolnikov v sekundarne diagnostične skupine ni prinesla želenih rezultatov, je v tej zamisli pozitivno to, da so skušali bolnika obravnavati kot celoto in ne samo kot diagnozo, ki je privedla do hospitalizacije. To pomeni, da lahko pričakujemo različen outcome pri različnih bolnikih z enako diagnozo, kar pa je odvisno od vseh dejavnikov v procesu zdravljenja.

5.3.3 Širitev uporabe DRG modela na vse skupine bolnikov (All Patient DRG - AP-DRG)

Zaradi dobrih poslovnih rezultatov HCFA, ki je uporabljala DRG sistem kot propektivni model plačevanja bolnišničnih storitev, je želela tudi država New York uvesti enak model, ki naj bi veljal za vse bolnike. New York Health Department (v nadaljevanju NYHD) je preučil možnost aplikacije HCFA-DRG sistema, vendar so ugotovili, da omenjeni sistem ni primeren za njihovo uporabo. Ugotovili so, da HCFA-DRG sistem ni primeren za paciente, ki niso zavarovanci Medicare zavarovalnice in da z njim ne morejo grupirati določenih skupin bolnikov, kot so novorojenčki in pacienti, okuženi z virusom HIV.

³⁶ V prejšnjih različicah DRG sistema je bil pacient označen kot zahteven, če je bil starejši od 70 let.

NYHD je poizkušal s pomočjo podjetja 3M Health Information System (3M HIS) izboljšati HCFA-DRG sistem. Podjetje 3M je razvilo vse potrebne izboljšave in vključilo tudi pediatrično verzijo DRG sistem (Pediatric Modified Diagnostic Related Groups; PM-DRG), ki so jo razvili s pomočjo National Association of Children's Hospitals and Related Institutions (NACHRI). Uvedli so tudi novo štiriindvajseto glavno diagnostično skupino (MDC) za bolnike, okužene z virusom HIV in petindvajseto skupino (MDC) za politravmatske poškodbe.³⁷ V nadaljevanju so dodajali tudi vse več diagnoz in posegov, kot so transplantacije, dolgotrajna mehanična ventilacija, prehranjevalne motnje, rizično nosečnost, hemofilija, in anemije.

3M HIS podjetje je še naprej razvijalo sistem DRG, ki je temeljil na AP-DRG sistemu. Dodali so še štiri podskupine, s katerimi so poizkušali boljše opisati težo (resnost) bolezni. Rezultat je dokaj spremenil dosedanje logiko grupiranja. Vsa grupiranja glede na starost in različne CC so nadomestili s dvema skupinama. Ena skupina je opisovala težo bolezni, druga pa rizičnost smrtnosti. Obe skupini pa sta imeli še štiri podskupine minimalna, zmerna, maksimalna in ekstremna, ki so v bistvu stopnjevale težo bolezni in rizičnost. S temi izboljšavami je vsak bolnik (primer) označen s tremi jasnimi opisi, in sicer v:

- osnovni bazi DRG,
- podskupini glede na težo bolezni in
- v podskupini glede na rizičnost obolenja.

Določanje podskupin je baziralo na interakciji med glavno in dodatnimi diagnozami, starostjo bolnika in morebitnih določenih neoperativnih postopkov. Ta sistem so poimenovali APR-DRG (All Patient Refined –DRG), ki pa se je uporabljal tudi zunaj ZDA, in sicer v Evropi in nekaterih predelih Azije.

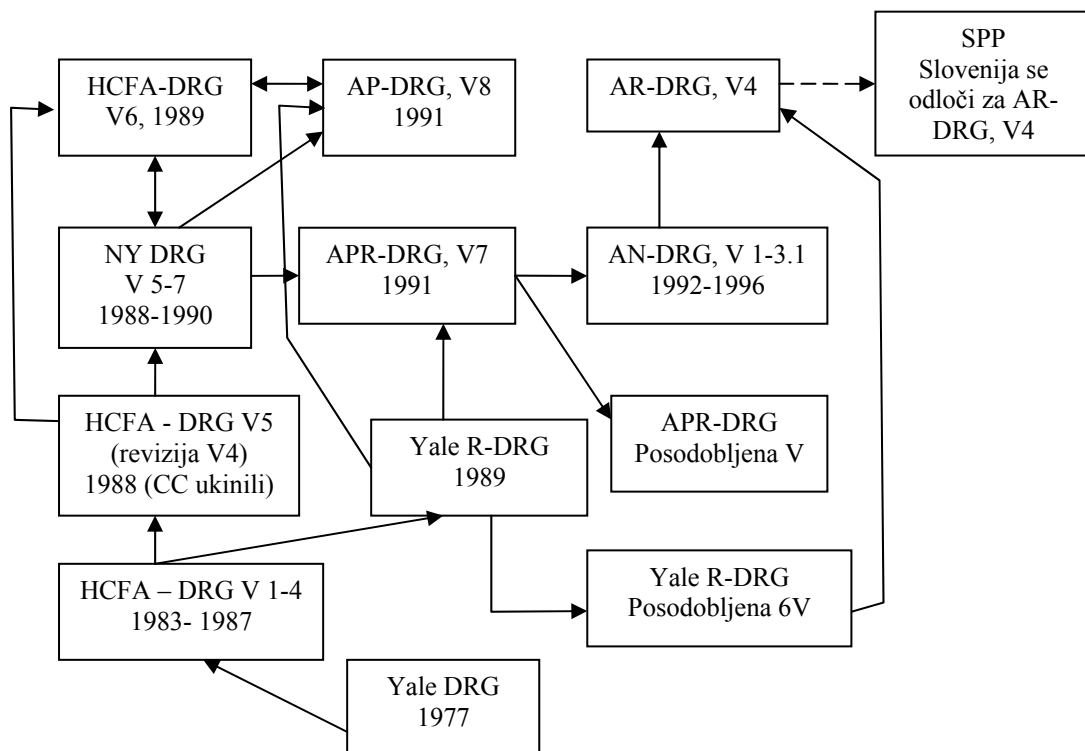
Naj omenim, da je s prodorom APR-DRG sistema preko meja ZDA, 3M HIS prilagodil sistem različnim potrebam in zahtevam naročnikov in tako omogočil širšo uporabo. Sistem je baziral na APR-DRG s tem, da je imel le tri podskupine, in sicer brez CC, s CC in s hudimi CC. Sistem so poimenovali IR-DRG (Internacional Refined DRG). IR-DRG sistem je bil kompatibilen s ICD-9 kakor tudi s ICD-10. Pomembno pa je tudi, da se je lahko

³⁷ Politravmatske poškodbe (politravma) so poškodbe, pri katerih je hkrati poškodovanih več organov ali organskih sistemov.

prilagajal specifikam kodiranja bolezni in postopkov zdravljenja v različnih zdravstvenih sistemih.

Na sliki 5.1 je shematsko prikazan razvoj sistema DRG od njegovega nastanka pa do slovenske verzije DRG-ja oz. SPP.

Slika 5.1: Shematski prikaz razvoja DRG sistema



Legenda:

- Yale DRG: Razvoj DRG sistema na univerzi Yale leta 1977
- HCFA-DRG, V: Health Care Administration DRG, verzija
- NY DRG: Zvezna država New York uvede DRG
- AP-DRG: All Patient DRG, uvedba sistema DRG za vse skupine pacientov
- APR-DRG: All Patient Refined DRG, prečiščena verzija DRG za vse skupine pacientov
- AN-DRG: Australian National DRG
- AR-DRG: Australian Refined DRG
- SPP: Skupine primerljivih primerov; Slovenska različica AR-DRG V4.

Vir: prirejeno po Šinigoj (2003: 14)

Iz slike 5.1 je razvidno, da so nove verzije sistema DRG nastajale predvsem na podlagi kombinacij lastnosti obstoječih verzij kot posledica zahtev in potreb naročnika oz. uporabnika nove verzije.

5.3.4 Uporaba modela DRG izven meja ZDA

Leta 2005 je v Evropi sistem DRG uporabljalo dvajset držav, izven Evrope pa še Kanada, Avstralija, Nova Zelandija, Mehika, Južna Afrika, Japonska, Singapur in Južna Koreja. Večina omenjenih držav ni razvijala svojega sistema klasifikacije bolnikov ampak je prevzela že obstoječo različico sistema DRG, katero so posamezne države tudi prilagodile oz. nadgradile glede na zahteve in potrebe in tako dobile lastno verzijo DRG. Največkrat je za osnovo služila verzija HCFA-DRG, saj je bila zaradi nezaščitenih avtorskih pravic široko dostopna. V spodnji tabeli so prikazane različice sistema DRG v izbranih državah in njegova uporaba za financiranje akutne bolnišnične dejavnosti. Poleg tega je predstavljena tudi vrsta kodirnika za kodiranje diagnoz in posegov.

Tabela 5.2: Uporaba različic modela DRG za namen kodiranja diagnoz, posegov ter financiranja akutne bolnišnične dejavnosti v izbranih državah

DRŽAVA	SISTEM DRG	UPORABA DRG SISTEMA ZA FINANCIRANJE	KODIRANJE DIGNOZ	KODIRANJE POSEGOV
Kanada	CMG/PLx	NE (Razen Ontario)	ICD-10-CA	CCI
Avstralija	AR-DRG	DA	ICD-10-AM	ICD-10-AM
Velika Britanija	HRG	DA	ICD-10	OPCS-4
ZDA	HCFA-DRG, R- DRG, AP- DRG, APR-DRG	DA	ICD-10-CM	ICD-10-CM
Avstrija	LDE	DA	ICD-10	ACP
Belgija	APR-DRG	DA	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Bolgarija	IR-DRG	NE	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Češka republika	AP-DRG, IR- DRG	DA	ICD-10	ICPM (Češka verzija)
Danska	Nord-DRG, Dk- DRG	NE	ICD-10	NCSP
Finska	Nord-DRG	DA	ICD-10	NCSP
Francija	GHM, EfP	DA	ICD-10	CDAM
Nemčija	G-DRG (iz AR- DRG)	DA	ICD-10-SGBV	OPS-301 V 2.0
Grčija	HCFA-DRG	NE	ICD9-CM	ICD-9-CM
Italija	HCFA-DRG, APR-DRG	DA	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Nova Zelandija	DBC	NE	ICD-9-CM	CVV
Norveška	Nord-DRG	DA	ICD-10	NCSP
Portugalska	HCFA-DRG	NE	ICD-10	ICD-9-CM
Romunija	HCFA-DRG, AP- DRG, IR-DRG	NE	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Španija	HCFA-DRG	NE	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Švedska	Nord-DRG	DA	ICD-10	NCSP
Švica	AP-DRG	NE	ICD-10	ICD-9-CM

Vir: prirejeno po Canadian Institute for Health Information (2004)

Iz tabele 5.2 je razvidno, da vse izbrane države ne uporabljajo sistema DRG za namen financiranja bolnišničnih storitev. Sistem DRG lahko uporabljamo tudi za druge namene, kot so npr.:

- **Benchmarking**, ki na podlagi primerjav med bolnišnicami odkriva prednosti oz. slabosti poslovanja in na ta način omogoča načrtovanje in izvedbo kontinuiranega procesa izboljšav. Omogoča nam tudi razumevanje določenih odstopanj (poraba resursov, rezultati zdravljenja glede na določene kriterije itd.) znotraj posameznih DRG skupin pri različnih izvajalcih zdravstvenih storitev.

- **Analiza kliničnega profila** omogoča analizo pacientov glede na določene kriterije (starost, spol, komplikacije zdravljenja, skupina DRG itd.) in učinek zdravljenja. Tako lahko na primer analiziramo učinek zdravljenja pacientov pri različnih starostnih skupin ali pa analiziramo zdravljenje pacientov z več dodatnimi diagnozami in različnimi komplikacijami itd. glede na izbran kriterij.
- **Analiza učinkovitosti**, ki nam prikaže odnos med akutno bolnišnično obravnavo (epizodo zdravljenja) in doseženo obtežitvijo znotraj posamezne DRG skupine. Rezultati nam povedo, kje lahko zmanjšamo stroške oz. kje so potrebne izboljšave procesa zdravljenja. Rezultati so še toliko bolj zgovorni, v kolikor jih primerjamo s ostalimi izvajalci.
- **Poenotenje metodologije beleženja podatkov** na območju države. Podatki akutnih bolnišničnih obravnav so zabeleženi po istem ključu in tako med sabo primerljivi (povzeto po Casemix information system – Private Hospital data Bureau Reference Manuel, 2004: 5).

5.4 Rezultati uporabe prospektivnega modela plačevanja v ZDA

Novemu prospektivnemu modelu plačevanja zdravstvenih storitev, ki je temeljil na osnovi DRG sistema, sta se morala prilagoditi poslovni menedžment kakor tudi medicinska stroka.

Predvsem nas zanima odzivnost določenih subjektov na novi sistem in kakšen je bil poslovni učinek. V ta namen bom poskušal odgovoriti na naslednja vprašanja:

- Kakšne učinke je imel prospektivni sistem plačevanja zdravstvenih storitev na bolnišnice oz. menedžment v ZDA?
- Kakšne so bile reakcije zdravnikov oz. zaposlenih v zdravstvu na novi sistem plačevanja bolnišničnih storitev?
- Kakšen učinek je imel Medicare-jev program prospektivnega modela plačevanja storitev na bolnišnične stroške oziroma stroške v zdravstvu?

5.4.1 Odzivnost bolnišnic oziroma poslovnega menedžmenta na model DRG

Zdravstveni poslovni menedžment je z uvedbo prospektivnega modela plačevanja zdravstvenih storitev spremenil način razmišljanja in dojemanja poslovanja bolnišnic. Tako je bilo v vedenju menedžmenta moč zaznati nekatere elemente podjetništva pri

poslovanju. (Roger France in drugi, 2001). Seveda se lahko vprašamo ali lahko samo sprememba sistema plačevanja storitev spremeni vedenje menedžmenta. Če to drži, zakaj do sprememb ni prišlo ob menjavi predhodnih modelov plačevanja? Odgovor moramo piskati v fiziologiji prospektivnega modela financiranja. Prospektivni model omogoča povezovanje med plačnikom, uporabnikom in izvajalcem zdravstvenih storitev. Tako je krog med vpletenimi sklenjen. Najpomembnejše pa je dejstvo, da pri prospektivnem modelu denar sledi posameznemu bolniku, kar za ostale modele ne moremo trditi, saj ne omogočajo plačevanja dejanskih stroškov zdravljenja posameznega bolnika, ampak se plačevanje storitev izvršuje na podlagi določenih kriterijev (npr. BOD, število primerov itd), ki niso (neposredno) povezani z dejansko nastalimi stroški.

Bolnišnice so izboljšale informacijski sistem, ki je postal ključni vir informacij glede poslovanja posamezne bolnišnice. Informacijski sistem je natančno definiral poslovni (prodajni) produkt, to je DRG, hkrati pa je bil vir natančnega, celokupnega in optimalnega zbiranja kliničnih informacij za remuneracijo zdravstvenih storitev. V letu 1993 pa so nekatere bolnišnice naredile še korak naprej. Obstoječi informacijski sistem so nadgradili z integracijo finančnega in kliničnega informacijskega sistema. Informacijski sistem je omogočal, da so se zbrani medicinski podatki lahko uporabljali za različne namene kot so pregled učinkovitosti zdravljenja, medklinična koordinacija ter nenazadnje tudi pregled poslovanja in planiranje. V prvih dveh letih po uvedbi prospektivnega modela plačevanja zdravstvenih storitev je zavarovalnica Medicare beležila 4 do 6 % rast SPP indeksa³⁸ (Case Mix Index- CMI). Ekonomske študije so pokazale, da je vzrok, vsaj za polovico omenjene rasti, način kodiranja in ne zahtevnost primerov (Coffy in Lous v Roger France in drugi, 2001: 163).

Podjetniški odnos menedžmenta je posegel tudi v samo organizacijsko strukturo posameznih bolnišnic. Določeni bolnišnični oddelki in službe so se organizacijsko ločile od bolnišnice in v večini primerov tudi lastniško preoblikovale. Svoje storitve so opravljali na podlagi sklenjene pogodbe. Poleg tehničnih dejavnosti, kot so pralnice perila, službe vzdrževanja in bolnišnične kuhinje, so storitve na podlagi pogodbe opravljale tudi določene medicinske službe, ki za bolnišnico predstavljajo »servisno« dejavnost. To so

³⁸ SPP indeks (ang. Case Mix Index-CMI) pomeni povprečno utež na primer izračunana kot količnik vsote uteži vseh SPP-jev v neki določeni časovni enoti in števila SPP-jev. SPP indeks = vsota relativnih uteži / vsota števila SPP. SPP indeks izraža predvsem povprečno ekonomsko utež izvajalca. Težje pa iz rezultata sklepamo o medicinski težavnosti primera.

oddelki za radiologijo, nuklearno medicino in laboratorij. Outsourcing omenjenih dejavnosti je bil značilen za bolnišnice vseh velikosti.

Poleg organizacijsko strukturnih sprememb so se pojavili tudi nekatere spremembe v strategiji poslovanja bolnišnic. Poleg tega, da se je menedžment usmeril na zmanjševanje stroškov in povečanje oziroma izboljšanje učinkovitosti zdravljenja, so poskušali zmanjšati število hospitalizacij na račun ambulantno opravljenih storitev. V letu 1980 so ambulantno opravili 16,3 % kirurških posegov. Leta 1993 pa je bilo ambulantno opravljenih že 60 % vseh kirurških posegov (Coffy in Lous v Roger France in drugi, 2001: 164).

Bolnišnični menedžment se je zaradi opisanih sprememb in usmeritev oziroma spodbud soočal z zmanjševanjem stroškov zdravljenja in povečevanjem kakovosti storitev na podlagi metodologije DRG. Ravno (slaba) kvaliteta zdravstvenih storitev je bil tudi eden glavnih skrbi oblikovalcev prospektivnega modela. Čeprav so prve analize pokazale negativen vpliv metode DRG na kakovost storitev, so kasneje na podlagi večjega vzorca podatkov in izkušenj ugotovili, da prospektivni model plačevanja nima empirično dokazanega negativnega efekta na skupna merila³⁹ kvalitete zdravstvenih storitev.

5.4.2 Odzivnost oziroma vpliv modela DRG na zaposlene v zdravstvu

Z uvedbo prospektivnega modela plačevanja storitev se je spremenil tudi način obravnave bolnika, kar je vplivalo tudi na delo zdravnika. Najbolj značilne razlike pri obravnavi bolnikov med prospektivnim in retrospektivnim modelu plačevanja so:

- hospitalizirajo se težje oboleli bolniki, lažje oboleli se zdravijo izven bolnišnic,
- bolniki v bolnišnici preživijo manj časa kljub težjim oblikam obolenj,
- vse več zdravstvenih storitev je opravljenih zunaj bolnišnic in na domu (Coffy in Lous v Roger France in drugi, 2001: 155-156).

Iz opisanih značilnosti lahko sklepamo, da so zdravniki in tudi ostali zdravstveni delavci bolj obremenjeni in učinkoviti pri svojem delu, saj morajo v krajšem času opraviti vse potrebne storitve pri zahtevnejšem bolniku, za kar pa jih prospektivni model plačevanja

³⁹ Skoraj vse meritve vsebujejo naslednje kriterije oziroma merila: smrtnost pacientov do trideset dni hospitalizacije ali na eno leto, recidivnost v različnem časovnem obdobju, premestitev v drugo bolnišnico itd.

neposredno ne nagraduje, saj ni oblikovan tako, da bi imel direkten vpliv na plačilo zaposlenih. Seveda ne moremo vseh sprememb pripisovati uvedbi novega modela plačevanja storitev. Velik del zaslug za omenjene spremembe lahko poiščemo tudi v razvoju medicinske znanosti in tehnologije, ki je omogočala prijaznejše posege do bolnikov in s tem učinkovitejše zdravljenje in posledično krajšo hospitalizacijo ali celo ambulantno izvajanje določenih storitev oz. posegov (npr. endoskopske operacije in posegi, razvoj interventne radiologije itd.). Uvedba DRG metodologije je imela za posledico širitev storitev neakutnega bolnišničnega zdravljenja,⁴⁰ podaljšanega bolnišničnega zdravljenja⁴¹ in oskrbe bolnikov na domu. To pomeni, da so spremembe, poleg bolnišnic zajele tudi osnovni zdravstveni nivo, ki se je moral prilagoditi novo nastalim razmeram. Statistični podatki za obdobje 1990 do 1995 navajajo:

- število zavarovancev Medicare zavarovalnice, ki so koristili domačo oskrbo, se je povečalo iz 1,9 milijona na 3,4 milijona zavarovancev,
- povprečno število obiskov na domu na posameznega bolnika na leto se je povečalo iz 34 na 69,⁴²
- število organizacij, ki se ukvarjajo z nego na domu se je povečalo iz 5718 na 9147,
- stroški za negovalne bolnišnice (nursing home) in nego na domu so pri Medicare-ju naraščali hitreje kot stroški pri ostalih kategorijah, vključno s stroški bolnišničnega zdravljenja,
- stroški za nego na domu so se vsako leto povečali za 20 do 25 %,
- povprečna zasedenost bolnišničnih kapacitet je bila pred uvedbo prospektivnega modela plačevanja storitev 75–80 %, po uvedbi omenjenega modela pa 61 %, (Coffy in Lous v Roger France in drugi, 2001: 166).

Iz navedenih podatkov je razvidno, da so nova razmerja v zdravstvu zahtevala organizacijske, kadrovske in finančne spremembe, predvsem na primarnem zdravstvenem nivoju.

³⁴ Neakutna bolnišnična obravnava praviloma predstavlja nadaljevanje akutne diagnostične in terapevtske bolnišnične obravnave (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2006, 14. čl.).

³⁵ Program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja je namenjen tistim bolnikom, ki po zaključeni diagnostični obravnavi in zastavljenem zdravljenju, slednjega ne morejo nadaljevati izven bolnišnice, saj bi siceršnji prezgodnji odpust lahko povzročil pomembno poslabšanje bolezni (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2006, 15. čl.).

³⁶ Avtor ne specificira, za kakšne obiske gre (obiski zdravnika, medicinske sestre oz. patronažne službe itd).

5.4.3 Vpliv prospektivnega modela plačevanja na plačnika storitev Medicare

V zadnjih letih se stroški zavarovalnice Medicare za bolnišnične storitve počasi zmanjšujejo glede na celoten delež vseh stroškov. Tako so plačila za bolnišnične storitve v letu 1980 znašala 73 %, v letu 1997 pa samo 59 % vseh plačil. Največ zaslug za zmanjševanje deleža plačil za bolnišnične storitve gre pripisati finančnim učinkom metode DRG (Coffy in Lous v Roger France in drugi 2001: 167).

Drugo vprašanje pa je, ali je sistem DRG vplival na zmanjšanje celokupnih zdravstvenih stroškov. Coffy in Lous (v Roger France in drugi, 2001: 167) pravita, da ne. Čeprav je bila rast stroškov nekoliko upočasnjena, zasluge pripisuje vplivu zasebnih plačnikov zdravstvenih storitev (predvsem zasebnim zavarovalnicam), kakor pa uvajanju sistema DRG. V kolikor pogledamo statistične podatke v poglavju 5.2.2, lahko opazimo, da so se določene bolnišnične storitve in s tem tudi stroški »prenesli« na nekatere druge zdravstvene nivoje in dejavnosti, kar potrjuje avtorjevo tezo. Seveda pa ne smemo spregledati, da je ravno prospektivni model plačevanja sprožil določena ravnanja bolnišničnega menedžmenta, kar je nenazadnje vplivalo tudi na statistične podatke, navedene v poglavju 5.2.2.

Zavarovalnica Medicare s DRG-jem in prospektivnim modelom plačevanja storitev ni v večji meri vplivala na finančni položaj zdravstva v ZDA. Tako so ZDA leta 1980 namenile za zdravstvo 9 % BDP-ja, danes pa že 15,3 % BDP-ja kar pomeni, da kljub naporom racionalne rabe finančnih sredstev stroški za zdravstvo neustavljivo naraščajo. Zavarovalnica Medicare je model DRG namenila le za obračunavanje akutnih bolnišničnih storitev, kar pa je verjetno premalo, saj samo eden porabnik sredstev ne more v večji meri vplivati na stroške celotnega zdravstvenega sistema.

6 SKUPINE PRIMERLJIVIH PRIMEROV (SPP)

6.1 Uvajanje sistema SPP v Sloveniji

V okviru projekta Razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva (RUSZV), katerega glavni cilj je bil zagotovitev dolgoročne stabilnosti zdravstvenega sistema in njegovo upravljanje na dokazljivih in primerljivih podatkih, osredotočenih na bolnika (Mate in Marušič, 2004: 38-41), je Slovenija uvedla v letu 2003 sistem plačevanja akutnih⁴³ bolnišničnih storitev po skupinah primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP). SPP je slovenski prevod angleškega izraza DRG (Diagnostic Related Groups). Glavni cilj uvajanja SPP je bila uvedba enotnih meril, na podlagi katerih bo možno zagotoviti preglednost in pravičnost razporejanja sredstev in primerljivost (benchmarking) med posameznimi izvajalci zdravstvenih storitev na sekundarnem in terciarnem zdravstvenem nivoju, predvsem na segmentu stroškovne učinkovitosti pri tem pa je potrebno poudariti, da metodologija SPP ne vpliva na kakovost kliničnega dela izvajalca zdravstvenih storitev. SPP omogoča plačevanje storitev glede na stopnjo zahtevnosti obravnave posameznega bolnika. Vrednost obravnave bolnikov z enako stopnjo zahtevnosti je enaka za vse izvajalce zdravstvenih storitev, kar pa za prejšnje modele plačevanja ni veljalo. SPP tako uresničujejo načelo »denar sledi bolniku.«

Najbolj opazna sprememba pri uvajanju SPP je delitev bolnišnične obravnave na akutno in neakutno. Ločevanje akutne in neakutne bolnišnične obravnave je upravičena s strani medsebojnih kliničnih razlik. Tako na primer je pri akutni bolnišnični obravnavi praviloma ogroženost bolnika veliko večja v primerjavi z neakutno obravnavo. To pomeni, da bolnik pri akutni bolnišnični obravnavi potrebuje več resursov v krajšem času za učinkovito zdravljenje, kar seveda vpliva na stroške zdravljenja. Model SPP se uporablja le za akutno bolnišnično obravnavo. Poleg ločevanja med akutno in neakutno bolnišnično obravnavo zasledimo še naslednji novosti:

- enako plačilo za enako delo. To pomeni, da imajo vse bolnišnice enako ceno za zdravljenje enakega primera,

⁴³ Akutna bolnišnična obravnava je skupek aktivnosti (opazovanje, diagnostika, zdravljenje), ki se nanašajo na celotno akutno zdravstveno oskrbo v bolnišnici. Akutna bolnišnična obravnava se začne s sprejemom osebe v prvo od zdravstvenih služb bolnišnice, ki izvajajo akutni tip obravnave. Konča se z odpustom iz bolnišnice, s premestitvijo osebe v zdravstveno službo iste bolnišnice, ki ne izvaja akutnega tipa bolnišnične obravnave, ali s smrtjo osebe. Za akutno bolnišnično obravnavo štejemo tiste obravnave, ki so bile v skladu z dogovorom sporočene tudi na ZZZS (Definicije in metodološka navodila za leto 2006 (2005). Inštitut za varovanje zdravja RS. Ljubljana).

- dodatek za opravljanje terciarne dejavnosti, ki se ovrednoti na podlagi programa opredeljenega z merili in obračuna kot dodatek k ceni, izračunani po metodologiji SPP (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2006, 2006: 59).

S prejšnjo obliko financiranja bolnišničnih storitev (model plačevanja po storitvah) ima model SPP tudi nekaj skupnih lastnosti, kot so:

- prospektivno določen proračun porabe, kar pomeni, da gre za partnerski dogovor o razdelitvi sredstev med izvajalci zdravstvenih storitev, katerih vsota je v naprej znana,
- različne bolnišnične obravnave, opredeljene z različnimi cenami,
- plačevanje večine bolnišničnih obravnav po primeru in
- predvidljivost porabe kakor tudi plačila.

6.1.2 Izbor različice modela DRG (SPP) za slovensko uporabo

Odločitev za uvedbo SPP (oz. modela DRG) za klasifikacijo akutne bolnišnične obravnave ni bila težka, saj je metodologija SPP bila uveljavljena že skorajda v enaindvajsetih državah in je dejansko predstavljala že nekakšen mednarodni standard za klasifikacijo akutne bolnišnične obravnave. Poleg tega so imele bolnišnice relativno dober informacijski sistem in rutinski sistem odpustov iz bolnišnice, ki je že takrat vključeval glavna področja podatkov, ki so potrebna za klasifikacijo bolnikov po SPP. Za kodiranje diagnoz se je uporabljala klasifikacija MKB-10,⁴⁴ za klasifikacijo posegov pa se je uporabljala slovenska klasifikacija. Potrebno je bilo še izbrati različico SPP (oz. DRG), ki bi najbolj ustrezala našim zahtevam.

Za izbor ustrezne različice SPP in uvajanje le-te v bolnišnice je bila imenovana projektna strokovna skupina. Izbor ustrezne različice SPP je potekal na podlagi izbranih kriterijev, ki so predstavljeni na sliki 6.1.

⁴⁴ Mednarodna klasifikacija bolezni - deseta revidirana izdaja (angl. ICD-10).

Slika 6.1: Kriteriji za ocenjevanje SPP različic z razlago

Lastnosti	Razlaga
Splošna klinična sprejemljivost	Verjetnost, da se bo struktura SPP razredov zdravnikom zdela razumna.
Ravnanje s sekundarno diagnozo	Ali je način uporabe podatkov o spremljajočih bolezenskih stanjih in zapletih klinično smislen.
Stroškovna homogenost	Verjetnost, da bo SPP razred relativno homogen v smislu stroškov.
Stroški pridobitve pravic za uporabo SPP logike	Verjetnost, da bodo kratkoročni in dolgoročni stroški za Slovenijo sprejemljivi.
Enostavnost spreminjanja SPP logike	Ali bo enostavno spreminjati logiko SPP modela, da bo ustrezala slovenskim potrebam v bodoče.
Ali je število razredov ustrezno	Zadostno število razredov, ki bodo omogočali določanje razlik med bolnišnicami, vendar ne preveliko, da ne bi povzročili kompleksnosti delovanja.
Preglednost in določanje	Ali je dokumentacija pregledna in jasna, tako da je enostavno razumeti razloge za posamezno razvrstitev.
Pripravljenost lastnika avtorskih pravic	Verjetnost, da bo lastnik avtorskih pravic pripravljen sodelovati, da bo pripravljen pomagati in da bo razumevajoč do slovenskih ciljev.
Začetni odzivi lastnika avtorskih pravic	Enostavna in hitra zagotovitev dostopa do specifikacije oziroma natančnega opisa klasifikacije in materialov za podporo k njenemu razumevanju.
Dokumentacija za uporabnika	Ali je sistem dobro dokumentiran in podprt z ustrezno pomočjo uporabnikom.
Osnovna programska oprema	Verjetnost, da bo na voljo dobra programska oprema po sprejemljivi ceni
Prenos znanja	Verjetnost, da bo lastnik avtorskih pravic nudil podporo pri prenosu znanja.
Sistem kliničnega kodiranja	Ali različica uporablja sistem izvornih podatkov (kot so kode za diagnoze in postopke), ki so za Slovenijo primerni.
Zagonski stroški	Sprejemljiva cena za licenco intelektualnih in avtorskih pravic.
Fiksni stroški	Dokumentacija, računalniška programska oprema, ažuriranje logike, itd.

Vir: Hindle in Burchfield (2003: 98)

Prva naloga projektne skupine (v nadaljevanju skupina) je bila odločitev, ali razviti povsem svojo različico SPP ali se odločiti za že uveljavljeno različico in jo nato, po potrebi, prilagoditi slovenskim razmeram. V ta namen so preučili razvoj SPP v Avstriji in Hrvaški, ki sta oblikovali svojo različico modela SPP. Avstrija je za projekt SPP v dvajsetih letih porabila več milijonov dolarjev (Hofmarcher in Riedal v Hindle in Burdthfield, 2003: 99). Hrvaška pa je svoj projekt SPP razvijala šele tri leta, kar pa je bilo premalo za ugotavljanje uspešnosti projekta. Razvoj lastnega modela SPP zahteva različne

vire in sodelovanje različnih strokovnjakov npr. medicinske strokovnjake iz različnih področij, informatike, finančne strokovnjake ter finančna sredstva, čas in še ostale vire, ki so nujno potrebni za izvedbo projekta. Poleg tega pa je potrebno model SPP konstantno modificirati glede na novo nastale potrebe ali morebitne širitve modela na ostala področja. Tako na primer v Avstraliji približno na dve leti izdajo novo SPP različico. Skupina se je odločila, da oblikovanje svoje različice SPP zaradi velikih stroškov in potrebnega časa za razvoj ne pride v poštev. Odločili so se, da bodo izbrali že obstoječo različico SPP, ki jo bo mogoče enostavno prilagoditi slovenskim potrebam.

Po preučitvi ustrezne literature se je skupina odločila za deset različic SPP. Temeljno merilo za izbor je bil samo en kriterij, to je, da obstaja dokumentacija o uspešni uporabe posameznega SPP-ja v praksi. Izbrane različice so bile:

- IR-DRG: Mednarodno izpolnjena verzija SPP (IR-DRG - International Refined Diagnosis Related Groups),
- AP-DRG: SPP za vse bolnike (AP-DRG - All Patient Diagnosis Related Groups),
- APR-DRG: SPP za vse bolnike – izboljšana verzija (APR-DRG - All Patient Refined Diagnosis Related Groups),
- NordDRG: Severna različica DRG, ki jo uporabljajo Danska, Finska, Norveška in Švedska (NordDRG - Nordic Diagnosis Related Groups),
- GHM: Francoska različica DRG (GHM - Groupes Homogenes de Malades),
- HBC: Madžarska različica DRG,
- LKF: Avstrijska različica DRG (LKF – Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung),
- CMG: Kanadska različica DRG (CMG – Casemix group),
- AR-DRG: Avstralska različica DRG (AR-DRG – Australian Refined Diagnosis Related Groups),
- HCFA-DRG: Ameriška različica DRG (Health Care Financing Administration Diagnosis Related Groups).

Dejansko je skupina preučila skorajda vse glavne različice DRG ter nekatere njihove izpeljanke, ki so se uporabljale v posameznih državah. Izbrane različice so bile ocenjene na podlagi kriterijev, ki so prikazani na sliki 6.1. V ožji izbor so se uvrstile tri različice DRG, in sicer:

- CMG: Kanadska različica DRG,
- AR-DRG: Avstralska različica DRG,
- HCFA-DRG: Ameriška različica DRG.

Ostalih sedem različic pa je izpadlo zaradi različnih vzrokov. Tako so na primer različice IR-DRG (mednarodno izpolnjena verzija DRG), AP-DRG (DRG za vse bolnike), APR-DRG (DRG za vse bolnike – izboljšana verzija) izpadle zaradi lastništva avtorskih pravic, ki so bile v lasti profitnih družb. Skupina je ocenila, da bi od njih s težavo dobili programsko opremo po sprejemljivi ceni. IR-DRG pa poleg tega tudi ni ustrezala slovenskim potrebam, ker je bila njena uporaba za financiranje zdravstvenega sistema zelo omejena (povzeto po Hindle in Burchfield, 2003: 99).

Zanimivo je, da je skupina določene kriterije (zadnja dva kriterija iz tabele 7) le ocenila. To pomeni, da je izločila AP-DRG in APR-DRG le na podlagi predvidevanj, kljub temu da sta posamezni različici bili izbrani v Belgiji, Švici, Češki in Italiji.

Glavni razlog za zavrnitev NordDRG, ki izhaja iz HCFA-DRG, je bilo pomanjkanje dokumentacije v zvezi z izkušnjami pri uporabi. Drugi razlog pa je bil uporaba MKB-10 in Severne klasifikacije posegov (NCSP), ki se nato povežejo z ustrezno klasifikacijo v MKB-9 nakar se dodeli ustrezna DRG koda. Tak način »preslikavanja« je skupina prepoznala kot neprimeren. Po drugi strani pa naj bi opisan način »preslikavanja« povzročal tudi težave (povzeto po Hindle in Burchfield, 2003: 100).

Dejansko NordDRG uporablja za določitev posameznega SPP-ja in z njim povezano utež MKB-9-CM (angl: ICD-9-CM; International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Ninth Revision – Clinical Modification), čeprav se za bolezni in bolezenska stanja uporablja klasifikacija po sistemu MKB-10. Pravilnost preslikave je lahko vprašljiva kar potrjuje tudi naslednji primer.

Salmonelni meningitis je v MKB-9-CM označen s šifro 003.21 in je v skupini infekcij živčnega sistema, razen viroznega meningitisa in sodi v prvo glavno skupino s šifro SPP 20 (MDC 1, DRG 20). V kolikor hočemo isto diagnozo šifrirati s kodami iz MKB-10, ugotovimo, da kode za salmonelni meningitis ni (dostopno prek: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> 30. maj 2007). MKB-10

uporablja dvojni kodirni sistem, ki določa etiologijo in manifestacijo bolezni. Z zvezdico (*) so označeni simptomi oz. manifestacija bolezni s križcem (+) pa etiologija bolezni (dagger – asterisk system). Tako moramo salmonelni meningitis v MKB-10 kodirati z A02,2+, kar pomeni lokalizirana salmonelna infekcija in G01*, kar pomeni bakterični meningitis. V koliko želimo salmonelni meningitis »prevesti« iz MKB-10 v MKB-9-CM, dobimo sledeče. A02,2 + (lokalizirana salmonelna infekcija) prevedemo v kodo 003.20 (nespecifična lokalizirana salmonelna infekcija), ki je uvrščena v osemnajsto glavno skupino s kodo SPP-ja 423 (MDC 18, DRG 423), kar ne ustreza prvotni klasifikaciji (MDC 1, DRG 20). G01* pa prevedemo v kodo 320.7 (meningitis in ostale bakterične bolezni), ki pa dejansko spada v prvo glavno skupino z oznako SPP-ja 20. (MDC1, DRG 20).

Glavni argument za izločitev francoske in madžarske različice SPP-jev je bilo pomanjkanje podatkov o modelu, ki jih je bilo težko pridobiti od lastnika avtorskih pravic v Francoskem primeru in pomanjkanje podatkov v angleškem jeziku v Madžarskem primeru. Madžarski SPP pa je tudi povzročal težave pri uporabi modela za financiranje (povzeto po Hindle in Burchfield, 2003: 100).

Avstrijska SPP različica ni bila oblikovana z namenom podpore plačevanja stroškov akutne bolnišnične obravnave. Plačilo za bolnišnično obravnavo je sestavljeno iz stroškov posega oz. storitve in plačila po BOD, kar spodbuja podaljševanje ležalne dobe. Poleg tega pa je komisija ugotovila neustreznost klasifikacije posegov glede naše potrebe in pomanjkanje izkušenj njene uporabe izven Avstrije (povzeto po Hindle in Burchfield, 2003: 101). Glavni namen uvajanja DRG sistema v Avstriji je bilo zagotavljanje kontinuiranega procesa povečanja učinkovitosti, kakovosti in racionalizacijo poslovanja sekundarnega zdravstvenega, pri tem pa ohraniti enak nivo zdravstvene oskrbe. Poleg tega pa naj bi baza podatkov iz DRG služila za spremljanje razvoja mreže sekundarnega zdravstvenega nivoja ter odkrivanja deficitarnih kakor tudi suficitarnih področij zdravstvene oskrbe (Pfeiffer v Roger France in drugi, 2001: 26).

HCFA–DRG sistem je uvedla zvezna vlada ZDA (oz. njena agencija HCFA, ki je odgovorna za plačevanje zdravstvenih storitev) kot osnovo za plačevanje zdravstvenih storitev programa Medicare. Osnovni namen uporabe DRG modela je bil razdeljevanje

finančnih sredstev med bolnišnicami in ne za plačevanje bolnišničnih epizod⁴⁵ pri posameznih pacientih. Zaradi uporabe drugačnega plačilnega modela se na podlagi DRG sistema plačuje le bolnišnična oskrba v ožjem pomenu besede, stroški, ki nastanejo pri zdravljenju, niso plačani iz naslova DRG.

Zaradi osnovnega namena uporabe HCF-DRG se sam model ni dosti spreminjal oz. prilagajal (morebitnim) novim potrebam. Tako so bili diagnoze in posegi kodirani po MKB- 9 CM. Za vsa spremljajoča bolezenska stanja ali zaplete se je uporabljalo binarno označevanje komplikacij in dodatnih obolenj (CC), in sicer s CC ali brez CC.

HCFA-DRG ima po mnenju komisije zelo uporabno delitev bolnikov v starostne razrede. Nekoliko manj primerna je uporaba različice za pediatrijo, kar je razumljivo, saj je bil prvotni model DRG namenjen za financiranje programa Medicare, ki je namenjen populaciji, starejši od 65 let.

Komisija je ugotovila, da ima HCFA-DRG različica nekaj pomembnih pomanjkljivosti, kot so zastarela klasifikacija diagnoz (ICD-9 CM), nenatančno in pomanjkljivo uporabo sekundarnih diagnoz ter nejasnosti v zvezi z avtorskimi pravicami.⁴⁶ Ocenili so, da bi bili stroški za pripravo dokumentacije, navodil za uporabo in programsko opremo najmanj tako visoki kot plačilo pravic za uporabo kanadskega ali avstralskega modela DRG, kar so tudi glavni razlogi za zavrnitev HCFA-DRG različice.

Kanada je uvedla SPP model leta 1983 pod imenom CMG (Case Mix Groups). Z uvedbo CMG modela je Kanada želela:

- izboljšati primerljivost na nacionalni ravni (za sekundarni zdravstveni nivo),
- povečati odvisnost trajanja hospitalizacije od diagnoze, posebno še za dodatne (sekundarne) diagnoze, ki so tudi prispevale k podaljšani hospitalizaciji oz.

⁴⁵ Bolnišnična epizoda je zdravstvena oskrba osebe v eni zdravstveni službi na eni lokaciji zaradi ene glavne diagnoze. Epizoda se torej prične v trenutku, ko osebo namestijo v posteljno enoto zdravstvene službe na eni lokaciji in se konča z odpustom iz bolnišnice, s premestitvijo v posteljno enoto druge zdravstvene službe ali s smrtjo osebe (dostopno prek. <http://www.ivz.si/index.php?akcija=podkategorija&p=55> 2. junij 2007).

⁴⁶ HCFA-DRG logika je v javni lasti, kot to zahteva zakonodaja zvezne vlade ZDA, kar pomeni, da lahko programsko opremo razvije kdorkoli, vendar pa se je HCFA odločila, da za nekatera področja sklene ekskluzivno pogodbo z Zdravstvenim informacijskim sistemom (3M). Zaradi pomanjkanja proste konkurence lahko povzroči težave glede dostopnosti do takih sestavnih delov, kot je dokumentacija, vsaj po sprejemljivi ceni (Hindle in Burchfield 2003, 101).

možnost nadzorovanja odnosa med diagnozo in trajanjem hospitalizacije in na ta način vplivati na dolžino hospitalizacije,

- zagotavljati zdravstvenemu menedžmentu kvalitetne podatke, na podlagi katerih lahko sprejemajo učinkovite odločitve kakor tudi možnost za racionalizacijo poslovanja (Canadian Institute for Health Information, 2004: 5).

CMG model je bil skorajda enak različici HCFA-DRG verzija 3. Za kodiranje bolezni je kanadska različica DRG uporabljala ICD-9-CM (MKB-9-CM), za kodiranje posegov pa je uporabljala kanadsko različico kodiranja posegov CCP (Canadian Classification of Diagnostic, Therapeutic and Surgical Procedures), prilagojeno ICD-9. Leta 2003 pa je prešla na kodiranje bolezni po ICD-10-CA (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision – The Canadian Enhancement) in kanadskim sistemom kodiranja posegov CCI (Canadian Classification of Health Interventions).

Na splošno se logika CMG različice bistveno ne razlikuje od HCFA-DRG. Obstaja pa nekaj manjših razlik, ki pa lahko vplivajo na končni rezultat določanja faktorja uteži. Tako je na primer glavna diagnoza opredeljena kot bolezensko stanje, za katerega so porabljena največja sredstva in ne kot razlog za hospitalizacijo, kot je to v primeru HCFA-DRG različice. Posebna lastnost CMG je tudi, da se lahko vsaka CMG (oz. SPP) razdeli na tri starostne skupine, katerim se lahko pripiše štiri stopnje zapletov oz. komplikacij (CC).

Komisija je ugotovila, da so najpomembnejše prednosti CMG pametna uporaba podatkov o pomembnih sekundarnih diagnozah in določanje osnovne diagnoze na podlagi dejanskih stroškov zdravljenja in ne kot razlog za hospitalizacijo (Hindle in Burchfield, 2003: 103). Edina pomanjkljivost, ki jo je navedla komisija, kar je tudi najverjetnejši razlog za zavrnitev CMG različice, je uporaba starejše verzije mednarodne klasifikacije bolezni ter posegov (ICD-9 in ICD-9-CM). Komisija je predvidevala, da prehod na novo mednarodno klasifikacijo bolezni in posegov (ICD-10-CA in CCI) ne bo možen pred letom 2004. Po podatkih CIHI (Canadian Institute for Health Information) so pričeli z uporabo novih klasifikacij že v letu 2003 (Canadian Institute for Health Information, 2004: 5). Poleg tega pa kanadska različica CMG ni bila preizkušena izven meja države kakor na primer avstralska različica DRG (AR-DRG).

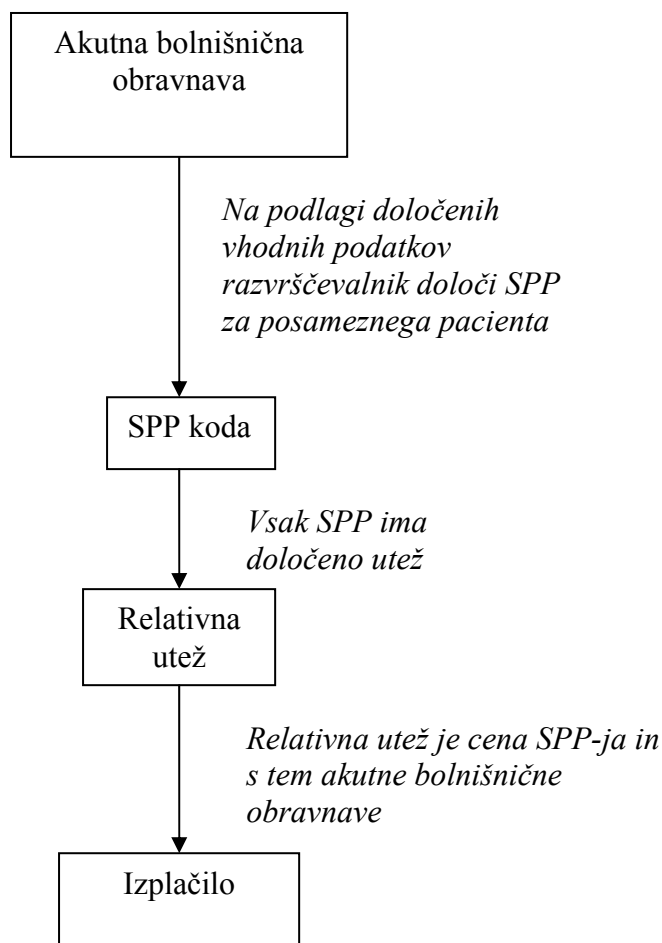
V Avstraliji so uporabljali dve različici SPP. Prvo različico so razvili na osnovi ameriške različice AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups) v sodelovanju s podjetjem 3M. Različico so poimenovali AN-DRG (Australian National Diagnostic Related Groups). Leta 1997 pa so prvo različico nadomestili z različico AR-DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups), ki je v bistvu nadgradnja prve različice. Za kodiranje diagnoz in posegov je uporabljala ICD-10-AM.

Komisija je zaključila, da so glavne prednosti AR-DRG uporaba visoko kakovostne klasifikacije diagnoz in posegov, dobro razvita uporaba pomembnih sekundarnih diagnoz, progresivno predelovanje z namenom izboljšave klinične uporabnosti (in ne le razlaga stroškov), ki temelji na stalnem vključevanju predlogov kliničnih strokovnjakov, kot njeno natančno preverjanje, osnovano na uporabi te različice kot temelj za plačevanje že vrsto let (Hindle, Burchfield, 2003: 102).

6.2 Logika delovanja SPP razvrščevalnika (DRG Grupers)

SPP razvrščevalnik je računalniški program, ki na podlagi vhodnih podatkov za posameznega pacienta določi SPP in s tem tudi pripadajočo utež, ki je osnova za plačilo akutne bolnišnične obravnave. Na sliki 6.2 je shematsko prikazan postopek od opravljenih zdravstvenih storitev do plačila zanje.

Slika 6.2: Shematski prikaz modela plačevanja akutne bolnišnične obravnave na podlagi SPP



Vir: prirejeno po Zupanc in drugi (2008: 45)

6.2.1 Nabor podatkov, ki so potrebni za določitev SPP

Na podlagi nabora podatkov SPP razvrščevalnik določi SPP kodo, katera ima določeno utež, ki v bistvu določa ceno bolnišničnega zdravljenja (oz. bolnišnične obravnave) za posameznega bolnika. Podatke bi lahko delili na osnovne podatke, na podlagi katerih se lahko določi SPP skupina. Ti podatki so:

- glavna diagnoza, ki je lahko samo ena in predstavlja vzrok za hospitalizacijo bolnika. V SPP razvrščevalnik se vpiše na prvo mesto v rubriko diagnoze (uporablja se šifrant MKB-10),
- dodatne diagnoze, katerih je lahko največ devetnajst (19). Vpišejo se pod glavno diagnozo (uporablja se šifrant MKB-10). Z dodatno diagnozo se opiše bolezensko stanje pacienta, ki je nastalo pred ali pa med samo hospitalizacijo in pomembno vpliva na potek zdravljenja oziroma povzroča zaplete, ki zahtevajo dodatne

preiskave in zdravljenje ali zahtevnejšo nego. Dodatna diagnoza ni neposredni vzrok za hospitalizacijo bolnika,

- terapevtski in diagnostični postopki, katerih je lahko največ dvajset (20). V SPP razvrščevalnik se vpišejo v rubriko procedure (uporablja se šifrant Klasifikacija terapevtskih in diagnostičnih postopkov (KTDP), ki je s 1. aprilom 2004 nadomestil slovensko klasifikacijo operacij SKO. Kode KTDP so enakovredne kodam ICD-10-AM),
- določitev težavnostne stopnje primera (uporabljajo se različni indikatorji, npr. starost, porodna teža, zapleti itd.).

SPP razvrščevalnik zahteva tudi podatka o:

- trajanju mehanske ventilacije (označeno v SPP razvrščevalniku kot ure mehanske ventilacije) in
- teži dojenčka ob sprejemu (označeno v SPP razvrščevalniku kot sprejemna teža), ki vpliva na razvrstitev v SPP samo v določenih primerih.

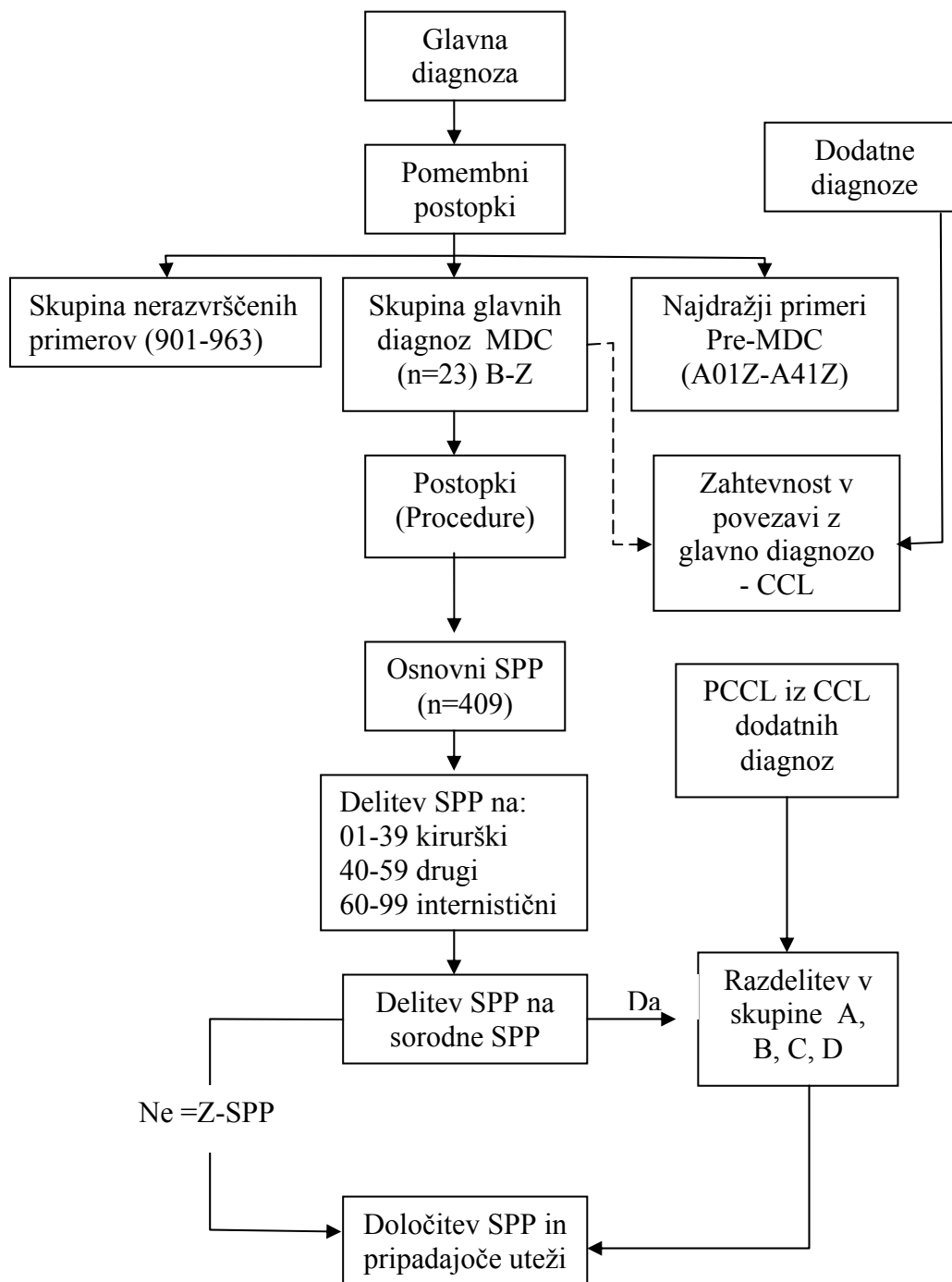
Tretja skupina podatkov pa so:

- bolnikovi osnovni podatki (ime in priimek, spol, datum rojstva in matični indeks bolnika),
- datum in ura sprejema in odpusta bolnika,
- koda odpusta,⁴⁷ ki pomeni novo lokacijo bolnika. Tretja skupina podatkov (razen starosti bolnika) ne vplivajo na določitev SPP skupine (povzeto po: Australian Refinement DRG Gruper PC version 4.2., User Manuel; Zupanc in drugi (2008: 54 – 59)).

⁴⁷ Opredeljuje mesto napotitve oziroma stanje osebe ob zaključku obravnave v epizodi. Šifrant vsebuje naslednje šifre: 1 – odpuščen domov, 2 – napoten v drugo bolnišnico, 3 – premeščen v posteljno enoto druge zdravstvene službe iste bolnišnice, 4 – napoten na rehabilitacijo, 5 – odpuščen v dom za ostarele, 6 – odpuščen na lastno odgovornost, 8 – smrt in 9 – drugo (Rok, Simon in drugi 2006: 57).

6.2.2 Algoritem SPP razvrščevalnika

Slika 6.3: Postopek razvrščanja akutne bolnišnične obravnave



Vir: Zupanc in drugi (2008: 36)

Na podlagi vnesenih podatkov (glavna diagnoza in pomembni postopki) razvrščevalnik primer razvrsti v tri možne skupine.

V skupini nerazvrščenih primerov (skupina napak) so zbrani primeri, katerih zaradi napak ni mogoče razvrstiti v preostali dve skupini. Najpogostejša napaka je, če se glavna diagnoza ne ujema s pomembnim posegom ali v primeru, če glavna diagnoza ni veljavna. Skupina je tako zbirno mesto za primere, ki jih v modelu SPP ni mogoče pravilno prikazati. Plačilo za tak primer se izvede na podlagi dogovora s plačnikom zdravstvenih storitev. Primeri v tej skupini so označeni z začetno številko 9 in končno oznako Z (9XXZ).

V Pre-MDCs (Pre-Major Diagnostic Categories) skupino se uvrstijo primeri, ki zahtevajo mnogo virov. Lahko rečemo, da so v tej skupini najdražji primeri, kot so npr. transplantacije. Označeni so s kodami od A01Z do A041Z.

Na podlagi glavne diagnoze se večina primerov uvrsti v skupino MDC (Major Diagnostic Categories), ki je razdeljena na 23 kategorij oz. podskupin. Označene so s črkami od B do Z (npr. črka B označuje skupino bolezni in okvar živčnega sistema). Razvrstitev v MDC skupino, skupaj s procedurami določita osnovni SPP, ki pa se deli na kirurške, internistične in druge SPP. Glede na zahtevnost primera se določi sorodni SPP.

Zahtevnost primera se določi glede dodatnih diagnoz v povezavi z glavno diagnozo. Njihova oznaka je CCL (Complication and Comorbidity Level – težavnostna stopnja dodatnih diagnoz glede na glavno diagnozo). Na podlagi CCL indeksa, ki znaša od 0 do 4⁴⁸ se določi skupni PCCL indeks (Patient Complication and Comorbidity Level – bolnikova individualna težavnostna stopnja vseh dodatnih diagnoz). PCCL indeks je prav tako označen od 0 do 4. Najvišja stopnja je 4 in je rezervirana samo za kirurške in neonatalne primere.

PCCL se iz CCL izračuna na podlagi formule in s podatkom o glavni diagnozi. Pravila določanja PCCL iz CCL so predstavljena v spodnji tabeli.

⁴⁸ CCL indeks se označuje s številkami od 0 do 4. Oznaka »0« pomeni, da dodatne diagnoze nimajo nobenega vpliva na osnovni SPP oz. ni prisotnih nobenih komplikacij oziroma obolevnosti. Oznaka »4« pa pomeni katastrofalne komplikacije in dodatna obolenja.

Tabela 6.2: Pravilo za določanje PCCL na podlagi CCL

	CCL (diag. 1)	CCL (diag. 2)	CCL (diag. 3)	CCL (diag. 4)	CCL (diag. 5)	CCL (diag. 6)
PCCL = 4	4	3				
	4	2				
	4	1	1			
	3	3				
	3	2	2			
	3	2	1	1		
	2	2	2	2		
	2	2	2	1	1	1
PCCL = 3	4					
	4	1				
	3					
	3	2				
	3	2	1			
	2	2				
	2	2	2			
	2	1				
	1	1	1			
PCCL=2	2					
	1	1				
PCCL=1	1					
PCCL=0						

Vir: Zupanc in drugi (2008: 40)

Določitev PCCL indeksa pomeni tudi osnovo za delitev osnovnega SPP na sorodne SPP, ki nosijo oznake od A do D in pomenijo porabo virov za zdravljenje. Lahko pa do delitve ne pride, kar pomeni, da SPP nosi oznako Z.

Na podlagi opisanega postopka SPP razvrščevalnik določi SPP kodo in posledično tudi na podlagi stroškovnih analiz utež (cost weight), ki je podlaga za plačilo SPP primera.

6.2.3 SPP koda

Na podlagi prej opisanega postopka razvrščevalnik določi SPP kodo. SPP koda je sestavljena iz velike črke, dvomestne številke in velike črke, npr. B70A, kar pomeni možganska kap s hudo ali zapleteno diagnozo ali postopki. Utež B70A znaša 4,05 in je določena v področnem dogovoru za bolnišnice kakor tudi uteži za ostale SPP. Pomen oznak SPP kode B70A je predstavljen na sliki 6.4.

Sika 6.4: Pomen oznak SPP kode, prestavljenih na primeru B70A

SPP	Pomen	Razlaga
B70A	Vodilna velika črka od A do Z ali številka 9 pomenijo razvrstitev sistema SPP v kategorijo MDC ali Pre-MDC ali v skupino nerazvrščenih. B-glavna diagnoza iz skupine bolezni in okvar živčnega sistema	A- Pre-MDC B-bolezni in okvare živčnega sistema, C – bolezni in okvare očesa 9 - nerazvrščeni primeri
B70A	Številke od 0 do 99 pomenijo postavitev osnovne skupine znotraj kategorije B. 70 – SPP pripadajo nekirurški SPP skupini kategorije B glavnih diagnoz.	01-39 kirurški primeri 40-59 drugi primeri 60-99 internistični primeri
B70A	Zadnje velike črke A, B, C, D in Z pomenijo težavnost skupine in opredeljujejo razdelitev glede na potrebne virov. A – najvišja poraba virov znotraj osnovne skupine SPP B70.	A - SPP z najvišjo porabo virov B - SPP z drugo najvišjo porabo virov C - SPP s tretjo najvišjo porabo virov D - SPP z najnižjo porabo virov Z - ni dodatne razdelitve osnovnih skupin glede na porabo virov (enotno plačilo za vse bolnišnične obravnave, neodvisno od drugih kriterijev, kot so dodatne diagnoze ...).

Vir: Zupanc in drugi (2008: 42)

6.2.4 Utež (cost weight)

Stroški za akutne bolnišnične obravnave se izplačajo na podlagi uteži, ki je določena za vsak SPP posebej. Tako ima na primer koda B70A (možganska kap s hudo ali zapleteno diagnozo ali postopki) utež 4,05, kar lahko razberemo iz seznama SPP (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2006, 2006: 45).

Za izračun vrednosti določenega SPP je potrebno najprej določiti povprečno ceno obteženega primera oz. ceno ene uteži (t.i. cena enke), ki zajema materialne stroške storitve, amortizacijo in vrednost dela. Povprečna cena »enke« je količnik med vsoto načrtovanih sredstev za akutno bolnišnično obravnavo in načrtovano vsoto uteži za SPP za vse izvajalce v Sloveniji. V skladu s področnim dogovorom se lahko korigira vrednost »enke« tudi za medicinsko inflacijo. Faktor za medicinsko inflacijo za pogodbeno leto 2006 je znašal 1.044 (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2006, 2006: 42).

Zaradi boljše preglednosti lahko izračun povprečne vrednosti obteženega primera oz. ceno »enke« izrazimo tudi z enačbo.

$$\text{cena »enke«} = \frac{\text{vsa načrtovana sredstva za akutno bolnišnično obravnavo}}{\text{skupni plan obteženih primerov za pogodbeno leto}} * \text{medicinska inflacija}$$

Vrednost »enke« je tako določena v področnem dogovoru za bolnišnice, ki pa se lahko na podlagi aneksov tudi spreminja. Trenutna vrednost »enke« znaša 1.181,79⁴⁹ EUR. Na podlagi vrednosti »enke« lahko brez težav izračunamo vrednost našega SPP-ja B70A, katerega utež znaša 4.05. Račun: 1.181,79 * 4.05 = 4.786,2495 EUR. Tako Zavod za obravnavo oz. zdravljenje bolnika z diagnozo možganska kap s hudimi komplikacijami, kateremu SPP razvrščevalnik določi SPP s kodo B70A, dobi za stroške zdravljenja 4.786,2495 EUR.

6.3 Nepravilnosti kodiranja kot vzrok za napačno določitev uteži

SPP razvrščevalnik je (le) računalniški program, ki na podlagi vnesenih podatkov določi utež obravnavanega primera, pri tem pa seveda nima nobenega vpliva na izbor in vnos podatkov za obdelavo. V kolikor SPP razvrščevalnik na podlagi napačnih podatkov določi utež, ki ne odgovarja obravnavanemu primeru, oškoduje izvajalca ali pa plačnika storitev.

Mlakarjeva (2004: 42) ugotavlja, da so nepravilnosti posledice pomot, napak in prevar. V primeru nepravilnosti pri kodiranju lahko zasledimo vse tri kategorije, vendar jih težko definiramo. Pomoto in napako bi lahko označili tudi kot nenamerno storjeno dejanje brez kakršnegakoli motiva. V kolikor pa je motiv za nepravilno kodiranje zviševanje uteži, lahko tako dejanje označimo kot prevaro. Prevare nastajajo namenoma in so posledica nepoštenosti in neetičnosti tistih, ki jih naredijo. Pomote in napake pa so sestavni del našega življenja. Ker namen tega poglavja ni odkrivanje prevar pri SPP kodiranju, bom v nadaljevanju naloge uporabljal izraza nepravilnost in napaka. Po drugi strani pa je zelo težko definirati, kar bo v nadaljevanju tudi prikazano, ali gre za napako oz. pomoto ali prevaro.

Nepravilnosti v kodiranju, ki imajo za posledico napačno določitev uteži, bi lahko razdelili na tri skupine, in sicer:

⁴⁹ Podatek je bil pridobljen dne 18. 8. 2008. V Zavodu pričakujejo, da se bo vrednost »enke« v kratkem nekoliko povečala.

- napake, ki so posledice vnosa napačnih podatkov o primeru oz. bolniku,
- napake, ki so posledica napačnega vpisovanja razvrščanja pravih podatkov v SPP razvrščevalniku in
- kombinacija obeh navedenih napak.

V prvo skupino napak prištevamo vse vnose podatkov oz. kod, ki ne ustrezajo obravnavanemu pacientu. Sem sodi nepravilna dodelitev glavne diagnoze ali postopkov zdravljenja ter neutemeljeno dodajanje dodatnih diagnoz in komplikacij, ki imajo za posledico napačno vrednost uteži.

SPP razvrščevalnik lahko določi napačno vrednost uteži tudi na podlagi pravih podatkov (oz. kod), v kolikor so le-ti vneseni v napačnem vrstnem redu. Spodnja slika prikazuje primer SPP razvrščanja z uporabo enakih kod bolezni in posegov vpisanih na različnih mestih v razvrščevalniku.

Slika 6.5: Primer izračuna SPP skupine z enakimi podatki in različnim rezultatom uteži

Evidenčni izračun SPP grupe

Pacientovi podatki:

MI: 120000 Pacient: TEST BOŽO ILOS: Spr.teža: 0 MHLS: Nač.odp.: 09 Home/other

Sprejem: 28.07.2008 Ura: 08:30 Ura: 08:32 Ur.meh.v.: 0 Spot: 1 Moški

Odpust: 28.07.2008 Starost: 43 AgeD: Leave: Enod.obr.:

Dat.roj.: 12.03.1965 Neak.obr.: 0

Bivanje: 0

Diagnoze:

Kode	Opis	DGX	GD8
N40	Hiperplazija prostate (obsečnice)	N40	100
C64	Maligna neoplazma ledvic, razen ledvič	C64	000
C780	Sekundarna maligna neoplazma pljuč	C780	200
K768	Druge opredeljene bolezni jeter	K768	200

Procedure:

Kode	Opis	GSRG
55036-00	Ultrazvok trebuha	000

Rezultati grupiranja:

MDC: 12 Bolezni in okvare moškega reprodukcijskega sistema

Grupa: M61A Benigna hipertrofija prostate s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bole

Status: 00 Normalno razvrščanje

Utež: 1,54 Ver: PCCL: 3

Zapri

Evidenčni izračun SPP grupe

Pacientovi podatki:

MI:	120000	Pacient:	TEST BOŽO	ILOS:	
Sprejem:	28.07.2008	Ura:	08:30	Spr.teža:	0
Odpuš:	28.07.2008	Ura:	08:37	Ur.meh.v.:	0
Dat.roj.:	12.03.1965	Starost:	43	AgeD:	
Bivanje:	0	Neak.obr.:	0	Leave:	
				Enod.obr.:	

Nač.odp.: 09 Home/other
Spot: 1 Moški

Diagnoze:

Koda	Opis	DGX	GD8
K768	Druge opredeljene bolezni jeter	K768	100
N40	Hiperplazija prostate (obsečnice)	N40	000
C64	Maligna neoplazma ledvic, razen ledvič	C64	000
C780	Sekundarna maligna neoplazma pljuč	C780	200

Procedure:

Koda	Opis	GSRG
55036-00	Ultrazvok trebuha	000

Rezultati grupiranja:

MDC:	07	Bolezni in okvare žolčnika, biliarnega trakta in trebušne slinavke (pankrea)
Grupa:	H63A	Bolezni jeter razen malignih obolenj, ciroza, alkoholni hepatitis s katastrofa
Status:	00	Normalno razvrščanje
Utež:	2,86	

Ver: PCCL: 3

Vir: Simulacija podatkov na SPP razvrščevalniku

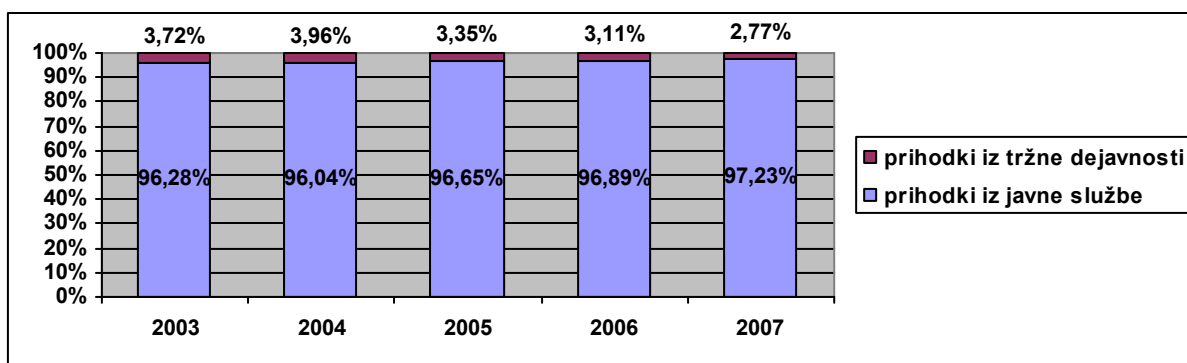
Iz simulacije je razvidno, kako pomembna je glavna diagnoza, ki predstavlja tudi vzrok za hospitalizacijo bolnika. S spreminjanjem glavne diagnoze lahko dosežemo različne vrednosti uteži. Pri tem pa je pomembno, da so pomembni posegi oz. procedure kompatibilni z glavno diagnozo. V nasprotnem primeru nam SPP razvrščevalnik javi napako kot uvrstitev SPP v skupino nerazvrščenih primerov, ki so označeni z začetno številko 9 (9XXZ). Izvajalec za tak SPP lahko dobi tudi plačilo, v kolikor je pravilno izpolnil dokumentacijo in če obstaja dogovor s plačnikom storitev.

7 ANALIZA POSLOVANJA ZAVODA PO UVEDBI MODELA SPP ZA OBDOBJE OD 2003 DO 2007

7.1 Viri financiranja Zavoda

Vire financiranja Zavoda lahko razdelimo glede na Zakon o računovodstvu, ki v svojem 17. členu navaja, da pravne osebe izkazujejo prihodke po vrstah in namenih iz naslova opravljanja javne službe, iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu in drugih virov. Največji vir financiranja Zavodu predstavlja opravljanje javne zdravstvene službe in le manjši del sredstev pridobi s prodajo svojih storitev na trgu. V spodnjem grafu sta prikazana deleža prihodkov iz naslova javne službe ter tržne dejavnosti.

Graf 7.1: Viri financiranja Zavoda, izraženi v odstotkih

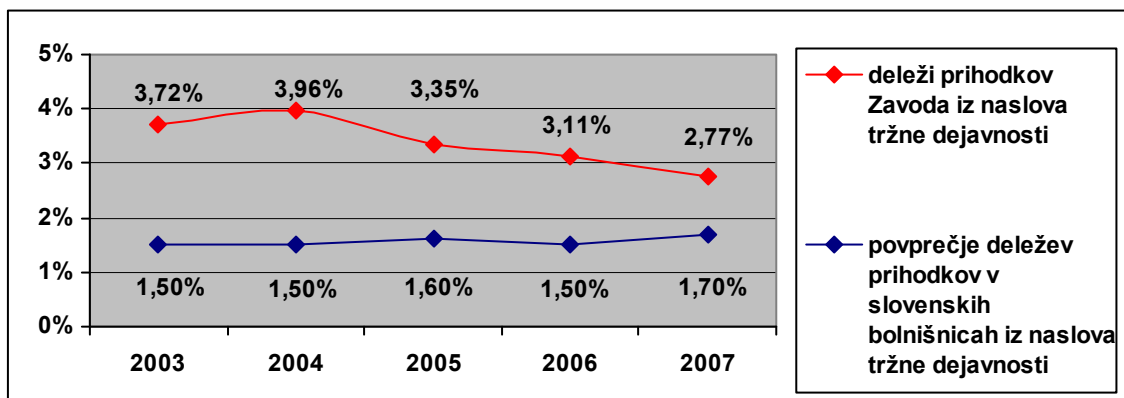


Vir: Poslovno poročilo leto 2003-2007

7.1.1 Prihodki iz tržne dejavnosti Zavoda

Iz grafa 7.1 je razvidno, da je količina sredstev, pridobljenih s tržno dejavnostjo minimalna. Lahko bi rekli, da predstavlja nekakšno »žepnino« Zavodu, saj v povprečju predstavlja 3,38 % delež vseh prihodkov in ima tendenco upadanja. V primerjavi s povprečnimi vrednostmi tržnega deleža slovenskih bolnišnic ugotovimo, da Zavod presega slovensko povprečje, ki znaša 1,56 %, kar je prikazano tudi na grafu 7.2.

Graf 7.2: Primerjava deležev tržnih prihodkov med Zavodom in povprečjem slovenskih bolnišnic v obdobju od 2003 do 2007

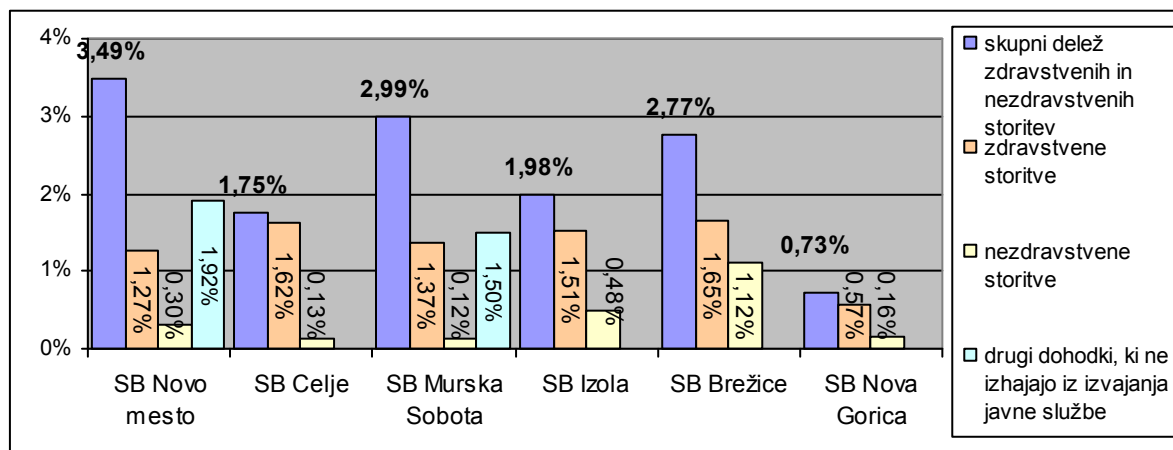


Vir: Podatki in kazalniki poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2007 (2008:15) in Poslovno poročilo bolnišnice in strokovno poročilo o delu bolnišničnih oddelkov, služb in specialističnih ambulant za leto 2003-2007

Podatke, ki na grafu 7.2 prikazujejo delež tržne dejavnosti slovenskih bolnišnic, je objavilo Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. Omenjeno združenje pridobi podatke od svojih članov, kar pomeni, da so v rubriki »bolnišnice« zajete poleg splošnih tudi specialistične bolnišnice. Zaradi natančnejše primerjave oz. ocenjevanja tržnega deleža Zavoda bi bilo potrebno primerjati med sabo le splošne bolnišnice. Tako sem primerjal podatke o velikosti tržnih deležev obeh sosednjih splošnih bolnišnic v Novem mestu in Celju, Splošne bolnišnice Izola, Nova Gorica, in Murska Sobota. Podatki so pridobljeni na podlagi poslovnih poročil omenjenih bolnišnic za poslovno leto 2007. Pri prebiranju poslovnih poročil sem ugotovil, da ni enotnih sodil oz. kriterijev za prikaz prihodkov iz naslova tržne dejavnosti. Nekatere bolnišnice ločujejo tržne prihodke glede na dejavnost nastanka le-teh. Tako delijo prihodke iz tržne dejavnosti na zdravstvene (medicinske) in nezdravstvene (nemedicinske) prihodke. Prvi nastajajo pri prodaji zdravstvenih storitev na trgu, drugi pa pri prodaji ostalih storitev, kot so parkirnine, trženje gostinskih storitev, najemnine itd. Druge bolnišnice (npr. SB Celje) definirajo prihodke iz tržne dejavnosti kot prihodke iz naslova trženja, ki izhajajo iz prodaje nezdravstvenih storitev. Medtem ko prodajo zdravstvenih storitev na trgu vodijo pod rubriko »drugi prihodki.«

Na grafu 7.3 so prikazani tržni deleži posameznih splošnih bolnišnic za poslovno leto 2007. Prikazani tržni deleži so zajeti iz naslova prihodkov od prodaje blaga in storitev na trgu, ki so prikazani v izkazu prihodkov in odhodkov določenih uporabnikov po načelu denarnega toka.

Graf 7.3: Deleži prihodkov iz naslova tržne dejavnosti po načelu denarnega toka v splošnih bolnišnicah⁵⁰



Vir: Poslovna poročila omenjenih bolnišnic za leto 2007⁵¹

Iz grafa 7.3 je razvidno, da tržni delež prikazanih splošnih bolnišnic presega povprečje vseh slovenskih bolnišnic in znaša 2,28 %. Zavod presega povprečje prihodka iz tržne dejavnosti za pol odstotka. Dosega pa tudi povsem primerljiv delež iz naslova prodaje nezdravstvenih storitev na trgu. Prihodek ustvarjen s prodajo storitev na trgu je kljub svoji skromnosti pomemben predvsem zaradi dejstva, da ga Zavod namenja oz. porablja za opravljanje svoje dejavnosti, kar pomeni, da koristi vsem uporabnikom zdravstvenih storitev.

7.1.2 Prihodki iz opravljanja javne zdravstvene službe

Prihodki iz naslova opravljanja javne zdravstvene službe predstavljajo glavnino vseh dohodkov bolnišnic, kar je bilo prikazano že v prejšnjem poglavju. Za namen te naloge bodo prihodki iz opravljanja javne službe prikazani glede na vrsto in namen oz. dejavnost, in sicer:

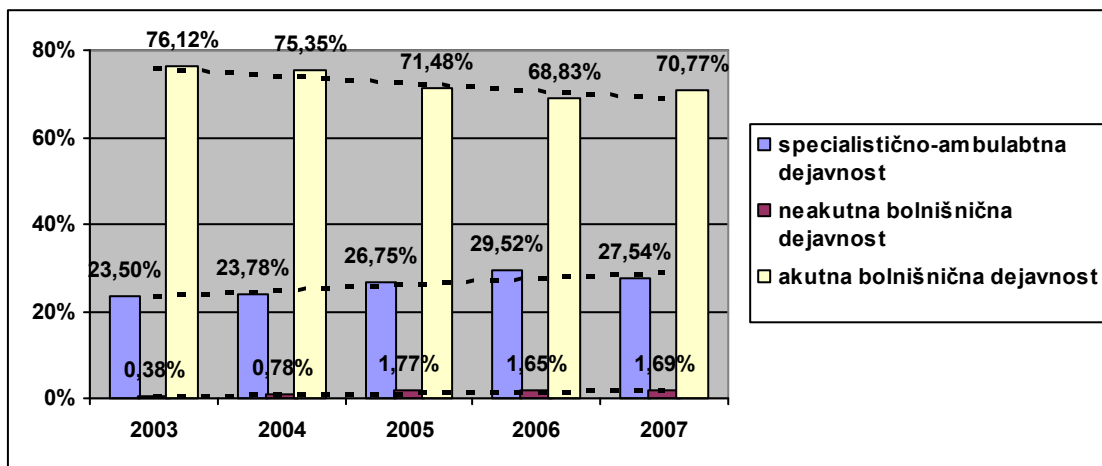
- prihodki iz specialistično-ambulantne dejavnosti,
- prihodki iz neakutne bolnišnične dejavnosti in
- prihodki iz akutne bolnišnične dejavnosti.

⁵⁰ Podatki so pridobljeni na podlagi poslovnih poročil navedenih bolnišnic, ki so objavljeni na medmrežju. Ostale splošne bolnišnice nimajo prikazanih podatkov zabeleženih v poslovnih poročilih (npr. SB Ptuj) oz. nimajo poslovnih poročil za leto 2007 dostopnih na medmrežju (npr. SB Trbovlje).

⁵¹ Letno poročilo 2007 (SB Novo mesto 2008), Letno poročilo 2007 (SB Celje 2008), Letno poročilo 2007 (SB Murska Sobota 2008), Poročilo o poslovanju Splošne bolnišnice Brežice v letu 2007 (2008), Letno poročilo 2007 (SB Izola 2008).

Na grafu 7.4 so prikazani deleži prihodkov iz opravljanja javne zdravstvene službe glede na dejavnost.

Graf 7.4: Deleži prihodkov glede na dejavnost izvajanja javne zdravstvene službe Zavoda za poslovna leta od 2003 do 2007



Vir: Poslovna poročila Zavoda 2003–2007⁵²

Največji vir prihodkov predstavlja akutna bolnišnična dejavnost, in sicer v povprečju zadnjih petih let 71,71 % vseh prihodkov. Drugi največji delež pa zavzema prihodek iz naslova ambulantnih storitev, ki v povprečju znaša 26,2 %. Pri tem pa je potrebno poudariti, da Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2007 v tretjem členu določa, da mora specialistično-ambulantna dejavnost (brez dializne dejavnosti) v splošnih bolnišnicah znašati najmanj 22 % sredstev za akutno bolnišnično obravnavo brez terciarja (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2006, 3. čl.) Najmanjši delež pa prinaša dohodek neakutne bolnišnične dejavnosti, ki v povprečju znaša 1,25 %. Iz grafa 7.4 je razvidno, da ima prihodek iz akutne bolnišnične dejavnosti tendenco upadanja, medtem ko pri prihodu iz specialistično-ambulantne dejavnosti in neakutna bolnišnice zaznamo trend naraščanja. Vzrokov za prikazane trende je lahko več, in sicer:

- delež prihodkov iz akutne bolnišnične obravnave pada zaradi manjšega števila SPP oz. bolnikov; delež specialistično-ambulantne dejavnosti narašča zaradi povečanega števila pregledov,

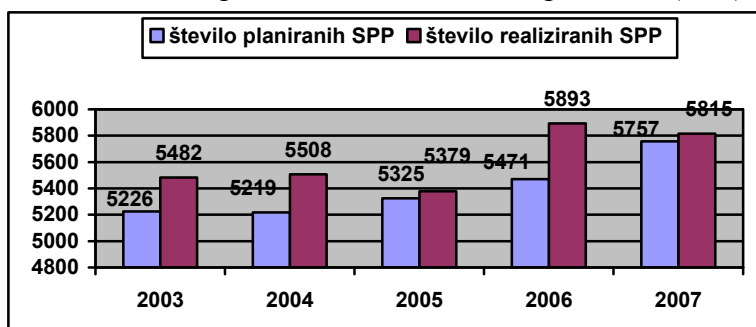
⁵² Poslovno poročilo za leto 2003 (2004), Poslovno poročilo za leto 2004 (2005), Poslovno poročilo bolnišnice in strokovno poročilo o delu bolnišničnih oddelkov, služb in specialističnih ambulant za leto 2005 (2006), Poslovno poročilo bolnišnice in strokovno poročilo o delu bolnišničnih oddelkov, služb in specialističnih ambulant za leto 2006 (2007) in Poročilo o poslovanju Splošne bolnišnice Brežice v letu 2007 (2008).

- delež ambulantno–specialistične dejavnosti raste na račun SPP, katerih del se obravnava kot ambulantna storitev in
- vrednost (cena) SPP je v upadanju pri enakem številu primerov; vrednost ambulantnih storitev narašča pri enakem številu pregledov.

V kolikor sta od naštetih interpretacij grafa 7,4 za prikazane trende vzrok prva dva, lahko ugotovimo, da gre za načelo »zdravega« podjetniškega poslovanja (oziroma za splošno logiko), kjer za manj opravljenih storitev dobimo pač manjše plačilo in obratno. Druga interpretacija pa sledi usmeritvam zdravstvene politike, da poskušamo čim več storitev opraviti ambulantno in tako zmanjšati stroške zdravljenja, ki nastanejo zaradi hospitalizacije takega bolnika. Tretja interpretacija pa pomeni, da ima Zavod podcenjene SPP ali pa opravlja storitve iz SPP, ki imajo nizko utež. Pri ambulantnih storitvah pa vrednost narašča zaradi večje porabe na pacienta oz. uporabnika storitev. Tretja interpretacija torej pomeni neugodne trende za poslovanje Zavoda.

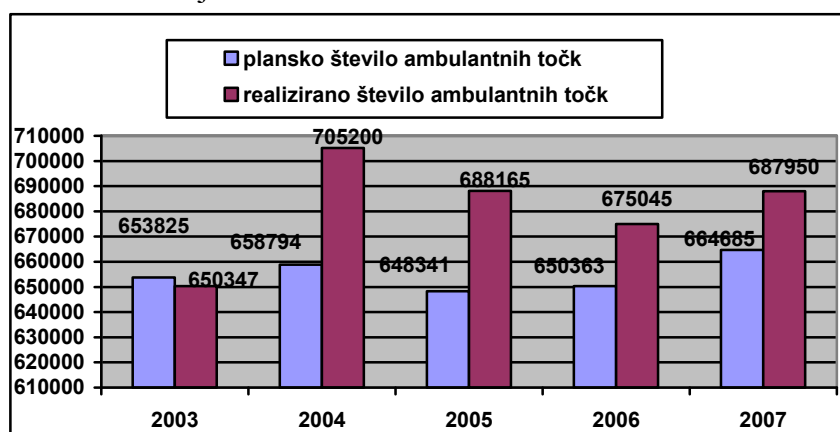
Za lažjo interpretacijo grafa 7.4 so na grafih 7.5, 7.6 in 7.7 prikazani podatki glede na število primerov akutne bolnišnične obravnave (število SPP), število pregledov razdeljenih na prve in ponovne preglede in število doseženih točk v specialistično-ambulantni dejavnosti Zavoda za obdobje 2003–2007.

Graf 7.5: Število planiranih in realiziranih primerov (SPP) v obdobju od 2003 do 2007



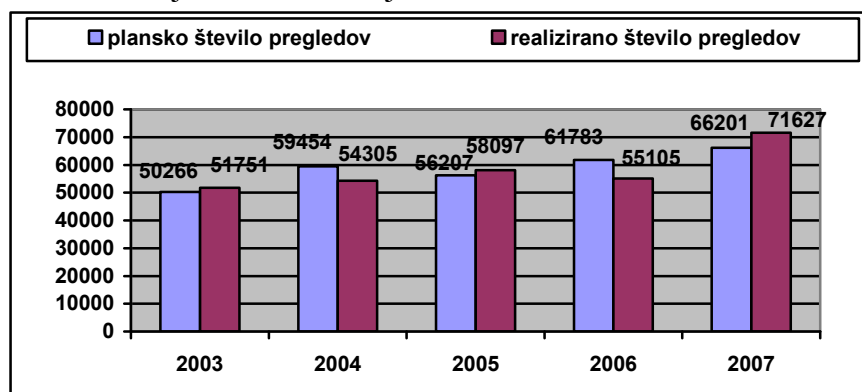
Vir: Poslovna poročila 2003–2007⁵³

Graf 7.6: Število planiranih in realiziranih točk v specialistično-ambulantni dejavnosti v obdobju od 2003 do 2007



Vir: Poslovna poročila 2003–2007⁵³

Graf 7.7: Število planiranih in realiziranih pregledov v specialistično-ambulantni dejavnosti v obdobju od 2003 do 2007

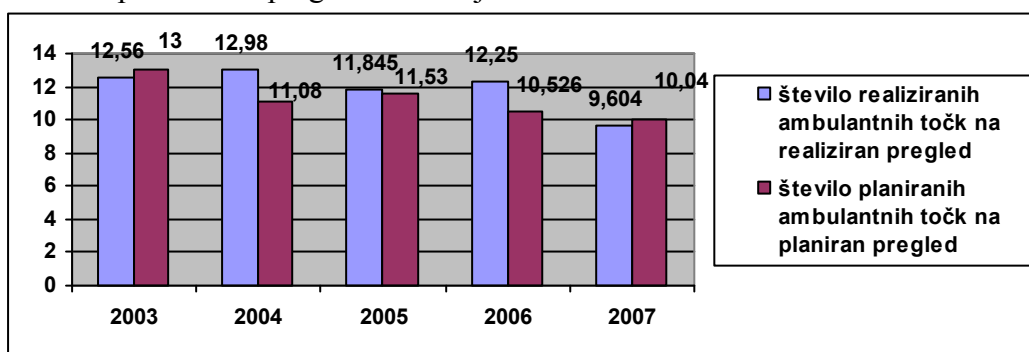


Vir: Poslovna poročila 2003–2007⁵³

Iz grafov 7.5, 7.6 in 7.7 je razvidno, da število primerov (SPP) in število pregledov dejansko narašča. V kolikor izračunamo letni odstotek rasti planiranih pregledov in planiranih SPP ugotovimo, da planirani pregledi rastejo približno 7,45 % na leto, medtem ko beležimo pri planiranih SPP le 2,46 % letno rast. Slednje nam tudi pojasni trende, prikazane na grafu 7.4, kateri bi verjetno bili še bolj izraziti, v kolikor se vrednotenje posameznega pregleda ne bi postopoma zmanjševalo, kar je prikazano na grafu 7.8. Graf 7.8 prikazuje vrednost posameznega realiziranega in planiranega ambulantnega pregleda, izražena v številu točk, za obdobje 2003–2007.

⁵³ Poslovno poročilo za leto 2003 (2004), Poslovno poročilo za leto 2004 (2005), Poslovno poročilo bolnišnice in strokovno poročilo o delu bolnišničnih oddelkov, služb in specialističnih ambulant za leto 2005 (2006), Poslovno poročilo bolnišnice in strokovno poročilo o delu bolnišničnih oddelkov, služb in specialističnih ambulant za leto 2006 (2007) in Poročilo o poslovanju Splošne bolnišnice Brežice v letu 2007 (2008).

Graf 7.8: Planirano in realizirano število točk za specialistično-ambulantno dejavnost na posamezen pregled v obdobju od 2003 do 2007



7.2 Primerjalna analiza specialistično-ambulantne dejavnosti med splošnimi bolnišnicami

Pri tej analizi bom poskušal prikazati nihanje stroškov specialistično-ambulantne dejavnosti in produktivnosti (obremenjenosti) ter učinkovitost nosilcev dejavnosti v posameznih zavodih. To je edini način, da lahko ovrednotimo poslovanje posameznega zavoda na področju specialistično-ambulantne dejavnosti. Po drugi strani pa potrdimo ali ovržemo tezo, da se produktivnost zdravnikov kot nosilcev dejavnosti in finančna učinkovitost poslovanja specialistično-ambulantne dejavnosti razlikuje med zavodi. Preden začnemo z analizo, moramo najprej določiti pomen pojma »produktivnost« in »učinkovitost«.

S produktivnostjo merimo, kako dobro zavod pretvarja vložene vire-inpute v končne rezultate-autpute oziroma storitve. V našem primeru so inputi človeški viri (zdravniki), autputi pa opravljene storitve (število pregledov, število doseženih točk, število SPP-jev ... itd.). V bistvu merimo porabo oz. potrošek inputov na določen autput.

Ko dobimo nek rezultat produktivnosti, npr. X pregledov na zdravnika v nekem časovnem obdobju, težko ovrednotimo ta rezultat. Tako bomo pojem učinkovitosti uporabili za ovrednotenje rezultata produktivnosti s pomočjo primerjave enakih količin med zavodi. V našem primeru pojem učinkovitosti daje dodaten pogled na produktivnost z omogočanjem primerjave z nekim primerljivim in poznanim potencialom. Učinkovitost ugotavlja ali zavod dela »stvari prav,« vendar pa ni pokazatelj ali zavod dela »prave stvari« (povzeto po Palčič, 2006: dostopno prek: <http://www.revija.mojedelo.com/hr/produktivnost-pomembna-a-tudi-varljiva-kategorija-722.aspx>).

Za analizo so bili uporabljeni podatki, ki so navedeni v poslovnih poročilih analiziranih zavodov za leto 2007. Samo zavodi, ki so navedeni v analizi, so v svojih strokovnih poročilih navajali potrebne podatke. Druga težava pa je bila dostopnost do poslovnih poročil za daljše časovno obdobje. Splošne bolnišnice na svojih spletnih straneh objavljajo poslovna poročila le za leto 2007, zato je analizo dinamike poslovanja ambulantno-specialistične dejavnosti za določeno časovno (nekaj let) obdobje nemogoče izvesti.

V tabeli 7.1 so prikazani podatki, na podlagi katerih je bila izvršena analiza. Kot je bilo že omenjeno, so vir podatkov poslovna poročila analiziranih zavodov za poslovno leto 2007.

Tabela 7.1: Prikaz vhodnih podatkov za analizo

	SB Celje	SB Novo mesto	SB Nova Gorica	SB Brežice	SB Slovenj Gradec	SB Izola	SB Murska Sobota
Število pregledov	305.172	175.232	144.118	71.627	146.794	140.028	187.538
Število točk	3.752.824	1.989.831	1.306.972	807.721	/	1.566.998	2.066.677
Število zdravnikov	241	123	102	33 (24 ⁵⁴)	91	89	84

Vir: Poslovna poročila zavodov⁵³

V tabeli 7.2 je prikazana primerjava med zavodi glede števila točk na posamezni pregled.

Tabela 7.2: Število točk na posamezni pregled

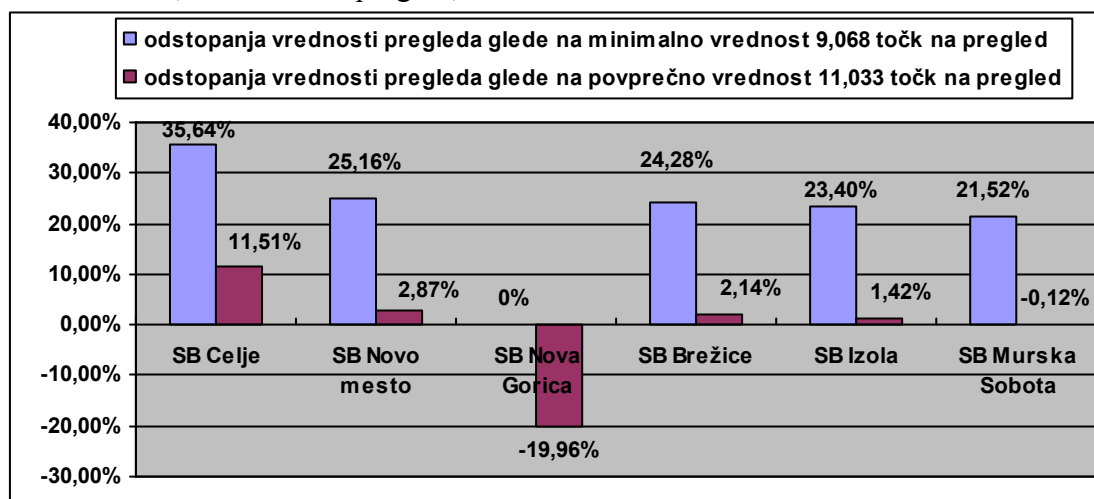
	SB Celje	SB Novo mesto	SB Nova Gorica	SB Brežice	SB Slovenj Gradec	SB Izola	SB Murska Sobota
Število točk na pregled	12,3	11,35	9,068	11,27	/	11,190	11,02

Iz tabele 7.2 je razvidno, da je število točk na posamezni pregled in s tem tudi vrednost pregleda različna glede na posamezen zavod. Razlika med najcenejšim pregledom, opravljenim v SB Nova Gorica in najdražjim pregledom, opravljenim v SB Celje, znaša 35,64 %. To v praksi pomeni, da v SB Nova Gorica opravijo štiri preglede za ceno treh v primerjavi s celjsko bolnišnico. Graf 7.9 prikazuje odstopanja vrednosti posameznega pregleda v predstavljenih zavodih na podlagi dveh kriterijev. Prvi kriterij predstavlja

⁵⁴ Poleg 33 redno zaposlenih zdravnikov je v zavodu še 24 honorarno zaposlenih zdravnikov, ki ne opravljajo storitev polni delovni čas. Za potrebe nadaljnjih analiz bo upoštevan podatek 33 kot število zdravnikov.

vrednost pregleda 9.068 točk na pregled in predstavlja najnižjo vrednost pregleda oziroma »idealno« vrednost za plačnika. Drugi kriterij pa predstavlja povprečno vrednost števila točk na pregled, izračunano na podlagi tabele 7.2. Povprečna vrednost znaša 11,033 točk na pregled.

Graf 7.9: Odstopanja vrednosti pregleda v zavodih glede na minimum 9,068 in povprečje 11,033 točke na pregled, izražena v odstotkih



Iz grafa 7.9 je razvidno, da obstajajo predvsem razlike v vrednosti pregledov med posameznimi zavodi. Medtem ko odstopanja od povprečne vrednosti pregleda niso izrazita razen v primeru celjske in novogoriške bolnišnice.

Tako tabela 7.3 prikazuje število točk, ki naj bi jih zavodi dosegli ob upoštevanju obeh kriterijev pri dejanskem številu opravljenih pregledov.

Tabela 7.3: Primerjava med dejanskim številom točk in točkami, izračunanimi glede na minimalno vrednost 9,068 in povprečno vrednost 11.033 točke na pregled

	SB Celje	SB Novo mesto	SB Nova Gorica	SB Brežice	SB Izola	SB Murska Sobota	Skupaj
Število dejanskih točk	3.752.824	1.989.831	1.306.972	807.721	1.566.998	2.066.677	11.491.023
Št. točk glede na kriterij 9,064 točk/pregled	2.767.299	1.589.004	1.306.972	649.523	1.269.774	1.700.594	9.283.166
Št. točk glede na kriterij 11,033 točk/pregled	3.366.962	1.933.334	1.590.053	790.260	1.544.928	2.069.106	11.294.643

Interpretacija tabele 7.3:

- v kolikor bi upoštevali vrednost posameznega pregleda 9,068 točk, kar je povprečna vrednost pregleda v SB Nova Gorica, bi skupno število ambulantnih točk znašalo 9.283.166, kar pomeni za 2.207.857 točk manj kot znaša dejansko število točk, kar predstavlja npr. skupno vrednost ambulantah točk novogoriške in brežiške bolnišnice. Teoretično to pomeni, da bi vse ambulantne točke lahko dosegli le v štirih bolnišnicah. Razlika 2.207.857 ambulantnih točk pomeni 243.478, pregledov v kolikor upoštevamo vrednost pregleda v točkah vsake bolnišnice posebej.
- Pri upoštevanju kriterija povprečne vrednosti je skupna razlika manjša in znaša 196.380 ambulantnih točk, kar pomeni 17.799 pregledov.

Tabela 7.4 prikazuje razliko števila pregledov, ki bi jih prikazane bolnišnice morale opraviti ob upoštevanju obeh kriterijev, pri tem pa bi dosegli dejansko skupno število točk v ambulantno-specialistični dejavnosti.

Tabela 7.4: Število pregledov, ki bi jih zavodi morali dodatno opraviti glede na kriterija 9,068 in 11.033 točke na posamezni pregled

	SB Celje	SB Novo mesto	SB Nova Gorica	SB Brežice	SB Izola	SB Murska Sobota	Skupaj
Število dodatnih pregledov glede na kriterij 9,068 točke na pregled	+ 108.681,5	+ 44.202,4	0	+ 17.445,8	+ 32.777,2	+ 40.370,9	+ 243.478
Delež v % glede na opravljene preglede	+ 35,61%	+ 25,22%	0	+ 24,35%	+ 23,40%	+ 21,52%	
Število dodatnih pregledov glede na kriterij 11.033 točk na pregled	+ 34.973,4	+ 5.120,7	- 25.657,7	+ 1.582,5	+ 2.000,2	- 220,2	+ 17.799
Delež v % glede na opravljene preglede	+ 11,46%	+ 0,25%	- 17,81	+ 2,2%	+ 1,42%	+ 0,15%	

Interpretacija tabele 7.4:

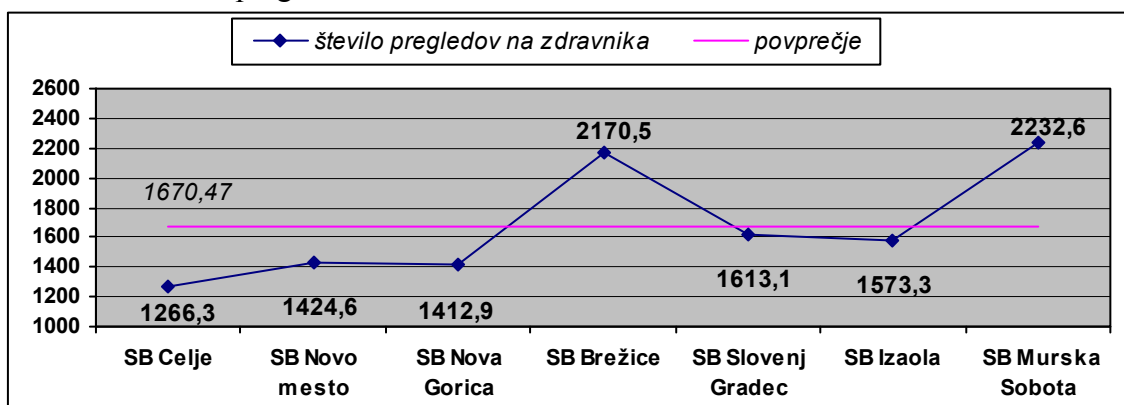
- v kolikor bi želeli v vseh šestih bolnišnicah zagotoviti povprečno vrednost pregleda 11.033 točk/pregled, bi morali povečati število pregledov za 17,799,
- bolj zaskrbljujoč je podatek, ki kaže preglede v odstotkih glede na posamezne izvajalce. Razlike so zelo velike (SB Celje naredi 11,46 % pregledov premalo, medtem ko SB Nova Gorica opravi 17,81 % pregledov preveč glede na isti kriterij vrednotenja pregledov), kar kaže na sistemske napake pri vrednotenju oz. točkovanju pregledov pri posameznih izvajalcih ali pa je vzrok v različni stopnji učinkovitosti posameznega zavoda, ki je posledica organizacije dela in delovnih procesov. Opisane razlike nikakor ne moremo pripisati obolevnosti in poškodbam oz. epidemiološki sliki. Za natančnejše rezultate bi bilo smiselno opraviti strukturno analizo specialistično-ambulantne dejavnosti glede na posameznega izvajalca tovrstnih storitev.

7.2.1 Učinkovitost nosilcev ambulantno-specialistične dejavnosti

Analiza naj bi pokazala ekonomičnost porabe sredstev (oz. ambulantnih točk) in učinkovitost in produktivnost dela nosilca ambulantne dejavnosti, to je zdravnika. Ekonomičnost porabe bo prikazana kot količina sredstev oz. ambulantnih točk na posamezni pregled in na zdravnika. Produktivnost pa bo prikazana v razmerju števila ambulantnih obiskov in števila zdravnikov. Vse rezultate pa bom primerjal med analiziranimi zavodi.

Slabost te analize se kaže v pomanjkanju podatkov, predvsem o številu zdravnikov. Zdravstveni zavodi pri svojih analizah večinoma navajajo število zdravnikov oz. delavcev iz ur, ki se izračunajo na osnovi količnika letne vsote dejansko realiziranih in izplačanih ur za vse oblike dela (redno delo, dežurstva ter vsa nadomestila za odsotnost razen refundiranih nadomestil) in letnega fonda ur iz delovnega koledarja (npr. 2080 na leto za enega delavca). Vendar v poslovnih poročilih ni moč zaslediti ali pa na osnovi podanih podatkov izračunati omenjenega kriterija. Zato sem za ta kriterij upošteval število zaposlenih zdravnikov v posameznem zavodu, kar pa zopet ni ravno eksakten kriterij. Tako na primer v SB Brežice poleg 33 redno zaposlenih zaposlujejo še 24 honorarno zaposlenih zdravnikov (Poročilo o poslovanju Splošne bolnišnice Brežice v letu 2007). Za ostale bolnišnice pa tega podatka ni moč zaslediti. Zato sem kot kriterij »število zdravnikov« upošteval le redno zaposlene zdravnike. Graf 7.10 prikazuje število pregledov na posameznega zdravnika v analiziranih bolnišnicah.

Graf 7.10: Število pregledov na zdravnika v letu 2007



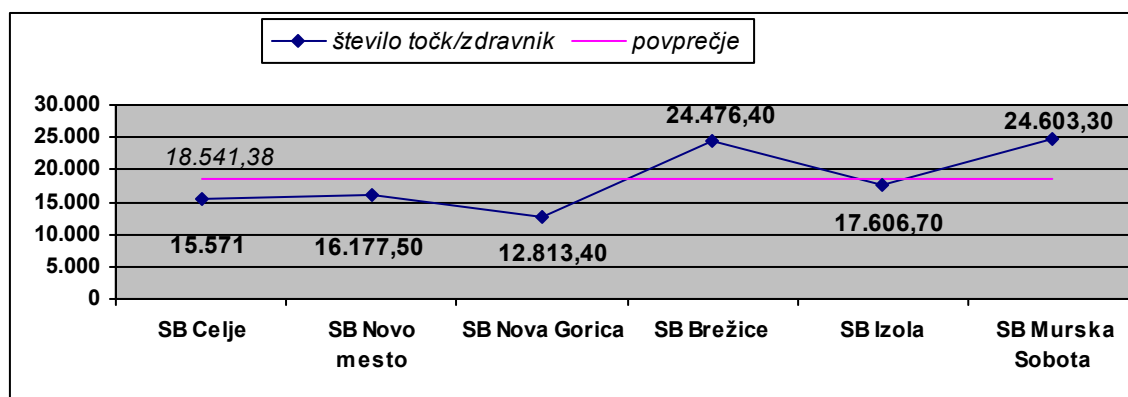
Iz grafa 7.10 je razvidno, da je produktivnost zdravnikov v posameznih zavodih različna. Tako je razlika med najmanjšo produktivnostjo v SB Celje in največjo produktivnostjo v SB Murska Sobota 43,29 %. To pomeni, da zdravnik v SB Murska Sobota opravi 43,29 % več pregledov kot njegov kolega v SB Celje, pri tem pa je vrednost njegovega dela, izražena v točkah, le 36,72 % višja kot v celjski bolnišnici. Slednje potrjuje tudi tabela 7.2, kjer je vrednost posameznega pregleda v murskosoboški bolnici nižja za 10,41 % v primerjavi s celjsko bolnišnico.

Graf 7.10 prikazuje tudi povprečno vrednost števila pregledov na zdravnika. Ugotovimo lahko, da zdravniki v petih prikazanih bolnišnicah zaostajajo po številu pregledov od povprečja. Najbolj zaostajajo zdravniki v celjski bolnišnici, in sicer za 24,19 %, najmanj

pa njihovi kolegi v slovenjgraški bolnišnici in sicer za 3,44 %. V brežiški in murskosoboški bolnišnici pa zdravniki opravijo za 29,93 % oz. 33,65 % več pregledov od povprečja.

Poleg števila pregledov je pomembno tudi doseženo število ambulantnih točk, ki predstavljajo merilo za plačilo ambulantnih storitev. Na grafu 7.11 je prikazano celokupno števila ambulantnih točk na zdravnika in povprečna vrednost za leto 2007. Zgolj informativno naj omenim, da ZZZS določa število ambulantnih točk, ki znašajo za zdravnika v internistični urgentni ambulanti 18.544 točk na leto in v kirurški urgentni ambulanti 30.092 točk (Občasnik št. 3/1, 2009: 64).

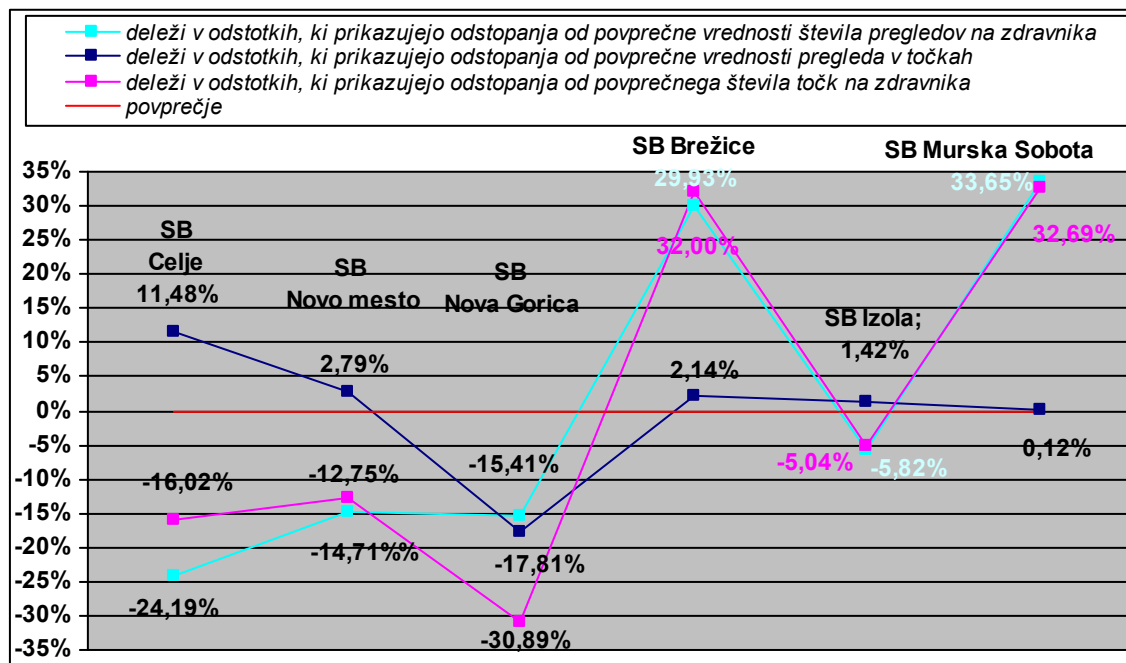
Graf 7.11: Število točk na zdravnika v letu 2007



Graf 7.11 nam pokaže podobno sliko kakor graf 7.10. Zopet so iste štiri bolnišnice pod povprečjem, dve pa presegata povprečno vrednost. Za SB Slovenj Gradec žal nisem pridobil ustreznih podatkov za analizo. Kaj natančno lahko zaključimo iz grafa 7.11 bom prestavil v nadaljevanju, skupaj z grafoma 7.9 in 7.10.

V luči plačnika zdravstvenih storitev lahko učinkovito porabo sredstev kakor tudi optimalno izvajanje storitev definiramo kot obratno razmerje med številom opravljenih pregledov in doseženim številom točk. To pomeni, da je učinkovitost porabe kot optimizacija procesa visoka, če izvajalec opravi veliko število storitev za (relativno) nizko ceno pri enaki stopnji kakovosti. Na grafu 7.12 so prikazana razmerja v odstotkih med vrednostjo pregleda, številom doseženih točk in številom pregledov na zdravnika v posameznem zavodu glede na povprečne vrednosti prikazanih količin.

Graf 7.12: Produktivnost in učinkovitost specialistično-ambulantne dejavnosti v splošnih bolnišnicah v letu 2007



Iz grafa 7.12 je razvidno, da zdravniki v celjski bolnišnici naredijo 24,19 % pregledov manj od povprečja, kljub temu pa njihovo doseženo število točk zaostaja za povprečjem le za 16,02 %. Prikazano diferenco v največji meri omogoča 11,48 % dražji pregled v primerjavi s povprečjem. Ravno obratno situacijo lahko zasledimo pri SB Nova Gorica. Zdravniki v tej bolnišnici zaostajajo v povprečno doseženem številu ambulantnih točk za 30,89 %, medtem ko po številu pregledov zaostajajo le za 15,41 %. Vrednost njihovega pregleda pa je najnižja od vseh prikazanih bolnišnic. Nadpovprečno število pregledov opravijo zdravniki v murskosoboški in brežiški bolnišnici. Skoraj v enakem odstotku sledijo tudi doseženemu številu ambulantnih točk, kar pomeni, da bolnišnici dosegata povprečne vrednosti pregledov, izraženih v točkah.

Iz podatkov, prikazanih v tabeli 7.4 lahko izračunamo, da bi npr. celjska bolnišnica zaostala za povprečnim številom pregledov le za 15,55 %, če bi nadpovprečno vrednost pregleda »prelila« v število pregledov. To pa bi pomenilo ravnovesje med številom opravljenih pregledov in doseženim in doseženimi ambulantnimi točkami, kar je vsekakor pomembno za plačnika storitev. V kolikor pa bi celjska bolnišnica dosegla povprečno število pregledov, bi morala opraviti še 73.821 pregledov na leto. Za primerjavo naj povem, da brežiška bolnišnica opravi letno 71.627 pregledov (tabela 7.1).

Veliko bolj kot sam prikaz učinkovitosti posameznih zavodov so pomembne razlike med njimi. Skorajda pri vseh prikazanih grafih v tem poglavju lahko opazimo, da se prikazane vrednosti močno razlikujejo med zavodi, česar ne moremo pripisati zunanjim dejavnikom, ampak moramo vzroke poiskati znotraj sistema oz. posameznega zavoda, posebno še, če vemo, da so pogoji poslovanja med zavodi medsebojno primerljivi.

7.3 Analiza akutne bolnišnične dejavnosti

Akutna bolnišnična dejavnost predstavlja Zavodu 71,71 % vseh prihodkov. Podoben delež lahko zasledimo tudi pri ostalih splošnih bolnišnicah. Kljub temu, da metodologija obračunavanja akutne bolnišnične obravnave določa enako vrednotenje SPP za vse izvajalce, se med njimi pojavljajo razlike, ki se kažejo v bolj ali manj uspešnem poslovanju posameznega zavoda. Na poslovanje izvajalcev akutne bolnišnične dejavnosti vplivata dva dejavnika. To sta:

- poslovno razmerje med izvajalcem in plačnikom akutne bolnišnične dejavnosti, katerega ureja Področni dogovor za bolnišnice (v nadaljevanju Dogovor) in
- učinkovitost poslovanja izvajalca.

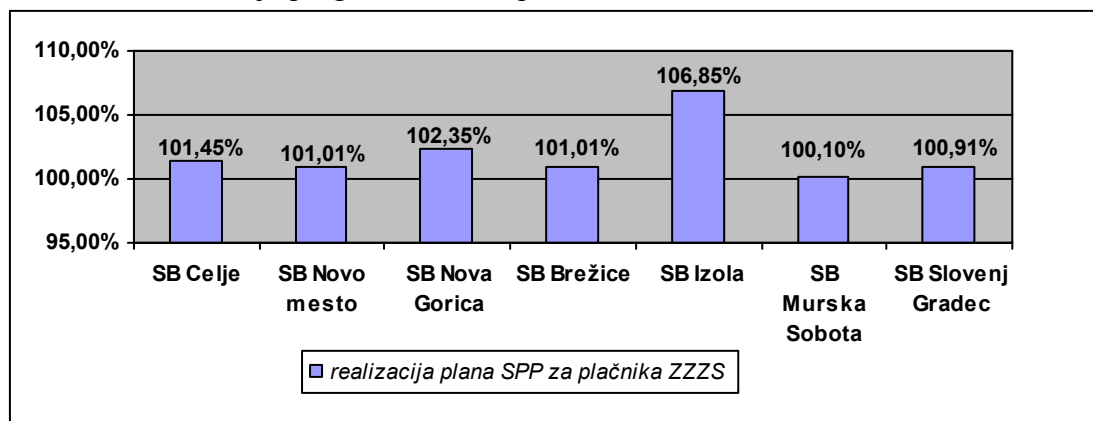
V poslovnih poročilih izvajalcev zasledimo, da za neuspešno poslovanje krivijo odstopanja od dogovorjenega programa in ostalih kriterijev določenih v Dogovoru. Medtem ko analize učinkovitosti poslovanja akutne bolnišnične dejavnosti v letnih poročilih ne zasledimo, razen nekaj prikazov primerjav med splošnimi bolnišnicami glede doseganja povprečne SPP uteži. Za ugotavljanje realizacije in določanje plačila pogodbeno dogovorjenega programa posameznega izvajalca se uporabljajo merila, ki so določena v Dogovoru. Ta merila so:

- število primerov,
- število obteženih primerov (vsota uteži SPP),
- število prospektivnih primerov (kateri so določeni v Dogovoru),
- število prospektivnih obteženih primerov (vsota uteži prospektivnih primerov).

Opisana merila so podlaga za metodologijo, s katero se določi delež med priznanim in planiranim številom obteženih primerov, ki predstavlja kriterij za določitev sredstev za akutno bolnišnično dejavnost posameznega izvajalca, kakor tudi za ugotavljanje realizacije pogodbeno dogovorjenega programa. V kolikor povzamemo metodologijo (Področni

dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2008: Priloga II), lahko rečemo, da sugerira izvajalcem natančno realizacijo pogodbeno dogovorjenega programa. Vsako odstopanje v smislu nedoseganja ali preseganja programa gre na škodo izvajalca. Na grafu 7.13 je prikazana realizacija pogodbeno dogovorjenega programa za akutno bolnišnično dejavnost v posameznih splošnih bolnišnicah.

Graf 7.13: Realizacija programa SPP za plačnika ZZS v letu 2007



Vir: Poslovna poročila zavodov⁵⁵

Iz grafa 7.13 je razvidno, da zavodi v povprečju presegajo število SPP za 2.094 %. To pomeni, da zavodi zelo natančno izvajajo Dogovor, saj v praksi absolutne dogovorjene realizacije ni moč doseči.

Drugi pomemben kriterij za plačilo akutne bolnišnične dejavnosti predstavlja število obteženih primerov, ki ga izračunamo na podlagi produkta števila SPP in povprečne uteži izvajalca, ki je opredeljena v pogodbi za preteklo leto. To pomeni, da ima vsaka splošna bolnišnica lahko drugačno vrednost povprečne uteži. Tako lahko neka splošna bolnišnica doseže večje število obteženih primerov za enako število SPP, kar je lahko nepravilno do določenih izvajalcev. Čeprav se na prvi pogled zdi povsem logično, da izvajalec, ki izvaja dražje SPP-je dobi večje plačilo, vendar je problem v tem, da pri plačilu ni povezave s realiziranim SPP-jem in njegovo pripadajočo utežjo, kar je eden od osnovnih namenov modela SPP. Tako se je po določitih 3. točke Priloge II k Dogovoru za leto 2007 skupni plan obteženih primerov za pogodbo izračunal iz števila primerov, pomnoženega s

⁵⁵ Letno poročilo 2007 (SB Novo mesto 2008), Letno poročilo 2007 (SB Celje 2008), Letno poročilo 2007 (SB Murska Sobota 2008), Poročilo o poslovanju Splošne bolnišnice Brežice v letu 2007 (2008), Letno poročilo 2007 (SB Izola 2008), Letno poročilo Splošne bolnišnice »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica za leto 2007 (Nova Gorica 2008) in Letno poročilo 2007 (Slovenj Gradec 2008).

povprečno planirano utežjo (npr iz pogodbe za leto 2006). Izvajalec se lahko znajde v položaju, ko v pogodbenemu letu opravi večje število zahtevnejših (dražjih) SPP, pri tem pa se pri planu števila obteženih primerov upošteva (pogodbena) utež iz pretekle pogodbe. Tako preostane izvajalcu le arbitražni postopek.

7.3.1 Primerjalna analiza učinkovitosti poslovanja akutne bolnišnične dejavnosti med splošnimi bolnišnicami

Podatki, ki so namenjeni analizi učinkovitosti poslovanja posameznih izvajalcev, so pridobljeni na podlagi objavljenih poslovnih poročil. V prvem delu bom analiziral obremenjenost in stroškovno učinkovitost nosilcev dejavnosti – zdravnikov. V drugem delu pa bom poskušal prikazati analizo učinkovitosti samega procesa skupaj s kapacitetami akutne bolnišnične dejavnosti.

7.3.1.1 Produktivnost in učinkovitost nosilcev dejavnosti

V mnogih medijih se srečujemo z navedbami o neenakomerni obremenjenosti kakor tudi učinkovitosti zdravnikov in ostalih zdravstvenih delavcev v javnem zdravstvu. Nizka stopnja učinkovitosti vodi k neracionalnemu poslovanju oziroma neracionalni porabi resursov. Zato bom poskušal s pomočjo primerjalne analize potrditi ali ovreči hipotezo, da so med splošnimi bolnišnicami razlike v obremenjenosti in učinkovitosti zdravnikov in ostalih zdravstvenih delavcev iz naslova akutne bolnišnične dejavnosti. Pomembna so predvsem tista odstopanja, katera ne moremo pripisati vplivom okolja, kot so obolevnost ali posledica zapletov zdravljenja, ampak so posledica organizacijsko-finančnih anomalij. V tabeli 7.6 so predstavljeni podatki, ki bodo uporabljeni pri analizi.

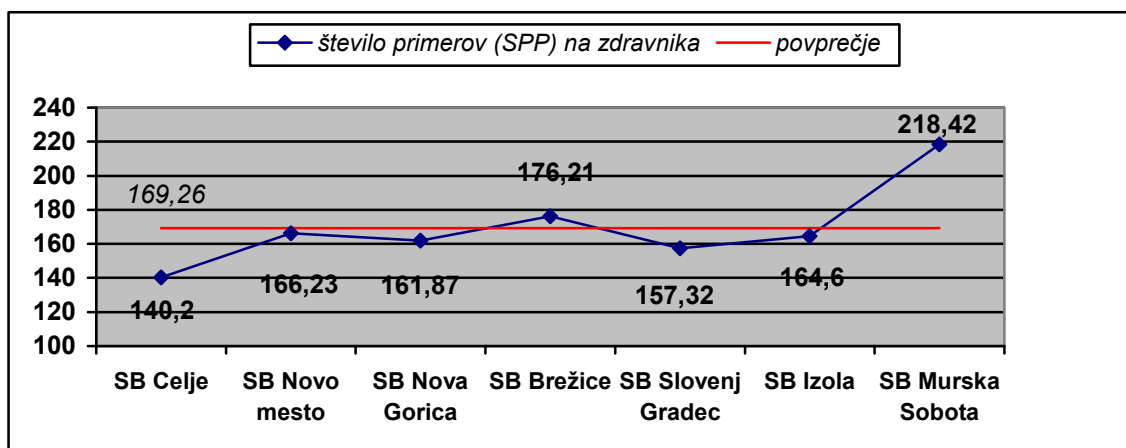
Tabela 7.5: Vhodni podatki za analizo

	SB Celje	SB Novo mesto	SB Nova Gorica	SB Brežice	SB Slovenj Gradec	SB Izola	SB Murska Sobota
Število SPP	33.789	20.447	16.511	5.815	14.317	14.649	18.348
Število obteženih primerov	43.768,64	25.401,55	20.074	6.496	17.691,54	17.000,96	22.515,38
Povprečno št. uteži na primer	1,295	1,242	1,22	1,12	1,23	1.160	1,227
Vrednost v EUR	46.692.832	24.776.656	19.881.353	6.697.550	/	/	/
Število BOD	168.945	112.873	87.343	32.215	72.300,85	69.875,73	98.319
Povprečna vrednost BOD/primer	5,0	5,52	5,29	5,54	5,05	4,77	5,39
Število zdravnikov	241	123	102	33 (24) ⁴⁸	91	89	84

Vir: Poslovna poročila zavodov⁵⁶

Na podlagi podatkov iz tabele 7.6 lahko najprej določimo obremenjenost zdravnikov glede na število primerov. Rezultati obremenjenosti zdravnikov po posameznih zavodih so prikazani na grafu 7.14.

Graf 7.14: Število SPP na zdravnika v letu 2007



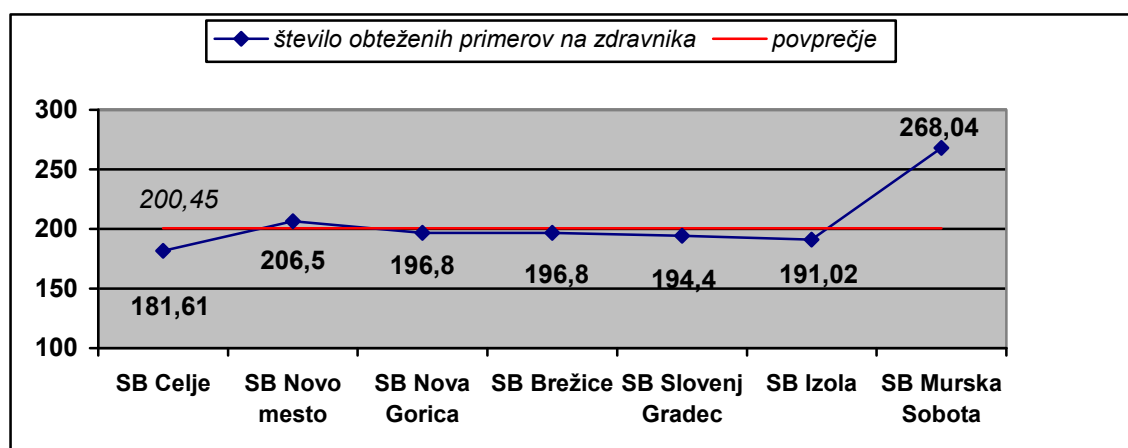
Iz grafa 7.14 je razvidno, da od povprečja najbolj odstopata celjska in murskosoboška bolnišnica. Enako podobo smo zasledili tudi pri specialistično-ambulantni dejavnosti, ki smo jo obravnavali v prejšnjem poglavju. V kolikor primerjamo obe bolnišnici med sabo,

⁵⁶ Letno poročilo 2007 (SB Novo mesto 2008), Letno poročilo 2007 (SB Celje 2008), Letno poročilo 2007 (SB Murska Sobota 2008), Poročilo o poslovanju Splošne bolnišnice Brežice v letu 2007 (2008), Letno poročilo 2007 (SB Izola 2008), Letno poročilo Splošne bolnišnice »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica za leto 2007 (Nova Gorica 2008) in Letno poročilo 2007 (Slovenj Gradec 2008).

lahko ugotovimo da največ SPP v časovnem obdobju enega leta obravnava zdravnik v Splošni bolnišnici Murska Sobota, najmanj pa zdravnik v celjski bolnišnici. Razlika med njima je 78,2 primera oziroma zdravnik v SB Murska Sobota opravi 55,8 % več SPP-jev kot zdravnik iz celjske bolnišnice. Pri tem pa je potrebno poudariti, da povprečno število uteži na primer (na SPP) v SB Celje presega za 5,5 % (tabela 7.5) v primerjavi s SB Murska Sobota, kar pomeni, da so v celjski bolnišnici obravnavali nekoliko zahtevnejše in tako posledično tudi dražje primere oz. SPP-je. Povprečna vrednost SPP-ja v celjski bolnišnici znaša 1.530,41⁵⁷ EUR, medtem ko je v SB Murska Sobota povprečna vrednost SPP-ja 1.450,05 EUR.

Graf 7.15 prikazuje doseženo število obteženih primerov (uteži) na zdravnika v predstavljениh bolnišnicah.

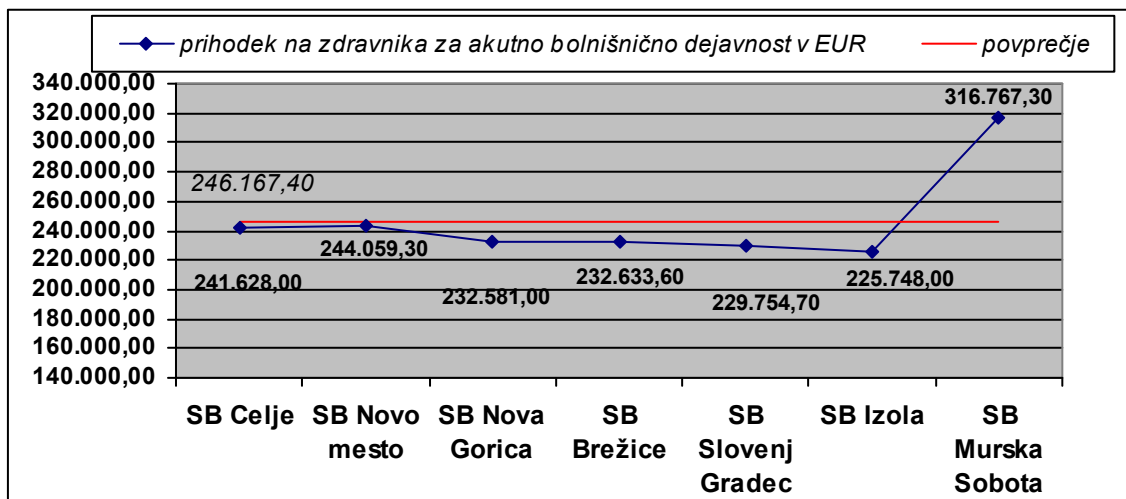
Graf 7.15: Število obteženih primerov na zdravnika v letu 2007



Iz predstavljenih podatkov ni težko izračunati finančni učinek, ki izhaja iz opravljenega dela posameznega zdravnika, merjenega v številu SPP v enem letu. Slednje lahko vidimo na grafu 7.15, pri tem pa je potrebno podariti, da je zaradi pomanjkanja podatkov, povprečna vrednost SPP-ja izračunana na podlagi vrednosti »enke« na dan 18. 7. 2008, ki je znašala 1.181,79 EUR in je bila tudi osnova za rezultate, prikazane na grafu 7.15. Graf 7.15 je pomemben predvsem za prikaz razmerij prihodkov na zdravnika in ne nominalnih zneskov, saj ne glede na vrednost »enke,« razmerja ostanejo enaka.

⁵⁷ Vrednost »enke« oz. ene uteži SPP-ja je znašala na dan 18. 7. 2008 1.181,79 EUR.

Graf 7.16. Prihodek na zdravnika za akutno bolnišnično dejavnost v letu 2007



V kolikor v interpretaciji grafa 7.16 zopet primerjamo SB Celje in SB Murska Sobota, ki izkazujeta najnižjo in najvišjo vrednost prihodkov na zdravnika v akutni bolnišnični dejavnosti ugotovimo, da zdravnik v murskosoboški bolnišnici ustvari 32,26 % višji prihodek kakor njegov kolega v SB Celje, kljub temu da opravi za 55,8 % več dela (več SPP-jev). Neskladje med opravljenim delom in plačilom lahko najdemo v 5,5 % razliki povprečne vrednosti SPP-ja v primerjanih zavododih. Tako se samo po sebi postavlja vprašanje, kaj je rentabilnejše oz. donosnejše za zavod:

- obravnava težjih in s tem dražjih primerov ali
- obravnava večjega števila lažjih in s tem cenejših primerov v enakem časovnem obdobju.

Zgolj za ilustracijo bom analiziral dve skupini SPP-jev, ki so bili realizirani v Zavodu v letu 2006. Vsaka skupina SPP-jev ima isto glavno diagnostično skupino (MDC) in enako skupino glede na postopke zdravljenja. Razlika med njimi je samo v stopnji porabe virov. V tabeli 7.6 so predstavljeni podatki in podani prihodki posameznih SPP glede na težo posameznega primera.

Tabela 7.6: Primerjava prihodkov SPP glede na težo primera

	Št. obravnavanih primerov	Povprečna SPP utež	Povprečno trajanje AO	Časovno obdobje v dneh	Število primerov v 100 dneh	Prihodek za SPP v EUR
E62A Infekcije/vnetja dihal s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	47	2,62	12,72	100	7,86	24.336,83
E62B Infekcije/vnetja dihal z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	93	1,49	8,70	100	11,49	20.232,36
E62C Infekcije/vnetja dihal brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	45	0,84	6,13	100	16,31	16.190,9
H04A Holecistektomija brez zaprtega CDE s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	12	2,90	12,75	100	7,84	26.869,1
H04B Holecistektomija brez zaprtega CDE brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	93	1,29	4,44	100	22,52	34.331,9

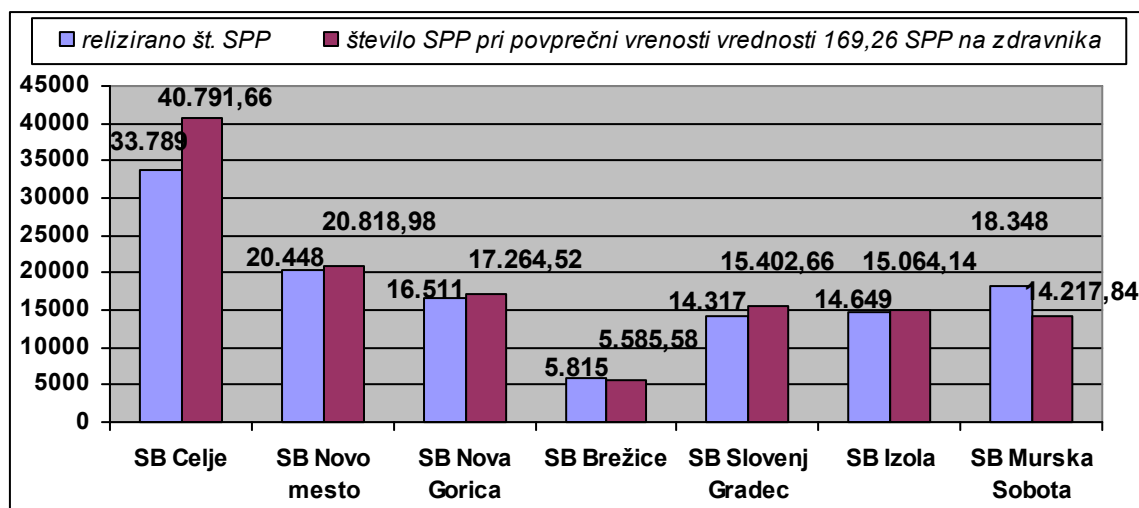
Vir: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1223>

V prvi skupini primerov vidimo, da je v določenem časovnem obdobju donosnejša obravnava najtežjega primera, ki zahteva tudi največjo porabo resursov. Medtem ko v drugi skupini SPP, ki zahtevajo kirurško zdravljenje vidimo, da je donosneje opraviti več enostavnih operacij žolčnih kamnov (zdravljenje brez zapletov) kakor pa manjše število dražjih istovrstnih operacije z zapleti pri zdravljenju. Ključni kriterij za določanje

rentabilnosti primerov je trajanje hospitalizacije akutne bolnišnične obravnave. Iz tabele 7.7 je razvidno, da je razlika glede omenjenega kriterija med prvima dvema SPP prve skupine 31,61 %, v drugi skupini pa 65,18 %. V kolikor bi želeli, da ima primer E62B enako finančno učinkovitost kot primer E62A, bi morali v stotih dneh obravnavati 13,82 % pacientov, kar pomeni, da bi bila povprečna ležalna doba 7,23 dneva, kar v praksi pomeni za dan krajša od obstoječe ležalne dobe. Zaradi premajhnega vzorca SPP ne moremo iz prikazanega določiti pravila glede donosnosti. Lahko pa zaključimo, da je donosnost SPP glede na njihovo težo odvisna od posamezne skupine, predvsem pa od variabilnih kriterijev, ki vplivajo na rentabilnost oz. donosnost SPP v določenem časovnem obdobju. Vsekakor pa lahko na podlagi podatkov, prikazanih v tabeli 7.7, donosnost oz. rentabilnost akutne bolnišnične dejavnosti natančno določimo.

S pomočjo podatkov iz tabele 7.5 in rezultatov grafa 7.14 lahko izračunamo, koliko SPP bi posamezni zavod moral obravnavati, v kolikor upoštevamo povprečno vrednost 169,26 SPP na zdravnika za leto 2007. Na grafu 7.15 je prikazano dejansko število obravnavanih SPP v primerjavi s številom, pri katerem je upoštevana povprečna vrednost.

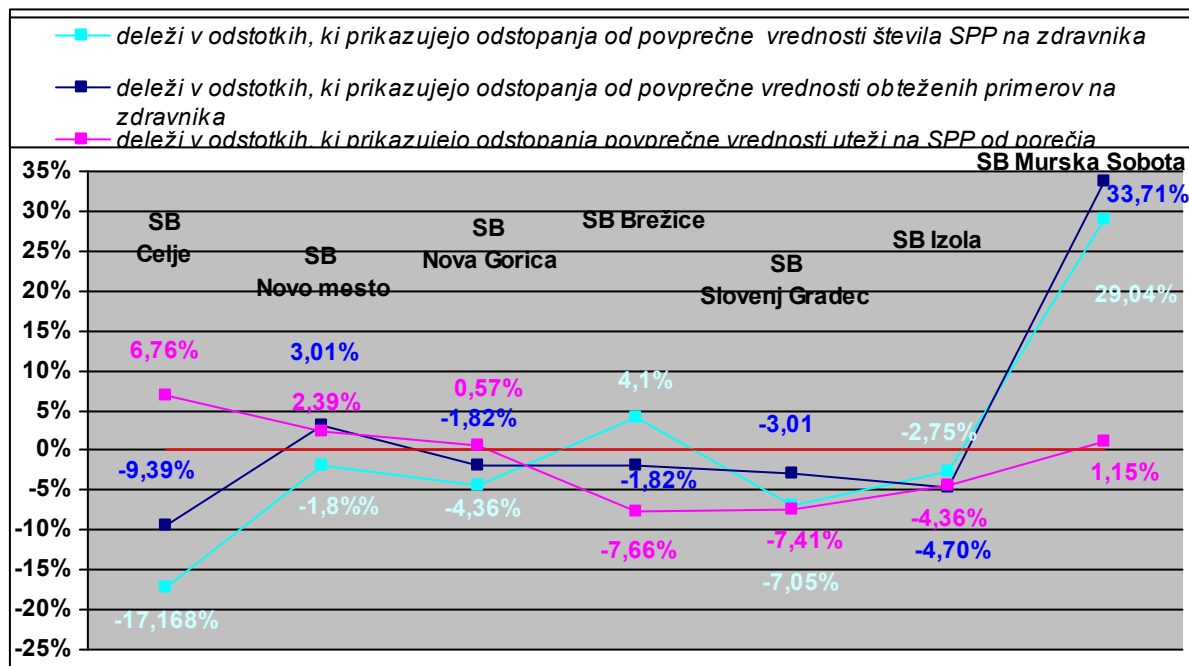
Graf 7.17: Primerjava med dejanskim in številom SPP pri povprečni vrednosti 169,26 SPP na zdravnika



Iz grafa 7.16 je razvidno, da vsota SPP, pri katerih upoštevamo povprečno vrednost v vseh prikazanih bolnišnicah, znaša 129.145,38 primerov, kar je za 5.269 več, kot znaša skupno število realiziranih SPP v letu 2007. Zgolj za primerjavo: vsota realiziranih SPP v brežiški bolnišnici znaša 5.815 primerov (Graf 7.17).

S pomočjo primerjalne analize dejavnikov storilnosti in učinkovitosti, ki so predstavljeni na grafu 7.18, lahko ugotovimo storilnost in učinkovitost poslovanja akutne bolnišnične dejavnosti v predstavljenih bolnišnicah.

Graf 7.18: Produktivnost in učinkovitost akutne bolnišnične dejavnosti v bolnišnicah v letu 2007



Najnižjo storilnost, prikazano na grafu 7.18, ugotovimo pri celjski bolnišnici, v kateri zdravnik obravnava 17 % manj SPP-jev od povprečja, pri tem pa doseže povprečno le 9 % manj obteženih primerov (uteži), kar lahko pomeni, da obravnavajo nekoliko zahtevnejše primere (SPP) od ostalih bolnišnic ali pa, da je vzrok nizke storilnosti visoka cena primera. V kolikor bi povečali storilnost pri enaki ceni SPP, bi prekoračili vrednost dogovorjenega akutnega programa. Nastali presežek pa bi verjetno bremenil izvajalca storitev.

Naslednje največje odstopanje od povprečja pa lahko predstavlja murskosoboška bolnišnica. Zdravniki v tej bolnišnici obravnavajo 29 % več SPP od povprečja. V primerjavi s celjsko bolnišnico pa kar 46,2 %. Vzrok za prikazano deviacijo je verjetno v deficitarnosti zdravniškega kadra, kar pa za ostale bolnišnice ne moremo trditi. Po zahtevnosti obravnavanih SPP-jev je murskosoboška bolnišnica na tretjem mestu. Pred njo sta le celjska in novomeška bolnišnica. Glede na prikazane podatke lahko tudi sklepamo, da murskosoboška bolnišnica izkazuje največji potencial incidentnosti v primerjavi z ostalimi prikazanimi bolnišnicami.

7.3.1.2 Učinkovitost poslovanja procesa akutne bolnišnične dejavnosti

Izvajalci akutne bolnišnične dejavnosti pri svojem poslovanju poskušajo zagotavljati ravnovesje med prihodki in odhodki. Zaradi obstoječega modela plačevanja nimajo velikega vpliva na prihodke oz. plačila akutne bolnišnične dejavnosti, ker so le-ti fiksno vezani na določen primer oz. SPP. Po drugi strani pa je s Področnim dogovorom omejena tudi količina obravnavanih SPP. Tako lahko izvajalci v večji meri vplivajo le na stroške, ki nastanejo pri izvajanju akutne bolnišnične dejavnosti, kar je tudi eden od osnovnih namenov obstoječega modela financiranja. Stroške pa lahko delimo glede nastanka v neposredne in posredne. Neposredni stroški izhajajo iz samega procesa zdravljenja in nastajajo zaradi porabe potrebnih resursov, ki so v zdravstveni ekonomiki definirani kot seštevek stroškov terapije in hotelskih stroškov (Pezdir, 2008: 95). Želimo ravnovesje med prihodki in odhodki se poruši, v kolikor se stroški obravnave bolnika povečajo zaradi neracionalni rabe resursov terapije ali (neupravičeno) presežene ležalne dobe. Pezdir (2008: 95-100) je svojem prispevku, z naslovom »Stroškovna analiza ležalnih dni na primeru štirih bolezenskih stanj,« izračunal stroške, presežene ležalne dobe v slovenskih bolnišnicah.⁵⁸ Za analizo je izbral štiri bolezenska stanja, in sicer: enostranske ali neopredeljene ingvinalne hernije, brez obstrukcije ali gangrene (MKB K409), akutni apendicitis brez zapletov (MKB K359), dupuytrenova kontraktura (MKB M720) in žolčni kamni brez holecistitisa (MKB K802). Osnova za izračun je bil povprečni strošek za en oskrbni dan (BOD), ki je bil izračunan glede na strošek povprečnega primera v slovenskih bolnišnicah.⁵⁹ Stroški, ki nastanejo zaradi neupravičeno predolge ležalne dobe, so bili predstavljeni kot zmnožek med nadpovprečno ležalno dobo za posamezen primer in povprečno vrednostjo BOD. Rezultat analize je pokazal, da skupna izguba predstavlja 29 % (4.051.123 EUR) vseh sredstev, namenjenih za oskrbovalne dni pri opazovanih štirih zdravstvenih stanjih. V kolikor je rezultat realen, lahko slovenskim bolnišnicam⁵⁴ očitamo neracionalnost in nizko stopnjo učinkovitosti zdravljenja vsaj pri izbranih bolezenskih stanjih.

⁵⁸ SB Nova Gorica, SB Brežice, SB Celje, SB Jesenice, UKC Ljubljana, SB Ptuj, KC Maribor, SB Murska Sobota, SB Trbovlje in SB Slovenj Gradec.

⁵⁴ Pezdir je uporabil za povprečno vrednost primera v slovenskih bolnišnicah vrednost 1185 EUR, pri povprečni uteži 1,29 in povprečni ležalni dobi šestih dni. Tako je znašal strošek za povprečni oskrbni dan 275 EUR.

Kljub temu da v sam pristop in metodologijo ne gre dvomiti, vzbujajo dvom izhodišča, ki jih je Pezdir uporabil pri analizi, katera pa vplivajo na relevantnost rezultata. Tako lahko v njegovi analizi sledimo dve nepravilnosti, ki močno vplivata na rezultat in nenazadnje tudi smiselnost analize. 1. Ležalna doba za posamezno bolezensko stanje je povzeta na podlagi diagnoze, ki je bila verjetno vzrok za hospitalizacijo. Vsekakor bi bilo realnejše in natančnejše, če bi trajanje hospitalizacije bilo povzeto po SPP, ki je tudi osnova za plačilo posameznega primera. Bolezensko stanje (glavna diagnoza), v nasprotju z metodologijo SPP, ne določa teže (zahtevnost) posameznega primera, od katerega je odvisna cena primera in trajanje hospitalizacije (poglavje 6.2.). Razliko med obema metodama bom predstavil na primeru bolezenskega stanja akutnega apendicitisa brez zapletov z oznako v MKB K359.

Na sliki 7.1 vidimo »prevedeno« bolezensko stanje K359, ki predstavlja glavno diagnozo v SPP skupini. Pri rubriki »procedure« je bilo dodano slikanje prsnih organov. V praksi to pomeni, da je bil bolnik sprejet v bolnišnico zaradi akutnega apendicitisa brez zapletov (K359) in nima nobenega dodatnega obolenja. Od postopkov pa je imel opravljeno samo rentgensko slikanje pljuč.

Slika 7.1: Določitev SPP skupine za glavno diagnozo K359

Evidenčni izračun SPP grupe

Pacientovi podatki:

MI:	Pacient:	ILOS:
Sprejem: 14.11.2008	Ura: 10:47	Spr.teža: 0
Odpust: 14.11.2008	Ura: 13:40	Ur.meh.v.: 0
Dat.roj:	Starost: 79	AgeD:
Bivanje: 0	Neak.obr.: 0	Leave:
		Enod.obr.:
		Nač.odp.: 09
		Spot: 2
		Enod.obr.:

Diagnoze:

Koda	Opis	DGX	GD8
K359	Akutni apendicitis, neopredeljen	K359	102

Procedure:

Koda	Opis	GSRG
58500-00	Rentgenogram prsnih organov	000

Rezultati grupiranja:

MDC:	06	Bolezni in okvare prebavil
Grupa:	G70B	Ostale diagnoze prebavnega sistema brez spremljajočih bolezenskih stanj
Status:	00	Normalno razvrščanje
Utež:	0,39	

Ver: PCCL: 0

Vir: Simulacija SPP grupe s pomočjo SPP razvrščevalnika

SPP razvrščevalnik je na podlagi podatkov procedure in glavne diagnoze določil SPP skupino G70B (ostale diagnoze prebavnega sistema brez spremljajočih bolezenskih stanj). Iz slike 7.1 vidimo, da utež za SPP skupino G70B znaša 0,39. V kolikor upoštevamo podatke, ki jih je v svoji analizi uporabljal Pezdir, lahko izračunamo, da izvajalec dobi za primer G70B plačilo v višini 358,254 EUR. V kolikor bi izračunano vsoto razdelili na povprečno število oskrbnih dni (tabela 7.7), bi vrednost oskrbnega dne bila 133,67 EUR in ne 275 EUR. Prav tako lahko zasledimo odstopanja v ležalnih dobah za bolezensko stanje K359 in SPP skupino G70B, katere so predstavljene v tabeli 7.7.

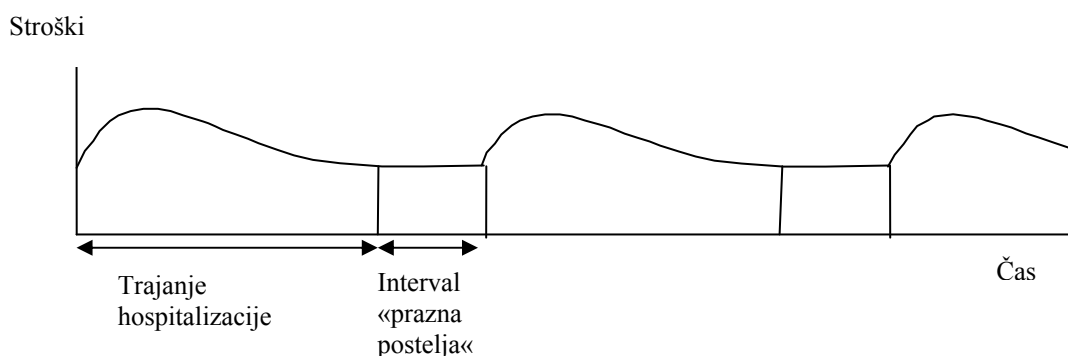
Tabela 7.7: Primerjava ležalne dobe med bolezenskim stanjem K359 in SPP skupino G70B

	Ležalna doba za K359	Ležalna doba za G70B
SB Nova Gorica	4,74	2,39
SB Brežice	6,61	2,77
SB Novo mesto	6,13	2,05
SB Celje	4,15	2,84
SB Izola	4,75	3,12
SB Jesenice	3,29	1,64
UKC Ljubljana	3,61	3
SB Ptuj	6,54	4,29
UKC Maribor	6,19	2,80
SB Murska Sobota	5,06	3,51
SB Trbovlje	5,44	1,98
SB Slovenj Gradec	6,24	2,83
Povprečje	6,17	2,68

Vir: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1223> in Pezdir (2008: 99)

2. Zaradi neenakomernega gibanja stroškov zdravljenje skozi hospitalizacijo je skorajda nemogoče določiti vrednost posameznega oskrbnega dne. V kolikor natančneje analiziramo proces akutne bolnišnične dejavnosti, ugotovimo, da gre za niz ciklično ponavljajočih dogodkov, ki so prikazani na sliki 7.2.

Slika 7.2. Stroškovni profil z dinamiko akutne bolnišnične dejavnosti



Vir: Prirejeno po Reinhold Gruen, Anne Howart (2005: 44)

Krivulja stroškov je značilna predvsem za kirurško akutno bolnišnično obravnavo. Ob sprejemu bolnika stroški zaradi preiskav in priprave na poseg strmo naraščajo. Vrhunec dosežejo v času operativnega posega, nakar nekoliko počasneje padajo, saj bolnik po uspešno opravljenem posegu potrebuje postopoma manj terapije in nege. Stroški presežene ležalne dobe so najnižji v celotnem procesu zdravljenja. Krivulja na sliki 7.2 jih ponazarja ob koncu hospitalizacije. Zato je povprečna vrednost BOD neprimerna za analizo presežene ležalne dobe. Potrebno je tudi poudariti, da stroški, ki nastanejo zaradi predolge ležalne dobe prizadenejo samo izvajalca storitev medtem ko na plačnika storitev, zaradi metodologije SPP, nimajo vpliva.

Iz slike 7.2 je tudi razvidno, da so stroški v času intervala »prazne postelje« še vedno prisotni. Zato je v interesu vsakega izvajalca, da je interval »prazne postelje« čim krajši, kar pomeni možnost večjega števila obravnavanih primerov in s tem neposredno povečevanje kapacitet bolnišnic. Vendar pa slednje ni glavni vzrok za naraščanje zmogljivosti slovenskih bolnišnic. V akutni bolnišnični dejavnosti smo priča nekakšni »prikriti« rasti kapacitet, brez povečevanja posteljnih zmogljivosti. Vzrok za opisan pojav je skrajševanje ležalne dobe. Vendar pa kapacitete slovenskih bolnišnic zaradi pogodbenega omejevanja primerov, niso optimalno izkoriščene. Na podlagi podatkov in procesa, ki ga ponazarja slika 7.2, bom skušal določiti optimalne posteljne kapacitete in njihovo izkoriščenost v nekaterih slovenskih bolnišnicah in jih nato primerjati z realnim stanjem.

Tabela 7.8: Vhodni podatki za izračun optimalnih posteljnih zmogljivosti v zavodih

	SB Celje	SB Murska Sobota	SB Brežice	SB Novo mesto	Skupaj
Število postelj za ZZZS	743	434	127	343	1.647
Število SPP	33.789	18.348	5.815	20.448	78.400
Povprečna ležalna doba	5	5,39	5,54	5,52	

Na podlagi podatkov iz tabele 7.8 bom določil šest kriterijev, ki so predstavljeni v tabeli 7.9, in sicer za vsako bolnišnico posebej. Primer izračuna za SB Brežice:

1. Maksimalno možna zasedenost postelj, izražena v dnevih: $52 \text{ (tednov)} * 7 \text{ (dni)} * 127 \text{ (št. postelj)} = 46.228 \text{ dni}$.
2. Dejanska zasedenost postelj, izražena v dnevih: $5.815 * 5,54 = 32.251,1 \text{ dni}$.
3. Izračun intervala »prazna postelja«: $46.228 - 32.251 = 13.977 \text{ dni}$; $13.977 : 5.815 = 2,40 \text{ dni}$.
4. Skupno število dni nezasedenih postelj: $2,40 * 5.815 = 13.956 \text{ (dni)}$.
5. Potrebne posteljne kapacitete za dejansko število primerov, če bi interval »prazna postelja« znašal en dan: $32.251 + 5.815 = 36.066$; $(36.066 : 52) : 7 = 104,57 \text{ (postelj)}$.
6. Število primerov, ki bi jih lahko opravili, če bi bil interval »prazna postelja« en dan: $5,54 + 1 = 6,54$; $46.228 : 6,54 = 7.068,5 \text{ SPP-jev oz. primerov}$.

Tabela 7.9: Prikaz rezultatov izračuna posteljnih kapacitet in kapacitet storitev

	SB Celje	SB Murska Sobota	SB Brežice	SB Novo mesto	Skupaj
Maksimalno možna zasedenost v dnevih (interval »prazna postelja« = 0 dni)	270.452	157.976	46.228	124.852	
Dejanska zasedenost v dnevih	168.945	98.895,72	32.251,1	112.872,9	
Interval »prazna postelja« v dnevih	3,0	3,22	2,40	0,58	
Skupno število dni nezasedenih postelj	101.367	59.080,05	13.956	11.962	
Število potrebnih postelj za realizacijo dejanskega števila primerov pri enodnevnem intervalu »prazna postelja«	556,96	322,09	104,57	393,7	1.377,32
Možno število realiziranih primerov pri enodnevnem intervalu »prazna postelja«	45.075,33	24.722,3	7.068	19.149,07	96.014,77

Kot je razvidno iz tabele, so posteljne kapacitete najbolj racionalno izkoriščene v novomeški bolnišnici. Dejansko so v tej bolnišnici posteljne kapacitete premajhne glede na realizacijo programa SPP. V kolikor predpostavimo, da bi bil interval »prazna postelja« en dan, bi v predstavljenih bolnišnicah realizirali opravljeni program na 1.377,32 posteljah, kar pomeni za 269,67 postelj manj, kot pa je trenutna skupna posteljna kapaciteta v omenjenih bolnišnicah (za primerjavo: novomeška bolnišnica ima 343 postelj). Tudi pri številu primerov lahko ugotovimo, da bi pri enodnevnem intervalu »prazna postelja« omenjene bolnišnice obravnavale skupaj 17.614,77 primerov več od dejanskega števila. Glede na rezultate tabele 7.9 lahko zaključimo, da imajo prikazane bolnišnice predimenzionirane posteljne kapacitete v primerjavi z realiziranim programom SPP-jev, razen v primeru novomeške bolnišnice.

8 VERIFIKACIJA HIPOTEZ IN SKLEPNE MISLI

Model plačevanja akutne bolnišnične obravnave po metodologiji SPP dejansko vpliva na večjo racionalnost poslovanja. Trend skrajševanja ležalnih dob je najopaznejši indikator vpliva modela SPP. Izvajalci želijo opraviti storitev v najkrajšem možnem času in se tako izognejo stroškom zdravljenja, ki se s financiranjem po metodologiji SPP ne bi v celoti pokrili. Vpliv modela SPP na racionalizacijo opazimo tudi pri zmanjševanju števila bolnišničnih storitev v času hospitalizacije, kar je opazno predvsem pri bolnikih, ki so naročeni na določen poseg. Večino potrebnih storitev namreč opravijo v okviru specialistično-ambulantne dejavnosti. Tako lahko prvo hipotezo potrdim, saj model financiranja po SPP neposredno vpliva na skrajševanje ležalne dobe in zmanjševanje števila storitev. Oba dejavnika pa sta ključnega pomena za racionalizacijo poslovanja in s tem tudi zniževanje stroškov zdravljenja. Vendar so učinki vpliva metodologije SPP na racionalizacijo poslovanja vidni in tudi empirično dokazani predvsem na nivoju izvajalcev akutne bolnišnične dejavnosti. Večjega vpliva na zmanjševanje celokupnih stroškov zdravstvene blagajne pa SPP nimajo, ker se določeni stroški, ki bi nastali pri akutni obravnavi bolnika, prenesejo na ostale zdravstvene dejavnosti. Tako se zaradi skrajševanja ležalne dobe v bolnišnici stroški nadaljnje rehabilitacije prenesejo na primarni oziroma specialistično-ambulantni nivo ter neakutno bolnišnično dejavnost. V kolikor bi prvo hipotezo obravnavali v kontekstu celokupnega financiranja zdravstva, bi jo moral le delno potrditi.

Model financiranja po SPP zagotavlja načelo »denar sledi bolniku.« To pomeni, da je plačilo akutne bolnišnične oskrbe vezano na posameznega bolnika. Merilo za plačilo hospitalizacije je zdravstveno stanje bolnika in opravljene storitve, kar je seveda bolj transparentno in nenazadnje pravičnejše od predhodnih modelov plačevanja po BOD, storitvah ali primerih. Vendar pa se tudi pri modelu SPP pojavljajo določeni problemi, ki pa neposredno ne izhajajo iz samega modela, ampak iz regulative pogodbenega razmerja med plačnikom in izvajalcem storitev. Tako sta s pogodbo določena obseg in vrednost akutne bolnišnične dejavnosti. Vsako kvantitativno in strukturno odstopanje gre na škodo izvajalca storitev. Vsekakor pa metodologija SPP omogoča plačnikom lažje in predvsem natančnejše predvidevanje in nadzor nad izdatki za zdravljenje. Izvajalci pa imajo vpogled v obseg sredstev, s katerimi bodo lahko razpolagali. Zaključimo lahko, da gre izključno za

sistemske pomanjkljivosti, ki so vzrok za regulacijo akutne bolnišnične dejavnosti in ne pomanjkljivost modela SPP. Tako lahko drugo hipotezo potrdim.

Model SPP je omogočil enotno metodologijo beleženja podatkov akutne bolnišnične dejavnosti na območju celotne države. To pa omogoča številne analize dejavnikov, ki nastopajo v procesu zdravljenja in primerjavo rezultatov med posameznimi izvajalci. Tako sem za preverjanje tretje hipoteze preučil kapacitete bolnišnic in obremenjenost nosilcev dejavnosti. Rezultati analize so pokazali, da so kapacitete analiziranih bolnišnic predimenzionirane, kar pomeni, da omogočajo obravnavo večjega števila bolnikov, oziroma za dejansko število obravnavanih bolnikov bi zadoščale manjše kapacitete akutne bolnišnične dejavnosti. Obremenjenost nosilcev dejavnosti pa se zelo razlikuje glede na posamezen zavod. V kolikor bi za optimalno obremenjenost posameznega nosilca dejavnosti določili povprečno vrednost obremenitve analiziranih zavodov, ugotovimo, da bi se produktivnost dejansko morala povečati. To pomeni, da vzroka za dolge čakalne dobe ne moremo iskati v premajhnih zmogljivostih akutne bolnišnične dejavnosti ali preobremenjenosti nosilcev dejavnosti. Zato lahko tretjo hipotezo v celoti zavrnem.

Kot je bilo že omenjeno v prejšnjem odstavku, so kapacitete analiziranih bolnišnic prevelike glede števila obravnavanih primerov. V kolikor bi se trend skrajševanja ležalne dobe še nadaljeval, bi se lahko predimenzioniranost bolnišnic še povečala. Rezultati analize so pokazali, da gre pri analiziranih bolnišnicah za velik razkorak med potrebnimi in dejanskimi kapacitetami. V magistrskem delu je na sliki 7.2 prikazano, da so stroški kljub prazni postelji še vedno prisotni. Tako bi morali prilagoditi kapaciteto akutne bolnišnične dejavnosti potrebam, ki izhajajo iz nje. To pa pomeni le reorganizacijo mreže akutne bolnišnične dejavnosti v smislu njene centralizacije in se tako izogniti stroškom, ki nastajajo zaradi neustreznih kapacitet. Poleg reinženiringa mreža akutne bolnišnične dejavnosti moramo upoštevati tudi vpliv modela SPP na ostale zdravstvene nivoje in dejavnosti. V kolikor upoštevamo izkušnje zavarovalnice Medicare, ki uporablja model SPP (angl. DRG) največ časa, lahko pričakujemo povečanje potreb na primarnem zdravstvenem nivoju. Razloga sta dva:

- Hospitalizirajo se le bolniki s težjimi bolezenskimi stanji in poškodbami, ostali se zdravijo ambulantno v domači oskrbi, kar pomeni povečanje potreb v patronažni službi. Izkušnje zavarovalnice Medicare kažejo, da se je število zavarovancev, ki

koristijo domačo oskrbo povečalo za 44,1 %. Povprečno število obiskov na domu na posameznega bolnika na leto se je povečalo za 103 %. Stroški za nego na domu pa se povečujejo 20 do 25 % na leto. Število organizacij, ki se ukvarjajo z nego na domu pa se je povečalo za 60 %.

- Paradigma bolnišničnega zdravljenja se je z uvedbo modela SPP nekoliko spremenila. V kolikor slednjo trditev pojasnim na procesu hospitalizacije v katerega je vstopal bolnik, rezultat pa je bil ozdravljen uporabnik, kar pomeni, da je bil proces zdravljenja zaključen. Zaradi trenda skrajševanja ležalnih dob bolnišnica v procesu zdravljenja opravi le del storitev, del pa prenese na ostale izvajalce, ki zaključijo proces zdravljenja. Slovenske bolnišnice največ bolnikov po zaključenem akutnem bolnišničnem zdravljenju napotijo v domačo oskrbo ((cca 96%) http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1588-SPP_Letno_porocilo_2007_eBook.pdf)). To pa zopet pomeni povečanje potreb na primarnem zdravstvenem nivoju.

Izkušnje zavarovalnice Medicare kažejo, da potrebe rastejo tudi na področju negovalnih bolnišnic ne samo na primarnem nivoju. Stroški za nego na domu in za negovalne bolnišnice so naraščali hitreje kot stroški pri ostalih kategorijah zdravstvenega dejavnosti, ki jih financira zavarovalnica Medicare. Tako lahko zadnjo hipotezo potrdim.

Slovenski zdravstveni sistem potrebuje prilagoditev novonastalim razmeram v zdravstvu. Glede na obsežnost potrebnih prilagoditev tako na primarnem kakor tudi sekundarnem zdravstvenem nivoju, lahko govorimo o »mali reformi zdravstvenega sistema« katere glavni cilj je racionalizacija dejavnosti in prilagajanje novim zahtevam in potrebam bolnikov. Kreatorji zdravstvene politike se ukvarjajo predvsem z iskanjem novih virov financiranja zdravstva in načinov za razbremenitev zdravstvene blagajne. Tako so trendi zdravstvene politike usmerjeni v večjo participacijo uporabnikov zdravstvenih storitev, kar vzpodbuja komercializacijo zdravstva katere najslabša lastnost je rušenje enakosti zavarovancev pri dostopanju do zdravstvenih storitev.

Dejstvo je, da obstoječemu zdravstvenemu sistemu lahko očitamo neučinkovitost in neracionalno izrabo resursov. Rešitev dejanskega stanja ni v zagotavljanju novih virov financiranja, ampak v reformi zdravstvenega sistema, ki bi upoštevala novonastala

razmerja v zdravstvu. Šele naslednji korak bi lahko bil prilagajanje obstoječih ali iskanje novih virov financiranja, v kolikor bi to bilo sploh potrebno.

LITERATURA

Canadian Institute for Health Information. 2004. *Acute Care Grouping Methodologies: From Diagnosis Related Groups to Case Mix Groups Redevelopment*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Ceglar, Jakob. 2006. *Model plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav na podlagi primerljivih primerov*. Ljubljana: Im veritas d.o.o.

Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing. 2004. *Casemix Information System – Private Hospital Data Bureau Manual*. Canberra: Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing.

Coffy, M., Rosanna in Lous, Z., Daniel. 2001. Case mix in USA: Fifteen Years of DRG-Based Hospital Financing in United States. V *Case Mix: Global Views, Local Action*, ur. Roger, France, Francis, H., Metens, Ingrid. Closon Marie-Christine in Hofdijk, Jacob 159-175. Amsterdam: IOS Press.

Česen, Marjan. 1997. *Oblika plačevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Česen, Marjan. 2006. *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Daša, Moravec, Berger, ur. 1995. *Mednarodna klasifikacija bolezni - deseta revizija*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Gorjup, Viktorija v Rus, Veljko, ur. 1996. *Privatizacija šolstva zdravstva in kulture*. Ljubljana: FDV.

Gruen, Reinhold in Howart, Anne. 2005. *Financial Management in Health Services*. London: Open University Press.

Hindle, Don in Burchfield, Katherine. 2003. Uvajanje SPP-jev v Sloveniji: Zakaj je bila izbrana avstralska različica. *Bilten* 19 (3): 98-105.

Inštitut za ekonomske raziskave v zdravstvu d.o.o. 2007. *Zdravstvena ekonomika*. Ljubljana: Inštitut za ekonomske raziskave v zdravstvu d.o.o.

Jesenko, Jože. 2001. *Statistika v organizaciji in managementu*. Kranj: Moderna organizacija.

Keber, Dušan, ur. 2003. *Zdravstvena reforma*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije Ministrstvo za zdravje.

Kolking, Heintz. 2006. Flat rate payment system. *Hospital* 6: 1-3.

Mckee, Martin in Healy, Judith. 2002. *Hospitals in a changing Europe*. London: World Health Organization.

Mate, Tanja in Marušič Dorjan. 2004. Projekt razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva, opravljeno delo in izzivi prihodnosti. *Bilten* 20 (2-3): 38-41.

Mlakar, Tatjana. 2004. Kako izgraditi sistem notranjih kontrol? (Model, ki je primeren za zdravstvene zavode). *Bilten* 20 (2-3): 42-46.

Mrkaić Mičo. 2007. Dolgoročni problemi financiranja slovenskega zdravstvenega sistema. V *Zdravstvena ekonomika*, ur. Živkovič Aleš, Pezdir Rado, Mrkaić Mičo in Hočevar Franc, 90-107. Ljubljana: Inštitut za ekonomske raziskave v zdravstvu d.o.o. (Maj 2007 letnik 1 št. 1.)

Office of Technology Assessment. 1983. *Diagnosis Related Groups (DRG) and the Medicare Program: Implication for Medical Tehnology*. Washington D.C. Office of Technology Assessment.

Pezdir, Rado. 2008. Stroškovna ocena nekaterih zdravstvenih storitev in njihov vpliv na alokacijo sredstev za javno zdravstvo. V *Zdravstvena ekonomika*, ur. Živkovič Aleš, Pezdir Rado, Mrkaić Mičo in Hočevar Franc, 89-100. Ljubljana: Inštitut za ekonomske raziskave v zdravstvu d.o.o. (junij 2008 letnik 2 št. 1)

Practice Management Information Corporatuon. 2004. *DRG Plus. A Comprehensive Guide To Diagnostic Related Groupings*. Los Angeles: Practice Management Information Corporatuon.

Pfeiffer, P., Karl. 2001 Case Mix in Austria: Five Years Experience with a New Hospital Financing System. V *Case Mix: Global Views, Local Action*, ur. Roger, France, Francis, H., Metens, Ingrid. Closon Marie-Christine in Hofdijk, Jacob, 41-46. Amsterdam: IOS Press.

Hansen, Poul, Erik in Nilsen Stine West. 2001. V *Case Mix: Global Views, Local Action*, ur. Amsterdam Roger, France, Francis, H., Metens, Ingrid. Closon Marie-Christine in Hofdijk, Jacob 25-39. Amsterdam: IOS Press.

Rok-Simon, Mateja, ur. 2006. *Definicije in metodološka navodila za leto 2006*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Stulpe, Matthias. 2006. Payment by results. *Hospital* 6: 32-33.

Splošna bolnišnica Brežice. 1990-2008. *Poslovno poročilo za leto 1989-2007*. Brežice: Splošna bolnišnica Brežice.

Sanderson, Hugh, Anthony, Phil in Mountney Leonie. 1998. *Casemix for All*. Abingdon, Oxon. Radcliffe Medical Press.

Stepan, Adolf, ur. 1999. *Sistemi financiranja v zdravstvu*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Šinigoj, Martin. 2003. Novosti v sistemu financiranja bolnišnic s predstavitvijo sistema skupine primerljivih primerov. V *Zbornik predavan*, ur. Križman, Igor 13-21. Ljubljana: Pfizer.

Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. 2007. *Ekonomsko ogledalo* 7: 19.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2007. *Poslovno poročilo za leto 2006*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2006. *Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2006*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2006. *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2006*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zdravstvena skupnost Slovenije. 1982. *Enotni seznam zdravstvenih storitev in samoupravni sporazum o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela*. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo.

Zupanc, Irena, ur. 2008. *SPP skupine primerljivih primerov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

INTERNETNI VIRI

Centers for Medicare & Medicaid Service. Dostopno prek: <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData> (12. maj 2007).

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: *Zdravstveni statistični letopis 2007*. Dostopno prek: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1627-01_Prebivalstvo_2007.pdf (5. december 2008).

Medicare: Dostopno prek: <http://www.medicare.gov/> (1. december 2008).

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in metode prenosa finančnih sredstev. Dostopno prek: <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/BCD1FD05407A8894C1256BOpenDocument> (10. maj 2007).

Revija Moje delo. Damjan, Palčič. 2006: *Produktivnost – pomembna, a tudi varljiva kategorija*. Dostopno prek: <http://www.revija.mojedelo.com/hr/produktivnost-pomembna-a-tudi-varljiva-kategorija-722.aspx> (7. december 2008).

Splošna bolnišnica Novo mesto. 2008. *Letno poročilo 2007*. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto. Dostopno prek: <http://www.sb-nm.si/Datoteke/Porocila/LP2008.pdf> (1. december 2008).

Splošna bolnišnica Celje. 2008. *Letno poročilo 2007*. Celje: Splošna bolnišnica Celje. Dostopno prek: http://www.sb-celje.si/fileadmin/-dokumenti/-/Letno_poro_ilo/LETNO_POROČILO_2007.pdf (1. december 2008).

Splošna bolnišnica Murska Sobota. 2008. *Letno poročilo 2007*. Murska Sobota: Splošna bolnišnica Murska Sobota. Dostopno prek: <http://www.sb-ms.si/modules/Financial/Report/docs/letnoporocilo2007.pdf> (1. december 2008)

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec. 2008. *Letno poročilo 2007*. Slovenj Gradec: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec. Dostopno prek: http://www.sb-sg.si/stara/html/letno_sporocilo.html (1. december 2008).

Splošna bolnišnica Izola: 2008. *Letno poročilo 2007*. Izola: Splošna bolnišnica Izola. Dostopno prek: <http://www.sb-izola.si/2008/Letno%20poro%C4%8Dilo%20SBI%/202007.pdf> (1. december 2008).

Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.stat.si/vodic_poglej.asp (4. maj 2007).

Statut Vzajemne zavarovalnice dvz. Dostopno prek: <http://www.vzajemna.si/uploaded/docs/statut.pdf> (20. september 2008).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostopno prek: <http://www.zzzs.si> (5. maj 2007).

Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije. 2009. *Občasnik št.3/1*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje. Dostopno prek: <http://www.zzzs.si/> (10. junij 2009).

PRAVNI VIRI

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB1) Ur. l. RS 36/2004 (13. april 2003).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) Ur. l. RS 9/92 (21. februar 1992).

Zakon o računovodstvu (ZR) Ur. l. RS 23/1999 (8. april 1999).