

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

MAGISTRSKO DELO

**MODELI PLAČEVANJA IZVAJALCEM BOLNIŠNIČNE
DEJAVNOSTI V SLOVENIJI IN IZBRANIH DRŽAVAH**

LJUBLJANA, MAREC 2004

JAKOB CEGLAR

Študent Jakob Ceglar izjavljam, da sem avtor tega magistrskega dela, ki sem ga napisal pod mentorstvom prof. dr. Nevenke Hrovatin in skladno s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne: 27. 3. 2004

Podpis: _____

KAZALO

UVOD	1
1. SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI	3
1.1. Zdravje in sistem zdravstvenega varstva	3
1.2. Razvoj sistema zdravstvenega varstva	3
1.3. Zakonske podlage sistema zdravstvenega varstva	6
1.4. Finančna stabilnost sistema zdravstvenega varstva	8
1.4.1. Izdatki za zdravstvo v obdobju 1992 - 2002.....	8
1.4.2. Poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v obdobju 1992 - 2002	12
1.4.3. Poslovanje bolnišnic v obdobju 1992-2002.....	14
1.5. Kazalniki zdravstvenega stanja	16
1.5.1. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu.....	16
1.5.2. Umrljivost dojenčkov	17
1.5.3. Zdravstveno prilagojeno pričakovano trajanje življenja.....	19
1.5.4. Prezgodaj izgubljena leta potencialnega življenja.....	20
1.5.5. Najpogostejša obolenja	21
1.6. Pogled v prihodnost.....	21
2. PLAČEVANJE IZVAJALCEM BOLNIŠNIČNE DEJAVNOSTI 22	
2.1. Modeli plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti glede na različne kriterije.....	25
2.1.1. Retrospektivni in prospektivni modeli plačevanja	26
2.1.2. Storitveni in proračunski modeli plačevanja.....	27
2.1.3. Najpogostejši modeli plačevanja.....	27
2.2. Pregled preteklih modelov plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti v Sloveniji	31
2.2.1. Plačevanje po storitvah	32
2.2.2. Plačevanje po bolnišnično oskrbnih dnevih.....	32
2.2.3. Plačevanje po primerih.....	34
3. ANALIZA MODELA PLAČEVANJA PO PRIMERIH V SLOVENIJI	35
3.1. Specialistična bolnišnična dejavnost.....	35
3.2. Slabosti modela plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih.....	37
3.3. Neenakost plačil v modelu plačevanja po primerih.....	39
3.3.1. Prevzem slabosti modela plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih	39
3.3.2. Neenakost plačil v letu 2002 in 2003.....	40
4. ANALIZA MODELA PLAČEVANJA PO SKUPINAH PRIMERLJIVIH PRIMEROV V VICTORII.....	51

4.1.	Sistem zdravstvenega varstva v Avstraliji	51
4.2.	Sistem zdravstvenega varstva v Victorii	56
4.3.	Razvoj modela plačevanja po skupinah primerljivih primerov	57
4.4.	Model plačevanja po skupinah primerljivih primerov v Victorii	59
5.	ANALIZA MODELA PLAČEVANJA PO SKUPINAH PRIMERLJIVIH PRIMEROV V SLOVENIJI	63
5.1.	Načela, novosti in cilji novega modela plačevanja	63
5.2.	Akutna bolnišnična obravnava	64
5.3.	Opredelitev vhodnih podatkov, klasifikacije skupin primerljivih primerov in uteži za skupine primerljivih primerov – enakost plačil	66
5.4.	Model plačevanja po skupinah primerljivih primerov v letu 2003	70
SKLEP	71	
LITERATURA	75	
VIRI	77	

UVOD

Zdravje predstavlja eno izmed temeljnih vrednot tako na ravni posameznika kot tudi na ravni širše družbe. Ob tem ne preseneča dejstvo, da je cilj sleherne države vzpostavitev sistema zdravstvenega varstva, ki bo zagotavljal čim boljše zdravstveno stanje ljudi.

Sistem zdravstvenega varstva lahko opredelimo kot splet individualnih, skupinskih in družbenih ukrepov ter aktivnosti, ki prispevajo h krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja posameznika, skupine ali družbe. Poleg zdravstvenih storitev vključuje tudi področje upravljanja in financiranja.

Financiranje sistema zdravstvenega varstva zajema zbiranje sredstev in razdeljevanje sredstev (oz. plačevanje) izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Modeli plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti so različni. Razlike izhajajo iz opravljanja različnih vrst zdravstvenih dejavnosti. Modeli plačevanja se lahko razlikujejo tudi v okviru posamezne zdravstvene dejavnosti, izbran model plačevanja pa je odvisen od oblikovalcev zdravstvene politike.

Modeli plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti zasledujejo različne cilje, eden izmed najpomembnejših je pravičnost z vidika zagotavljanja enakosti plačil izvajalcem za opravljene enake storitve.

Namen magistrskega dela je predstaviti in analizirati (ne)ustreznost oz. (ne)pravičnost obstoječega modela plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti v Sloveniji z vidika zagotavljanja enakosti plačil izvajalcem za opravljene enake storitve. Na tej podlagi temeljita hipotezi magistrskega dela, ki sta:

- Obstoječi model plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti (model plačevanja po primerih) je zaradi neenakosti plačil med izvajalci za opravljene enake storitve neustrezen (nepravičen).
- Novi model plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti (model plačevanja po skupinah primerljivih primerov) bo neenakosti plačil med izvajalci za opravljene enake storitve odpravil.

Dosedanji modeli plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti so temeljili na plačevanju po storitvah, bolnišnično oskrbnih dnevih in primerih. Medtem ko je model plačevanja po storitvah usmeril izvajalce v proizvodnjo storitev, je model plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih vzpodbujal izvajalce v proizvodnjo bolnišnično oskrbnih dni in podaljševanje ležalne dobe. Omenjeni slabosti naj bi odpravil model plačevanja po primerih, ki je bil uveden v letu 2000.

Model plačevanja po primerih je imel pozitivni učinek na skrajševanje ležalne dobe. Vendar pa je od predhodnega modela prevzel pomanjkljivost, in sicer pregrebo klasifikacijo storitev in plačevanje izvajalcev. Za model plačevanja po

primerih je namreč značilno razlikovanje v cenah primerov le med posameznimi specialistično bolnišničnimi dejavnostmi. Bolnišnice prejemajo plačilo za opravljeno storitev glede na ceno primera specialistične bolnišnične dejavnosti, v katero sodi opravljena storitev. Poleg pregrobe klasifikacije storitev, ki ne omogoča diferenciranega plačevanja izvajalcem glede na razlike v zahtevnosti obravnav, so za model plačevanja po primerih značilne tudi razlike v cenah primerov med izvajalci znotraj posamezne specialistične bolnišnične dejavnosti.

V letu 2004 bo za izvajalce specialistične bolnišnične dejavnosti v celoti uveden nov model plačevanja, in sicer model plačevanja po skupinah primerljivih primerov. Najpomembnejša prednost pred obstoječim modelom plačevanja predstavlja bistveno bolj razčlenjena klasifikacija storitev, ki omogoča diferencirano plačevanje izvajalcem glede na zahtevnost opravljenih storitev.

Magistrsko delo vsebuje pet poglavij. Prvo poglavje obsega opis sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji, in sicer z vidika razvoja, zakonskih podlag, finančne stabilnosti, kazalnikov zdravstvenega stanja in usmeritev v prihodnosti. Podpoglavja zajemajo ustrezne mednarodne primerjave.

V drugem poglavju so opredeljeni modeli plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti glede na različne kriterije. Poglavje vsebuje tudi opis preteklih modelov plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti v Sloveniji s poudarkom na najpomembnejših značilnostih.

Analiza modela plačevanja po primerih v Sloveniji predstavlja tretje poglavje. V tem poglavju potrjujem hipotezo o neustreznem (nepravičnem) modelu plačevanja izvajalcev specialistične bolnišnične dejavnosti (model plačevanja po primerih) zaradi neenakosti plačil med izvajalci za opravljene enake storitve.

Četrto in peto poglavje sta vsebinsko povezani. Analiza modela plačevanja po skupinah primerljivih primerov v Victorii je zajeta v četrtem poglavju. Poglavje vključuje opis sistema zdravstvenega varstva v Avstraliji in Victorii, razvoja modela plačevanja po skupinah primerljivih primerov in enakosti plačil med izvajalci za opravljene enake storitve. V petem poglavju analiziram model plačevanja po skupinah primerljivih modelov v Sloveniji in potrjujem drugo hipotezo magistrskega dela.

V sklepu navajam ključne ugotovitve posameznih poglavij ter ugotovitve o hipotezah magistrskega dela.

Obravnava hipotez magistrskega dela temelji na različnih metodah raziskovanja. Osnovni sta dve, in sicer empirična metoda in primerjalna analiza. Poleg tega so uporabljena tudi praktična in teoretična spoznanja, povzeta iz slovenske in tuje literature.

1. SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

1.1. Zdravje in sistem zdravstvenega varstva

Zdravje je ena izmed temeljnih človekovih vrednot. Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju: WHO) zdravje opredeljuje kot stanje popolne fizične, psihične in socialne sposobnosti ter blagostanja. Zdravje lahko opredelimo tudi ožje. Ena izmed definicij zdravje opredeljuje kot odsotnost bolezni (Temelji zdravstvene politike z osnovami ekonomike zdravstva, 1987, str. 1).

Za zagotavljanje čim boljšega zdravstvenega stanja ljudi poizkušajo države vzpostaviti ustrezen sistem zdravstvenega varstva. Zdravstveno varstvo predstavlja splet individualnih, skupinskih in družbenih ukrepov ter dejavnosti, ki prispevajo h krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja posameznikov, skupine ali družbe. Poleg zdravstvenih storitev vključuje tudi področje upravljanja in financiranja področij, ki pomenijo socialno varnost bolnikov. Zdravstveno varstvo je torej razvejan in dinamičen sistem, za katerega je značilna povezanost z družbenim in gospodarskim sistemom. Osnovni cilj vseh sistemov zdravstvenega varstva je zagotoviti najboljše možno in dosegljivo zdravstveno stanje prebivalstva. To naj bi bilo dosegljivo čim večjemu številu ljudi ali po možnosti vsakemu prebivalcu (Svenšek, 1996, str. 42). Dostop do zdravstvenega varstva kot univerzalno pravico opredeljujejo tudi pravni dokumenti Evropske unije (v nadaljevanju: EU). Tako na primer temeljni akti o pravicah državljanov EU razglašajo, da ima "vsakdo pravico dostopa do preventivnega zdravstvenega varstva in pravico do medicinskega zdravljenja" (Zdravstvena reforma, 2003, str. 19).

1.2. Razvoj sistema zdravstvenega varstva

Organizirana oblika sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji je začela nastajati v sredini 19. stoletja. Zdravstvena oskrba, ki je bila tedaj zagotovljena preko neposrednih plačil uporabnikov izvajalcem, je postala predmet zdravstvenega zavarovanja (Albrecht et al., 2002, str. 7). V letu 1888 je Avstro-Ogrska monarhija sprejela Zakon o obveznem bolniškem zavarovanju, s katerim je po nemškem vzoru prevzela sistem bolniških blagajn. Omenjeni zakon je urejal status delavcev, ki so bili zaradi poškodb pri delu skupaj z družinami ob izpadu dohodka materialno ogroženi. Poleg tega so delavci z obveznim zavarovanjem pridobili nekatere pravice do plačane zdravstvene pomoči in pripomočkov. Leto kasneje je bila prva bolniška blagajna ustanovljena tudi v Ljubljani. Sistem bolniških blagajn je z določenimi organizacijskimi in vsebinskimi spremembami deloval do druge svetovne vojne (Toth, 1999, str. 145 - 146).

Po letu 1945 je na sistem zdravstvenega varstva vplival socialistični politični sistem, in sicer preko izgradnje socialne blaginje in izvajanja centralističnega planskega zdravstva. Programi zdravstvenega varstva, mreže zdravstvenih zmogljivosti in obseg sredstev, namenjenih za zdravstveni sistem se je določal iz enega samega centra (Košir, 1992, str. 12). V tem obdobju so zdravstveni zavodi postali last države. Osnovno zdravstveno varstvo je bilo zagotovljeno v zdravstvenih domovih, specialistična ambulantna dejavnost in bolnišnična dejavnost pa sta se izvajali v javnih bolnišnicah.

Leto 1972 predstavlja začetek uvajanja nacionalnega sistema zdravstvenega varstva. Tedaj so se izenačile pravice do zdravstvenega zavarovanja za vse prebivalstvo (Kramberger, 1999, str. 1 - 2). Nova zdravstvena zakonodaja iz leta 1974 je uzakonila samoupravne odnose uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev (Samoupravna interesna skupnost). Te spremembe so utrdile dobro dediščino v smislu uveljavljanja solidarnosti in zagotavljanja socialne pravičnosti ter socialne in zdravstvene varnosti prebivalstva. Regijsko zasnovani zdravstveni centri, ki so vključevali zdravstvene domove, bolnišnice, lekarne in zavod za zdravstveno varstvo, so zagotavljali enako dostopnost do zdravstvenega varstva povsod v Sloveniji tako za preventivne kot kurativne dejavnosti. Centri so se financirali iz državnega proračuna preko že omenjenih samoupravnih interesnih skupnosti za zdravstvo. Problem take organiziranosti sta bila predvsem nepreglednost zdravstvene politike in slab nadzor nad porabo stroškov v zdravstvu ob nenadzorovani širitvi obsega pravic ter preveč razraščeni administraciji. Decentralizacija zdravstva se je v negativnem smislu izkazovala tudi v predimenzioniranem zdravstvu v posameznih regijah in ustanavljanju oziroma širjenju zavodov, kar ni bilo v skladu z nacionalnimi načrti. Zaradi precejšnjih vlaganj v infrastrukturo so se zdravstvene zmogljivosti občutno povečale (Zdravstvena reforma, 2003, str. 64). Sistem je kmalu zadel na razkorak, ki je nastajal med široko razvejano, kakovostno, a vse dražjo zdravstveno ponudbo na eni, in nizko ekonomsko zmogljivostjo gospodarstva na drugi strani (Gracar, 1999, str. 30).

Sistem nacionalnega zdravstvenega varstva (Država je prebivalcem zagotavljala vse pravice iz zdravstvenega varstva s pomočjo najširše solidarnosti vseh drugih državljanov (financiranje iz davkov).) je ne samo pri nas, ampak tudi drugod po svetu, kjer je bil v veljavi, povzročil nezadržno širjenje uveljavljanja pravic in posledično razkorak z ekonomskimi zmožnostmi financiranja čedalje večjega obsega pravic.

Poizkus razbremenjevanja naraščajočih javnih izdatkov za zdravstvo je bila uvedba doplačila uporabnikov (t. i. participacije). Večjih pozitivnih učinkov ni bilo, saj so bile participacije sorazmerno nizke. Doplačila zavarovancev k ceni storitev, ki so jo morali poravnati neposredno v zdravstvenih organizacijah, so dosegala le do 1,5 % vseh potrebnih sredstev za uresničevanje programa zdravstvenega varstva (Toth, 1998, str. 54 - 55).

Zaradi pomanjkljivosti sistema, še posebej na področju financiranja, je bil model ukinjen leta 1990, naloge financiranja pa je prevzela Republiška uprava za

zdravstveno varstvo kot državni organ v sestavi Ministrstva za zdravstvo. Le-ta je delovala do začetka leta 1992.

Ob družbenih spremembah v začetku devetdesetih let je prišlo tudi do sprememb na področju zdravstvenega varstva. Takoj po osamosvojitvi se je v Sloveniji začela reforma sistema zdravstvenega varstva. V okviru reforme je bila v marcu 1993 sprejeta nova zakonodaja, ki je prinesla več pomembnih novosti (Gracar, 1999, str. 31):

- prekinitev z izvajanjem sistema nacionalnega zdravstvenega varstva in uvedba sistema zdravstvenega zavarovanja,
- implementacija obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,
- prehod od participacije k doplačilom,
- postavitve Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) kot javnega zavoda, ki izvaja obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje,
- uvedba zasebne zdravstvene prakse, ki lahko storitve opravlja tudi kot sestavni del javne zdravstvene dejavnosti,
- partnerski pristop k oblikovanju obsega in vsebine programov ter elementov cen zdravstvenih storitev.

Novi sistem je bil oblikovan tako na izkušnjah iz prejšnjega sistema kot na osnovi rešitev evropskih držav in je modificiran Bismarckov koncept socialnega zavarovanja. Dotedanji koncept nacionalnega zdravstvenega varstva je bil opuščen, uvedlo pa se je obvezno zdravstveno zavarovanje za vse prebivalstvo v Sloveniji, ki temelji na načelih solidarnosti vseh zavarovanih oseb.

Reforma je prinesla novosti tudi v plačevanju izvajalcem zdravstvene dejavnosti, med drugim tudi za bolnišnice. Do leta 1993 je model plačevanja izvajalcem na specialistični bolnišnični ravni temeljil na stroškovno ovrednotenih storitvah, v tem letu pa je omenjeno plačevanje nadomestilo plačevanje po bolnišnično oskrbnih dnevih.

Eden izmed ciljev reforme v letu 1992 je bil razbremenjevanje javnih sredstev za zdravstvo. Na podlagi zakona je bil zato uveden sistem doplačil za pravice, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zaradi rastočih problemov pri uravnoteževanju virov in izdatkov se je država odločila v sistem zdravstvenega varstva vpeljati več zasebnih sredstev. Pri tem velja omeniti, da so se ukrepi izvajali v imenu osnovnega socialnega cilja tj. ohranjati široko pokritost oziroma dostopnost prebivalstva do pravic iz tega javnega naslova. Po drugi strani pa so doplačila oziroma dopolnilno zdravstveno zavarovanje (Nekateri nepravilno uporabljajo tudi izraz prostovoljno zdravstveno zavarovanje.) v večji meri bremenila državljane z nižjimi dohodki, kar je povečalo neenakost v sistemu.

Neenakost oziroma nepravičnost financiranja sistema zdravstvenega varstva, in sicer v delu, ki se nanaša na zbiranje sredstev preko dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, je eden izmed glavnih razlogov za napovedano novo reformo sistema zdravstvenega varstva, ki naj bi se začela izvajati leta 2005. Premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so namreč v obdobju 1993 - 2002 realno rasle

bistveno hitreje kot neto plače. Letna premija za dopolnilno zdravstveno zavarovanje za zaposlene se je realno povečala za 132 %, realna rast povprečne neto plače pa je znašala le 34,7 %, kar je v sistemu enakih premij bistveno bolj obremenjevalo državljanke z najnižjimi dohodki (Korošec, 2003, str. 68).

Poleg pravičnosti pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo zdravstvena reforma opredeljuje tudi ukrepe in aktivnosti za doseganje naslednjih načrtovanih ciljev (Zdravstvena reforma, 2003, str. 19 - 26):

- učinkovito razporejanje sredstev po potrebah državljanov,
- boljša dostopnost do zdravstvenega varstva,
- razvoj sistema celovite kakovosti,
- večja učinkovitost upravljanja in regulacije sistema zdravstvenega varstva,
- krepitev področja javnega zdravja.

Reforma predvideva tudi vpeljavo sprememb na področju modelov plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti, največjo spremembo pa predstavlja novi model plačevanja specialistične bolnišnične dejavnosti, in sicer akutnih bolnišničnih obravnav. Obstoječi model plačevanja po primeru (v letu 2000 je nadomestil plačevanje po bolnišnično oskrbnih dnevih) ima, tako kot ostali modeli plačevanja izvajalcem na specialistični bolnišnični ravni v preteklosti, relativno več pomanjkljivosti kot prednosti, ena izmed njih je tudi neenakost plačil med izvajalci za opravljene enake storitve.

1.3. Zakonske podlage sistema zdravstvenega varstva

Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji opredeljuje več zakonov, najpomembnejši med njimi je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92) ureja načela zdravstvenega varstva, podrobno opredeljuje zdravstveno zavarovanje, v okviru tega pa vire sredstev, obseg in pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter pogoje za izvajanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Z uzakonitvijo zdravstvenega zavarovanja se je Slovenija odločila za poseben način financiranja in upravljanja s tem področjem. Zanj je značilno, da se financira z namenskimi sredstvi, zbranimi s prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev. Na podlagi zakona je bil ustanovljen ZZZS, ki izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje. Obvezno zdravstveno zavarovanje lahko izvaja le ZZZS, prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa lahko izvajajo tudi druge zavarovalnice.

Zakon je opredelil pogoje za uvedbo zasebne zdravstvene dejavnosti kot sestavnega dela javne zdravstvene službe. Ta se lahko opravlja na vseh področjih, razen na tistih, ki jih zakon prepoveduje (preskrba s krvjo, sodno-medicinska dejavnost).

V zakonu je vzpostavljeno tudi načelo solidarnosti, ki predpostavlja, da vsak član skupnosti po svojih ekonomskih zmožnostih prispeva k pokrivanju bremen plačila zdravljenja vsem članom skupnosti, če oziroma ko ga potrebujejo. Solidarnost je namreč temeljni princip javnih sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki prevladujejo v evropskem prostoru. Osnovna predpostavka je, da zdravje ni običajno tržno blago, temveč javna dobrina. Dostop do ustreznega zdravstvenega varstva je tako ena izmed državljanskih pravic, ki se zagotavlja vsem, ki so vključeni v javni sistem, ne glede na zdravstveno, socialno in ekonomsko stanje ali sposobnost posameznika. Vendar pa je zakon sam z vpeljavo doplačil za pravice, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmanjšal pomen solidarnosti in socialne pravičnosti (Korošec, 2003, str. 17).

Poleg tega je zakon opredelil tudi upravljanje s sistemom zdravstvenega varstva, ki se nanaša na program zdravstvenih storitev, njegovo vrednotenje in pogoje izvajanja. O teh vprašanjih na podlagi dogovarjanj oziroma pogajanj odločajo interesno organizirani partnerji, ki so za to tudi odgovorni. T. i. zdravstveni partnerji določajo tudi usmeritve in prioritete cilje zdravstvenega varstva, kar vključuje tudi določanje oziroma spreminjanje modelov plačevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti. V ta namen partnerji sprejmejo vsakoletni Splošni dogovor in specifične Področne dogovore.

Ostali zakoni s področja zdravstvenega varstva so naslednji:

- Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92) ureja vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni, javno zdravstveno službo ter povezovanje zdravstvenih organizacij in zdravstvenih delavcev oziroma delavk v zbornice in združenja. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost, na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost, na terciarni ravni pa opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov.
- Zakon o lekarniški dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92) opredeljuje lekarniško dejavnost, subjekte, ki lahko opravljajo lekarniško dejavnost, ter pogoje za opravljanje lekarniške dejavnosti. Zakon določa tudi institucijo, ki lahko ustanovi javni zavod za opravljanje lekarniške dejavnosti, vlogo koncesije za opravljanje lekarniške dejavnosti, priročne zaloge zdravil, bolnišnično lekarno, nadzor nad opravljanjem lekarniške dejavnosti ter vlogo Lekarniške zbornice Slovenije.
- Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 101/99) določa zdravila in medicinske pripomočke za uporabo v humani in veterinarski medicini, pogoje za njihovo izdelavo in dajanje v promet ter pogoje in ukrepe za zagotavljanje njihove kakovosti, varnosti in učinkovitosti. Zakon se uporablja tudi za promet s prepovedanimi drogami, psihotropnimi snovmi in predhodnimi sestavinami za njihovo izdelavo, v kolikor poseben zakon ne določa drugače.
- Zakon o zavodih (Uradni list RS, št. 12/91) ureja statusna vprašanja zavodov. Le-ti se lahko ustanovijo tudi za opravljanje dejavnosti zdravstva, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička. Opredeljuje opravljanje javnih

služb, organe, splošne akte ter organizacijo zavoda, sredstva za delo in odgovornost za obveznosti zavoda ter nadzor nad zavodom.

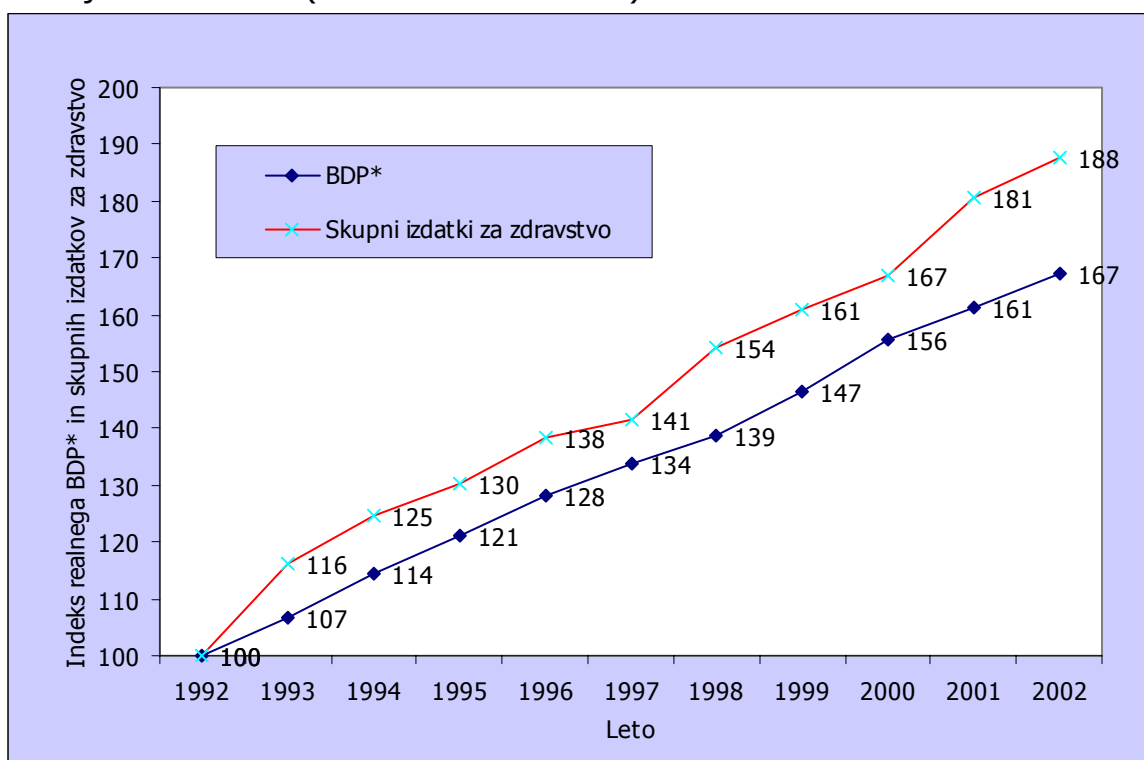
- Zakon o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96) določa obračunavanje in plačevanje ter stopnje prispevkov za obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, obvezno zdravstveno zavarovanje, starševsko varstvo in za zaposlovanje v skladu z zakoni, na podlagi katerih so prispevki uvedeni ter določa osnove za obračunavanje in plačevanje prispevkov za zaposlovanje.

1.4. Finančna stabilnost sistema zdravstvenega varstva

1.4.1. Izdatki za zdravstvo v obdobju 1992 - 2002

Skupna značilnost večine sistemov zdravstvenega varstva so naraščajoči izdatki za zdravstvo in omejenost virov financiranja. Praviloma so izdatki v sistemu zdravstvenega varstva vedno naraščali hitreje od bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju: BDP). Omenjeni problem poizkušajo države reševati z omejevanjem izdatkov, povečevanjem virov financiranja ali kombinacijo obojega (Mossialos, Dixon, 2002, str. 1).

Slika št. 1: Indeks realnega BDP in skupnih izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v obdobju 1992 - 2002 (stalna baza: leto 2002).



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 242.

* Bruto domači proizvod

Skupni izdatki za zdravstvo¹ so se v obdobju 1992 - 2002 v Sloveniji realno povečali za 31,3 % več, kot pa je znašala realna rast BDP, leta 2002 so tako znašali 475 milijard tolarjev. Ob upoštevanju stalnih cen iz leta 2002 je bilo v tem letu za zdravstvo namenjenih kar za 222 milijard tolarjev več sredstev kot v letu 1992.

Na rast izdatkov za zdravstvo vplivajo naslednji dejavniki:

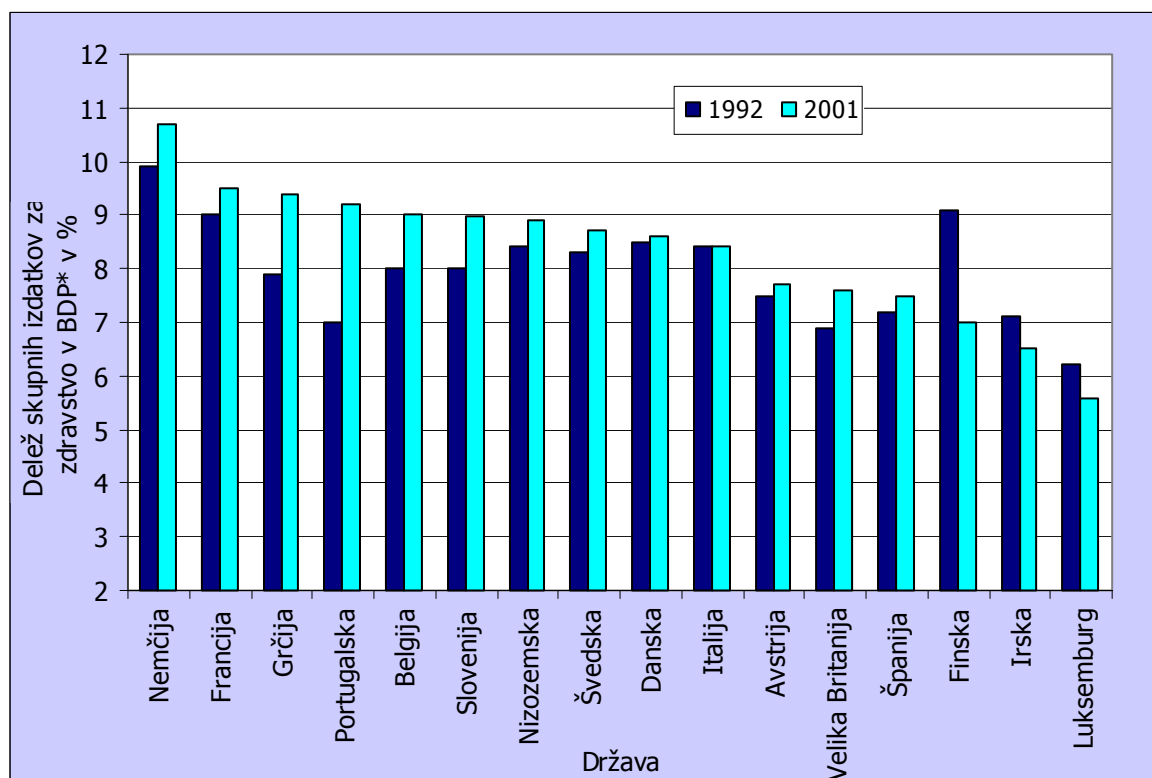
- podaljševanje povprečne življenjske dobe prebivalstva, zlasti v gospodarsko razvitejših državah sveta, kar pomeni tudi rast potreb po zdravstvenih storitvah (Hoffmeyer, McCarthy, 1994, str. 82 - 84; Culyer, Mills, 1989, str. 2 - 3),
- spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva, ki kažejo dve različni podobi: v gospodarsko razvitih državah se odražajo v nadaljnjem porastu kroničnih degenerativnih bolezni, v manj razvitih državah pa so v porastu nalezljive bolezni in stanja, ki kažejo na slabe higiensko-sanitarne razmere, revščino, naraščajoči kriminal in nerešena socialna vprašanja (Saltman, Figueras, 1997, str. 15 - 21),
- razvoj medicinske tehnologije, uvajanja novih zdravil in metod zdravljenja pri stanjih in boleznih, ki jih do nedavnega zdravniki niso zdravili, kar vse skupaj pogojuje skokovito povečevanje vlaganj v področje (Saltman, Figueras, 1997, str. 22 - 28; Hoffmeyer, McCarty, 1994, str. 81; Culyer, Mills, 1989, str. 3 - 4),
- zasvojenost in prevelika odvisnost prebivalstva od zdravstvenih storitev, ki niso vedno nujne in s katerimi ljudje poizkušajo reševati tudi druge, nezdravstvene probleme (Hoffmeyer in McCarty, 1994, str. 84 - 88).

Navedeni dejavniki vplivajo na čedalje večji delež skupnih izdatkov za zdravstvo v BDP v večini držav EU. Leta 2001 je bil le-ta glede na leto 1992 večji v 12-ih državah EU, kar je razvidno iz slike št. 2.

Odzivi držav na naraščanje izdatkov za zdravstvo so podobni. Ker zdravje in zdravstveno varstvo večstransko vplivata na gospodarski in družbeni razvoj, se države nerade odločajo za omejevanje izdatkov preko zoževanja obsega zdravstvenih pravic. Zdravje predstavlja tudi element kakovosti človeškega kapitala – ljudi kot gospodarskih virov. V razvitih državah ocenjujejo, da vrednost človeškega kapitala štirikrat presega vrednost fizičnega kapitala. Vlaganja v človeški kapital prinašajo znatno večjo dodano vrednost kot vlaganja v tehnologijo in infrastrukturo. Pravice do zdravja, ki je v družbi opredeljena kot pravica do najvišjega dosegljivega zdravstvenega varstva za vse ljudi, ki je plačljivo na javni račun, se zato zelo težko zožujejo (Česen, 2003, str. 36). Zoževanje že pridobljenih zdravstvenih pravic je običajno tudi politično nesprejemljivo.

¹Skupni izdatki za zdravstvo zajemajo kategoriji javnih izdatkov (obvezno zdravstveno zavarovanje, proračunska sredstva države in občin) in zasebnih izdatkov (dopolnilno zdravstveno zavarovanje in neposredna plačila).

Slika št. 2: Delež skupnih izdatkov za zdravstvo v BDP v državah EU in Sloveniji v letih 1992 in 2001 v %.



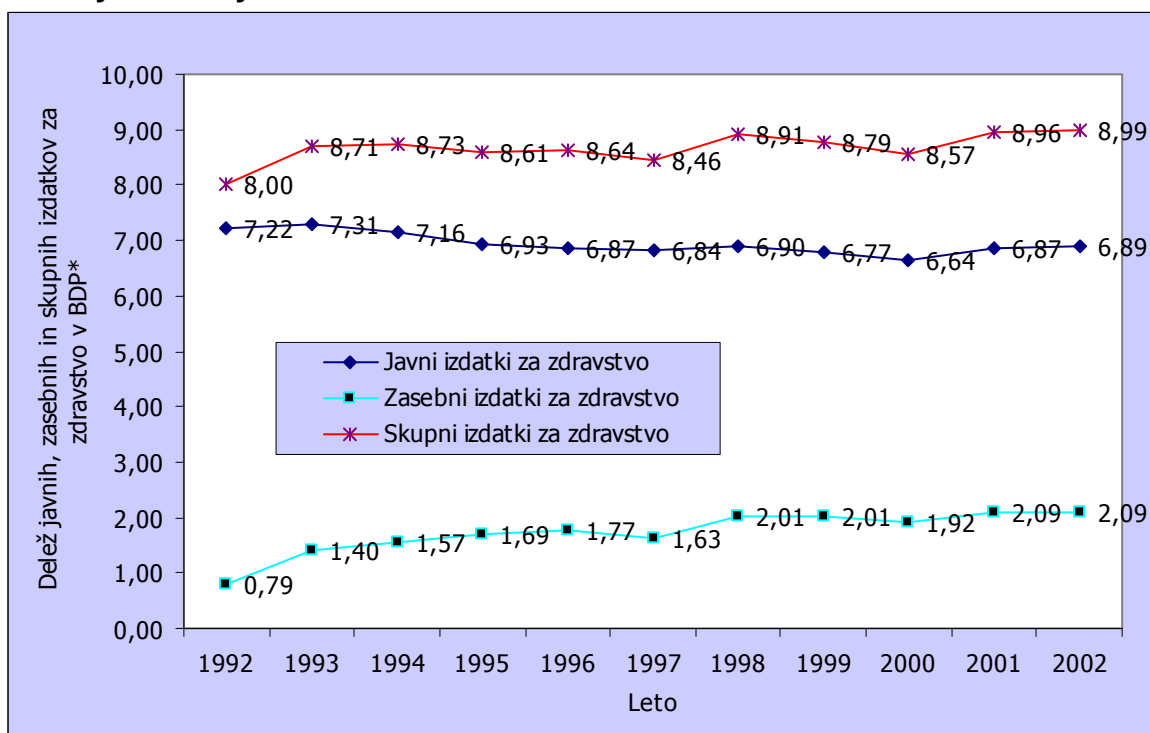
Vir: OECD Health Data 2003 - Frequently asked data [URL:<http://www.oecd.org/dataoecd/1/31/2957323.xls>], 3. 10. 2003; Zdravstvena reforma, 2003, str. 241.

* Bruto domači proizvod

Države zato pri zmanjševanju pritiskov na javna sredstva za zdravstvo večinoma raje uporabljajo staro in preizkušeno zdravilo: del stroškov prenašajo na posameznika ter s tem povečujejo zasebne vire financiranja zdravstvenega varstva. Delež zasebnih sredstev, namenjenih za financiranje zdravstvenega varstva, se je v zadnjih dvajsetih letih vztrajno povečeval in državam omogočal počasnejše, s političnega vidika tudi neprijetno povečevanje javnih virov financiranja zdravstvenega varstva.

Pogled v zadnje desetletje pokaže, da je tudi Slovenija uspešno prenesla del bremena financiranja sistema zdravstvenega varstva na posameznika. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je z uvedbo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja dosegel razbremenitev javnega financiranja zdravstva. Realna rast skupnih izdatkov za zdravstvo v obdobju 1992 - 2002 je znašala 88 %, ob tem je realna rast javnih izdatkov za zdravstvo znašala 60 %, realna rast zasebnih izdatkov pa kar 346 % (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

Slika št. 3: Delež javnih, zasebnih in skupnih izdatkov za zdravstvo v BDP v Sloveniji v obdobju 1992 - 2002 v %.



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 241.

* Bruto domači proizvod

Delež javnih izdatkov za zdravstvo v BDP se je v obdobju 1992 - 2002 znižal s 7,22 % na 6,89 %, bistveno pa se je povečal delež zasebnih izdatkov za zdravstvo v BDP, in sicer z 0,79 % na 2,09 % (za 166,4 %). Delež javnih izdatkov v skupnih izdatkih za zdravstvo je tako padel z 90,2 % v letu 1992 na 76,7 % v letu 2002, delež zasebnih izdatkov v skupnih izdatkih za zdravstvo pa se je povečal z 9,8 % v letu 1992 na 23,3 % v letu 2002 (Zdravstvena reforma, 2003, str. 241 - 242). Delež izdatkov iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja v skupnih izdatkih za zdravstvo se je ob tem zmanjšal s 83 % v letu 1992 na 73,5 % v letu 2002, delež izdatkov iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v skupnih izdatkih za zdravstvo pa se je povečal z 0 % v letu 1992 na 13,6 % v letu 2002 (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

Zaradi neprijateljnosti ukrepov, kot na primer omejevanje izdatkov za zdravstveno varstvo preko zoževanja obsega zdravstvenih pravic, povečevanje javnih virov financiranja preko povečevanja davkov ali prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje, države čedalje večjo pozornost posvečajo obvladovanju izdatkov, na katere lahko vplivajo. Preko večje učinkovitosti upravljanja in regulacije sistema zdravstvenega varstva, razvoja sistema celovite kakovosti ter učinkovitega razporejanja sredstev po potrebah državljanov poizkušajo vplivati na t. i. neizkoriščene notranje rezerve sistema zdravstvenega

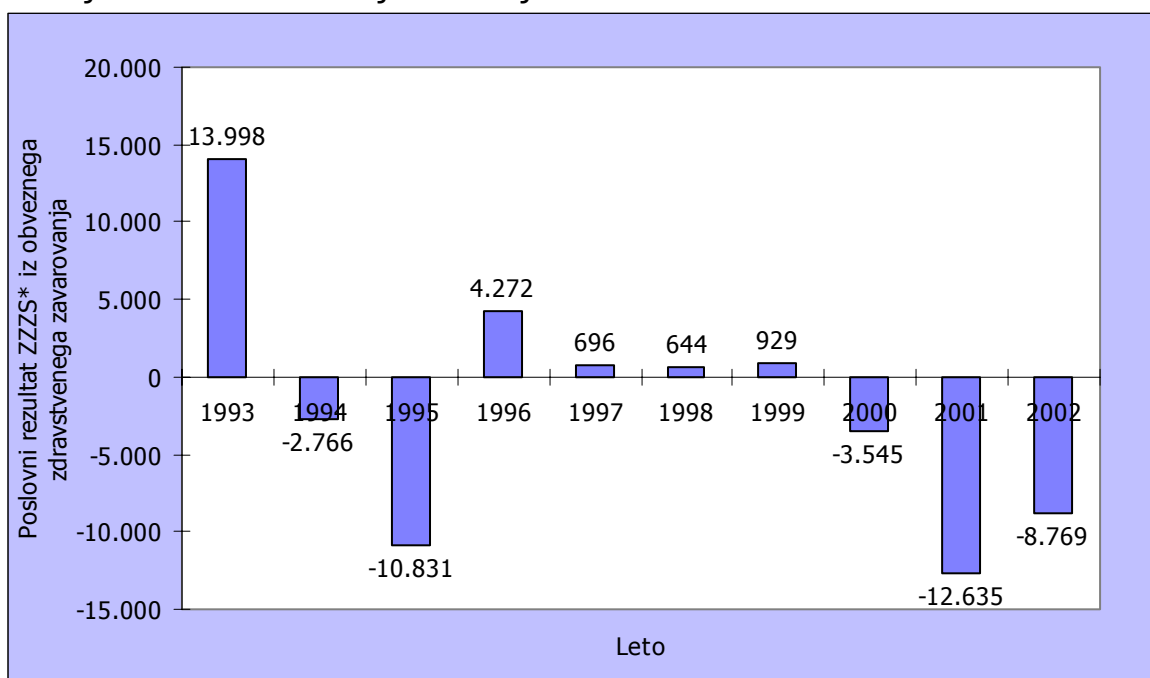
varstva. V okviru navedenih področjih imajo pomembno vlogo tudi modeli plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti.

1.4.2. Poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v obdobju 1992 - 2002

Glede na Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je ZZZS edini nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja. Glavna funkcija ZZZS kot socialnega zdravstvenega sklada je zbiranje javnih sredstev² ter plačevanje izvajalcev zdravstvenih dejavnosti.

Za poslovanje ZZZS velja, da je bilo relativno stabilno do leta 2000. V zadnjih treh letih pa je ZZZS posloval v rdečih številkah, skupna izguba v letih 2000 - 2002 je znašala skoraj 25 milijard tolarjev (v stalnih cenah 2002).

Slika št. 4: Poslovni rezultat ZZZS iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v obdobju 1993 - 2002 v milijonih tolarjev v stalnih cenah 2002.



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 1993 - 2002, ZZZS.

* Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Vzrokov je več. Na eni strani gre za finančne posledice globalnih trendov kot so staranje prebivalstva, nove potrebe in zahteve prebivalstva, vse hitrejši razvoj medicinske tehnologije, uvajanje dražjih zdravil. V zadnjih dveh letih so na še

²Osnove za pobiranje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje so opredeljene v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, prispevne stopnje pa v Zakonu o prispevkih za socialno varnost.

hitrejšo rast odhodkov vplivale posledice odločitev v širšem družbenoekonomskem okolju, kot na primer relativno hitro povečanje plač zdravstvenega osebja, uvedba davka na dodano vrednost ter uveljavljene novosti v socialni in delovno pravni zakonodaji (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002, 2003).

Prihodki ZZZS iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zajemajo prispevke delojemalcev, delodajalcev, samozaposlenih (kmetje in obrtniki) in ostale prispevke ter transfere, med katerimi največji delež predstavljajo transferi, ki jih za pravice upokojencev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja plačuje Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (v nadaljevanju: ZPIZ). ZZZS na omenjene prihodke ne more vplivati, saj so tako prispevne stopnje, zavezanci za plačilo prispevka in osnove, od katerih se obračunava prispevek oziroma transfer, zakonsko opredeljeni. Prispevki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo praktično celotne skupne prihodke ZZZS, tako da le-ta s svojo poslovno politiko na prihodke nima nobenega vpliva. V letu 2002 so bili vplačani prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje, doseženi v višini 335,3 milijard tolarjev, kar predstavlja 98,5 % vseh prihodkov. Prispevki delodajalcev in delojemalcev znašajo 73,7 % vseh prihodkov, naslednji največji vir pa so transferi ZPIZ, ki prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje plačuje upokojencem. Ti transferi predstavljajo 16,5 % vseh prihodkov ZZZS (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002, 2003).

Prihodki ZZZS iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so se v obdobju 1993 - 2002 realno povečali za 34 % (predvsem na račun rasti osnove za obračun prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje), odhodki pa za 45,5 % (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

Odhodke ZZZS opredeljujejo stroški dela ZZZS, investicijski odhodki in tekoči transferi. Največjo postavko predstavljajo tekoči transferji, odhodki le-teh predstavljajo kar 97 % vseh odhodkov ZZZS. Tekoči transferi v javne zavode in druge izvajalce javnih zdravstvenih storitev predstavljajo najpomembnejšo vsebinsko postavko. Le-ta predstavlja kar 85,3 % vseh odhodkov ZZZS, v letu 2002 so omenjeni transferi znašali 297,8 milijard tolarjev. Z omenjenimi odhodki ZZZS plačuje izvajalce zdravstvenih storitev. Gre za plačevanje storitev osnovne zdravstvene dejavnosti, specialistične ambulantne dejavnosti in bolnišnične sekundarne in terciarne dejavnosti, zdraviliške zdravstvene dejavnosti, lekarniške dejavnosti in dejavnosti socialnovarstvenih zavodov (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002, 2003).

Tudi poslovno leto 2003 je ZZZS zaključil z izgubo. Po prvotnih ocenah naj bi le-ta znašala 11,3 milijarde tolarjev (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2004).

V letih 2000 - 2003 se je delež izgube v skupnih prihodkih ZZZS po posameznih letih gibal od 1,1 % do 3,9 %.

1.4.3. Poslovanje bolnišnic v obdobju 1992-2002

Bolnišnična dejavnost zavzema osrednjo vlogo v sistemu zdravstvenega varstva. V nekaterih državah znaša delež sredstev namenjenih bolnišnični dejavnosti v skupnih sredstvih, ki se namenjujejo izvajanju zdravstvenih dejavnosti, tudi 60 %.

Ena izmed pomembnih značilnosti bolnišnične dejavnosti v preteklem obdobju je slab kumulativni poslovni rezultat bolnišnic. Od leta 1996 so bolnišnice namreč vsako leto (razen v letu 2002) beležile kumulativno izgubo. Delež kumulativne izgube v skupnih prihodkih bolnišnic po posameznih letih se je gibal od 0,2 % do 1,6 %.

Sicer so se prihodki bolnišnic v obdobju 1993–2002 realno povečali, od 124,8 milijard tolarjev na 172,2 milijard tolarjev oziroma za 37,9 % (Zdravstvena reforma, 2003, str. 260). Gre za dogovorjeno vrednost programov med izvajalci in ZZS. Ob tem velja omeniti določilo v sklenjenih pogodbah, ki govori o plačilu realizacije nad dogovorjenim programom. Izvajalci za preseganje programa ne dobijo plačila. Kljub temu izvajalci vsako leto znova presegajo plansko dogovorjene količine storitev, kar jim povzroča dodatne stroške, ki s strani ZZS niso plačani.

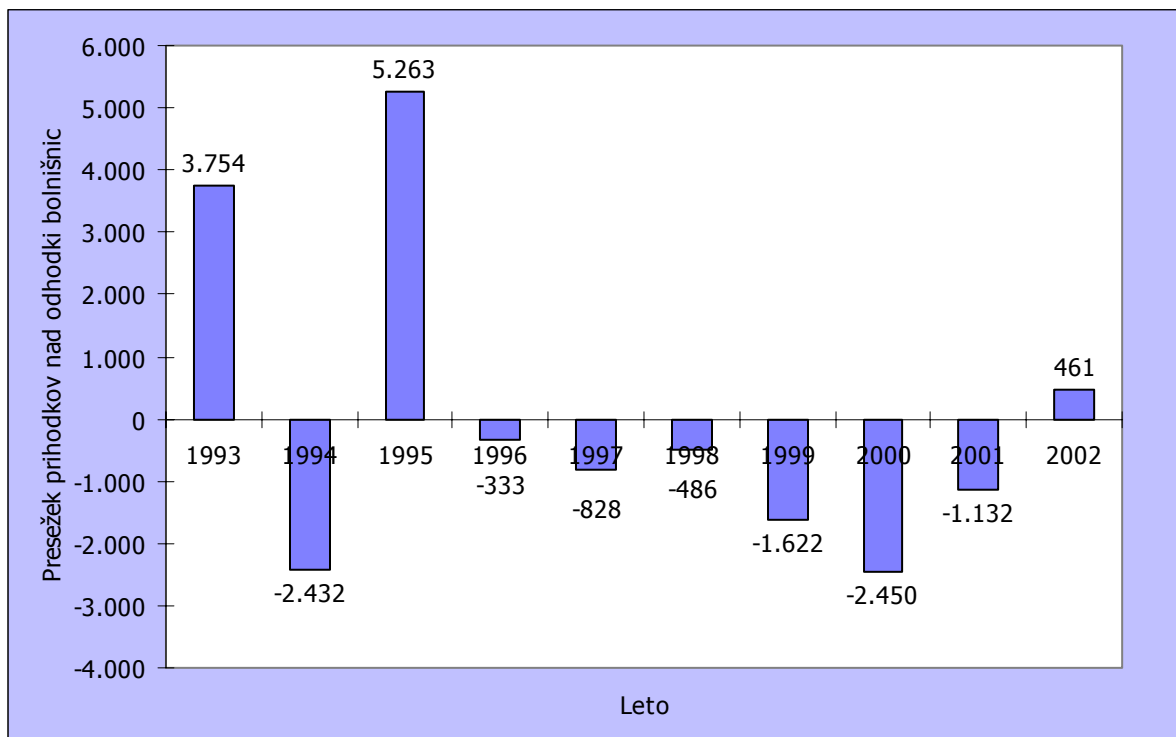
V primerjavi s prihodki bolnišnic so se odhodki povečali še za več, in sicer za 41,8 %. Največji delež k temu so prispevali stroški dela. V obdobju 1993 - 2002 so realno porasli za 78,8 % (Zdravstvena reforma, 2003, str. 260). Velja omeniti, da na rast stroškov dela niso pomembneje vplivale spremembe v zaposlenosti (povečanje le za 5,7 %). Le-ti so začeli hitreje naraščati v letu 1995. Konec leta 1994 je bila namreč uveljavljena sprememba v tarifnem delu kolektivnih pogodb, ki je imela za posledico razvrščanje zaposlenih v plačilne razrede in s tem spremembe v plačah zaposlenih, in traja vse do danes. V naslednjih letih je na poslovanje bolnišnic vplivalo predvsem nadaljnje spreminjanje določb kolektivnih pogodb in s tem povečevanje plač. V letu 2002 se je realna rast plač umirila. Delež stroškov dela v skupnih odhodkih bolnišnic se je v obdobju 1993 - 2002 povečal kar za 26 % (z 0,43 na 0,56) (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

Ostali stroški bolnišnic (material in storitve) so se povečali za bistveno manj (25,6 % oziroma 5,9 %), ob tem da je bila hitrejša rast značilna za zadnja leta (Zdravstvena reforma, 2003, str. 260). Razlog je uvedba davka na dodano vrednost. Tako je realna rast stroškov materiala od leta 1999 znašala 13,9 %. Zelo majhna realna rast stroškov storitev je posledica spremenjene metodologije spremljanja te vrste stroškov. Sicer so imele na rast teh stroškov največji vpliv storitve izven zdravstvenega sektorja (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

Amortizacija v bolnišnicah se je v proučevanem obdobju realno povečala le za 11,7 %, in sicer na račun povečanja v letu 2002 (Zdravstvena reforma, 2003, str. 260). Amortizacija je edina postavka med stroški, ki ni odvisna le od poslovanja. Višina amortizacije je obračunana po veljavnih stopnjah. Toda ob zmanjšanju likvidnosti zaradi izgub v poslovanju, ki negativno vpliva na obseg investicij, in večji

odpisanosti osnovnih sredstev se stroški amortizacije zmanjšujejo. Poleg tega so bolnišnice navkljub zakonskim predpisom o načinu in stopnjah rednega odpisa neopredmetenih dolgoročnih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstvih proti predpisom zmanjševale amortizacijo in s tem izgubo v poslovanju.

Slika št. 5: Presežek prihodkov nad odhodki bolnišnic v obdobju 1993 - 2002 v milijonih tolarjev v stalnih cenah 2002.



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 260.

Tudi leto 2003 naj ne bi odstopalo od vsakoletne kumulativne izgube bolnišnic. Zaradi slabega finančnega položaja ZZZS se je izvajalcem zdravstvene dejavnosti zmanjšala vrednost zdravstvenih programov v višini 3 milijard tolarjev, kar je za bolnišnice pomenilo izgubo sredstev v višini 1,6 milijarde tolarjev oz. 0,95 % (Splošni dogovor za pogodbeno leto 2003, 2003; Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2003, 2003). Znižanje vrednosti programov predstavlja ključni dejavnik poslovnih rezultatov bolnišnic v letu 2003. Po neuradnih podatkih znaša kumulativni presežek odhodkov nad prihodki v bolnišnicah v prvih devetih mesecih leta 2003 1,3 milijarde tolarjev (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2004).

Skupna izguba za kritje bolnišnic je konec leta 2002 znašala 8,4 milijarde tolarjev, kar pomeni 4,9 % skupnih prihodkov bolnišnic v letu 2002 (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

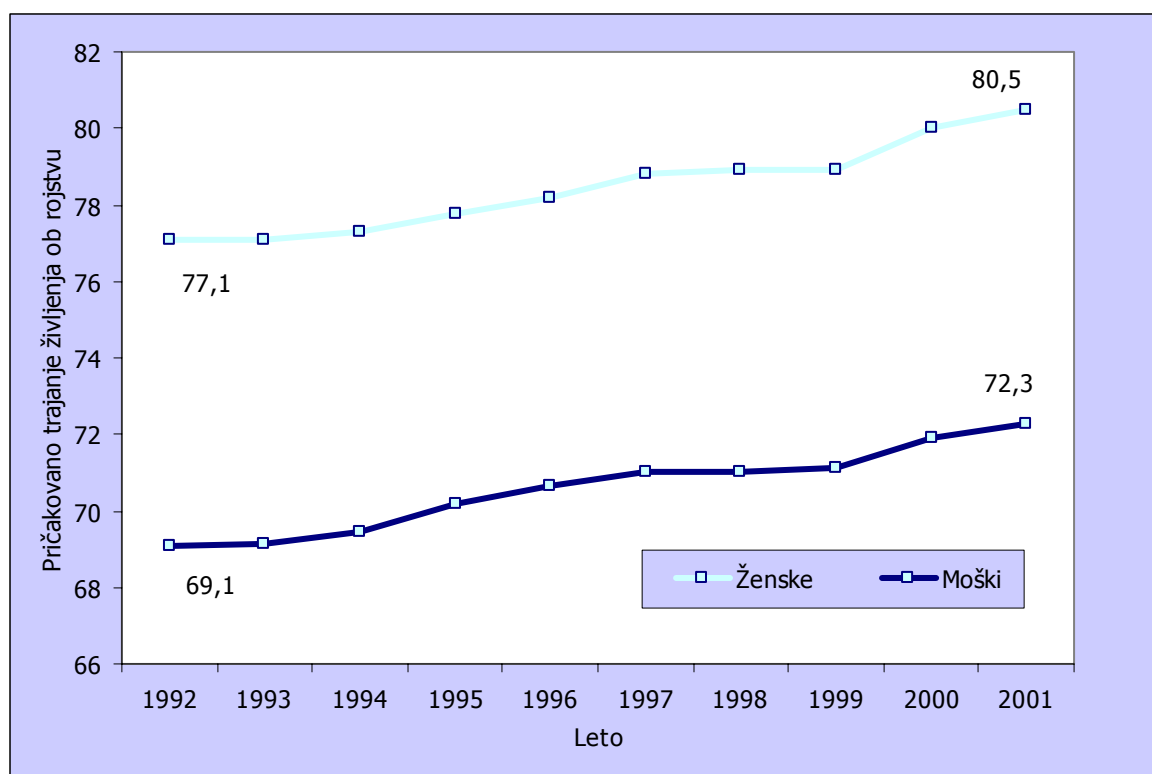
1.5. Kazalniki zdravstvenega stanja

Zdravstveno stanje prebivalcev v Sloveniji je prikazano s štirimi kazalniki. Poleg dveh tradicionalnih kazalnikov, tj. pričakovanega trajanja življenja ob rojstvu in števila umrlih dojenčkov na 1.000 živorojenih, se za prikaz zdravstvenega stanja določene populacije čedalje bolj uporabljata tudi kazalnik zdravstveno prilagojeno pričakovano trajanje življenja (HALE - Health Adjusted Life Expectancy) in prezgodaj izgubljena leta potencialnega življenja (YPLL - Years of Potential Life Loss). Poleg omenjenih kazalnikov bom zdravstveni sistem predstavil še z vidika najpogostejših obolenj.

1.5.1. Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu

V Sloveniji je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v letu 1992 znašalo 77,1 let za ženske in 69,1 let za moške. V obdobju 1992 - 2001 se je tako pri ženskah kot moških podaljšalo za več kot tri leta.

Slika št. 6: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v Sloveniji v obdobju 1992 - 2001 v letih.



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 276.

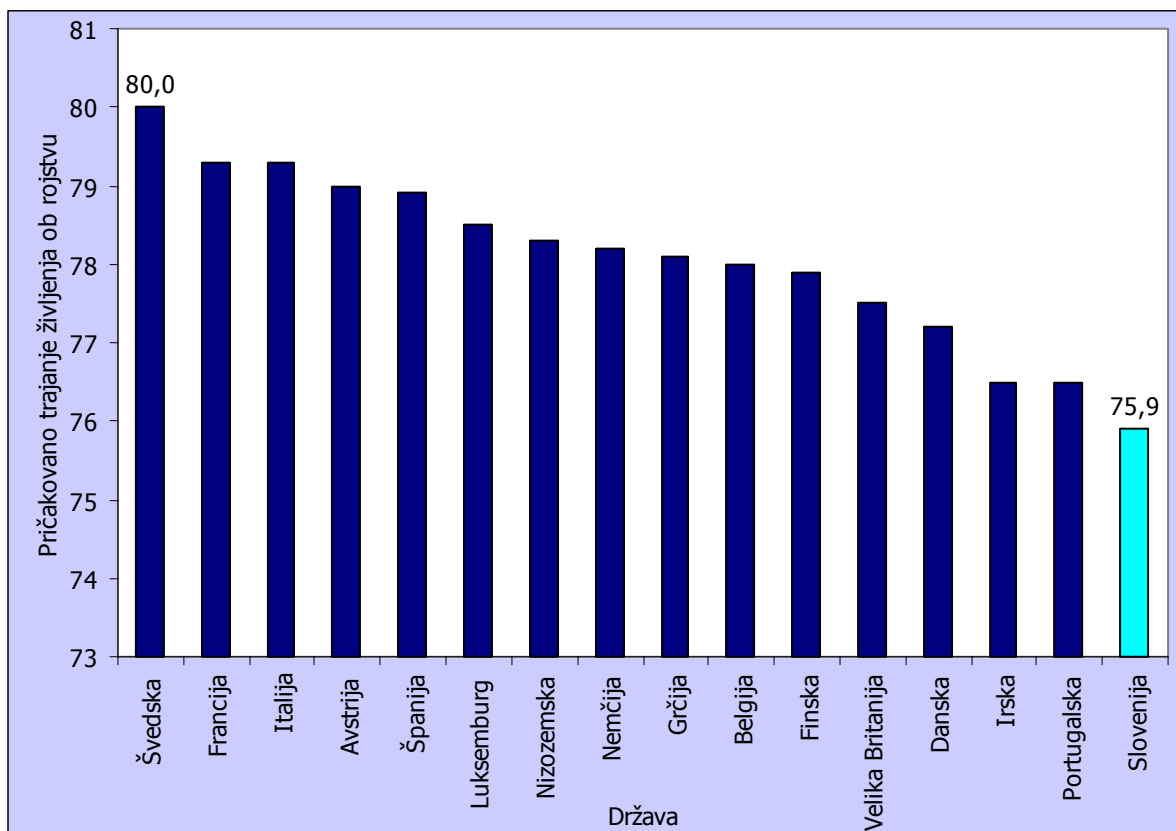
V letu 2001 je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu trajalo 80,5 let pri ženskah in 72,3 let pri moških, v povprečju pa 75,9 let. Slovenija je z več kot 75 leti pričakovanega trajanja življenja edina država v tranziciji, ki je dosegla šesti cilj

WHO, in edina, kjer ni prišlo do skrajševanja pričakovanega trajanja življenja ob rojstvu (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

Mednarodna primerjava omenjenega kazalnika pokaže, da Slovenija še vedno zaostaja za razvitimi državami. Po podatkih za leto 2001 je pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v EU daljše za 2,4 leta (Zdravstvena reforma, 2003, str. 216), se pa razlika postopoma zmanjšuje.

Sicer je za zadnje desetletje značilno povečanje razlike med povprečnim trajanjem življenja ob rojstvu med zahodno in vzhodno Evropo. V letu 1970 sta bili zahodna in vzhodna Evropa izenačeni, v letu 1998 pa je razlika znašala 5,9 let (The European Health Report 2002, 2003).

Slika št. 7: Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v državah EU in Sloveniji v letu 2001.



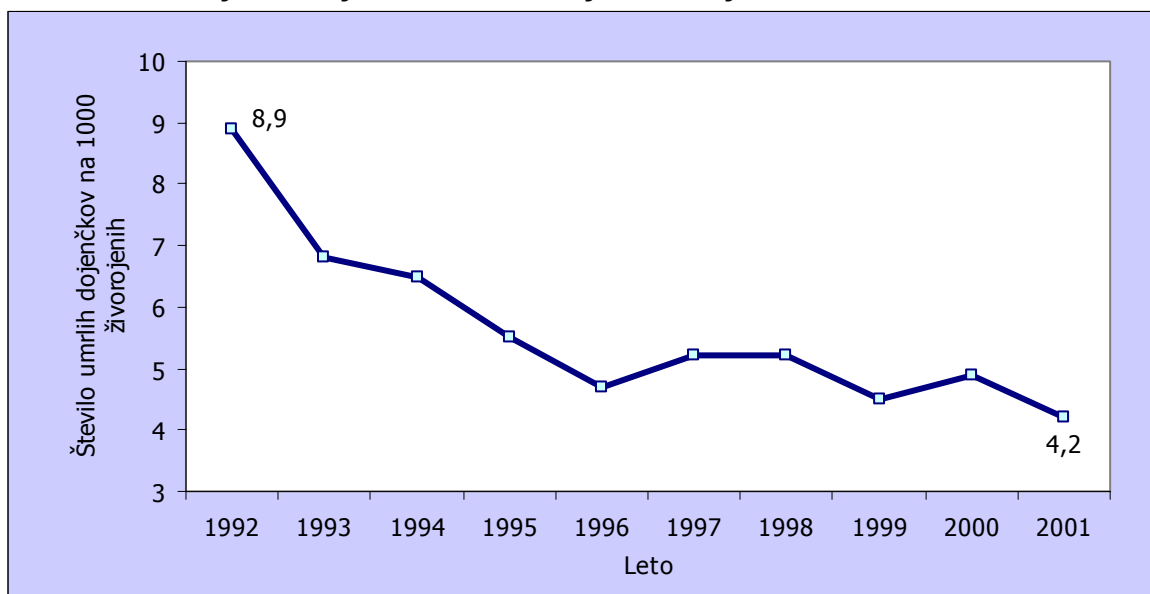
Vir: The World Health Report 2002, WHO.

1.5.2. Umrljivost dojenčkov

Naslednji kazalnik zdravstvenega stanja je umrljivost dojenčkov, ki predstavlja razmerje med številom umrlih dojenčkov na 1000 živorojenih v določenem obdobju.

V obdobju 1992 - 2001 se je umrljivost dojenčkov v Sloveniji prepolovila, z 8,9 umrlih dojenčkov na 1000 živorojenih v letu 1992 je padla na 4,2 umrlih dojenčkov na 1000 živorojenih v letu 2001.

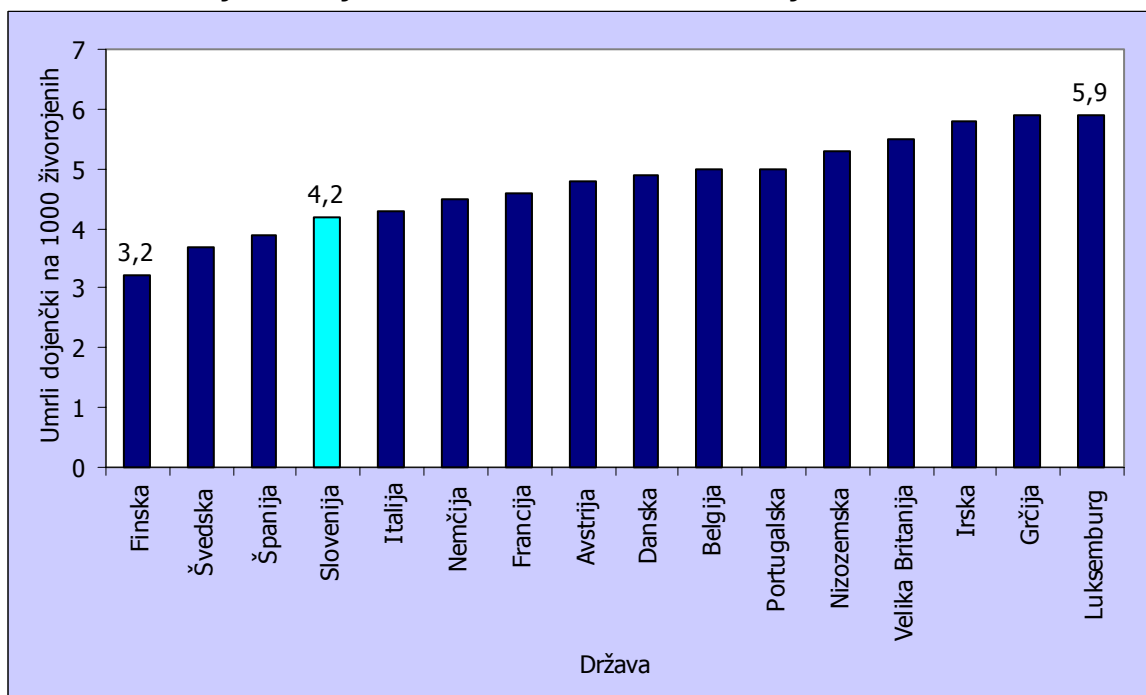
Slika št. 8: Umrljivost dojenčkov v Sloveniji v obdobju 1992 - 2001.



Vir: Zdravstveni statistični letopis 2001, IVZ.

V primerjavi z državami EU je imela Slovenija v letu 2001 eno izmed najnižjih stopenj umrljivosti dojenčkov.

Slika št. 9: Umrljivost dojenčkov v državah EU in Sloveniji v letu 2001.

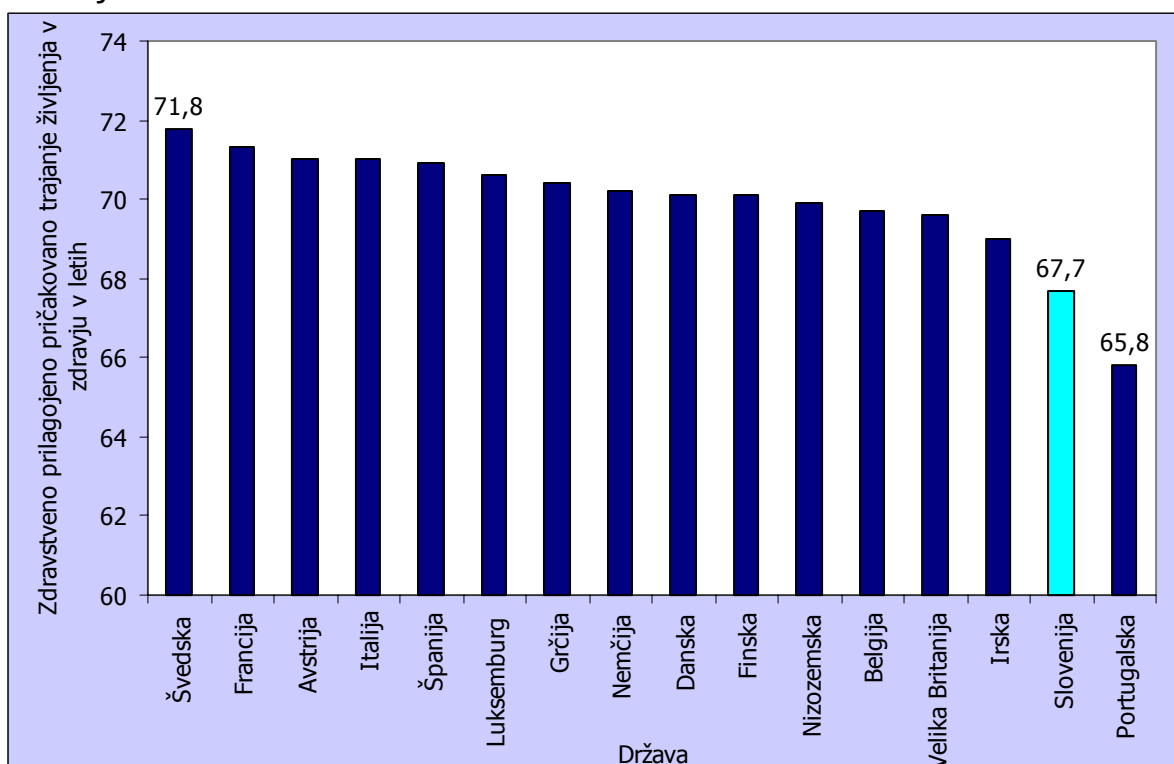


Vir: OECD Health Data 2003 - Frequently asked data [URL:<http://www.oecd.org/dataoecd/2/0/2957156.xls>], 3. 10. 2003; Zdravstveni statistični letopis 2001, IVZ.

1.5.3. Zdravstveno prilagojeno pričakovano trajanje življenja

Zdravstveno prilagojeno pričakovano trajanje življenja (v nadaljevanju: HALE) je relativno nov kazalnik, WHO je mednarodne primerjave na podlagi omenjenega kazalnika prvič objavila v Svetovnem zdravstvenem poročilu za leto 2000. Od tradicionalnega kazalnika pričakovano trajanje življenja ob rojstvu se razlikuje po tem, da upošteva le tisti del življenja, ko smo zdravi (The European Health Report 2002, 2003).

Slika št. 10: Zdravstveno prilagojeno pričakovano trajanje življenja v državah EU in Sloveniji v letu 2001.



Vir: The World Health Report 2002, WHO.

Po podatkih Svetovnega zdravstvenega poročila je HALE v večini zahodnoevropskih držav v letu 2001 v povprečju znašal okoli 70 let (za ženske okoli 72 let, za moške pa 68 let). Tudi po tem kazalniku Slovenija zaostaja za državami EU.

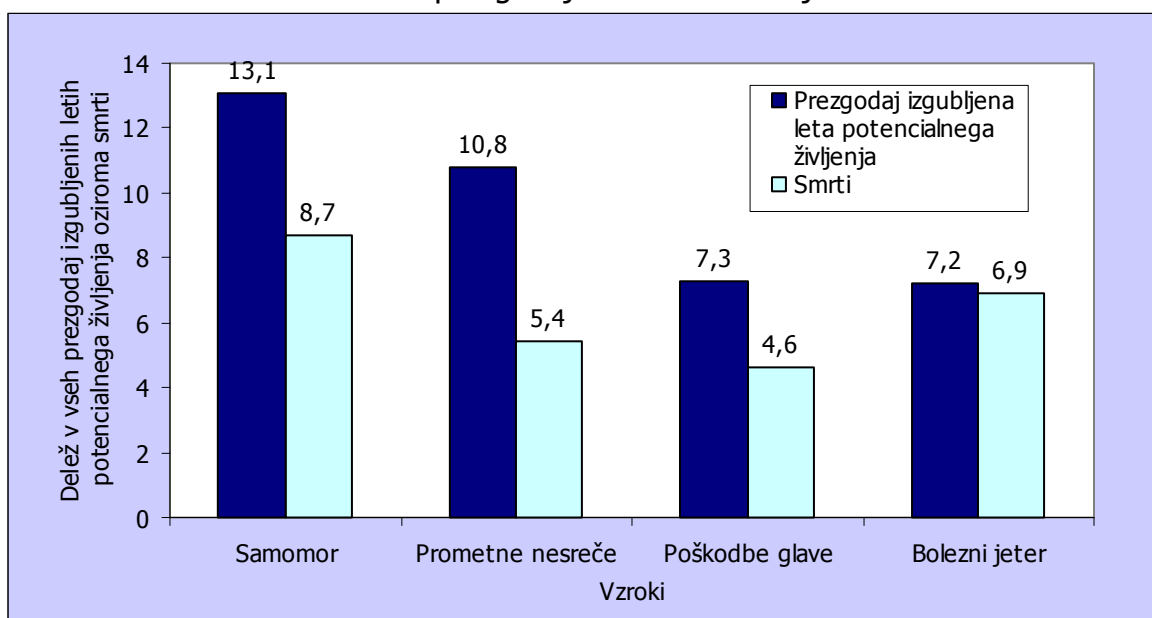
Obsežnejša primerjava kazalnika pokaže, da minimalno vrednost HALE-a dosegajo afriške države (okoli 39 let, in sicer tako pri ženskah kot tudi moških), najvišja vrednost pa je značilna za Japonsko (76,3 leta za ženske) (The European Health Report 2002, 2003).

1.5.4. Prezgodaj izgubljena leta potencialnega življenja

Prezgodaj izgubljena leta potencialnega življenja (v nadaljevanju: YPLL) je kazalnik, ki se uporablja za ugotavljanje prispevka različnih vzrokov smrti k prezgodnji umrljivosti. Za prezgodnjo umrljivost štejemo umrljivost pred 65. letom (Zdravstvena reforma, 2003, str. 285).

V letu 2001 je bilo v Sloveniji 5.012 prezgodnjih smrti, od tega 71,4 % pri moških. Skupno število prezgodaj izgubljenih let potencialnega življenja je tako v tem letu znašalo 71.632, v primerjavi z letom 1997, tedaj je skupno število prezgodaj izgubljenih let potencialnega življenja znašalo 78.334, pa se je znižalo za dobrih 10 % (Zdravstvena reforma, 2003, str. 286).

Slika št. 11: Delež prezgodaj izgubljenih let potencialnega življenja v skupnem številu prezgodaj izgubljenih potencialnega življenja in delež smrti v skupnem številu smrti za izbrane vzroke prezgodnjih smrti v obdobju 1997 - 2001 v %.



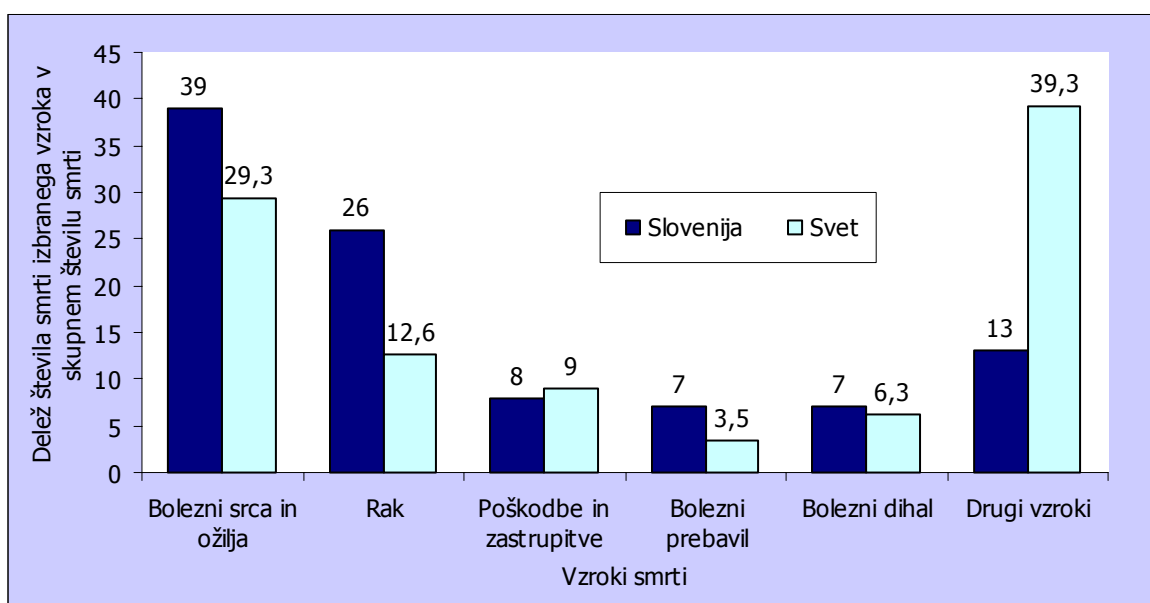
Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 285.

Razmerje med deležem prezgodaj izgubljenih let potencialnega življenja v vseh prezgodaj izgubljenih letih in deležem smrti v vseh smrtih za določen vzrok smrti pokaže na breme prezgodnje umrljivosti. Navedeno razmerje je še posebej izrazito pri samomorih in prometnih nesrečah. V primerjavi s tujino ima Slovenija bistveno večji odstotek smrti omenjenih vzrokov v številu vseh smrti, kot pa je svetovno povprečje. Če je v letu 2001 omenjeni odstotek za samomor v Sloveniji znašal dobrih 8 %, je povprečje v svetu znašalo le 1,5 %. Pri prometnih nesrečah Slovenija ponovno izkazuje višjo vrednost in sicer dobrih 5,5 %, povprečje v svetu pa je znašalo le 2,1 % (The World Health Report 2002, 2003).

1.5.5. Najpogostejša obolenja

Najbolj zanesljiv podatek o zdravstvenem stanju prebivalstva so podatki o umrljivosti. Tako kot drugod v svetu so najpogostejši vzrok smrti v Sloveniji bolezni srca in ožilja. Skupaj z rakom sta v letu 2001 predstavljala vzrok kar 65 % vseh smrti v Sloveniji (Zdravstveni statistični letopis 2001, 2002). Rak predstavlja posebej problematično boleznost. Le-ta se je v obdobju 1980 - 1999 povečala za 64 % med moškimi in za 51 % med ženskami (Zdravstvena reforma, 2003, str. 283).

Slika št. 12: Delež števila smrti posameznega vzroka v Sloveniji v skupnem številu smrti v Sloveniji in delež števila smrti posameznega vzroka v svetu v skupnem številu smrti v svetu v letu 2001 v %.



Vir: Zdravstveni statistični letopis 2001, IVZ; The World Health Report 2002, WHO.

Primerjava s svetom pokaže, da Slovenija presega praktično vse navedene deleže števila smrti izbranih vzrokov v skupnem številu smrti v svetu, razen pri poškodbah in zastrupitvah. Ob tem velja poudariti, da so razlike pri boleznih srca in ožilja ter raku velike predvsem zaradi nižjih deležev v nerazvitem svetu (slab dostop do zdravstvenih storitev, slabša diagnostika in neinformiranost prebivalcev), ki tako vplivajo na nižje svetovno povprečje. Tako pri boleznih srca in ožilja kot tudi pri rakastih boleznih je umrljivost v Sloveniji višja kot v državah EU.

1.6. Pogled v prihodnost

WHO je leta 2000 prvič poizkušala celostno oceniti delovanje zdravstvenih sistemov v 191 članicah te organizacije. Poročilo o svetovnem zdravju (The World Health Report 2000, 2001) podaja splošno analizo učinkovitosti zdravstvenih

sistemov. Izboljšanje splošne ravni zdravja, zmanjšanje neenakosti v zdravstvu, povečanje dostopnosti zdravstvenega varstva in zagotavljanje finančnih prispevkov so opredeljeni kot glavni cilji, ki bi jih morali zdravstveni sistemi čim boljše dosegati. Slovenija je glede na splošno učinkovitost zdravstvenega sistema zasedla 38. mesto. Za primerjavo: mesto pred Slovenijo so zasedle ZDA, mesto za Slovenijo pa Kuba. Glede na sredstva, ki jih Slovenija namenja za zdravstvo, je v primerjavi z ZDA dosegla relativno dober rezultat, v primerjavi s Kubo pa relativno slabega. Ne glede na doseženo mesto pa se praktično vse države soočajo z reformo sistema zdravstvenega varstva.

Zaradi omejenosti virov financiranja in naraščajočih izdatkov za zdravstvo je tudi Slovenija po desetih letih ponovno pred zdravstveno reformo. Reforma naj bi zagotovila večjo pravičnost pri zbiranju sredstev za financiranje zdravstvenega varstva, učinkovito razporejanje sredstev po potrebah državljanov, boljšo dostopnost do zdravstvenega varstva, razvoj sistema celovite kakovosti, večjo učinkovitost upravljanja in regulacije sistema zdravstvenega varstva ter krepitev področja javnega zdravja.

Eden izmed ciljev je torej učinkovito razporejanje sredstev izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Reforma v ta namen predvideva tudi vpeljavo sprememb na področju plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti. Na izdatke bolnišnic namreč med drugim vplivajo tudi notranji dejavniki kot npr. organizacija in upravljanje bolnišnice, produktivnost, razpoložljivost opreme in kadrov, motivacija zaposlenih itn. Ti dejavniki pa so v tesni povezanosti z modelom plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti.

2. PLAČEVANJE IZVAJALCEM BOLNIŠNIČNE DEJAVNOSTI

Financiranje sistema zdravstvenega varstva sestoji iz dveh delov. Prvi del zajema zbiranje sredstev, drugi del pa razdeljevanje zbranih sredstev oziroma plačevanje izvajalcem zdravstvene dejavnosti (Mossialos, Dixon, 2002, str. 3).

Države si tako pri zbiranju sredstev kot tudi plačevanju izvajalcem prizadevajo vzpostaviti pravičnost. Le-ta je eden izmed poglobitnih ciljev na področju zdravstva. Pravičnost na področju zdravstva lahko opredelimo kot vrednotno in moralno aktiven pojem, ki izraža vrednotno in moralno presojo posameznika, družbene skupine, družbe ali mednarodne skupnosti o tem, ali so določene zdravstvene ali družbene razlike pravične, na osnovi tega, kako posameznik ali družbene skupine pojmujejo naravno pravico in pravičnost (Letica, 2003, str. 22). Pravično zbiranje sredstev opredeljuje solidarnost, ki je podlaga za pravičen dostop do zdravstvenih pravic. Pravično oziroma ustrezno plačevanje izvajalcem zdravstvene dejavnosti pa je pogojeno z enakimi obravnavanjem med seboj primerljivih izvajalcev.

Poleg pravičnosti bi moral biti cilj vsake zdravstvene politike tudi pregleden in učinkovit sistem plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Preglednost pomeni predvsem zagotovitev enostavne administracije, nadzora in možnosti primerjav, učinkovitost pa vpliv na ustreznejše izvajanje zdravstvenih storitev z vidika stroškov ter uspešnost izboljševanja zdravja vseh državljanov. Ustreznejše izvajanje zdravstvenih storitev z vidika stroškov pomeni ob danih oz. enakih denarnih sredstvih izbrati najbolj učinkovito organiziranost zdravstvene dejavnosti in najbolj gospodarno porabo razpoložljivih človeških, materialnih in finančnih virov. Le-to predstavlja del t. i. analize stroškov in uspešnosti³ (cost-effectiveness analysis oz. CEA), ki se ukvarja z vprašanjem, kako dosežati čim boljše zdravstvene rezultate z vnaprej določenimi finančnimi viri (Česen, 2003, str. 231). Učinkoviti modeli plačevanja ustvarjajo tudi vzpodbude za spremembe obnašanja izvajalcev v smislu večje kakovosti, izvajalce pa odvrtaajo od povečevanja števila nepotrebnih obravnav.

Plačevanje izvajalcem zdravstvene dejavnosti bi tako morale zasledovati naslednje cilje (Petrič, 1993, str. 14 - 15):

- nezahtevna administracija,
- enostaven nadzor in nedvoumnost,
- motiviranost izvajalcev k čim boljšemu delu,
- enakost zavarovancev pri uveljavljanju pravic,
- ni vzpodbud za opravljanje nepotrebnih storitev.

Ob tem velja poudariti, da cilji plačnikov zdravstvenih storitev niso enaki ciljem izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Medtem ko prvi želijo z varčno razdelitvijo razpoložljivih sredstev zagotoviti dogovorjeno raven zdravstvene preskrbljenosti vsem zavarovanim osebam, želijo drugi z opravljanjem zdravstvene dejavnosti maksimirati prihodek (Česen, 1997, str. 7).

Le-to lahko v različnih modelih plačevanja uresničijo na naslednje načine (Normand, Weber, 1994, str. 59):

- da nudijo največje možno število zdravstvenih storitev,
- da privabijo največje možno število bolnikov,
- da pošiljajo bolnike s finančno neprivlačnimi težavami drugam,
- da naročajo bolnike na večkratne obiske, čeprav to ni nujno,
- da kupujejo drago medicinsko opremo, ki ni nujno potrebna, zaradi vključitve amortizacije v stroške.

³Poleg omenjene analize se v zdravstveni dejavnosti uporabljata še analiza stroškov in koristi (cost-benefit analysis oz. CBA) ter analiza stroškov in skupne koristi (cost-utility analysis oz. CUA). Analiza stroškov in koristi predstavlja orodje zdravstvene politike pri določanju oz. odločanju o zdravstvenih problemih, ki se bodo, glede na javni zdravstveni interes, reševali prednostno (Analiza se ukvarja s preučevanjem in vrednotenjem ekonomskih bremen in ekonomskih koristi pri obvladovanju večjih zdravstvenih problemov, bolezni ali bolezenskih stanj, ki močno prizadevajo zdravje prebivalstva.). Analiza stroškov in skupne koristi ugotavlja skupno korist le preko enega merila (npr. dodana kakovost v letu življenja).

Modeli plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti so različni. Razlike izhajajo iz opravljanja različnih vrst zdravstvenih dejavnosti. Zakon o zdravstveni dejavnosti opredeljuje naslednja področja zdravstvene dejavnosti (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 1992):

- Osnovna zdravstvena dejavnost, ki obsega preprečevanje bolezni in poškodb, odkrivanje, diagnostiko in zdravljenje ter rehabilitacijo na ambulantni in dispanzerski način v zdravstvenem zavodu, terenu, na domu bolnika in v socialnem zavodu. Zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti izvajajo zdravstveni domovi, ambulante v podjetjih, zavodih in drugih organizacijah za svoje delavce, socialnovarstveni zavodi in zavodi za usposabljanje mladih z motnjami v duševnem razvoju.
- Specialistična ambulantna dejavnost kot nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti obsega specialistično diagnostiko in zdravljenje poškodovanega in obolelega na ambulantni ali dispanzerski način ter ambulantno rehabilitacijo. Dejavnost izvajajo poliklinike, splošne in specialistične bolnišnice, klinike in inštituti, specialistično usposobljene enote zdravstvenih domov, naravna zdravilišča ter zasebni zdravniki specialisti.
- Specialistična bolnišnična dejavnost obsega diagnostiko, zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego, nastanitev in prehrano v bolnišnicah.
- Dejavnost klinik in inštitutov obsega zdravstvene storitve, ki jih zaradi najzahtevnejših strokovno-tehnoloških in organizacijskih pogojev dela ter racionalnosti ne opravljajo drugi zdravstveni zavodi, zdravstvene storitve, ki jih opravljajo zaradi visokošolskega izobraževanja za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje zdravstvene šole po izobraževalnih programih, zdravstvene storitve, ki jih opravljajo po posebej dogovorjenih znanstveno-raziskovalnih programih in strokovno nadzorstvo nad delom zdravstvenih zavodov ter oblikovanje medicinske doktrine.
- Zdraviliška zdravstvena dejavnost obsega preventivno varstvo ter specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje, rehabilitacijo obolelih in poškodovanih z uporabo naravnih zdravilnih sredstev, medicinskih, terapevtskih in rehabilitacijskih postopkov.
- Lekarniška dejavnost obsega promet gotovih zdravil in drugi farmakoloških sredstev za zdravljenje in varovanje zdravja, izdelavo in promet galenskih preparatov ter preskrbo s sanitetnim materialom in ortopedskimi pripomočki. Dejavnost opravljajo lekarne, podružnice lekarn, bolnišnične lekarne, galenski in analizni laboratoriji ter zasebne lekarne in njihove podružnice.
- Nujna medicinska pomoč in reševalni prevoz obsega neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja ponesrečenca in obolelega na mestu, reševalni prevoz ponesrečenca ali obolelega do zdravstvenega zavoda ter zdravstvene storitve med prevozom, kakor tudi neodložljive zdravstvene storitve v zdravstvenem zavodu. Dejavnost opravljajo zdravstveni zavodi in reševalne postaje.
- Preskrba s krvjo, krvnimi pripravki in organi za presajanje, ki jo zagotavljajo v sodelovanju s humanitarnimi organizacijami Zavod za transfuzijsko medicino in oddelki za transfuzijo krvi pri bolnišnicah.

- Socialno-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost, ki obsega proučevanje in spremljanje zdravstvenega stanja in drugih razmer, ki vplivajo na zdravje prebivalstva, ter spremljanje izvajanja ukrepov za odkrivanje in odpravljanje zdravju škodljivih, ekoloških in drugih dejavnikov ter ukrepov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja ljudi.

Navedene zdravstvene dejavnosti se glede na svoj pomen kot oblika in vsebina zdravstvenega varstva organizacijsko povezujejo v določene ravni zdravstvene dejavnosti. Primarna raven zdravstvene dejavnosti tako vključuje osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost, sekundarna raven zdravstvene dejavnosti zajema specialistično ambulantno in specialistično bolnišnično dejavnost ter območno socialno-medicinsko, higiensko, epidemiološko in zdravstveno ekološko dejavnost, terciarna raven zdravstvene dejavnosti pa obsega dejavnost klinik, inštitutov in specialnih zdravstvenih zavodov ter za državo pomembno socialno-medicinsko, higiensko, epidemiološko in zdravstveno ekološko dejavnost.

Ob zasledovanju že navedenih ciljev so se v svetu razvili številni modeli plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Kot že omenjeno, razlike izhajajo iz opravljanja različnih vrst zdravstvene dejavnosti. Tako se modeli plačevanja v bolnišnični dejavnosti (plačevanje akutnih obravnav, plačevanje neakutnih obravnav, plačevanje na specialistično ambulantni ravni) razlikujejo od modelov plačevanja izvajalcem izven bolnišnične dejavnosti (plačevanje na osnovni ravni (zdravstveni domovi), plačevanje v izven bolnišnični stacionarni obravnavi (domovi starejših občanov) in plačevanje v skupnosti). Nadaljnje razlike pa so se zaradi različnih pogledov in usmeritev pojavile tudi znotraj posameznih zdravstvenih dejavnosti ali skupin v okviru zdravstvene dejavnosti (npr. akutna obravnava se lahko plačuje na podlagi bolnišnično oskrbnega dneva, primera ali skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju: SPP)). Velja poudariti, da idealnega modela plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti ni, vsak model ima svoje prednosti in slabosti. Najbolj pogosto proučevani modeli plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti so modeli plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti.

2.1. Modeli plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti glede na različne kriterije

Izdatki za bolnišnično zdravljenje predstavljajo povsod po svetu največji izdatek plačnikov zdravstvenih programov. V celotnih izdatkih za zdravstvene storitve posamezne države dosegajo blizu 60 %. Zaradi visokega deleža izdatkov za bolnišnično zdravljenje v skupnih izdatkih za zdravstvene storitve in trendov, ki kažejo na njihovo stalno povečevanje, so deležni posebne pozornosti zdravstvenih ekonomistov in sistemskih analitikov s področja zdravstvenega varstva. Ti poleg analiziranja vplivov, ki pogojujejo te izdatke in njihovo naraščanje, predvsem proučujejo možnosti in mehanizme za njihovo obvladovanje ter za doseganje čim večje učinkovitosti ter uspešnosti pri koriščenju razpoložljivih virov (Toth, 2000, str. 69 - 70).

Dejavnike, ki vplivajo na izdatke za storitve, ki jih opravljajo bolnišnice, lahko delimo na zunanje in notranje. Zunanji dejavniki obsegajo spremembe v starostni strukturi prebivalstva, spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva, razvoj medicinske znanosti, večjo osveščenost prebivalcev itn. Na izdatke za bolnišnično zdravljenje pa vplivajo tudi drugi dejavniki, in sicer notranja organizacija in upravljanje bolnišnice, organizacija dela in produktivnost, razpoložljivost opreme in kadrov, motivacija zaposlenih itn. Ti dejavniki so v tesni povezanosti z modeli plačevanja bolnišnične dejavnosti (Toth, 2000, str. 70)

Plačevanje opravljenega dela izvajalcem predstavlja pomemben sestavni del sistema zdravstvenega varstva vsake države. Le-ta lahko v veliki meri vpliva omejevalno ali pa spodbujevalno na obseg zdravstvenih storitev, na višino sredstev, potrebnih za kritje zdravstvenih programov ter storitev in s tem na izdatke zdravstvenega varstva. Kot že navedeno, modeli plačevanja morajo biti oblikovani tako, da izvajalcem omogočajo dovolj visoka plačila, ki so motiv za kakovostno opravljanje storitev, po drugi strani pa morajo preprečiti razsipavanje za nepotrebne storitve (Normand, Weber, 1994, str. 60).

2.1.1. Retrospektivni in prospektivni modeli plačevanja

Modele plačevanja lahko delimo na več načinov. Prvi način je delitev glede na merilo (ne)predvidljivosti. Tako poznamo dve skupini modelov (Česen, 1997, str. 10):

- retrospektivni modeli,
- prospektivni modeli.

Pri retrospektivnih modelih plačnik za višino izdatkov izve tedaj, ko mu izvajalec pošlje račun za opravljene zdravstvene storitve. Plačnik tako vnaprej ne more oceniti ali celo določiti velikosti izdatkov zdravstvene dejavnosti v poslovnem obdobju. Na izdatke plačnik ne more vplivati, saj so ti že nastali.

Retrospektivno plačevanje ima pomembno pomanjkljivost, saj se celotno tveganje obvladovanja stroškov zdravljenja prenese na plačnika, medtem ko za izvajalca ne obstajajo vzpodbude za iskanje načinov izvajanja dejavnosti, ki bi bile ob enaki kvaliteti stroškovno ugodnejše (Reisman, 1993, str. 147).

Retrospektivni modeli plačevanja tako najbolj ustrezajo interesom izvajalcev, saj le-ti v tem primeru dobijo plačilo za vse opravljene storitve. Posledici sta dobra kakovost zdravstvene oskrbe (v središču pozornosti je bolnik in njegova 100-%-na zadovoljitev zdravstvenih potreb, nekatere opravljene storitve so zato tudi nepotrebne) ter močno naraščanje izdatkov za zdravstveno varstvo, slednje pa ob omejenih virih financiranja za plačnika ni sprejemljivo.

Za plačnika so bolj sprejemljivi prospektivni modeli plačevanja. S prospektivnimi modeli plačevanja lahko vplivamo na velikost prihodnjih izdatkov zdravstvene dejavnosti, saj so v normalnih okoliščinah izdatki vnaprej predvidljivi. Prospektivni

modeli plačevanja omogočajo, da se izvajalci in plačnik vnaprej dogovorijo za določeno plačilo za izvedbo dogovorjenega zdravstvenega programa. Bistvo prospektivnih modelov je v tem, da tako izvajalec kot plačnik vnaprej vesta, pri čem sta. Pomembno je, da izvajalec še pred začetkom poslovnega obdobja ve, s kolikšnimi prihodki bo razpolagal in kaj bo moral za to narediti (Česen, 1997, str. 26). Prospektivno plačevanje sili izvajalce v obvladovanje stroškov.

2.1.2. Storitveni in proračunski modeli plačevanja

Naslednja delitev modelov plačevanja je delitev glede na osnovno plačilno enoto oziroma možnost izvajalca za preračunavanje. Tako ločimo (Beske et al., 1987, str. 7):

- storitveni modeli (item based system),
- proračunski modeli (global budget system).

Storitveni model temelji na plačevanju zdravstvenih storitev ali posameznih sestavin celotnih zdravstvenih storitev v bolnišnici. Proračunski model pa temelji na plačilu celotne vsote posameznemu izvajalcu za celotni dogovorjeni obseg zdravstvenega programa (Zdravstvena reforma, 2003, str. 90). Izvajalec lahko prerazdeljuje sredstva.

Tako kot pri retrospektivnem plačevanju je tudi pri storitvenem modelu tveganje obvladovanja stroškov prenešeno na plačnika (ki običajno zato vpelje omejitve plačevanja, in sicer na raven vnaprej načrtovanega programa), pri proračunskem modelu pa se z omenjenim tveganjem sooča izvajalec.

2.1.3. Najpogostejši modeli plačevanja

Ne glede na različne do sedaj navedene načine delitev lahko modele plačevanja znotraj le-teh razdelimo na naslednje (Langenbrunner, Wiley, 2002, str. 154 - 156, Norman, Weber, 1994, str. 60 - 80; Zdravstvena reforma, 2003, str. 93 - 96):

- Plačevanje po storitvi: Po tem modelu je plačilo izvajalcu vezano na opravljeno individualno storitev. V svetu model navadno imenujejo Fee for Service. Izvajalci so plačani po opravljenih storitvah, le-te pa so opredeljene v nacionalnem seznamu, ki lahko vključuje preiskave, posege itn. Vse storitve s seznama imajo določeno ceno, ki je lahko stalna ali določena v razponu, lahko je izražena denarno ali pa v točkah. Prednost modela je v njegovi administrativni nezahtevnosti, zahteva pa natančnost pri sporočanju podatkov v predpisanih časovnih rokih. Vsebuje vzpodbude za opravljanje večjega števila storitev, med njimi so lahko tudi nepotrebne, kar negativno vpliva na kakovost opravljenega dela in raven skupnih izdatkov. Plačnik storitev lahko s pogodbo ali na drug način omeji število storitev, ki jih poravnava posameznemu izvajalcu. Če stroški zdravljenja določene storitve presegajo plačilo, model vzpodbuja k večji učinkovitosti, v primeru, da so stroški nižji od cene, pa ne.

- Plačevanje po bolnišnično oskrbnem dnevu: Plačilo izvajalcu temelji na podlagi realiziranih bolnišnično oskrbnih dnevih. Cena vključuje povprečje stroškov storitev, zdravil, hrane in namestitve na bolnišnično oskrbni dan. Plačilo ni z ničimer povezano z različno zahtevnostjo obravnave bolnikov. Model je administrativno enostaven in poceni, vzpostavitev zelo preprosta, podatki pa so hitro dostopni. Običajno so stroški obravnave najvišji v prvih dnevih in nato v naslednjih postopoma padajo. Ob enotni ceni oskrbnega dne si izvajalci povečujejo prihodek s podaljševanjem ležalne dobe. Glavna slabost modela je torej vzpodbuda k podaljševanju ležalne dobe in povečevanju števila oskrbnih dni, kar se lahko odrazi v slabšem dostopu prebivalcev do zdravstvenih storitev, slabši kakovosti opravljenega dela in naraščajočih izdatkih. Plačnik lahko s pogodbo omeji število bolnišnično oskrbnih dni, ki jih poravnava izvajalcu.
- Plačevanje po primeru: Obstajata dve različici modela. Glede na prvi model je plačevanje izvajalcem neodvisno od zahtevnosti posameznega primera. Cena primera je enotna za vse bolnike. Plačilo ne upošteva različnih obravnav bolnikov z opravljenimi preiskavami, posegi in porabljenimi zdravili. Potrebni podatki so hitro dostopni, kar administrativno poceni in poenostavi model. Ob plačilu, ki je neodvisno od zahtevnosti in dolžine obravnave, metoda ne more biti pravična in ne vzpodbuja učinkovitosti. Izvajalce vzpodbuja k povečevanju števila sprejemov, še posebej v primerih, ko je postavljena cena višja od stroškov primera. Povečuje se število neustreznih in nezahtevnih obravnav ter zmanjšuje kakovost obravnave. Drugi model plačevanja po primeru upošteva različnost obravnav. V svetu je ta model najbolj prepoznaven kot DRG model (Diagnosis-Related Groups) oz. model plačevanja po SPP. Pri tem modelu plačilo opredeli celoten postopek obravnave bolnika. Tako se za različne primere zagotovi različno plačilo, ki je sorazmerno stroškom. Na ta način se plačilni sistem zanesljivo preusmeri na bolnikov problem in njegove potrebe. Zahtevnost primera namreč določajo klinične diagnoze, opravljeni posegi in dolžina obravnave. Modeli razvrščajo vse bolnike v skupine primerov, ki so primerljivi po diagnozah ali standardiziranih tipih obravnav. Model plačevanja je administrativno in izvedbeno najbolj zahteven. Postavitev je povezana z dostopnostjo podatkov o kliničnih obravnavah in stroških. Metoda zagotavlja pravičnost in primerljivost razporejanja sredstev med posamezne izvajalce. Posamezne izvajalce vzpodbuja k optimizaciji stroškov z vzdrževanjem povprečne porabe v obsegu plačila za posamezne skupine primerov. Model potrebuje izdelan nadzor nad zlorabami (pretirano beleženje višjih obtežitev, neupravičene diagnoze in posegi), ki težijo k večjemu plačilu za primere.
- Plačevanje po proračunu: Po tem modelu plačevanja je izvajalcem vnaprej določen letni znesek sredstev za opravljanje dejavnosti. Proračun tako vnaprej omeji morebitno prihodnjo rast cen zdravstvenih storitev in količino plačanih storitev, izvajalcu pa je v okviru omejenega proračuna dovoljena fleksibilnost pri porabi sredstev. Presežek proračuna po koncu proračunskega obdobja lahko ostane izvajalcu, za morebitni primanjkljaj sredstev pa mora izvajalec sam priskrbeti sredstva za kritje. Proračun izvajalca se določi s povprečnimi stroški in primeri ter demografskimi značilnostmi gravitacijskega področja. Za izvajalce je model administrativno in izvedbeno bolj zahteven, saj omejen proračun sili k učinkoviti porabi dodeljenih sredstev. To lahko vodi v izogibanje dragim storitvam, postopkom in zdravilom. Strokovno upravičeni ukrepi

povečujejo stroškovno učinkovitost, neupravičeno omejevanje pa zmanjšuje kakovost obravnave. Učinkovitost se izboljša le ob strogem upoštevanju omejitev celotnega proračuna.

- Plačevanje po glavarini: Model plačevanja po glavarini predstavlja plačilo, ki ga prejme izvajalec za določeno število opredeljenih oseb, in sicer za zagotavljanje vseh potencialnih zdravstvenih potreb v določenem časovnem obdobju. Pri tem ni pomembno, kako pogosto obravnava zavarovane osebe in kako zahtevne posege opravi, ampak šteje le dosledno izpolnjevanje nalog, ki so zdravniku določene v skrbi za osebe, ki so si ga izbrale. Metoda je administrativno zelo enostavna, izvajalce pa vzpodbuja k celoviti in stroškovno učinkoviti obravnavi. Ob tem je v modelu potrebno preprečiti ne celovite obravnave. Izvajalci lahko preveč varčujejo s svojimi sredstvi in stremijo k opravljanju minimalnega števila storitev. Dodatno nevarnost predstavlja zavračanje zahtevnejših bolnikov, katerih zdravljenje predstavlja visoke stroške, oziroma njihovo preusmerjanje na višjo raven zdravstvenega varstva.

Navedeni in opisani modeli plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti imajo različen vpliv na učinkovitost, dostopnost in kvaliteto zdravstvene oskrbe. Iz tabele št. 1 je razvidno, da plačevanje po SPP, proračunu in glavarini pozitivno vplivajo na učinkovitost, plačevanje po primeru in SPP pozitivno vplivajo na dostop do zdravstvenih storitev, za nobenega izmed modelov pa ne moremo reči, da pozitivno vpliva na kvaliteto zdravstvene oskrbe.

Tabela št. 1: Modeli plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti glede na učinkovitost, dostopnost in kakovost zdravstvene oskrbe.

Model	Učinkovitost	Dostopnost	Kakovost
Storitev	Negotova	Pozitivna pri kirurgiji	Negotova
Bolnišnično oskrbni dan	Negativen	Negotova	Negotova
Primer	Negativen	Pozitivna	Negativen
SPP*	Pozitiven	Pozitivna	Negotova
Proračun	Pozitiven	Negotova	Negotova
Glavarina	Pozitiven	Negotova	Negotova

Vir: Langenbrunner, Wiley, 2002, str. 157.

* Skupine primerljivih primerov

Za opredelitev plačila izvajalcem je potrebno poleg osnovne plačilne enote (storitev, bolnišnično oskrbni dan, primer, število zavarovanih oseb itn.), določiti tudi ceno plačilne enote. Pri določitvi cen zdravstvenih storitev se večinoma upoštevajo kombinacije različnih prikazov stroškov: dejanskih, ocenjenih,

standardnih in povezanih z dobro klinično prakso. V procesu določitve cen se prepletajo načela trga in pogajanja, na katerih temeljne pogoje vpliva država. Na tržno ceno vpliva ravnotežje med ponudbo in povpraševanjem oziroma med številom izvajalcev in finančnimi možnostmi plačnikov. Vsak izvajalec lahko postavi svojo ceno, plačilo pa je omejeno s plačilno sposobnostjo plačnikov. Vplive trga omejuje v zdravstvenem sistemu več dejavnikov, med njimi sta najpomembnejši informacijska asimetrija⁴ in moralno tveganje⁵. Zato mora v odnos med izvajalci in uporabniki poseči država, ki v interesu državljanov določi prioritete v zdravstvenem varstvu in način dogovarjanja med plačniki in izvajalci (Zdravstvena reforma, 2003, str. 92).

Pri in po izbiri modela plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti je potrebno slediti naslednjim aktivnostim (Beske et al., 1987, str. 11):

- Model plačevanja bolnišnicam je potrebno spremljati, da bi se sproti ugotavljali morebitni nezaželeni učinki v obliki neizpolnjevanja nacionalne ali lokalne zdravstvene politike in strategij ter v neuravnoteženosti med delovanjem primarne in sekundarne ravni zdravstvene dejavnosti.
- Model plačevanja bolnišnicam naj se izogiba spreminjanju količine sredstev za posamezno bolnišnico glede na spremembo dejanskih stroškov, ker tako stimulira slabo poslovanje bolnišnic, saj bi bolnišnice, ki so bolje poslovale in nekaj prihranile, ob dogovorjeni kakovosti in številu zdravstvenih storitev, naslednje leto v tem primeru za nagrado dobile manj denarja. Če ti prihranki ostanejo v bolnišnicah, so te spodbujene k boljšemu poslovanju. Po drugi strani pa morajo v primeru izgube same nositi posledice, razen če dokažejo, da povečani stroški niso posledica slabše stroškovne učinkovitosti.
- Model plačevanja bolnišnicam mora posvetiti več pozornosti načrtovanju, upravljanju in vrednotenju dela v bolnišnicah. Odločitve v zvezi z vložki (inputi) v bolnišnice (sredstva, zaposleni, nepremičnine, oprema in zaloge materiala) morajo biti tesneje povezane z odločitvami v zvezi z bolnišničnimi storitvami (outputi).
- Model plačevanja ne sme biti administrativno obsežen.
- Model plačevanja bolnišnicam mora omogočati obračunavanje amortizacije v bolnišnicah, ki naj bo neodvisno od načina financiranja nepremičnin in opreme in naj upošteva napovedi o bodočih stroških investicij.

⁴Pomanjkanje znanja uporabnikov (bolnikov) za informirano odločanje daje izvajalcem (zdravnikom) položaj, v katerem lahko hkrati vplivajo na ponudbo in povpraševanje po zdravstvenih storitvah.

⁵Prisotno je tako na strani uporabnikov (kot zavarovancev in potencialnih bolnikov) ter na strani izvajalcev (zdravnikov). Moralno tveganje uporabnikov izhaja iz slabše skrbi za lastno zdravje, ker jim zavarovanje daje občutek večje varnosti. V primeru bolezni pa želi uporabnik maksimirati koriščenje zdravstvenih storitev, in to nad točko, pri kateri so marginalni stroški enaki marginalni koristi (Culyer, 1989a, str. 48). Moralno tveganje izvajalcev lahko izhaja iz pomanjkanja stroškovne zavesti zdravnikov, lahko pa je vzpodbujeno z modelom plačevanja, kot je npr. storitveni sistem. Izvajalci so plačani po številu opravljenih storitev, kar pomeni, da imajo interes opraviti čim več storitev. Omenjeno ravnanje je poznano kot povpraševanje, povzročeno s strani izvajalcev (Donaldson, Gerard, 1993, str. 33). Obe obliki moralnega tveganja povzročata prekomerno poseganje po zdravstvenih storitvah.

- Da bi v bolnišnicah zagotovili stroškovno učinkovito in uspešno delo zdravnikov, sester in administracije, naj se v bolnišnicah uvajajo in preizkušajo ustrezni finančni, računovodski in informacijski mehanizmi.
- Pristojni organ naj omejuje financiranje najnovejše medicinske opreme in tehnologije, razen če se izkaže, da ima ta pozitivne ekonomske, medicinske in tehnične učinke.

Pogled v preteklost pokaže, da se čedalje bolj uporabljajo prospektivni modeli plačevanja z opredeljeno najvišjo ravniyo plačila, čedalje manj pa retrospektivni modeli plačevanja, ki zagotavljajo plačilo vseh nastalih stroškov (Rice, Smith, 2002, str. 251).

2.2. Pregled preteklih modelov plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti v Sloveniji

V Sloveniji so modeli plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti (kot tudi vseh ostalih zdravstvenih dejavnosti) določeni v vsakoletnem Splošnem dogovoru in specifičnih Področnih dogovorih, ki jih zdravstveni partnerji sprejmejo na podlagi 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Splošni dogovor natančno opredeli bolnišnično dejavnost. Glede na zahtevnost in vsebino bolnišnične dejavnosti tako ločimo sekundarno in terciarno bolnišnično dejavnost, glede na način obravnave bolnika oziroma izvajanja dejavnosti pa specialistično ambulantno dejavnost in specialistično bolnišnično dejavnost (Splošni dogovor za pogodbeno leto 2003, 2003).

Po Splošnem dogovoru so osnovne specialistične bolnišnične dejavnosti naslednje (Splošni dogovor za pogodbeno leto 2003, 2003):

- internistična dejavnost,
- kirurška dejavnost,
- pediatrična dejavnost,
- ginekološka in porodniška dejavnost,
- dermatološka dejavnost,
- okulistična dejavnost,
- ORL dejavnost in dejavnost maksilofacialne kirurgije,
- psihiatrična dejavnost,
- onkološka dejavnost,
- rehabilitacijska dejavnost.

V nadaljevanju opisani modeli plačevanja izvajalcev bolnišnične dejavnosti se nanašajo na specialistično bolnišnično dejavnost.

2.2.1. Plačevanje po storitvah

V Sloveniji je bilo že v letu 1976 uvedeno plačevanje izvajalcem po storitvah na vseh ravneh zdravstvenega varstva, pri čemer je takratna zakonodaja dovoljevala možnost izbire med plačevanjem po storitvah ali proračunskim financiranjem.

Leta 1980 je bila v Sloveniji sprejeta Zelena knjiga, ki je predstavljala osrednji dokument (v določeni meri ga še vedno), na podlagi katerega se je uvedel storitveni sistem za vse zdravstvene dejavnosti in poenoteno vrednotenje dela izvajalcev. Zelena knjiga je vsebovala seznam s približno 2.600 storitvami, vsaka storitev je imela določeno relativno ceno. Izvajalci so težko sprejeli enotno merjenje in vrednotenje dela glede na vložen čas in zahtevnost opravljenega dela. Še posebej nesprejemljivo pa je bilo plačevanje z omejitvami (plačevanje le do višine vnaprej načrtovanih programov), ki je bilo uvedeno leta 1982, in sicer po prospektivni metodi. Kljub omejitvam plačila so izvajalci v storitvenem sistemu zelo povečali število opravljenih storitev, kar je vplivalo na boljšo dostopnost zdravstvenega sistema za bolnike, po drugi strani pa so se kopičile nepotrebne storitve (Zdravstvena reforma, 2003, str. 102).

Do leta 1993 je torej model plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti temeljil na stroškovno ovrednotenih storitvah, katerih skupna količina je bila omejena na letni ravni. Posamezni bolnik je predstavljal seštevek vseh opravljenih storitev. Administrativno nezahteven model je izvajalce vzpodbujal k proizvodnji storitev, in sicer tistih, ki so bile dobro plačane. Količina storitev je predvsem odražala kapacitete izvajalca, zato je plačevanje po storitvah na prvo mesto postavljalo možnosti in potrebe izvajalcev in ne potrebe bolnikov.

2.2.2. Plačevanje po bolnišnično oskrbnih dnevih

Reforma sistema zdravstvenega varstva v začetku 90. let je med drugim uvedla tudi nov model plačevanja na specialistični bolnišnični ravni, in sicer plačevanje po bolnišničnem oskrbnem dnevu.

Model plačevanja je temeljil na prospektivno omejenem številu opravljenih bolnišnično oskrbnih dni in vrednosti bolnišnično oskrbnega dne. Vrednost bolnišnično oskrbnega dne je vključevala povprečje stroškov storitev, zdravil in namestitve in kot taka ni razlikovala med različnimi obravnavami bolnikov. Cene bolnišnično oskrbnih dni so bile določene za vsako posamezno specialistično bolnišnično dejavnost posebej (npr. internistični ali kirurški bolnišnični oskrbni dan), razlike med posameznimi specialnostmi pa so izhajale na podlagi stroškov prejšnjih let in deležev oskrbnih dni po bolnišnicah in oddelkih. Bolnišnični proračun izvajalca je bil poleg vrednosti bolnišnično oskrbnega dne opredeljen tudi z vnaprej omejenim številom opravljenih bolnišnično oskrbnih dni. Obseg programa za posameznega izvajalca za tekoče leto se je določil na podlagi realiziranega programa v preteklem letu in preskrbljenosti območja, ki mu posamezni izvajalec pripada, s posamezno bolnišnično dejavnostjo. Izvajalec je moral za celotno plačilo dogovorjenega obsega programa skrbeti le za doseganje

celotnega načrta, medtem ko je določen delež programov med posameznimi specialistično bolnišničnimi dejavnostmi lahko prelival. To je zmanjšalo tveganje, da bi moral vračati sredstva, če ob koncu leta ne bi bilo doseženo načrtovano število bolnišnično oskrbnih dni po posameznih dejavnosti. Tveganje za preseganja načrtov je bilo prepuščeno izvajalcem (Zdravstvena reforma, 2003, str. 106).

Model plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih je izvajalce usmeril v proizvajanje bolnišnično oskrbnih dni. Kljub omejitvi plačevanja na raven vnaprej dogovorjenega obsega programa so izvajalci presegali načrtovane količine opravljenih bolnišnično oskrbnih dni. Plačevanje po bolnišnično oskrbnih dnevih naj bi bolnišnice vzpodbudilo k zmanjševanju storitev med ležanjem v bolnišnici, podaljševanje ležalne dobe pa je morebitni učinek iz naslova zmanjševanja storitev izničil. Plačevanje bolnišnično oskrbnih dni je zavrlo skrajševanje ležalnih dob v bolnišnicah. Če se je iz demografskih ali epidemioloških razlogov zmanjšalo povpraševanje po bolnišničnih posteljah, so bolnišnice enostavno podaljšale ležalno dobo. Tako se je npr. ob upadu števila porodov v obdobju 1985 - 2001 s 26.000 na 17.000 ležalna doba porodnic podaljšala na sedem dni, v razvitih državah pa le-ta znaša do dva dni (Zdravstvena reforma, 2003, str. 108).

Zaradi podaljševanja ležalnih dob se je model plačevanja z namenom skrajševanja le-teh dopolnil s tako imenovanim plačevanjem praznih postelj, kar pomeni, da so bolnišnice dobile plačane nerealizirane bolnišnične oskrbne dni, ki so nastali zaradi skrajševanja ležalne dobe. Omenjeni ukrep je izvajalce spodbudil k skrajševanju ležalnih dob (ponekod tudi z odpustom in ponovnim sprejemom bolnika, saj se evidence, ki bi to preprečevale, niso vodile), izpad sredstev in nedopustne prazne postelje pa so izvajalci nadomestili z večjim številom bolnišničnih obravnav. Specifične stopnje hospitalizacije, izražene kot število bolnišničnih obravnav na prebivalce po starostnih skupinah, so porasle. V obdobju 1995 - 2000 se je najbolj povečala specifična stopnja hospitalizacije za pediatrijo, in sicer za 40 % navkljub bistveno manjšemu številu otrok (Zdravstvena reforma, 2003, str. 108 - 109).

Naslednja slabost modela plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih je zanemarjanje razlik v stroških za različne primere zdravljenja. Z namenom vsaj manjše diferenciacije cen med izvajalci je bila uvedena kategorizacija bolnišnic, in sicer po stopnji zahtevnosti. Terciarnim bolnišnicam so bile tako priznane višje cene bolnišnično oskrbnih dni, dodatek k ceni pa je, oziroma naj bi, pokrival stroške, ki nastajajo pri sodelovanju v različnih vrstah izobraževanj, raziskovalnem delu in prenosu ter razvoju novih metod zdravljenja ter pokrivanju stroškov najdražjih obravnav. Diferenciacija cen je povzročila stalna trenja med posameznimi izvajalci, ki so se medsebojno prepričevali, da imajo enako ali bolj zahtevne bolnike kot drugi izvajalci.

Kljub nekaterim očitnim prednostim modela plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih, ki se odražajo v enostavni in poceni vzpostavitvi ter administraciji, se je model izkazal za neprimerne. Izvajalce je namreč usmerjal v proizvajanje bolnišnično oskrbnih dni in podaljševanje ležalne dobe, kasneje pa v povečevanje števila bolnišničnih obravnav.

2.2.3. Plačevanje po primerih

Model plačevanja bolnišnične dejavnosti, ki je bil uveden v letu 2000, predstavlja prehodni model. Plačevanje po primerih bo namreč v letu 2004 (deloma pa že v letu 2003) nadomestilo plačevanje po SPP.

Tako kot plačevanje po bolnišnično oskrbnih dnevih je tudi plačevanje po primerih temeljilo na prospektivno omejenem številu opravljenih storitev, tj. primerov. Plačilo za primer je vključevalo celotno obravnavo bolnika od sprejema do odpusta skupaj z opravljenimi preiskavami, posegi in porabljenimi zdravili. Cene primerov so obstajale samo za glavnih deset specialistično bolnišničnih dejavnosti, ne pa za primerljive diagnoze. Ob raznolikostih obravnav je predstavljalo razvrščanje in s tem plačevanje primerov po dejavnostih še vedno pregrob model (Zdravstvena reforma, 2003, str. 111).

Bolnišnični proračun izvajalca je bil opredeljen na podlagi cen primerov in vnaprej omejenega števila opravljenih primerov. Tako kot v predhodnem modelu plačevanja se je obseg programa za posameznega izvajalca za tekoče leto določil na podlagi realiziranega programa v preteklem letu in preskrbljenosti območja, ki mu posamezni izvajalec pripada, s posamezno bolnišnično dejavnostjo. V prehodnem letu se je število primerov določilo na podlagi količnika med številom bolnišnično oskrbnih dni in povprečne ležalne dobe v posamezni dejavnosti. Enak pristop je služil tudi za izračun relativnih cen primerov. Tudi pri plačevanju po primerih je moral izvajalec za celotno plačilo dogovorjenega obsega programa skrbeti le za doseganje celotnega načrta, medtem ko je določen delež programov med posameznimi specialistično bolnišničnimi dejavnostmi lahko prelival. To je zmanjšalo tveganje, da bi moral vračati sredstva, če ob koncu leta ni bilo doseženo načrtovano število primerov po posameznih dejavnostih. Tveganje za preseganja načrtov je bilo, tako kot v predhodnem modelu plačevanja, prepuščeno izvajalcem.

Model plačevanja po primerih je predstavljal premik od plačevanja izvajalcev k plačevanju bolnikov. V evidencah se je prvič pojavilo število zdravljenih bolnikov po posameznih strokah, kar je vzpostavilo temeljne pogoje za razpravo o potrebnih bolnišničnih kapacitetah. Bolnišnice je močno vzpodbudil k skrajševanju ležalne dobe, saj je bila cena primera nespremenjena ne glede na trajanje hospitalizacije. Razen vzpodbujanja k skrajševanju ležalne dobe, ki je nedvomno zmanjšalo stroške in pripomoglo k zmanjševanju izgub bolnišnic, je imel model večino slabosti prejšnjih modelov. Ni razlikoval med različno zahtevnimi bolniki in je zato omogočal manipulacije, kot so sprejemanje lahkih bolnikov, administrativno povečevanje števila primerov s prekinitvijo hospitalizacije in ponovnim sprejemom ter premeščanje zahtevnejših bolnikov v terciarne ustanove. Plačevanja po primeru se ni dovolj izkoristilo kot vzpodbuda za učinkovitejše načine zdravljenja (dnevna obravnav, dnevna kirurgija, zdravljenje na domu). Ohranilo se je pre nizko vrednotenje dnevni obravnav, zato so bolnišnice bolnika raje hospitalizirale kot zdravile ambulantno, saj je bil hospitaliziran bolnik bolj donosen (Zdravstvena reforma, 2003, str. 111 - 112). V državah z ustreznim financiranjem ambulantnih obravnav je več kot polovica bolnikov, ki so bili nekdanj

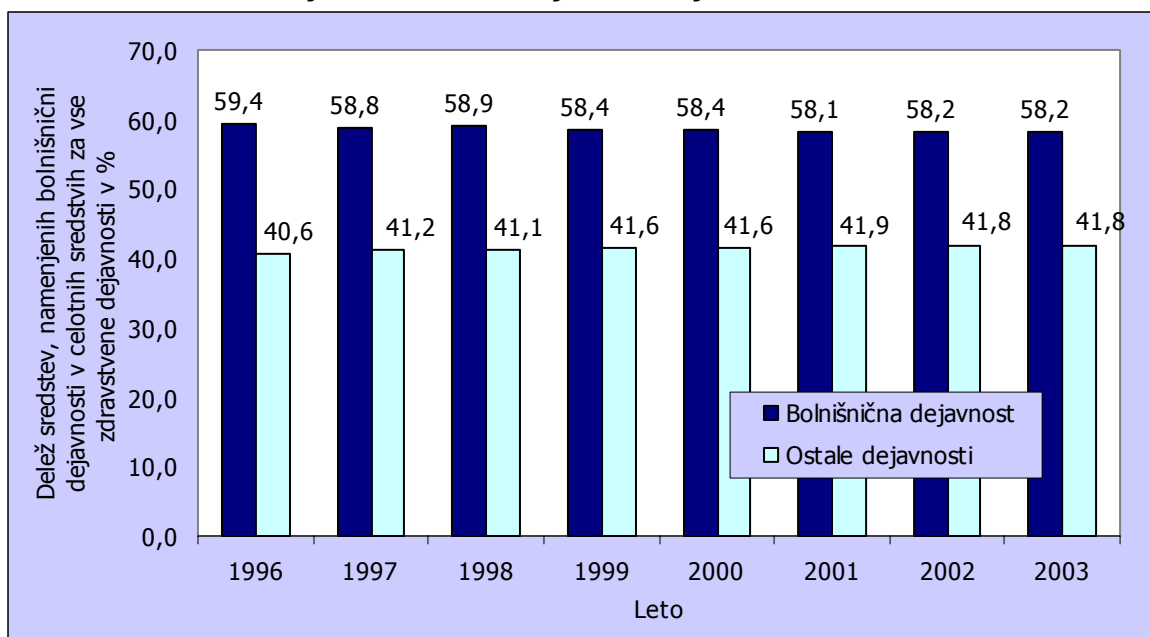
hospitalizirani, danes obravnavanih v dnevni bolnišnici. Delež dnevne bolnišnice se je v Avstraliji povečal z 12 % v letu 1983 na 50 % v letu 2000 (Duckett, 2002, str. 5). Delež dnevne kirurgije (za elektivne posege) v Veliki Britaniji in ZDA je znašal v letih 1998 - 1999 65 % oziroma 70 % (Jarrett, 2001, str. 4). Ob upoštevanju, da v slovenskih bolnišnicah kar 40 % akutnih bolnikov ostaja v bolnišnici tri dni ali manj in da se je s plačevanjem po primeru celo povečal delež bolnikov s kratko ležalno dobo, bi bilo dnevnega zdravljenja veliko več od sedanjih dobrih 10 %, če bi bila uvedena primerna cena takega zdravljenja (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

3. ANALIZA MODELA PLAČEVANJA PO PRIMERIH V SLOVENIJI

3.1. Specialistična bolnišnična dejavnost

Zakon o zdravstveni dejavnosti specialistično bolnišnično dejavnost opredeljuje kot dejavnost, ki obsega diagnostiko, zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego, nastanitev in prehrano v bolnišnicah (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 1992). Pomen bolnišnične dejavnosti v sistemu zdravstvenega varstva je najbolj razviden iz deleža sredstev, ki se namenjujejo tej dejavnosti v celotnih sredstvih namenjenih izvajanju vseh zdravstvenih dejavnosti. V marsikateri državi se omenjeni delež približa 60 %.

Slika št. 13: Delež sredstev namenjenih bolnišnični dejavnosti v celotnih sredstvih za vse zdravstvene dejavnosti v Sloveniji v obdobju 1996 - 2003 v %.



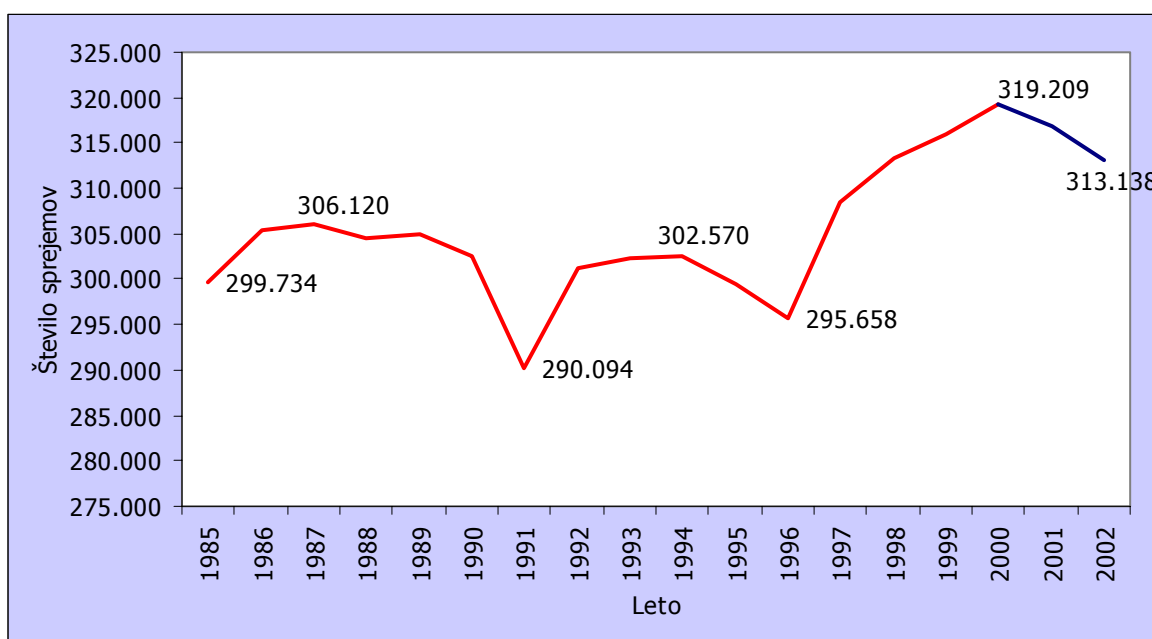
Vir: Splošni dogovor za pogodbeno leto 1996 - 2003, 1996 - 2003; Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2003, 2003.

V letu 2003 je okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa (obvezno zdravstveno zavarovanje in dopolnilno zdravstveno zavarovanje) za bolnišnično dejavnost znašala 159,6 milijarde tolarjev (v cenah december 2002), kar v primerjavi z letom 1996 pomeni 23,9 % realno rast (Splošni dogovor za pogodbeno leto 1996, 1996; Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2003, 2003).

Delež sredstev specialistične bolnišnične dejavnosti v sredstvih za bolnišnično dejavnost v Sloveniji znaša okoli 85 %.

Specialistično bolnišnično dejavnost in njen pomen lahko predstavimo tudi z vidika fizičnega obsega opravljenega dela. Najpomembnejši kazalnik je število bolnikov sprejetih v bolnišnice, ki je predstavljen v spodnjem grafu.

Slika št. 14: Število sprejetih bolnikov v bolnišnice v Sloveniji v obdobju 1980 - 2002.



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003.

Glede na prevladujočo vlogo specialistične bolnišnične dejavnosti ne preseneča mnenje vseh udeležencev v sistemu zdravstvenega varstva o pomembnosti modelov plačevanja, ki se uporabljajo za plačevanje izvajalcev omenjene dejavnosti.

Poglavje 2.2. vsebuje opis modelov plačevanja, ki so se, oziroma se še, uporabljajo v specialistični bolnišnični dejavnosti v Sloveniji.

Glavna pomanjkljivost plačevanja po storitvah je bila prekomerna proizvodnja storitev, glavna pomanjkljivost plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih pa usmerjanje izvajalcev v proizvodnjo bolnišnično oskrbnih dni in podaljševanje ležalne dobe. Plačevanje po bolnišnično oskrbnih dnevih prav tako ni poznalo razlik

v stroških za različne primere zdravljenja. Cene bolnišnično oskrbnih dni so se razlikovale le med posameznimi specialistično bolnišničnimi dejavnostmi.

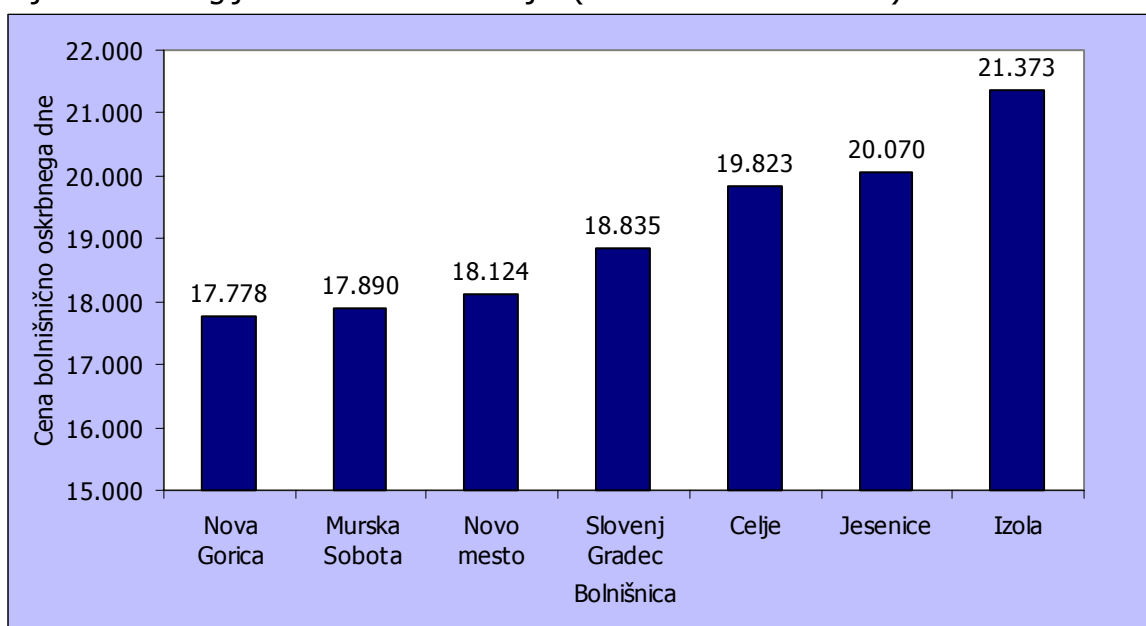
Model plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih je v letu 2000 nadomestil model plačevanja po primerih, vendar pa je tudi ta model priznal le razlike v cenah primerov med specialistično bolnišničnimi dejavnostmi, ne tudi razlike med različnimi diagnozami. Dodatno pomanjkljivost predstavljajo neenaka plačila izvajalcem specialistično bolnišnične dejavnosti za opravljene enake storitve.

3.2. Slabosti modela plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih

Neenakost plačil v modelu plačevanja po primerih izhaja iz neenakosti plačil v modelu plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih. Za oba modela je značilna diferenciacija cen le glede na specialistične bolnišnične dejavnosti, znotraj le teh pa diferenciacija cen po posameznih izvajalcih, tj. bolnišnicah.

Razlog neenakosti plačil v modelu plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih predstavlja metodologija izračuna cene bolnišnično oskrbnega dne določene specialistične bolnišnične dejavnosti po posameznih izvajalcih ob uvedbi modela. Cena bolnišnično oskrbnega dne je bila namreč izračunana na podlagi sredstev, ki so bila v okviru finančnega načrta bolnišnice namenjena določeni specialistični bolnišnični dejavnosti, in števila opravljenih bolnišnično oskrbnih dni v tej specialistični bolnišnični dejavnosti. Ob različni stroškovni učinkovitosti in produktivnosti je metodologija izračuna cene bolnišnično oskrbnega dne povzročila neenakost med cenami izvajalcev.

Slika št. 15: Cena bolnišnično oskrbnega dne za specialistično bolnišnično dejavnost kirurgija v letu 1997 v tolarjih (cene: december 1996).



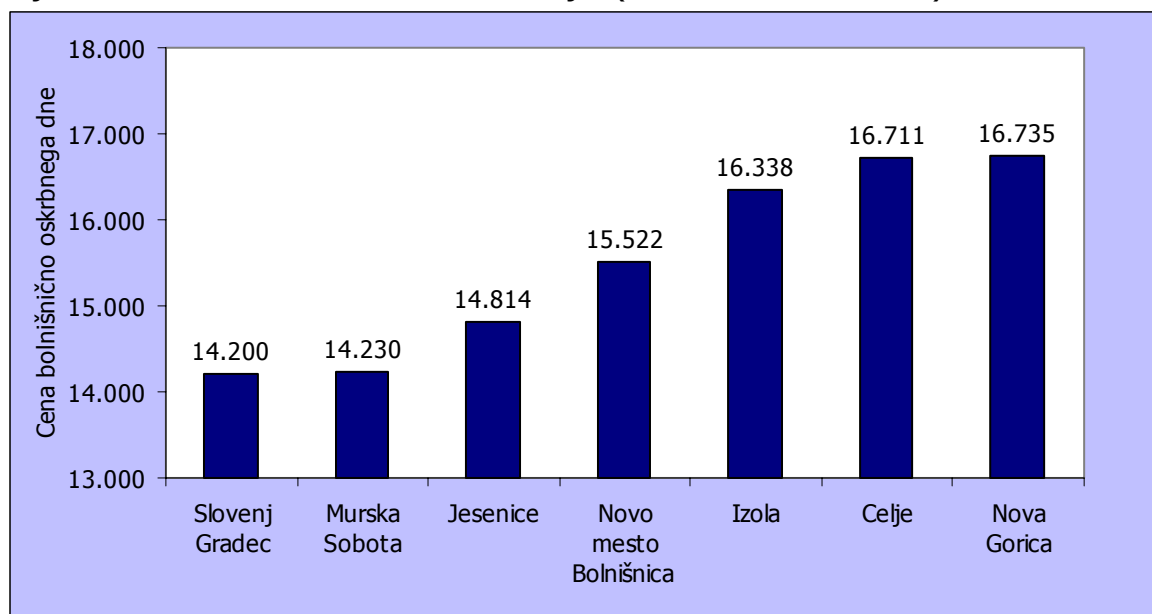
Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003.

V slikah št. 15 in 16 so prikazane neenakosti cen bolnišnično oskrbnih dni za specialistični bolnišnični dejavnosti kirurgija in internistika med posameznimi bolnišnicami v letu 1997. Kirurgija in internistika predstavljata z vidika obsega programa največji dejavnosti. Število bolnišnično oskrbnih dni za obe dejavnosti skupaj predstavlja 52,4 % delež v skupnem številu bolnišnično oskrbnih dni v letu 1997, delež v skupnih sredstvih za specialistično bolnišnično dejavnost pa je znašal 60,3 % (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003). Zaradi bistveno kakovostnejše primerljivosti podatkov prikaz zajema le bolnišnice, ki glede na Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 1999 sodijo v 2. skupino bolnišnic. Gre za splošne bolnišnice Celje, Izola, Jesenice, Murska Sobota, Novo mesto, Nova Gorica in Slovenj Gradec (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 1999, 1999).

Razlika med najvišjo in najnižjo ceno bolnišnično oskrbnega dne za kirurgijo je v letu 1997 znašala 20,2% za internistiko pa skoraj 18%. Ob takih razlikah v cenah so bolnišnice v preteklosti pogostokrat opozarjale na neustreznost modela plačevanja, in sicer predvsem tiste, katerih cene bolnišnično oskrbnih dni so bile, v primerjavi z drugimi bolnišnicami, nižje.

Opozorila bolnišnic so bila v določeni meri upravičena, saj bi morala biti cena za enako storitev, npr. operacijo kile, enaka v vseh bolnišnicah. V letu 1997 se je operacija kile bolnišnicam plačevala po ceni bolnišnično oskrbnega dne za specialistično bolnišnično dejavnost kirurgija, glede na razlike v cenah pa so nekatere bolnišnice dobile bistveno več sredstev. Logična posledica neenakih cen bolnišnično oskrbnih dni bi bila podaljševanje ležalne dobe pri bolnišnicah, ki so imele priznane oziroma določene nižje cene bolnišnično oskrbnih dni. Pa vendar so ravno nekatere bolnišnice z nižjimi cenami kirurškega bolnišnično oskrbnega dne (Novo mesto, Murska Sobota) prednjačile pri skrajševanju ležalnih dob.

Slika št. 16: Cena bolnišnično oskrbnega dne za specialistično bolnišnično dejavnost internistika v letu 1997 v tolarjih (cene: december 1996).



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003.

Bolnišnice z višjimi cenami bolnišnično oskrbnih dni so na očitke o prevrednotenih bolnišnično oskrbnih dnevih oziroma na predloge izenačevanja cen bolnišnično oskrbnih dni (kar bi za take bolnišnice ob omejenosti sredstev za specialistično bolnišnično dejavnost na globalni ravni pomenilo zniževanje cen) odgovarjale predvsem v smislu zahtevnejše strukture bolnikov v posamezni specialistično bolnišnični dejavnosti. Težji bolniki so upravičevali višje cene bolnišnično oskrbnih dni. Zaradi razlik v zahtevnosti obravnav so bile bolnišnice zato razporejene v tri skupine bolnišnic, od skupine bolnišnic, ki ji je pripadala posamezna bolnišnica, pa so bile odvisne njene cene bolnišnično oskrbnih dni.

Z vidika neenakosti cen bolnišnično oskrbnih dni med bolnišnicami je bil glavni problem modela plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih pregrobo razvrščanje in plačevanje. Bolniki so se razvrščali le po specialistično bolnišničnih dejavnosti. Diferenciacija cen med bolnišnicami za isto specialistično bolnišnično dejavnost, ki je bila izvedena predvsem na administrativni ravni, pa ni nikoli zagotovila oziroma ustrezno odražala razlike med posameznimi bolnišnicami z vidika zahtevnosti obravnav.

Rešitev navedenih problemov je predstavljala uvedba natančnejše klasifikacije za razvrščanje bolnikov glede na zahtevnost obravnave. Ob enakih plačilih za enako obravnavo bi sistem vpeljal tudi preglednost nad strukturo obravnav bolnikov po posameznih bolnišnicah. Ob pomanjkanju volje vseh ključnih partnerjev v zdravstvu za uvedbo pomembnejših sprememb v modelu plačevanja specialistično bolnišnične dejavnosti so se v obdobju relativno dobre preskrbljenosti zdravstvenega sektorja s sredstvi omenjene pomanjkljivosti reševale nesistemske.

V letu 1999 so se zdravstveni partnerji odločili za uvedbo nove kategorije spremljanja izvajanja specialistično bolnišnične dejavnosti, in sicer število sprejemov v planskem letu. Pri načrtovanju števila sprejemov se je ob danem številu bolnišnično oskrbnih dni upoštevalo povprečno trajanje zdravljenja oziroma ležalna doba (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 1999, 1999).

Namen vpeljave števila sprejemov v letu 1999 kot spremljajoče kategorije je bil postopno uvajanje novega modela plačevanja specialistično bolnišnične dejavnosti. Z usmerjanjem izvajalcev v proizvodnjo bolnišnično oskrbnih dni in s podaljševanjem ležalne dobe (oziroma s prepočasnim skrajševanjem) je model plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih postal neustrezen. Nov model plačevanja po primerih naj bi omenjeni pomanjkljivosti odpravil.

3.3. Neenakost plačil v modelu plačevanja po primerih

3.3.1. Prevzem slabosti modela plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih

Leto 2000 velja glede uvedbe modela plačevanja po primerih za prvo prelomno leto. Število sprejemov oziroma število primerov je v Področnem dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 2000 opredeljeno kot planska kategorija, na podlagi

katere se načrtujejo programi po posameznih specialistično bolnišničnih dejavnostih, s tem pa tudi finančni načrti bolnišnic (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2000, 2000).

Tako kot pri plačevanju po bolnišnično oskrbnih dnevih je tudi plačevanje po primerih ločilo cene le po posameznih specialistično bolnišničnih dejavnostih. Vse slabosti prejšnjega modela plačevanja, ki so se nanašale na pregrubo klasifikacijo razvrščanja bolnikov glede na zahtevnost obravnave z novim modelom, niso bile odpravljene.

Določitev cen primerov po posameznih specialistično bolnišničnih dejavnostih je temeljila na povprečnih cenah bolnišnično oskrbnih dni in na standardnih ležalnih dobah za posamezne dejavnosti. Cena primera za določeno specialistično bolnišnično dejavnost za določeno bolnišnico pa se je izračunala na podlagi cene bolnišnično oskrbnega dne bolnišnice in standardne ležalne dobe za omenjeno dejavnost. Ob vnaprej omejenem proračunu bolnišnice in izračunani ceni primera je bilo določeno še število načrtovanih primerov za posamezno specialistično bolnišnično dejavnost.

Drugo prelomno leto za model plačevanja po primerih predstavlja leto 2001. Načrtovanju obsega programa v primerih je v tem letu sledilo še dejansko plačevanje po primerih.

Zaradi pomanjkljivosti modela plačevanja po primerih, ki se je komaj dobro uvedel, je projekt Razvoj upravljanja sistema zdravstvenega varstva (v nadaljevanju: RUSZV) začel z aktivnostmi za uvedbo novega modela plačevanja specialistično bolnišnične dejavnosti, in sicer na podlagi SPP. Bistvena novost omenjenega modela je natančna klasifikacija obravnave bolnikov glede na zahtevnost, s tem pa zagotovitev enakih plačil izvajalcem za opravljene enake storitve.

3.3.2. Neenakost plačil v letu 2002 in 2003

V letih 2002 in 2003 je Ministrstvo za zdravje v okviru projekta RUSZV pripravilo in s soglasjem partnerjev uvedlo nekaj prehodnih rešitev, ki so zmanjševale razpon med cenami izvajalcev specialistično bolnišničnih dejavnosti oziroma ga pri nekaterih storitvah tudi popolnoma odpravile.

Glavni vzrok za neenakosti plačil izvajalcem specialistično bolnišnične dejavnosti za opravljanje enakih storitev v modelu plačevanja po primerih je zgolj administrativni prehod iz predhodnega modela plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih. Tudi pri modelu plačevanja po primerih so se cene ločile le po posameznih specialistično bolnišničnih dejavnostih, določitev cen primerov po posameznih izvajalcih pa se je izračunala na podlagi cen bolnišnično oskrbnih dni bolnišnice (ki pa so se med bolnišnicami razlikovale) in standardne ležalne dobe za posamezno specialistično bolnišnično dejavnost. Zaradi razlik v cenah bolnišnično oskrbnih dni med posameznimi bolnišnicami, različno dolgih ležalnih dob ter prilagajanja le-teh

standardni ležalni dobi in omejenosti proračuna so se razlike med plačili izvajalcem ohranile, ponekod pa celo povečale.

Še naprej je veljala razporeditev bolnišnic v tri skupine, ki naj bi odražale zahtevnost obravnavanih bolnikov v bolnišnicah (Bolnišnice v 3. skupini obravnavajo najtežje bolnike.). Razporeditev bolnišnic je opredeljena v Področnem dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 1999. Tako v 1. skupino bolnišnic sodijo naslednje splošne oziroma specialne bolnišnice (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 1999, 1999):

- Brežice,
- Trbovlje,
- Ptuj,
- Topolšica,
- Kranj,
- Postojna.

V 2. skupino bolnišnic so razvrščene naslednje splošne bolnišnice (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 1999, 1999):

- Celje,
- Izola,
- Jesenice,
- Murska Sobota,
- Nova Gorica,
- Novo mesto,
- Slovenj Gradec.

3. skupino bolnišnic predstavljajo terciarne bolnišnice (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 1999, 1999):

- Klinični center Ljubljana,
- Maribor,
- Golnik.

Neenakost plačil med bolnišnicami je v nadaljevanju prikazana v okviru posameznih skupin bolnišnic. Neenakosti plačil za 3. skupino bolnišnic zaradi vsebinske raznolikosti med izvajalci niso prikazane. Omenjene ustanove izvajajo t. i. terciarno dejavnost, zaradi dejavnosti poučevanja, raziskovanja in težavnosti primerov, pa so cene primerov bistveno višje (tudi preko 80 %) od cen primerov bolnišnic (za enake specialistično bolnišnične dejavnosti), ki sodijo v 2. skupino bolnišnic (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

Pregled neenakosti cen zajema sedem specialistično bolnišničnih dejavnosti in sicer internistiko, dermatologijo, pediatrijo, kirurgijo, otorinolaringologijo (v nadaljevanju: ORL), okulistiko in ginekologijo. Le-te izvajajo bolnišnice, ki so razporejene v 1. in 2. skupino bolnišnic. Zaradi enotnosti cen pri specialistično

bolnišnični dejavnosti rehabilitacija in onkologija omenjeni dejavnosti nista vključeni v pregled.

Pred sklepanjem Področnega dogovora za bolnišnice za pogodbeno leto 2002 so razlike med najvišjo in najnižjo ceno primera po posameznih specialistično bolnišničnih dejavnostih znašale tudi preko 30 %.

Tabela št. 2: 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	Interni- stika	Dermato- logija	Pediatrija	Kirurgija	ORL	Okulistika	Gineko- logija
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: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2002.

* Otorinolaringologija

V okviru 1. skupine bolnišnic so omenjeni razponi po posameznih specialistično bolnišničnih dejavnostih znašali (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2002):

- 32,8 % v dejavnosti internistika,
- 22,3 % v dejavnosti ginekologija,
- 17,3 % v dejavnosti pediatrija,
- 6,6 % v dejavnosti kirurgija.

Razponi med najvišjo in najnižjo ceno primera po posameznih specialistično bolnišničnih dejavnostih v 2. skupini bolnišnic pa so bili naslednji (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2002) :

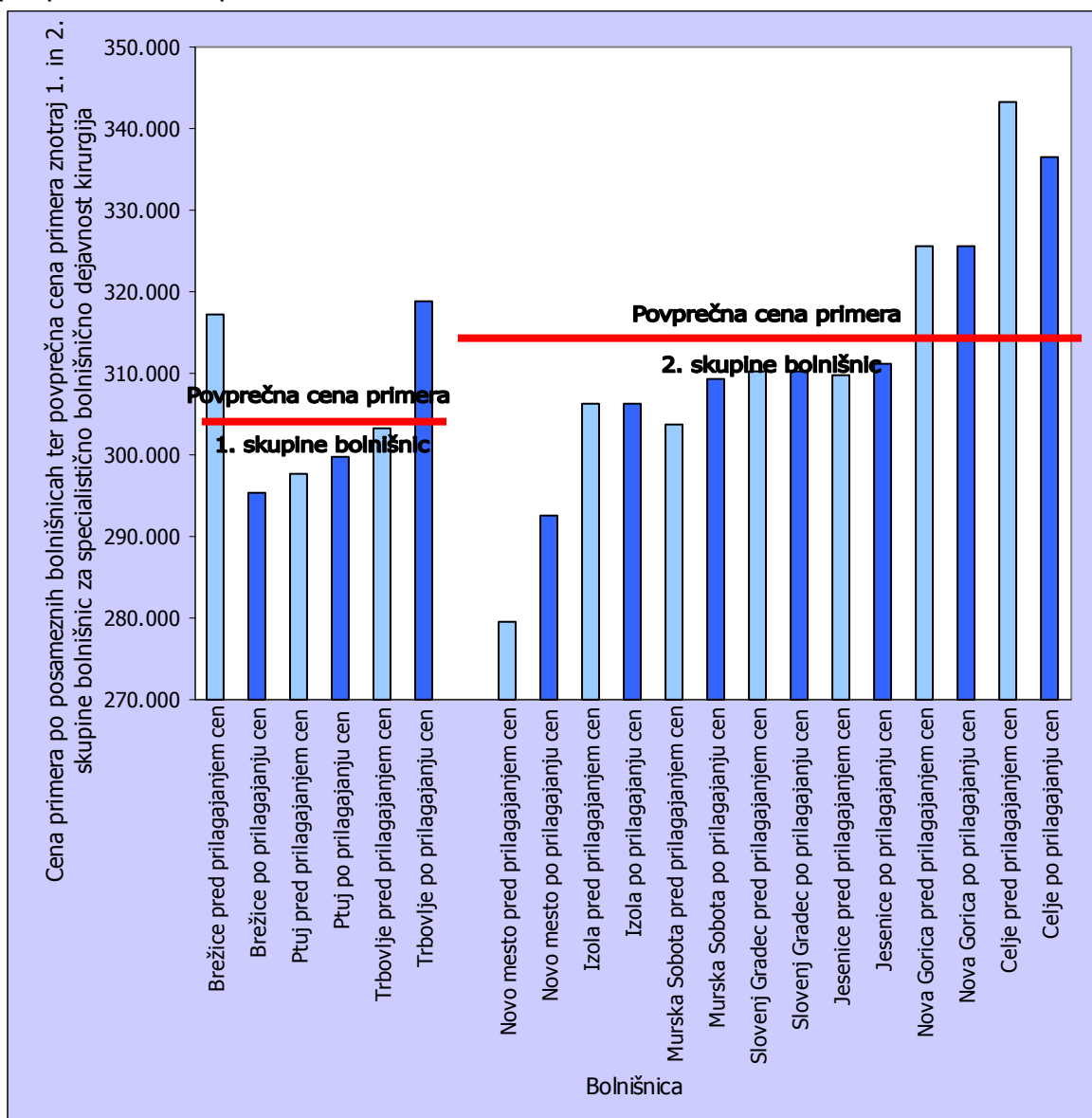
- 31,1 % v dejavnosti ORL,
- 29,8 % v dejavnosti okulistika,
- 22,8 % v dejavnosti kirurgija,
- 20,1 % v dejavnosti ginekologija,
- 15 % v dejavnosti pediatrija,
- 11,9 % v dejavnosti internistika,
- 1,4 % v dejavnosti dermatologija.

Zaradi navedenih razlik so partnerji v Področnem dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 2002 določili največje možno odstopanje cene primera posamezne bolnišnice od povprečne cene primera za posamezno specialistično bolnišnično dejavnost, in sicer v višini 7 %. Z največjim dovoljenim razponom so se razlike med najvišjo in najnižjo možno ceno primera zmanjšale na največ 15 %. Neenotnost cen se je odpravljala ločeno v okviru 1. in 2. skupine bolnišnic.

Vir sredstev, namenjenih za povečevanje cen bolnišnicam, ki so imele cene primerov po posameznih specialistično bolnišničnih dejavnostih nižje od ravni 93, so predstavljala sredstva, odvzeta bolnišnicam, ki so imele cene primerov po posameznih specialistično bolnišničnih dejavnostih višje od ravni 107. V primeru, da le-teh ni bilo dovolj, se je prilagajanje cen na najnižjo možno raven izvedlo s povečevanjem cen iz naslova omejevanja največje možne izgube sredstev bolnišnične dejavnosti glede na načrtovana sredstva preteklega leta (omejitev na 1 %) ter s prestrukturiranjem cen med posameznimi specialistično bolnišničnimi dejavnostmi znotraj izvajalca.

Rezultati zmanjševanja razponov med cenami primerov bolnišnic za specialistično bolnišnični dejavnosti kirurgija in internistika so prikazani v slikah št. 17 in 18.

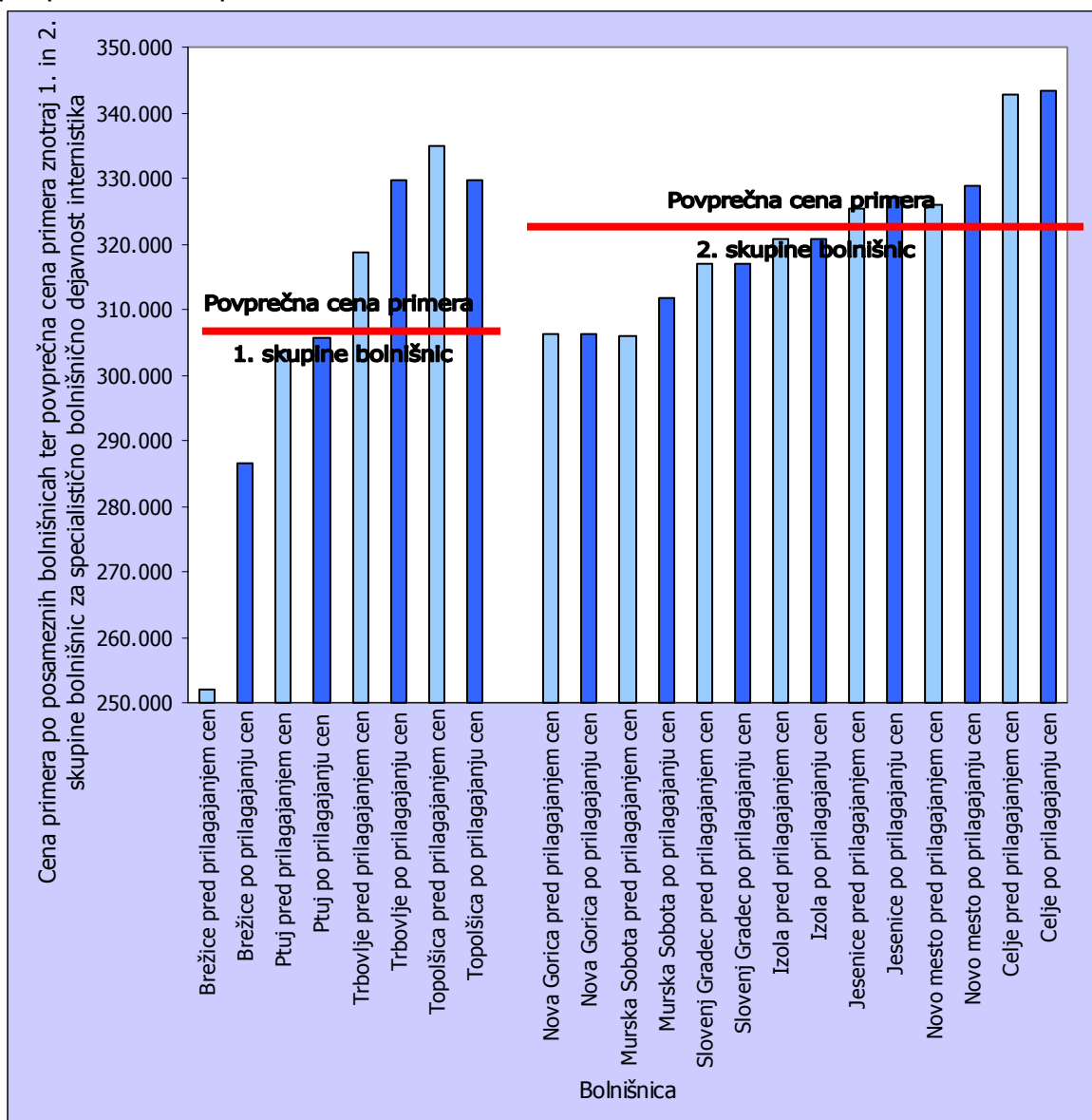
Slika št. 17: Cena primera za specialistično bolnišnično dejavnost kirurgija po posameznih bolnišnicah 1. in 2. skupine bolnišnic v tolarjih (cene: december 2001) v letu 2002 pred in po prilagajanju cen glede na največje možno odstopanje od povprečne cene primera.



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2002.

Uvedba največjega možnega odstopanja cen od povprečne cene posamezne specialistično bolnišnične dejavnosti je predstavljala nov ključni element pri opredelitvi finančnega načrta izvajalcev.

Slika št. 18: Cena primera za specialistično bolnišnično dejavnost internistika po posameznih bolnišnicah 1. in 2. skupine bolnišnic v tolarjih (cene: december 2001) v letu 2002 pred in po prilagajanju cen glede na največje možno odstopanje od povprečne cene primera.



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje, 2002.

Finančni načrt izvajalcev za specialistično bolnišnično dejavnost je od leta 2002 naprej določen na podlagi naslednjih ključnih elementov (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2002, 2002):

- Načrtovani obseg programa za posamezno specialistično bolnišnično dejavnost se opredeli na podlagi realizacije bolnišničnih primerov v preteklem letu, korigirane na načrtovani obseg programa v istem letu. Razporeditev realizacije primerov po posameznih geografskih območjih pokaže preskrbljenost prebivalcev, ki so zavarovane osebe (v nadaljevanju: prebivalci), z določenim programom specialistične bolnišnične dejavnosti. Število primerov na 1.000

prebivalcev geografskega področja (Število prebivalcev geografskega področja se korigira glede na starostne količnike.) se nato primerja s slovenskim povprečjem. Geografsko območje lahko v preskrbljenosti pri posamezni specialistično bolnišnični dejavnosti odstopa v razponu 90 - 110 % slovenskega povprečja. Geografskim območjem, ki so v preskrbljenosti s programi specialistične bolnišnične dejavnosti nad 110 % slovenskega povprečja, se program zniža, geografskim območjem, ki ne dosegajo 90 % slovenskega povprečja, pa zviša. Korekcija programa za posamezno geografsko območje se opravi vsem izvajalcem sorazmerno z njihovo udeležbo pri preskrbljenosti geografskega območja. Pri tem se upošteva omejitev, da noben izvajalec ne bo izgubil več kot 3 % primerov pri posamezni specialistično bolnišnični dejavnosti glede na pogodbo v preteklem letu.

- Načrtovani obseg programa se nato ovrednoti na podlagi veljavnih cen med izvajalcem in ZZS. Če so cene primerov po posameznih specialistično bolnišničnih dejavnosti pod indeksom 93 ali pa nad indeksom 107 (Indeks 100 predstavlja povprečno ceno posamezne specialistično bolnišnične dejavnosti v določeni skupini bolnišnic.) se cene povečajo na indeksno raven 93 oziroma zmanjšajo na indeksno raven 107.
- Tako ovrednoteni načrtovani obseg programa za celotno specialistično bolnišnično dejavnost ne sme biti več kot za 1 % manjši glede na pogodbo iz preteklega leta.

Ob tem velja poudariti, da se sredstva, ki jih posamezni izvajalec pridobi na podlagi slabše preskrbljenosti (zaradi česar se mu prizna večji načrtovani obseg programa) črpajo iz sredstev, ki jih izvajalci izgubljajo iz naslova predobre preskrbljenosti (in zaradi tega nižji priznani načrtovani obseg programa). Prav tako se tudi sredstva, potrebna za prilagajanje cen na višjo raven (93) pridobivajo iz naslova sredstev, ki jih bolnišnice izgubljajo zaradi zniževanja cen na nižjo raven (107). Če bolnišnica tudi po obeh omejitvah izgub (izguba največ 3 % primerov in korekcija cen) izgublja več kot 1 %, se zaradi presežka izgube bolnišnici priznajo višje cene ter tako korigira izgubo na najvišjo možno.

Naslednjo novost v letu 2002 predstavlja uvedba plačevanja po enotnih cenah za vse izvajalce za naslednje storitve (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2002, 2002):

- splav,
- artroskopija kolena,
- kiretaža,
- tonsilektomija, adenektomija,
- siva mrena,
- hernia – enostranska,
- hernia – dvostranska,
- laparoskopija holicistektomija.

Enotno oblikovane cene so bile v primerjavi z dotodanjimi cenami postavljene na nižji ravni. Privarčevana sredstva so ostala izvajalcu, da jih je porabil za skrajševanje dolgih čakalnih dob ali prestrukturiranje programa v specialistično

ambulantno dejavnost. Privarčevana sredstva so se lahko namenila tudi povečevanju cen primerov, in sicer največ do ravni 107 (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2002, 2002).

Analiza uvedbe enotno oblikovanih cen je pokazala, da so privarčevana sredstva znašala skoraj 1,7 milijarde tolarjev. Od tega so bolnišnice 80 % sredstev namenile povečevanju cen primerov, 20 % pa prestrukturiranju programa iz specialistično bolnišnične dejavnosti v specialistično ambulantno dejavnost (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

Tudi v letu 2003 je Ministrstvo za zdravje nadaljevalo z aktivnostmi izenačevanja cen med izvajalci enake specialistično bolnišnične dejavnosti, že v prejšnjem letu uvedeno poenotenje cen za določene storitve pa se je še razširilo, saj se je v določeni meri že uvedel nov model plačevanja izvajalcev specialistične bolnišnične dejavnosti (akutne bolnišnične obravnave), in sicer plačevanje po SPP.

Pred sklepanjem Področnega dogovora za bolnišnice za pogodbeno leto 2003 so bili razponi med najnižjo in najvišjo ceno primera v večini specialistično bolnišničnih dejavnostih manjši kot v letu 2002. Zaradi možnosti poviševanja cen primerov po opravljenem prilagajanju cen na raven 93 - 107 v letu 2002 (Načrtovani obseg programa bolnišnične dejavnosti v bolnišnici se je lahko v letu 2002 glede na leto 2001 vrednostno zmanjšal največ za 1 %.) pa so se razponi pri določenih specialistično bolnišničnih dejavnostih tudi povečali.

V 1. skupini bolnišnic so bili razponi naslednji (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003):

- 16,8 % v dejavnosti internistika,
- 14,8 % v dejavnosti pediatrija,
- 12,3 % v dejavnosti ginekologija,
- 8,2 % v dejavnosti kirurgija.

V 2. skupini bolnišnic so razlike med najvišjo in najnižjo ceno primera med izvajalci iste specialistično bolnišnične dejavnosti znašale (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003):

- 37 % v dejavnosti ginekologija,
- 25,9 % v dejavnosti ORL,
- 22,7 % v dejavnosti okulistika,
- 15,9 % v dejavnosti internistika,
- 13,6 % v dejavnosti kirurgija,
- 13,2 % v dejavnosti pediatrija,
- 12,8 % v dejavnosti dermatologija.

Tabela št. 3: Indeks cen primerov po posameznih izvajalcih 1. in 2. skupine bolnišnic glede na povprečno ceno primera po posameznih specialistično bolnišničnih dejavnostih v letu 2003 (povprečna cena = 100).

Dejavnost Bolnišnica	Interni- stika	Dermato- logija	Pedriatrija	Kirurgija	ORL	Okulistika	Gineko- logija
1. skupina bolnišnic							
Brežice	90,9		93,2	95,6			93,5
Trbovlje	104,6		107,0	103,4			95,9
Ptuj	94,4		100,2	100,3			95,4
Topolšica	106,3						
Kranj							105,0
Postojna							103,8
2. skupina bolnišnic							
Celje	106,7	104,7	106,1	106,5	107,9	113,5	113,7
Izola	98,1		95,1	94,0	96,4	102,9	101,6
Jesenice	99,7		100,5	98,0			104,7
Murska Sobota	92,1		93,7	99,4	85,7	96,2	83,0
Nova Gorica	96,5		96,8	102,9	100,3	105,1	99,1
Novo mesto	102,4	92,8	98,6	93,8	94,9	92,5	98,1
Slovenj Gradec	101,6		101,0	97,9			94,5

Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje, 2003.

* Otorinolaringologija

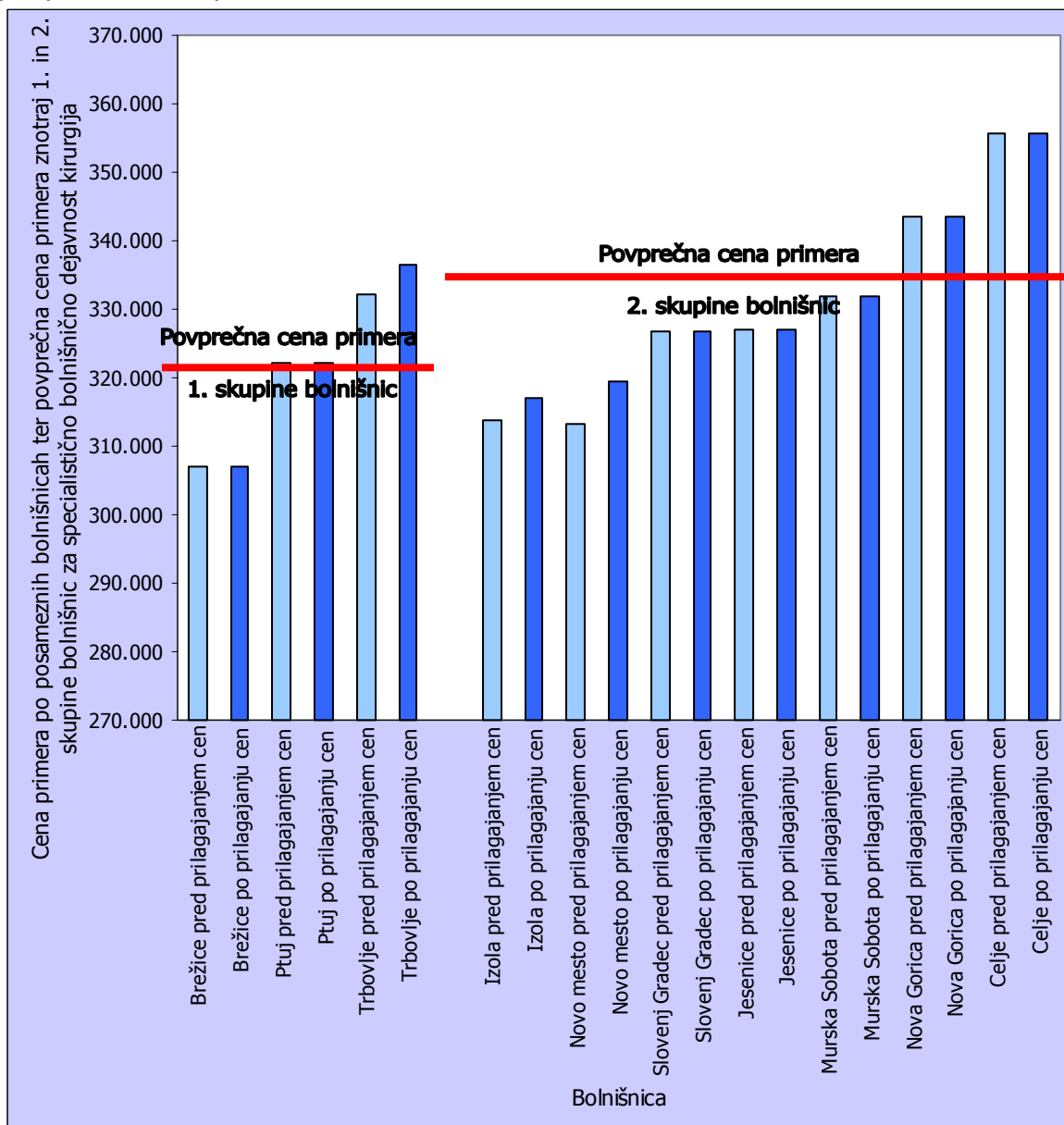
S Področnim dogovorom za bolnišnice za pogodbeno leto 2003 se je največji možni razpon med najnižjo in najvišjo ceno primera za posamezno specialistično bolnišnično dejavnost znižal, in sicer z največ 15 % v letu 2002 na 10,5 %.

Glede na povprečno ceno primera specialistične bolnišnične dejavnosti lahko cena primera pri posameznem izvajalcu odstopa največ za 5 %. Razpon cen je določen z najnižjo možno ceno primera na ravni 95 % povprečne cene primera določene specialistične bolnišnične dejavnosti in najvišjo možno ceno primera na ravni 105 % povprečne cene primera določene specialistične bolnišnične dejavnosti (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2003, 2003).

Tako kot v letu 2002 se je neenotnost cen tudi v letu 2003 odpravljala ločeno v okviru 1. in 2. skupine bolnišnic.

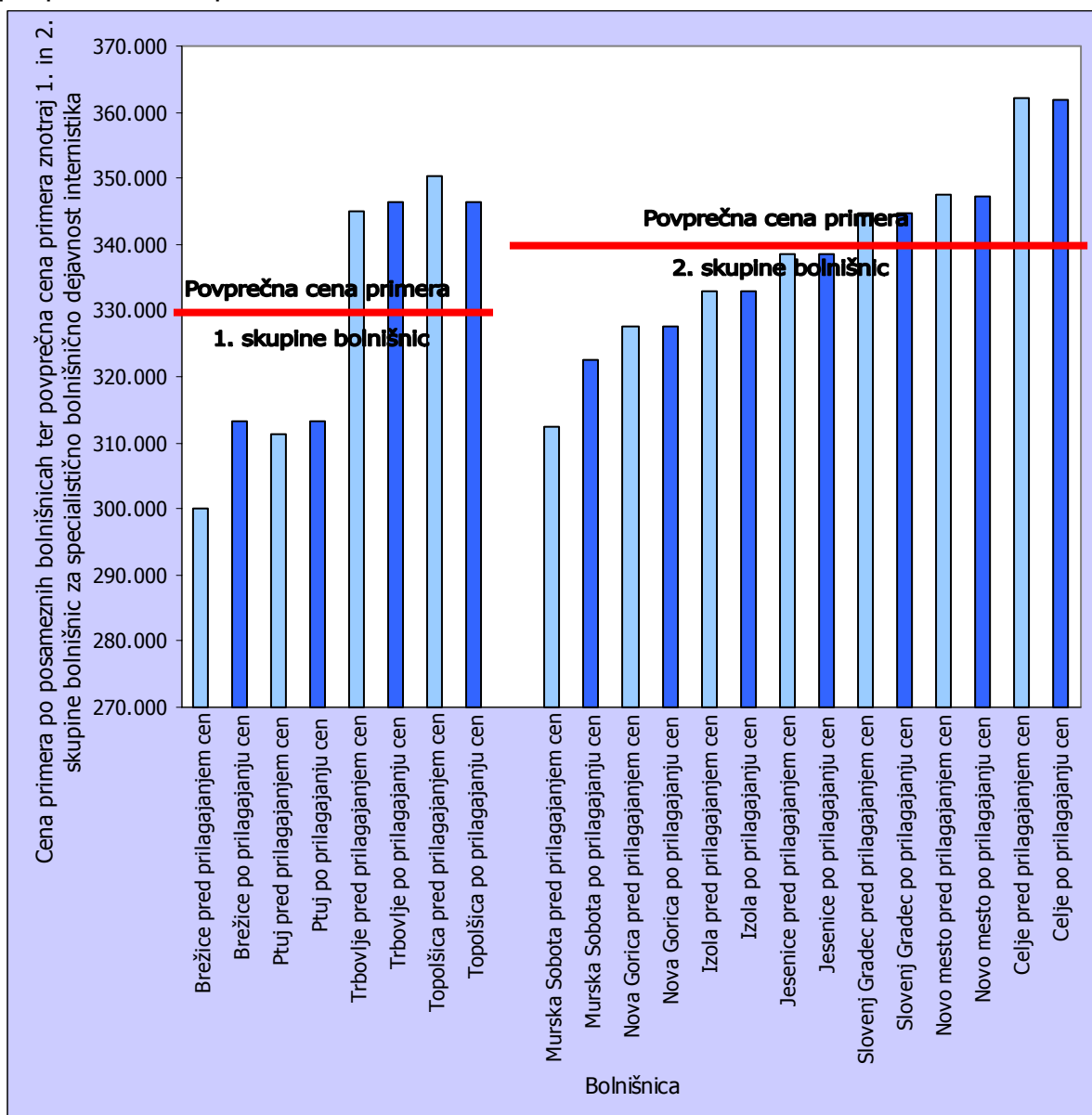
Rezultati zmanjševanja razponov med cenami primerov bolnišnic so tako kot za leto 2002 tudi za leto 2003 prikazani za specialistično bolnišnični dejavnosti kirurgija in internistika.

Slika št. 19: Cena primera za specialistično bolnišnično dejavnost kirurgija po posameznih bolnišnicah 1. in 2. skupine bolnišnic v tolarjih (cene: december 2002) v letu 2003 pred in po prilagajanju cen glede na največje možno odstopanje od povprečne cene primera.



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje, 2003.

Slika št. 20: Cena primera za specialistično bolnišnično dejavnost internistika po posameznih bolnišnicah 1. in 2. skupine bolnišnic v tolarjih (cene: december 2002) v letu 2003 pred in po prilagajanju cen glede na največje možno odstopanje od povprečne cene primera.

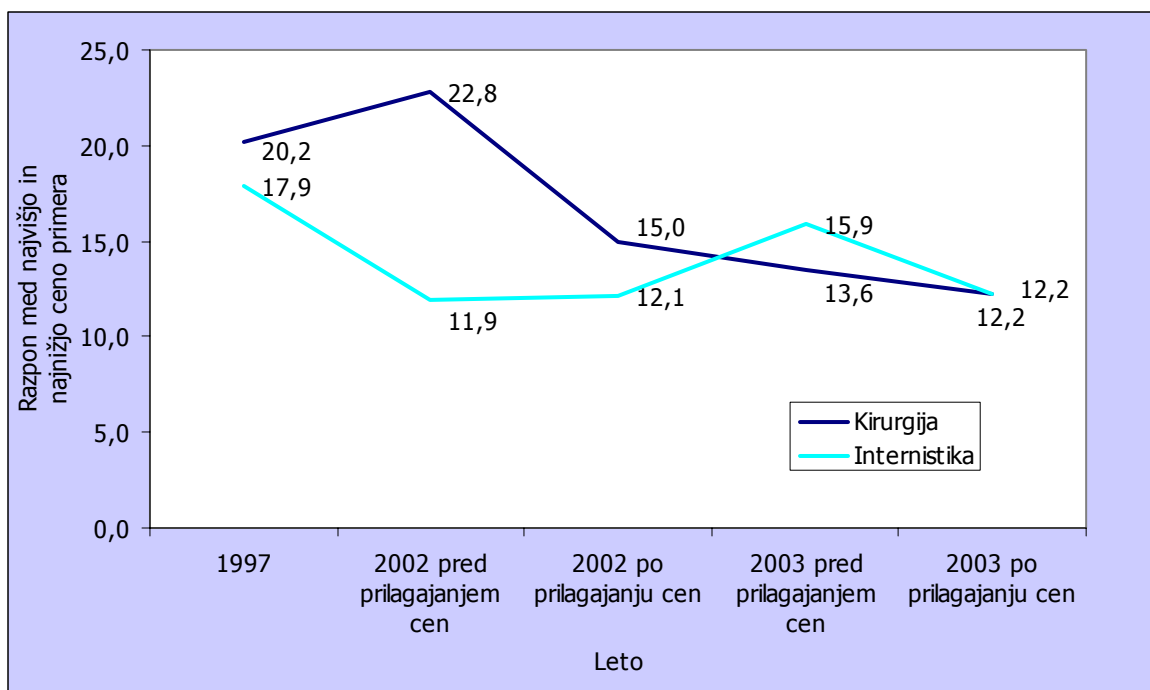


Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje, 2003.

Neenakost plačil izvajalcem specialistično bolnišnične dejavnosti za opravljene enake storitve obstaja že od uvedbe modela plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih. Zaradi administrativnega prehoda iz modela plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih v model plačevanja po primerih se neenakost cen ni odpravila. Pregroba klasifikacija storitev ni omogočala plačevanja izvajalcev na podlagi zahtevnosti obravnave bolnikov, razlike v cenah primerov med izvajalci v okviru posamezne specialistično bolnišnične dejavnosti, ki naj bi odražale razlike v zahtevnosti obravnave povprečnega bolnika, pa so bile vedno predmet spora med izvajalci. Izvajalci so za opravljene enake storitve prejeli različna plačila. Razlike

med najvišjo in najnižjo ceno primera so v obdobju 1993 - 2003 znašale tudi preko 30 %.

Slika št. 21: Razpon med najvišjo in najnižjo ceno primera za specialistično bolnišnični dejavnosti kirurgija in internistika za 2. skupino bolnišnic v letih 1997, 2002 in 2003.



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje, 2002,2003.

Kljub ukrepom zdravstvenih partnerjev v okviru dogovarjanj za sprejem vsakoletnih področnih dogovorov za bolnišnice so razlike v letu 2003 še vedno znašale preko 10 %.

4. ANALIZA MODELA PLAČEVANJA PO SKUPINAH PRIMERLJIVIH PRIMEROV V VICTORII

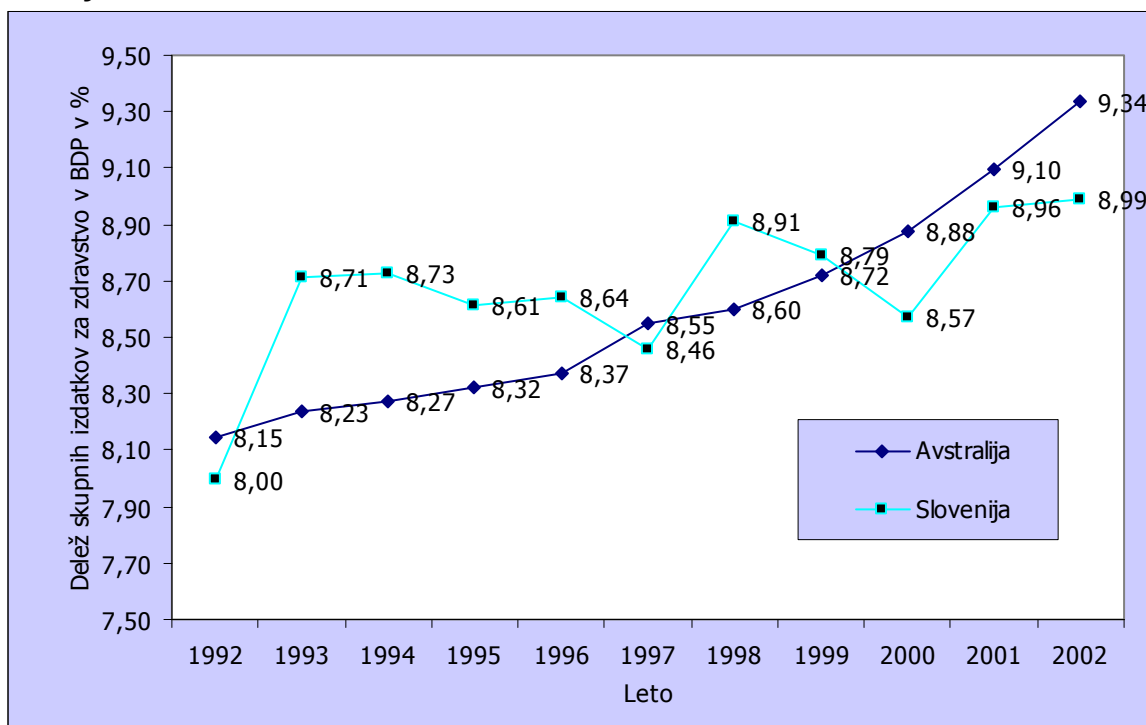
4.1. Sistem zdravstvenega varstva v Avstraliji

Avstralski sistem zdravstvenega varstva se tako kot ostali sistemi zdravstvenega varstva v svetu sooča z naraščajočimi izdatki. Statistično spremljanje izdatkov za zdravstvo, ki v Avstraliji poteka že od leta 1960, pokaže, da se je delež skupnih izdatkov za zdravstvo v BDP s 4,2 % v letu 1960 - 1961 povečal na 9,3 % v letu 2001 - 2002 (Health Expenditure Australia 2001 - 2002, 2003).

V zadnjem desetletnem obdobju (od 1991 - 1992 do 2001 - 2002) je realna rast BDP v Avstraliji znašala 46,9 %, realna rast skupnih izdatkov za zdravstvo pa 57,3 %. Realna rast skupnih izdatkov za zdravstvo je presegala realno rast BDP za 22,2 %, delež skupnih izdatkov za zdravstvo v BDP pa je v letu 2001 - 2002 znašal že omenjenih 9,3 % (Health Expenditure Australia 2001 - 2002, 2003).

V Sloveniji je realna rast skupnih izdatkov za zdravstvo še bistveno bolj presegla realno rast BDP kot v Avstraliji, v obdobju 1992 - 2002 je razlika znašala kar 31,3 % (Zdravstvena reforma, 2003, str. 242). Primerjava deležev skupnih izdatkov za zdravstvo v BDP v Avstraliji in Sloveniji je razvidna iz spodnje slike.

Slika št. 22: Delež skupnih izdatkov za zdravstvo v BDP v Avstraliji in Sloveniji v obdobju 1992 - 2002 v %.



Vir: Zdravstvena reforma, 2003, str. 241; Health Expenditure Australia 2001 - 2002, Australian Institute of Health and Welfare.

Opomba: Podatki za Avstralijo za posamezno leto se nanašajo na leto, ki zajema obdobje od 1. 7. preteklega leta do 30. 6. tekočega leta.

Izvajanje zdravstvenega varstva in financiranje le-tega je v Avstraliji zaradi dveh ravni oblasti kompleksnejše kot v Sloveniji. Avstralija je namreč zveza šestih držav in dveh teritorijev, ki ima enotno zvezno oblast, posamezne države oz. teritoriji pa še vsaka svojo. Navedena značilnost vpliva na delitev odgovornosti za izvajanje zdravstvenega varstva kot tudi na specifičnost financiranja sistema zdravstvenega varstva.

Financiranje sistema zdravstvenega varstva temelji na kombinaciji financiranja preko proračunov, tj. zveznega proračuna in proračunov posameznih držav oz.

teritorijev, financiranja preko obveznega zdravstvenega zavarovanja in financiranja preko prostovoljnih zasebnih zdravstvenih zavarovanj (Health Care Systems in Transition: Australia, 2001, str. 31).

V Avstraliji se zbiranje davkov izvaja na zvezni ravni ter na ravni posameznih držav oz. teritorijev. Najpomembnejše vire financiranja zdravstvenega varstva, ki se zbirajo na zvezni ravni, predstavljajo davek na dohodek davčnih zavezancev, davek na blago in storitve ter davek oz. prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje. Davki na dohodek, ki se v določeni meri namenjujejo financiranju sistema zdravstvenega varstva, so progresivni, znašajo pa od 0 % za najrevnejše (dohodek pod 5.400 avstralskih dolarjev) do 47 % za ljudi v najvišjem dohodkovnem razredu (nad 60.001 avstralskih dolarjev). Naslednja vira zveznega proračuna, iz katerih se v določeni meri financira izvajanje zdravstvenega varstva, predstavljata 10 % davek na blago in storitve, uveden v letu 2000, in prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje. Zavarovanci plačujejo prispevek v višini 1,5 % na obdavčljivi dohodek nad določenim dohodkovnim pragom. Ob tem velja poudariti, da davka ne plačujejo delodajalci (Healy, 2002, str. 4 - 6).

V letu 2001-- 2002 je delež javnih izdatkov (zvezni proračun, proračuni posameznih držav oz. teritorijev ter lokalni proračuni) v skupnih izdatkih za zdravstvo znašal 68,4 % (Health Expenditure Australia 2001 - 2002, 2003). Delež proračunskih izdatkov v javnih izdatkih zvezne vlade je znašal približno 82 %, delež izdatkov iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja pa 18 % (Year Book Australia 2003, 2003).

V Sloveniji je delež javnih izdatkov v skupnih izdatkih za zdravstvo v letu 2002 znašal 76,7 % (Zdravstvena reforma, 2003, str. 242). Kar 95,9 % javnih izdatkov predstavljajo izdatki iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Proračunski izdatki (proračun države in proračuni občin) so v primerjavi z avstralskimi zanemarljivi, saj znašajo le 3,2 % skupnih izdatkov za zdravstvo oz. 4,1 % vseh javnih izdatkov za zdravstvo (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

Avstralija z zveznim sistemom zdravstvenega zavarovanja Medicare omogoča univerzalen dostop do zdravstvenega varstva vsem prebivalcem. V Medicare se poleg državljanov Avstralije in oseb s stalnim prebivališčem v Avstraliji lahko vključijo še osebe, ki jim je izdana trajna viza, ter državljani Nove Zelandije. Osebe, ki so vključene v Medicare, so upravičene do subvencioniranja zdravstvenih storitev, ki so opredeljene v Medicarovem seznamu storitev, in sicer do določene vrednosti storitve (Health Care Systems in Transition: Australia, 2001, str. 32).

Odstotek subvencionirane vrednosti zdravstvene storitve z Medicarovega seznama storitev je odvisen od statusa bolnika oz. njegove opredeljenosti z vidika javnega ali zasebnega bolnika. Javni bolnik je oseba, ki je deležna (oz. se odloči, da bo deležna) javnih zdravstvenih storitev brezplačno. Zasebni bolnik pa je oseba, ki se odloči, da bo obravnavana kot zasebni bolnik ter da bo v skladu s tem prevzela določene obveznosti v zvezi s plačilom zdravstvenih storitev (Australian Health Care Agreement between the Commonwealth of Australia and the State of Victoria 2003 - 2008, 2003).

Tako so zavarovanci, opredeljeni kot javni bolniki, upravičeni do brezplačne obravnave pri splošnem zdravniku, brezplačne ambulantne obravnave pri specialistu in brezplačne nastanitve, različnih obravnav in nege v javnih bolnišnicah (Healy, 2002, str. 5). Obravnava bolnika, ki je opredeljen kot zasebni bolnik v zasebnih ali javnih bolnišnicah, se bolniku subvencionira le v višini 75 % vrednosti storitve. Razlika do 100 % vrednosti storitve lahko predstavlja predmet prostovoljnega zasebnega zdravstvenega zavarovanja (Healy, 2002, str. 7). Prostovoljna zasebna zdravstvena zavarovanja oblasti vzpodbujajo preko davčnih olajšav oz. dodatnih davčnih obremenitev v primeru nesklepanja le-teh (Healy, 2002, str. 4). V primeru, da oseba preseže določeno razliko med skupno vrednostjo storitev v Medicarevem seznamu storitev, ki jih je že bila deležna, in dejansko (manjšo) skupno subvencionirano vrednostjo storitev, se le-tej osebi po preseženi meji storitve subvencionirajo v višini 100 % (Health Care Systems in Transition: Australia, 2001, str. 33).

V Sloveniji financiranje sistema zdravstvenega varstva temelji skoraj izključno na podlagi obveznega zdravstvenega zavarovanja. Iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja so zavarovanci upravičeni do zdravstvenih pravic. Le-te so za določene skupine prebivalcev (otroci, šolajoča mladina itn.) ter določene bolezni brezplačne. Vendar pa je potrebno za večino zdravstvenih storitev doplačati (od 5 do 75 %) oz. se za doplačilo zavarovati. Doplačila oz. dodatna zavarovanja v Sloveniji ne temeljijo na podlagi razlik v obravnavi bolnika (večje udobje itn.).

Financiranje sistema zdravstvenega varstva in posledično izvajanje zdravstvenega varstva se odraža v zdravstvenem stanju prebivalcev države. Zdravstveno stanje prebivalcev v Avstraliji in Sloveniji je predstavljeno preko izbranih kazalcev v spodnji tabeli.

Tabela št. 4: Prikaz izbranih kazalcev zdravstvenega stanja za Avstralijo in Slovenijo za leto 2001.

	Avstralija	Slovenija
Pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v letih	80	75,9
Zdravstveno prilagojeno pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v letih	71,6	67,7
Umrljivost otrok pred 5 letom starosti (na 1.000)		
Deklice	7	6
Dečki	5	4
Mesto glede na splošno učinkovitost zdravstvenega sistema po analizah WHO*	32	38

Vir: Australia. [URL:<http://www.who.int/country/aus/en/>], 27. 12. 2003;
 Australia. [URL:<http://www.who.int/whosis/country/indicators.cfn?country=aus>], 27. 12. 2003;
 Slovenia. [URL:<http://www.who.int/country/svn/en/>], 27. 12. 2003;

Slovenia. [URL:<http://www.who.int/whosis/country/indicators.cfn?country=svn>], 27. 12. 2003; World Health Report 2000, WHO.

* Svetovna zdravstvena organizacija

V primerjavi s Slovenijo dosega Avstralija boljše rezultate pri vseh kazalcih, razen pri umrljivosti otrok pred petim letom starosti. Slabši rezultat je posledica višje umrljivosti otrok v odročnih krajih in med avtohtonim prebivalstvom.

V sistemu zdravstvenega varstva v Avstraliji predstavlja izvajanje bolnišničnega varstva njen najpomembnejši del. Bolnišnice so največji izvajalec zdravstvenih storitev v Avstraliji. Razvrščene so na javne bolnišnice (brez psihiatričnih bolnišnic), javne psihiatrične bolnišnice in zasebne bolnišnice (Health Expenditure Australia 2001 - 2002, 2003). Delež zasebnih bolnišnic v skupnem številu bolnišnic je približno 30 %, zasebne bolnišnice pa običajno izvajajo predvsem manj zahtevne nenujne zdravstvene storitve, kot so na primer enostavni elektivni kirurški posegi in minimalna invazivna kirurgija. Gre za področja, kjer se v javnih bolnišnicah soočajo z dolgimi čakalnimi dobami (Health Care Systems in Transition: Australia, 2001, str. 53).

Za financiranje bolnišnic je bilo v letu 2001 - 2002 namenjenih 33,4 % vseh sredstev za izvajanje zdravstvenih dejavnosti. Od 22,2 milijarde avstralskih dolarjev je bilo 16,7 milijard avstralskih dolarjev namenjenih javnim bolnišnicam (brez psihiatričnih bolnišnic), 0,4 milijarde javnim psihiatričnim bolnišnicam in 5,1 milijarde avstralskih dolarjev zasebnim bolnišnicam (Vsi zneski so v tekočih cenah.) (Health Expenditure Australia 2001 - 2002, 2003).

75 % bolnišnične dejavnosti se (glede na obseg sredstev) izvaja v javnih bolnišnicah. V javnih bolnišnicah so glede na sistem zdravstvenega zavarovanja Medicare zdravstvene storitve osebam, ki so opredeljene kot javni bolnik, brezplačne. Vire za financiranje javnih bolnišnic predstavljajo sredstva zvezne oblasti, proračuni posameznih držav oz. teritorijev in zasebna sredstva. Sredstva zvezne oblasti predstavljajo 47,9 % skupnih sredstev, namenjenih javnim bolnišnicam (Health Expenditure Australia 2001 - 2002, 2003). Le-ta se javnim bolnišnicam namenjajo preko večletnih dogovorov s posameznimi državami oz. teritoriji. Med zvezno oblastjo in posameznimi državami oz. teritoriji se tako za obdobje petih let sklenejo dogovori, s katerimi se vnaprej določijo pravice in obveznosti obeh ravni oblasti in javnih bolnišnic, s tem pa se postavijo tudi zgornje meje izdatkov, ki se bodo pokrivala z omenjenimi viri. Trenutno se v Avstraliji izvajajo dogovori za obdobje 2003 - 2008 (Australian Health Care Agreement between the Commonwealth of Australia and the State of Victoria 2003 - 2008, 2003).

Tudi v Sloveniji so bolnišnice največji izvajalec zdravstvenih storitev. Zasebnih bolnišnic v Sloveniji ni, deluje le nekaj zasebnih podjetij, ki izvajajo nekatere bolnišnične storitve. V letu 2002 je bilo bolnišnicam namenjenih 154,3 milijard tolarjev (v tekočih cenah), kar predstavlja 58,2 % vseh sredstev, namenjenih za

izvajanje zdravstvenih dejavnosti v Sloveniji (Splošni dogovor za pogodbeno leto 2002, 2002). Vire sredstev predstavljajo plačila s strani ZZS kot nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja in s strani zasebnih zavarovalnic (plačila iz naslova zavarovanj doplačil).

4.2. Sistem zdravstvenega varstva v Victorii

Victoria je ena izmed šestih držav v Avstraliji, ki je z vidika financiranja sistema zdravstvenega varstva znana predvsem po uspešni uveljavitvi modela plačevanja po SPP v javnih bolnišnicah. Victoria je namreč kot prva avstralska država uvedla omenjeni model, uspeh pa je vplival na zvezno oblast, da je enak model plačevanja vsilila tudi preostalim državam oz. teritorijem.

Za financiranje bolnišnic v Victorii je bilo v letu 2000 - 2001 namenjenih 33,8 % vseh sredstev za izvajanje zdravstvenih dejavnosti. Od 5,2 milijarde avstralskih dolarjev je bilo 4,1 milijarde avstralskih dolarjev namenjenih javnim bolnišnicam, 1,1 milijarde avstralskih dolarjev pa zasebnim bolnišnicam (Vsi zneski so v tekočih cenah.) (Health Expenditure Australia 2001 - 2002, 2003).

V tem letu je zvezna oblast za financiranje javnih bolnišnic v Avstraliji namenila 7,5 milijarde avstralskih dolarjev, od tega za javne bolnišnice v Victorii 1,9 milijarde avstralskih dolarjev, kar predstavlja 25 % delež. Preostala sredstva za financiranje javnih bolnišnic v Victoriji so predstavljala sredstva državnega in lokalnih proračunov (1,9 milijarde avstralskih dolarjev) ter zasebna sredstva (0,3 milijarde avstralskih dolarjev) (Vsi zneski so v tekočih cenah.). Kar 92 % sredstev za financiranje javnih bolnišnic predstavljajo javna sredstva (Health Expenditure Australia 2001 - 2002, 2003).

Kot že omenjeno, se sredstva zveznega proračuna javnim bolnišnicam namenijo preko petletnih dogovorov med zvezno oblastjo in posamezno državo oz. teritorijem, po dogovoru pa se slednjim za obdobje petih let vnaprej določijo in omejijo sredstva za plačevanje javnih bolnišnic. Javne bolnišnice se smatrajo kot odgovornost oblasti posameznih držav oz. teritorijev, z dogovorom pa le-te nase prevzamejo tveganje naraščajočih stroškov izvajanja bolnišnične dejavnosti in s tem nezadostnih virov. Imajo pa državne oblasti možnost fleksibilnega razporejanja sredstev med bolnišnicami (Healy, 2002, str. 8).

Avgusta 2003 je Victoria z zvezno oblastjo sklenila dogovor za obdobje 2003 - 2008 (v nadaljevanju: Dogovor), po katerem bo avstralska vlada v naslednjih petih letih financiranju javnih bolnišnic v Victorii namenila 10,1 milijarde avstralskih dolarjev, in sicer pod pogoji, ki jim mora zadostiti Victoria. Glavne obveznosti Victorie izhajajo iz načel Medicara (npr. brezplačen dostop oseb do javnih bolnišničnih storitev, če so osebe opredeljene kot javni bolnik) po zagotavljanju vsaj enake rasti virov financiranja javnih bolnišnic iz državnega proračuna v primerjavi z rastjo virov financiranja javnih bolnišnic s strani zvezne oblasti (glede na Dogovor) ter izpolnjevanju različnih poročil (Hospital Circular 33, 2003).

Tako lahko Victoria v obdobju 2003 - 2008 v primeru neizpolnjevanja Medicarovih načel izgubi do 830 milijonov avstralskih dolarjev, kar predstavlja 8,4 % vseh sredstev, predvidenih za financiranje javnih bolnišnic s strani zvezne oblasti v naslednjih petih letih (Medicare Principles – Requirements in the 2003 - 2008 AHCA, 2003).

Najpomembnejši cilj Dogovora je zagotoviti dostop prebivalcev do javnih bolnišničnih storitev, in sicer na podlagi naslednjih načel (Australian Health Care Agreement between the Commonwealth of Australia and the State of Victoria 2003 - 2008, 2003):

- Osebe imajo možnost, da so kot javni bolnik deležne brezplačnih javnih bolnišničnih storitev.
- Dostop do brezplačnih javnih bolnišničnih storitev temelji na zdravstveno utemeljeni potrebi po storitvi in opravitvi le-te v zdravstveno ustreznem časovnem obdobju.
- Dostop do javnih bolnišničnih storitev mora biti organiziran na način, ki zagotavlja pravičnost ne glede na geografsko lokacijo.

Dogovor predstavlja instrument za izvedbo avstralskega sistema zdravstvenega zavarovanja Medicare, ki osebam, ki so opredeljene kot javni bolnik, nudi brezplačne bolnišnične storitve v javnih bolnišnicah. Glede na Dogovor je slednje tudi ena izmed glavnih obveznosti Victorije. Ob tem obstajajo tudi storitve, ki niso brezplačne (npr. zobozdravstvene storitve). Osebi, ki je opredeljena kot zasebni bolnik, se javne bolnišnične storitve zaračunajo v vrednostih, določenih s strani Victorije (Australian Health Care Agreement between the Commonwealth of Australia and the State of Victoria 2003 - 2008, 2003).

Pretekli Dogovori so predstavljali tudi mehanizem vpeljevanja novih modelov plačevanja v javnih bolnišnicah, na tak način pa se je preko sicer splošnih določil oz. usmeritev v javne bolnišnice v Avstraliji vpeljal tudi model plačevanja po SPP.

Dogovor predstavlja tudi osnovo za vsakoletni sprejem zdravstvene politike in usmeritev v Victoriji. V letu 2003 je bil tako sprejet dokument Victoria – Public hospitals and mental health services: Policy and funding guidelines 2003 - 2004.

4.3. Razvoj modela plačevanja po skupinah primerljivih primerov

Modeli plačevanja v javnih bolnišnicah v Victoriji se razlikujejo glede na različnost obravnav. Akutne bolnišnične obravnave se plačujejo po modelu SPP.

Akutna obravnava se sicer lahko izvaja v bolnišnici (akutna bolnišnična obravnava) ali pa izven bolnišnice (akutna obravnava izven bolnišnice). V primeru akutne bolnišnične obravnave je bolnik sprejet v bolnišnico (admitted patient), v primeru akutne obravnave izven bolnišnice pa bolnik ni sprejet v bolnišnico (non-admitted patient). Akutna obravnava izven bolnišnice se lahko izvaja kot nujna medicinska

pomoč (emergency departments) ali pa kot ambulantna obravnava (ambulatory patient ali outpatient) (Victoria – Public hospitals and mental health services: Policy and funding guidelines 2003 - 2004, 2003).

Razmišljanja o uvedbi ustrežnejšega modela plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav v javnih bolnišnicah segajo v 70. leta 20. stoletja. Plačevanje javnih bolnišnic na podlagi preteklih stroškov (Osnova za proračun tekočega leta so bili izdatki v preteklem letu.) se je izkazalo za neustrezno.

Prvo razvrščanje avstralskih bolnišničnih podatkov v SPP je v letu 1984 izvedla University of New South Wales in sicer na podlagi postopka in klasifikacije, ki sta bila razvita v Združenih državah Amerike za njihov t. i. Medicare zdravstveni sistem. Pomanjkljivost razvrščanja so predstavljali vhodni podatki, ki so bili kodirani na podlagi mednarodne klasifikacije bolezni International Classification of Diseases, 9th Revision (v nadaljevanju: ICD9), programsko orodje, na podlagi katerega se je opravilo razvrščanje vhodnih podatkov v SPP, pa je bilo prilagojeno klasifikaciji, ki se je uporabljala v ZDA (ICD9CM). Vhodni podatki na podlagi različnih klasifikacij se sicer lahko postavijo na skupni imenovalac (s pomočjo t. i. postopka mapiranja), vendar ob določeni stopnji izgube točnosti podatkov. Kljub tej pomanjkljivosti so rezultati pokazali, da ni večjih odstopanj od rezultatov v ZDA, kar je zanikalo prepričanja mnogih zdravnikov v Avstraliji, da zaradi razlik v klinični praksi med omenjenima državama model plačevanja po SPP v Avstraliji ne bo deloval (Palmer, 2001, str. 12).

V letu 1985 se je podoben projekt izvedel še v Victoriji, kjer so bile vključene vse javne bolnišnice. Rezultati projekta so pokazali pomanjkljivosti dotedanjih modelov plačevanja, saj je bil ugotovljen velik razpon stroškov na bolnika pri največjih med seboj primerljivih neterciarnih bolnišnicah (Palmer, 2001, str. 12 - 13).

Prva država, ki je v Avstraliji za plačevanje akutnih bolnišničnih obravnav v javnih bolnišnicah uvedla model plačevanja po SPP, je bila Victoria. V uvedbo modela v letu 1993 je bila država vzpodbujena tudi zaradi kar 10 % nižjih javnih sredstev (državni proračun) za zdravstvo glede na preteklo leto. Uvedba modela naj bi z večjo stroškovno učinkovitostjo nadomestila zmanjševanje obsega programa kot posledice navedenega izpada sredstev. Model se je izkazal za učinkovitega, stroški na primer pa so se v obdobju petih let (od 1991 - 1992 do 1996 - 1997) znižali za 25 % (Health Care Systems in Transition: Australia, 2001, str. 77). Primer (separation) je opredeljen kot celotna bolnišnična obravnava (od sprejema do odpusta, premestitve ali smrti) ali pa le kot del bolnišnične obravnave (razlog je sprememba v vrsti obravnave) (Year Book Australia 2003, 2003).

Zaradi uspešnosti novega modela so pod vplivom zvezne oblasti vse države oz. teritoriji, razen države New South Wales, začele za plačevanje akutnih bolnišničnih obravnav v javnih bolnišnicah uporabljati model plačevanja po SPP (Healy, 2002, str. 9). Avstralija je ob tem razvila še lastno klasifikacijo SPP (sedanja se imenuje AR-DRG 4.2) in na podlagi stroškovnih analiz tudi uteži za posamezne SPP.

Velja poudariti, da sam model nima dokazanega pozitivnega vpliva na izide zdravljenja bolnika in kvaliteto opravljenih storitev (Modela se je v zvezi z obravnavo bolnikov oprijela oznaka quicker but sicker.).

Med implementacijami modela plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav po SPP v javnih bolnišnicah se med posameznimi državami pojavljajo razlike, in sicer v zvezi (Health Care Systems in Transition: Australia, 2001, str. 77):

- z obravnavanjem oziroma vključevanjem stalnih in spremenljivih stroškov,
- z vključevanjem posebej dragih bolnikov,
- z različnim plačevanjem bolnišnic glede na učinke doseganja ekonomije obsega.

4.4. Model plačevanja po skupinah primerljivih primerov v Victorii

Za model plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav po SPP v javnih bolnišnicah je Victoria razvila lastno klasifikacijo SPP, ki obsega 664 skupin. Victoria je avstralske SPP imenovane AR-DRG 4.2 prilagodila državnim potrebam ter jih preimenovala v VIC-DRG 4.2 (Brook, 2003, str. 2).

Postopek razvrščanja akutne bolnišnične obravnave v SPP se prične s sprejemom bolnika v akutno bolnišnično obravnavo. Bolnika spremlja zapis, kjer se zapisujejo glavna diagnoza kot tudi vse preostale diagnoze, zaradi katerih je bil bolnik deležen akutne bolnišnične obravnave, ter tudi vse storitve, ki jih je prejel med oskrbo. V letu 2003 - 2004 se diagnoze in posegi zapisujejo skladno z Mednarodno klasifikacijo bolezni, tj. ICD-10, ki jo je Avstralija nekoliko priredila svojim potrebam (ICD-10 AM) (Victoria – Public hospitals and mental health services: Policy and funding guidelines 2003 - 2004 – Technical information, 2003), na podlagi omenjene klasifikacije pa je možnih približno 15.000 različnih osnovnih diagnoz, z upoštevanjem dodatnih diagnoz in možnih komplikacij pa se število še poveča.

Na podlagi podatkov v zapisu (glavna diagnoza, dodatne diagnoze, posegi) se s posebnim programskim orodjem (t. i. grouper) akutna bolnišnična obravnava razvrsti v določeno SPP. Razvrščanje v SPP poenostavi kompleksnost diagnoz, tako da posamezna SPP zajame vsebinsko primerljive diagnoze, za katere so značilni tudi primerljivi stroški. S tem je SPP postal ne le orodje za lažji pregled nad različnostjo obravnav, temveč tudi orodje za lažje načrtovanje ter model za plačevanje. Število SPP je neprimerljivo manjše od števila možnih diagnoz glede na ICD-10 AM, še vedno pa zelo razčlenjeno. Zaradi združevanja diagnoz s primerljivimi stroški je zagotovljeno tudi ustrezno plačilo za obravnavo bolnikov z različnimi diagnozami znotraj posamezne SPP.

Spodnja tabela prikazuje nekaj SPP iz klasifikacije SPP VIC-DRG 4.2.

Tabela št. 5: Izbrane SPP iz klasifikacije SPP države Victorie (Victorian DRG 4.2) ter uteži po posameznih kategorijah izbranih SPP.

Koda	SPP	Mehanska ventilacija	Ostala	Meji pov. obravnave*		Povprečna ležalna doba	Dnevna/enodnevna SPP obravnava	Utež dnevne obravnave	Utež enodnevne obravnave	Večdnevna podpov. obravnava na dan	Utež povprečne obravnave	Nadpov. obravnava na dan
		doplačilo	doplačila	spodnja	zgornja							
A01Z	Presadek jeter	4		11	108	33,1		5,5127	6,5779	1,9367	27,8819	0,3618
A02Z	Presadek več organov	4		6	59	13,3		3,0468	3,7237	1,1282	10,4928	0,3618
A03Z	Presadek pljuč	4		10	91	30,3		3,9536	5,1042	2,0711	25,8155	0,3618
A04A	Alogeni presadek kostnega mozga	4		20	46	30,1		0,5671	0,9336	0,6963	14,8595	0,3408
A04B	Preostali presadki kostnega mozga	4		9	22	18,0		0,4299	0,7776	0,6181	6,3404	0,2429
A05Z	Presadek srca	4		13	120	35,3		7,2004	7,9338	1,3539	25,5350	0,3618
A06Z	Traheostomija vse starosti, vsa stanja	4		19	43	28,7		1,7508	2,1154	0,6909	15,2426	0,3381
A40Z	ECMO brez srčne kirurgije	4		14	32	17,3		5,9662	6,6160	1,2066	23,5090	0,3618
A41Z	Intubacija starost<16	D		1	16	4,4		1,4947	2,7819	0,0000	2,7819	0,3618
B01Z	Revizija ventrikularnega šanta brez drugih posegov v operacijski dvorani	D		1	14	4,4		1,3131	2,0180	0,0000	2,0180	0,2244
B02A	Kraniotomija s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	D		5	51	18,1		2,1948	2,9280	1,1731	8,7936	0,2843
B02B	Kraniotomija z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	D		2	26	9,4		2,1558	3,0803	0,9246	4,9295	0,2758
B02C	Kraniotomija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	D		2	19	6,6		1,5325	2,0388	0,5063	3,0514	0,2156
B03A	Posegi na hrbtenici s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	D		4	37	11,8		1,6970	2,1335	0,6547	4,7522	0,2067

Vir: Victoria – public hospitals and mental services: Policy and Funding guidelines 2003 – 2004, Victorian Government Department of Human Services Melbourne Victoria 2003.

* Meji povprečne obravnave sta določeni glede na povprečno ležalno dobo.

Plačilo za posamezno skupino diagnoz je opredeljeno z utežjo posamezne SPP, ki je določena na podlagi stroškovne analize Victorian Cost Weights Study (Victoria – Public hospitals and mental health services: Policy and funding guidelines 2003 - 2004 – Technical information, 2003) ter povprečne cene primera. Uteži za posamezne SPP so sicer opredeljene tudi na zvezni ravni (za klasifikacijo AR-DRG 4.2), vendar pa so posamezne države oz. teritoriji s prilagajanjem zvezne klasifikacije SPP prilagodile tudi uteži. Uteži po posameznih državah oz. teritorijih odražajo državne specifičnosti, določene pa so na podlagi lastnih državnih stroškovnih analiz. Utež predstavlja relativno ceno posamezne SPP glede na povprečno ceno. Le-ta je izražena s koeficientom 1. Tako znaša plačilo za presaditev jeter z utežjo 27,8819 (v zgornji tabeli je navedena v rubriki Utež povprečne obravnave (inlier weight)) in povprečno ceno 2.669 avstralskih dolarjev približno 74.500 avstralskih dolarjev.

Victoria v okviru modela plačevanja po SPP loči plačevanje glede na trajanje obravnave. Tako imata dnevna in enodnevna obravnava določene ločene uteži. Poleg tega loči tudi med obravnavami, ki bistveno izstopajo glede na povprečno ležalno dobo, značilno za določeno obravnavo. Nadpovprečne obravnave, tj. obravnave z nadpovprečno ležalno dobo (povprečna ležalna doba, pomnožena s 3) imenujejo high outlier, podpovprečne obravnave, tj. obravnave s podpovprečno ležalno dobo (povprečna ležalna doba, deljena s 3) pa low outlier. Povprečne obravnave (obrnave v omenjenem razponu) imenujejo inlier (Victoria – Public hospitals and mental health services: Policy and funding guidelines 2003 - 2004 – Technical information, 2003).

Plačilo po SPP je enako za vse izvajalce v določeni skupini bolnišnic. Tudi v Victorii plačevanje izvajalcev temelji na skupini, ki ji posamezni izvajalec pripada. Vendar pa je pripadnost skupini natančno opredeljena (Znotraj posamezne skupine bolnišnic se cene za enake storitve ne razlikujejo.), izhaja pa iz velikosti bolnišnice in iz tega naslova doseganja možnih učinkov ekonomije obsega. Večje bolnišnice imajo tako nižjo povprečno ceno primera. Ob tem se velikost oz. aktivnost bolnišnice opredeli s številom t. i. obteženih povprečnih primerov (weighted inlier equivalent separation; v nadaljevanju: WIES). Le-to se določi tako, da se za vsako SPP zmnoži število primerov (inlier equivalent separation) in pripadajoča utež. Seštevek zmnožkov vseh SPP predstavlja WIES (Victoria – Public hospitals and mental health services: Policy and funding guidelines 2003 - 2004 – General Conditions of Funding, 2003).

Naslednja tabela predstavlja različne povprečne cene primerov akutnih bolnišničnih obravnav v javnih bolnišnicah v Victorii po posameznih skupinah bolnišnic za leto 2003 - 2004. Bolnišnice skupine Najpomembnejši izvajalci so locirane predvsem v urbanih področjih, bolnišnice, ki pripadajo skupini B in C, pa na podeželju.

Tabela št. 6: Cena povprečnega primera akutne bolnišnične obravnave po posameznih skupinah bolnišnic za javne bolnike v javnih bolnišnicah v Victorii za leto 2003 - 2004 v avstralskih dolarjih.

Skupina bolnišnic	Cena povprečnega primera
Najpomembnejši izvajalci	2.669
Skupina B > 13.000 WIES*	2.788
Skupina B 7.500 - 13.000 WIES*	2.870
Skupina B 5.000 - 7.500 WIES*	2.941
Skupina B < 5.000 WIES*	2.958
Skupina C	2.783

Vir: Victoria – Public hospitals and mental health services: Policy and funding guidelines 2003 - 2004 – General Conditions of Funding, Victorian Government Department of Human Services Melbourne Victoria.

* Število obteženih povprečnih primerov

Poleg tega, da WIES določa ceno povprečnega primera, se WIES uporablja tudi kot merilo, na podlagi katerega se vnaprej omejuje plačevanje akutnih bolnišničnih obravnav na ravni države in ravni posameznih bolnišnic. V letu 2003 - 2004 je skupno število WIES za akutne bolnišnične obravnave določeno v višini 851.204. V primeru, da bolnišnica preseže svoj WIES do 2 %, dobi plačilo za vsak presežen WIES v višini 1.000 avstralskih dolarjev, presežki nad 2 % pa niso plačani. Bolnišnica se sooča z določenimi odbitki tudi v primeru nedoseganja načrtovanega oz. ciljnega števila na pogajanjih določenega števila WIES (Victoria – Public hospitals and mental health services: Policy and funding guidelines 2003 - 2004, 2003).

S prehodom plačevanja javnih bolnišnic na osnovi preteklih stroškov (Proračun tekočega leta je bil opredeljen na podlagi izdatkov v preteklem letu.) na model plačevanja glede na opravljene storitve je Victoria vzpostavila pogoje za uvedbo enakih plačil med izvajalci za opravljene enake storitve. Za plačevanje akutnih bolnišničnih obravnav je uvedla model plačevanja po SPP. Pogoj za uvedbo enakih plačil je dovolj podrobna klasifikacija storitev (Victoria je razvila svojo klasifikacijo SPP, in sicer VIC-DRG 4.2.). Podrobna klasifikacija storitev mora vsebovati vse storitve oz. skupine storitev (SPP), v katere se posamezne storitve razvrščajo tudi na osnovi primerljivih stroškov, saj se le na tak način zagotovi ustrezno diferencirano plačevanje izvajalcev glede na opravljene različno zahtevne obravnave. Ker posamezne skupine storitev vključujejo storitve s primerljivimi stroški, je ustrezno plačilo določeno tudi za storitve znotraj iste skupine (Plačilo za storitve v isti skupini je enako.). Ob podrobni klasifikaciji storitev, utežeh, ki določajo relativno ceno storitve glede na povprečno ceno storitve in so enotne za

vse izvajalce, in povprečni ceni storitve, je zagotovljena enakost plačil izvajalcem za opravljene enake storitve. Model plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav po SPP v javnih bolnišnicah v Victorii tako omogoča diferencirano plačevanje izvajalcem glede na zahtevnost opravljenih obravnav in enako plačevanje izvajalcem za opravljene enake storitve.

5. ANALIZA MODELA PLAČEVANJA PO SKUPINAH PRIMERLJIVIH PRIMEROV V SLOVENIJI

Kljub neustreznim modelom plačevanja je Slovenija po osamosvojitvi na področju zdravstvenega varstva pomembno napredovala, saj so bile zagotovljene visoko kakovostne zdravstvene storitve. Očitne in splošno znane pomanjkljivosti glede modelov plačevanja so se začele odpravljati v letu 2001, in sicer z začetkom prenavljanja modela financiranja bolnišnic. V ta namen je bil vzpostavljen projekt RUSZV.

5.1. Načela, novosti in cilji novega modela plačevanja

Uvedba novega modela plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti poteka postopoma na podlagi upoštevanja ključnih načel uvajanja sprememb, in sicer možnosti ustreznega (tj. postopnega) prilagajanja izvajalcev novemu plačilnemu modelu, zagotavljanja preglednosti pri razvoju novega modela ter zagotavljanja kliničnega pomena. Razlog za postopno uvajanje je tudi pomanjkanje kakovostnih podatkov za velike enkratne spremembe.

Model plačevanja po primerih in model plačevanja po SPP imata številne skupne točke. Le-te so (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2002):

- predvidljivost,
- prospektivno določeni proračun (glede na načrtovano raven realizacije),
- opredeljenost različnih bolnišničnih obravnav z različnimi cenami,
- večina bolnišničnih obravnav se plačuje po primeru.

Obstajajo pa tudi pomembne razlike med modeloma, nov model namreč prinaša naslednje novosti (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2002):

- enakost plačil med bolnišnicami za enako delo,
- za akutno bolnišnično obravnavo bo uporabljen model plačevanja po SPP,
- večja možnost uporabe stroškovnih analiz kliničnih poti za zagotavljanje pravilnega plačevanja bolnišničnih obravnav,
- spremembe v glavnih vrstah obravnav (delitev bolnišničnih obravnav na akutno in neakutno bolnišnično obravnavo),

- dodatno plačevanje terciarnih bolnišnic (za izvajanje dejavnosti poučevanja in raziskovanja ter zaradi zahtevnosti obravnave).

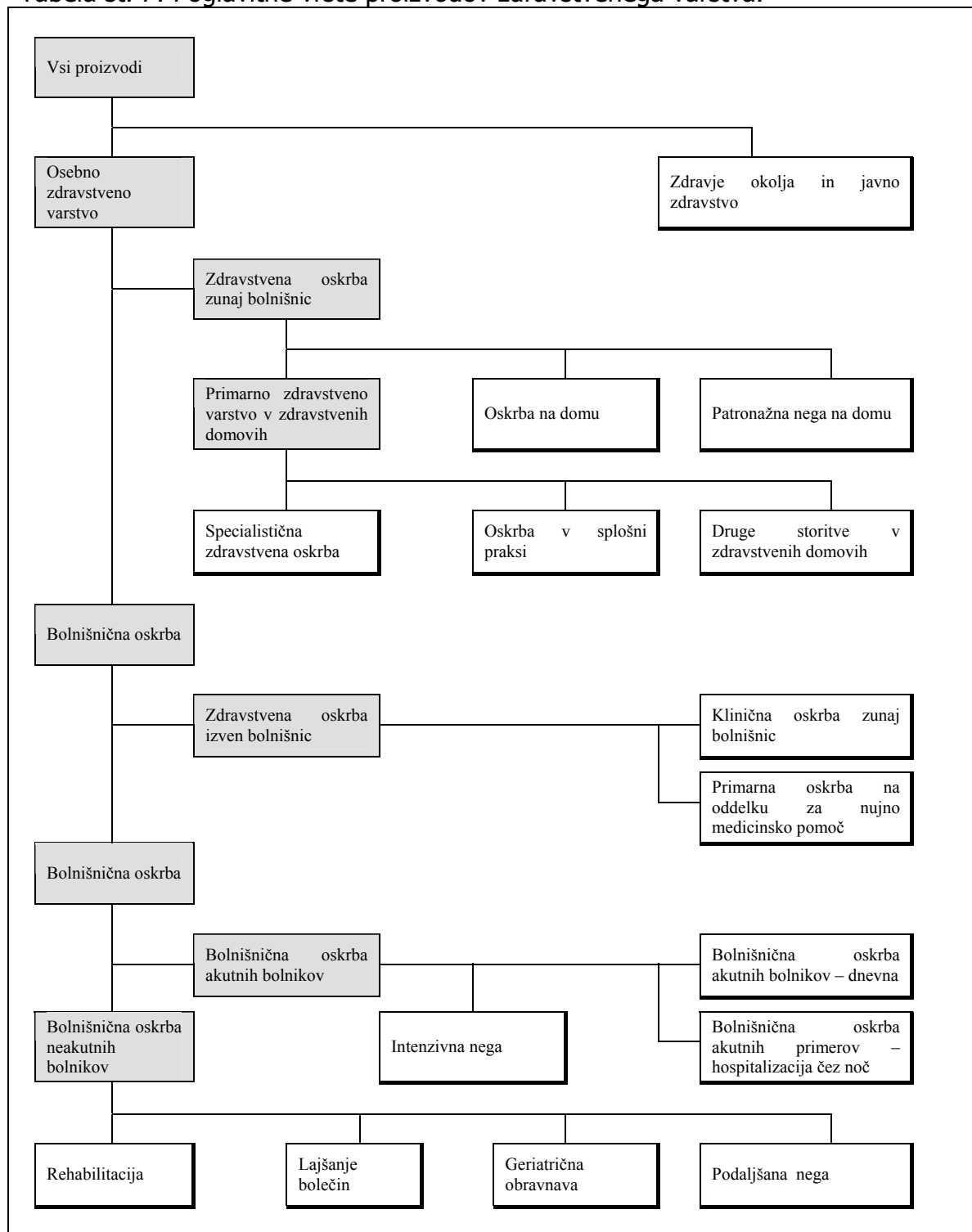
Glavni cilji uvedbe novega modela plačevanja akutne bolnišnične obravnave so zagotovitev pravičnosti in primerljivosti plačil med posameznimi izvajalci (enako plačilo za enako delo), izboljševati klinično prakso in zagotoviti boljše podatke za načrtovanje. Poleg tega bo nov model posamezne izvajalce vzpodbujal k optimizaciji stroškov z vzdrževanjem povprečne porabe v obsegu plačila za posamezne skupine primerov.

5.2. Akutna bolnišnična obravnava

Prvi korak k uvajanju sprememb plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti je ločitev med akutno in neakutno bolnišnično obravnavo. Ločitev je smiselna in potrebna zaradi kliničnih razlik med akutno in neakutno bolnišnično obravnavo (npr.: pri akutni obravnavi je klinično tveganje večje, potrebna je specializirana skupina, trajanje oskrbe je lahko predvidljivo). Poleg tega je model plačevanja po SPP uporaben le za akutno bolnišnično obravnavo, ločitev pa je smiselna tudi zaradi zagotovitve primerljivosti podatkov s preostalimi državami.

Akutno bolnišnično obravnavo lahko opredelimo kot skupek aktivnosti (opazovanje, diagnostika, zdravljenje), ki se nanašajo na celotno akutno zdravstveno oskrbo osebe 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 (Zdravstveni informacijski sistem bolnišničnih obravnave, 2003, str. 4). Umestitev akutne bolnišnične obravnave v poglavitne proizvode zdravstvenega varstva je razvidna iz spodnje tabele.

Tabela št. 7: Poglavitne vrste proizvodov zdravstvenega varstva.



Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2002.

Model plačevanja po SPP se bo uporabljal izključno za akutno bolnišnično obravnavo, pri čemer bo upošteval različnost obravnave. Plačilo bo opredeljeno na podlagi celotnega postopka obravnave bolnika, kar pomeni, da se bo za različne obravnave zagotovilo različno plačilo, ki je sorazmerno stroškom. Stroške obravnave določa zahtevnost obravnave, in sicer na podlagi postavljenih kliničnih

diagnoz, opravljenih posegov in dolžine obravnave. Bolniki bodo razvrščeni v skupine primerov, ki so primerljivi po diagnozah ali standardiziranih tipih obravnave.

5.3. Opredelitev vhodnih podatkov, klasifikacije skupin primerljivih primerov in uteži za skupine primerljivih primerov – enakost plačil

Za uvedbo plačevanja akutne bolnišnične obravnave po SPP je predhodno potrebno opredeliti podatke, ki jih morajo zbirati bolnišnice za vsako posamezno obravnavo bolnika. Na podlagi teh podatkov se obravnava razvrsti v ustrezno SPP.

V ta namen bolnišnice v okviru t. i. SPP zapisa bolnika zbirajo naslednje podatke (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003):

- Glavna diagnoza (diagnoza vodilne bolezni ali stanja, zaradi katerega je bil bolnik sprejet na zdravljenje).
- Do 19 dodatnih diagnoz (Dodatna diagnoza je stanje ali problem, ki je že obstajal ob glavni diagnozi ali pa je nastal med bolnišnično obravnavo ali obiskom v zdravstveni ustanovi.). Zbiranje dodatnih diagnoz omogoča, da se v SPP zapis bolnika vpišejo vsi podatki, ki vplivajo na razvrstitev obravnave v skupine primerljivih primerov.
- Do 20 posegov; tudi zbiranje oziroma vpisovanje posegov v SPP zapis bolnika omogoča natančnejše razvrščanje obravnave v skupine primerljivih primerov.

Poleg že navedenih najpomembnejših podatkov, zbiranje zajema tudi podatke, ki so navedeni v spodnji tabeli.

Tabela št. 8: Podatki, ki jih izvajalci zbirajo za akutno bolnišnično obravnavo v okviru SPP zapisa.

1	Tip bolnišnične obravnave
2	Leto zajema
3	Obdobje zajema akutne bolnišnične obravnave
4	Oznaka izvajalca
5	Matična številka sprejema
6	Enotna matična številka občana
7	Številka Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
8	Spol
9	Datum rojstva
10	Občina stalnega bivališča
11	Zakonski stan
12	Stopnja izobrazbe
13	Delo, ki ga opravlja
14	Dejavnost zaposlitve
15	Podlaga za zdravstveno zavarovanje
16	Napotitev neposredno iz druge bolnišnice
17	Urgentni sprejem
18	Ponovni sprejem
19	Datum prihoda v bolnišnico
20	Ura prihoda v bolnišnico
21	Datum začetka akutne bolnišnične obravnave
22	Ura začetka akutne bolnišnične obravnave
23	Število epizod
24	Lečeča zdravstvena služba z lokacijo – zadnja v tej obravnavi
25	Glavna diagnoza akutne bolnišnične obravnave
26	Dodatna diagnoza 1
27	Dodatna diagnoza 2
...	...
44	Dodatna diagnoza 19
45	Klinični poseg 1
46	Datum posega 1
47	Klinični poseg 2
48	Datum posega 2
...	...
83	Klinični poseg 20
84	Datum posega 20
85	Datum zaključka akutne bolnišnične obravnave
86	Ura zaključka bolnišnične obravnave
87	Napotitev/stanje ob zaključku akutne bolnišnične obravnave
88	Vrsta napotitve v drugo bolnišnico
89	Oznaka druge bolnišnice
90	Število dni v intenzivni terapiji
91	Tip plačnika za osnovni del stroškov
92	Teža dojenčka ob sprejemu
93	Ure mehanske ventilacije
94	Število dni neakutne obravnave
95	Šifra skupine primerljivih primerov
96	Vrsta bolnišnične obravnave
97	Interni bolnišnični identifikator osebe

Vir: Zdravstveni informacijski sistem bolnišničnih obravnav, 2003, str. 20, 21.

Navedene podatke bolnišnice zbirajo od 1. 1. 2003, sprotne analize zbranih podatkov pa kažejo na postopno izboljšanje vpisovanja zahtevanih podatkov, in sicer predvsem v smislu vpisovanja večjega števila diagnoz in posegov.

Zbiranje podatkov o diagnozah temelji na podlagi slovenske klasifikacije diagnoz Mednarodna klasifikacija bolezni – 10 (v nadaljevanju: MKB-10). Za razvrstitev obravnave v SPP je potrebno slovenske diagnoze ustrezno preslikati v avstralske diagnoze, saj le-te temeljijo na avstralski klasifikaciji ICD-10 AM, ki predstavlja osnovo za razvrščanje obravnave v SPP, povzetih na podlagi avstralskega seznama SPP (AR-DRG 4.2). Podobne preslikave je potrebno zagotoviti tudi za posege. Klasifikacija posegov temelji na podlagi Slovenske klasifikacije operacij (v nadaljevanju: SKO), za razvrščanje v SPP pa je potrebno opraviti preslikave v ICD-10 AM (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003).

Za določitev plačila, ki se razlikuje glede na zahtevnost obravnave, je torej potrebno opredeliti klasifikacijo SPP. Klasifikacija SPP predstavlja določeno število skupin primerov, ki izhajajo iz različnih zahtevnosti obravnave. S klasifikacijo SPP se zagotavlja poenoten in dovolj podroben način razvrščanja obravnave za vse izvajalce akutne bolnišnične obravnave. Pomembno je, da ima klasifikacija SPP smisel za klinične zdravnike. V takem primeru je klasifikacijo SPP oziroma razvrščanje v klasifikacijo SPP mogoče uporabiti za razširitev znanja in za podporo izboljšanju klinične prakse. Ob tem velja poudariti, da je klasifikacija SPP podvržena postopku ažuriranja, ažuriranje pa mora biti nadzorovano oziroma vodeno s strani strokovnih kliničnih skupin.

Slovenija se je pri vprašanju, ali izbrati v tujini že uporabljeno klasifikacijo SPP ali razviti svojo, odločila za prvo možnost. Uporaba mednarodne klasifikacije za razvrščanje akutnih bolnikov zmanjšuje stroške razvoja in vzdrževanja na minimum, poleg tega pa omogoča oziroma poveča možnosti primerjave z drugimi državami. Slovenija se je zato odločila za izbiro avstralske klasifikacije SPP, tj. AR-DRG 4.2. Le-ta je bila v določeni meri prilagojena stanju v Sloveniji. Slovenska klasifikacija vsebuje 661 SPP. Izbrani SPP so prikazani v spodnji tabeli.

Tabela št. 9: Izbrane SPP iz slovenske klasifikacije SPP ter uteži po posameznih kategorijah izbranih SPP.

Koda	SPP	Utež
A01Z	Presadek jeter	21,66
A02Z	Presadek več organov	12,75
A03Z	Presadek pljuč	29,69
A04Z	Presadek kostnega mozga	11,74
A05Z	Presadek srca	19,34
A06Z	Traheostomija vse starosti, vsa stanja	12,89
A40Z	ECMO brez srčne kirurgije	22,30
A41Z	Intubacija starost<16	4,48
B01Z	Revizija ventrikularnega šanta brez drugih posegov v operacijski dvorani	2,77
B02A	Kraniotomija s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	9,09
B02B	Kraniotomija z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,41
B02C	Kraniotomija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	3,22
B03A	Posegi na hrbtenici s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,82
B03B	Posegi na hrbtenici brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,39

Vir: Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003.

Posamezne SPP se med seboj zaradi razlik v obravnavah razlikujejo v ceni. Le-ta je določena s stroški obravnav, ki so odvisni od zahtevnosti obravnave. Cene SPP v Sloveniji temeljijo na vrednotenju primerov treh pilotskih bolnišnic, ki je bilo izvedeno na podatkih o stroških bolnišnic v letu 2001. Cena posamezne SPP je izražena relativno, in sicer z utežjo glede na ceno oziroma stroške povprečnega primera, ki se kot utež izrazi z koeficientom 1. Zahtevnejše oziroma dražje SPP imajo utež, večjo od 1, manj zahtevne oziroma cenejše pa manjšo od 1.

Enotna podrobna klasifikacija storitev in uteži, ki določajo relativno ceno storitve glede na povprečno ceno storitve, omogočajo diferencirano plačevanje izvajalcem akutnih bolnišničnih obravnav glede na zahtevnost opravljenih obravnav in enako plačevanje izvajalcem za opravljene enake storitve.

5.4. Model plačevanja po skupinah primerljivih primerov v letu 2003

Za izvajalce specialistično bolnišnične dejavnosti je pogodbeno leto 2003 prelomno leto. Plačevanje akutnih bolnišničnih obravnav se je v določenem delu že izvedlo po modelu plačevanja po SPP.

V prvi polovici leta 2003 so se zdravstveni partnerji v Področnem dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 2003 zavezali, da se bo 10 % sredstev, načrtovanih za specialistično bolnišnično dejavnost, v letu 2003 razdelilo med izvajalce na podlagi modela plačevanja po SPP (Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2003, 2003).

Razlog za uvedbo modela plačevanja po SPP le v višini 10 % sredstev za specialistično bolnišnično dejavnost predstavlja dejstvo, da so bolnišnice začele zbirati podatke (v okviru zapisov SPP), potrebne za razvrščanje obravnave v ustrezno SPP, s 1. 1. 2003. Zbiranje podatkov je tako še v začetni fazi, podatki z vidika evidentiranja vseh diagnoz in posegov pa še niso dovolj kakovostni, da bi se model plačevanja po SPP lahko vpeljal v celoti.

Metodologija kombiniranega plačevanja specialistično bolnišnične dejavnosti (90 % sredstev se razdeli med izvajalce po obstoječem modelu plačevanja po primerih, 10 % sredstev se razdeli med izvajalce po novem modelu plačevanja po SPP.) je opredeljena v Aneksu št. 2 k Področnemu dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 2003. Najpomembnejši del metodologije predstavlja iz skupnih sredstev, namenjenih za specialistično bolnišnično dejavnost v letu 2003, izločitev sredstev za terciarno dejavnost in neakutno bolnišnično obravnavo. Na podlagi zneska preostalih sredstev (za akutno bolnišnično obravnavo) in skupnega števila obteženih (Utež za posameznega izvajalca temelji na realizaciji SPP v letu 2003.) planskih primerov v letu 2003 se izračuna povprečna cena obteženega primera. Le-ta se nato uporabi za izračun sredstev, ki posamezni bolnišnici, ob upoštevanju njenega števila obteženih planskih primerov v letu 2003, pripadajo za izvajanje akutnih bolnišničnih obravnav v letu 2003. Nova načrtovana vrednost obsega bolnišnične dejavnosti (za akutno bolnišnično obravnavo), ki temelji na kombinaciji

obstoječega modela plačevanja po primerih in novega modela plačevanja po SPP, se primerja z načrtovano vrednostjo obsega bolnišnične dejavnosti po obstoječem modelu plačevanja po primerih. Ob tem lahko zmanjšanje sredstev v posamezni bolnišnici znaša največ 1 % od 10 % sredstev, ki jih je bolnišnica prejela po obstoječem modelu plačevanja po primerih. Zmanjšanje sredstev predstavlja vir sredstev za bolnišnice, ki jim sprememba plačevanja prinaša dodatna sredstva (Aneks št. 2 k Področnemu dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 2003, 2004).

Rezultati simulacije, ki temelji na podatkih iz leta 2001, kažejo, da bi uvedba plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav po SPP v celoti (in ne le v višini 10 %) močno prerazporedila sredstva med posameznimi bolnišnicami. Največje zmanjšanje znaša 65,5 % sredstev bolnišnice za akutno bolnišnično obravnavo, največje povečanje sredstev pa 22 %. Največje zmanjšanje v absolutnih številkah znaša 2.696 milijonov tolarjev (cene: december 2001), največje povečanje pa 2.026 milijonov tolarjev (cene: december 2001). Po podatkih za leto 2003 znaša največje zmanjšanje 55,1 % sredstev bolnišnice za akutno bolnišnično obravnavo, največje povečanje pa 21,8 %. Največje zmanjšanje v absolutnih številkah znaša 2.469 milijonov tolarjev (cene: december 2002), največje povečanje pa 808 milijonov tolarjev (cene: december 2002) (Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS, 2003). Ob tem velja poudariti, da so tako obsežne prerazporeditve v veliki meri posledica ne dovolj kakovostnih podatkov. Kljub temu je simulacija pokazala na pomembne razlike v sredstvih, do katerih je posamezna bolnišnica upravičena na podlagi modela plačevanja po primerih oz. modela plačevanja po SPP. Vzrok je v nepravilnosti plačevanja izvajalcem akutnih bolnišničnih obravnav v preteklosti.

SKLEP

Zdravstveno varstvo v Sloveniji temelji na sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki je bil uveden z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v okviru zdravstvene reforme v letu 1992. Socialni sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja temelji na načelu solidarnosti, ki omogoča vsem državljanom pravičen dostop do zdravstvenega varstva na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.

Vire sredstev, ki so namenjeni izvajanju zdravstvenega varstva, predstavljajo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, proračunska sredstva države in občin, sredstva dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ter neposredna plačila državljanov. V letu 2002 je bilo za zdravstvo namenjenih 475 milijard tolarjev (stalne cene: 2002) oz. 8,99 % BDP. Največji vir so predstavljala sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, delež le-teh v skupnih sredstvih za zdravstvo je znašal 73,5 %. Drugi največji vir so predstavljala sredstva dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, delež le-teh je znašal 13,6 %, državljani pa se za tovrstno zavarovanje odločajo v izogib visokim doplačilom, ki bi jih sicer

morali plačati za skoraj vse zdravstvene pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Slovenija iz leta v leto namenja več sredstev sistemu zdravstvenega varstva. V letu 2002 so bili skupni izdatki za zdravstvo za 88 % realno večji kot pa v letu 1992. Realna rast skupnih izdatkov za zdravstvo je presegla realno rast BDP v omenjenem obdobju, in sicer za 31,3 %. Vzroki naraščajočih izdatkov so enaki kot v zdravstvenih sistemih držav EU in tudi drugod po svetu. Le-ti so podaljševanje povprečne življenjske dobe prebivalstva, spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva, razvoj medicinske znanosti in tehnologije ter večja informiranost in zdravstvena osveščenost državljanov.

Omenjeni vzroki ob omejenih virih sredstev vplivajo na poslovni rezultat ZZZS kot plačnika izvajalcev zdravstvene dejavnosti ter na poslovne rezultate samih izvajalcev. Od leta 2000 naprej ZZZS posluje z izgubo. Skupna izguba v obdobju 2000 - 2002 je znašala skoraj 25 milijard tolarjev (stalne cene 2002), delež izgube v skupnih prihodkih ZZZS po posameznih letih pa se je gibal od 1,1 % do 3,9 %. Z izgubami se soočajo tudi bolnišnice, ki so s tega vidika najbolj problematična skupina izvajalcev. Z izjemo v letu 2002 so bolnišnice od leta 1996 vsako leto beležile kumulativno izgubo. Delež kumulativne izgube v skupnih prihodkih bolnišnic po posameznih letih se je gibal od 0,2 % do 1,6 %. Skupna izguba za kritje bolnišnic je konec leta 2002 znašala 8,4 milijarde tolarjev, kar pomeni 4,9 % skupnih prihodkov bolnišnic v letu 2002.

Sistem zdravstvenega varstva in njegove značilnosti vplivajo na zdravstveno stanje državljanov. Primerjava z državami EU pokaže, da Slovenija zaostaja za zdravstvenim stanjem držav EU glede pričakovanega trajanja življenja ob rojstvu kot tudi glede zdravstveno prilagojenega pričakovanega trajanja življenja. Kazalnik prezgodaj izgubljena leta potencialnega življenja pokaže, da Slovenija negativno izstopa pri deležu števila smrti zaradi samomorov in prometnih nesreč v skupnem številu smrti. Omenjena vzroka predstavljata največje breme prezgodnje umrljivosti. Sicer najpogostejši vzrok smrti v Sloveniji predstavljajo bolezni srca in ožilja ter rak (65 % vseh smrti), umrljivost pri navedenih boleznih pa je višja kot v državah EU.

Slovenija je po desetih letih ponovno pred zdravstveno reformo. Reforma naj bi zagotovila večjo pravičnost pri zbiranju sredstev za financiranje zdravstvenega varstva, učinkovito razporejanje sredstev po potrebah državljanov, boljšo dostopnost do zdravstvenega varstva, razvoj sistema celovite kakovosti, večjo učinkovitost upravljanja in regulacije sistema zdravstvenega varstva ter krepitev področja javnega zdravja. Reforma bo vpeljala tudi nov model plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti. Le-ta bo vplival na večjo stroškovno učinkovitost in produktivnost izvajalcev ter odpravil pomanjkljivosti obstoječega modela plačevanja.

Modeli plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti se razlikujejo po posameznih zdravstvenih dejavnostih, razlike se pojavljajo tudi v okviru posamezne zdravstvene dejavnosti. Zaradi omejenosti virov financiranja in naraščajočih

izdatkov za zdravstvo čedalje večjo vlogo pridobivajo prospektivni modeli plačevanja, ki vnaprej omejujejo zgornjo mejo plačil izvajalcem.

Modeli plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti morajo biti pregledni in učinkoviti. Preglednost pomeni predvsem zagotovitev enostavne administracije, nadzora in možnosti primerjav, učinkovitost pa vpliv na ustrežnejše izvajanje zdravstvenih storitev z vidika stroškov ter uspešnost izboljševanja zdravja vseh državljanov. Učinkoviti modeli plačevanja ustvarjajo tudi vzpodbude za spremembe obnašanja izvajalcev v smislu večje kakovosti, izvajalce pa odvrčajo od povečevanja števila nepotrebnih obravnav. Cilj vsakega modela plačevanja je tudi pravičnost z vidika zagotavljanja enakosti plačil izvajalcem za opravljene enake storitve.

Bolnišnična dejavnost predstavlja osrednjo vlogo v sistemu zdravstvenega varstva. V letu 2003 je okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa za bolnišnično dejavnost v Sloveniji znašala 159,6 milijarde tolarjev (cene: december 2002), kar pomeni 58,2 % vseh sredstev namenjenih izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Delež sredstev specialistične bolnišnične dejavnosti v sredstvih za bolnišnično dejavnost znaša okoli 85 %. Sredstva za specialistično bolnišnično dejavnost so se izvajalcem v preteklosti plačevala na podlagi modela plačevanja po storitvah, modela plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih in modela plačevanja po primerih.

Model plačevanja po storitvah, uporabljal se je do leta 1993, je temeljil na stroškovno ovrednotenih storitvah, katerih skupna količina je bila omejena na letni ravni. Kljub omejitvam plačila so izvajalci v storitvenem sistemu zelo povečali število opravljenih storitev, kar je vplivalo na boljšo dostopnost zdravstvenega sistema za bolnike, obenem pa tudi na večjo realizacijo nepotrebnih storitev.

V letu 1993 je bil uveden model plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih. Model plačevanja je temeljil na prospektivno omejenem številu opravljenih bolnišnično oskrbnih dni. Kljub nekaterim prednostim, ki so se odražale v enostavni in poceni vzpostavitvi ter administraciji, se je model izkazal za neprimerne. Izvajalce je namreč usmerjal v proizvodnjo bolnišnično oskrbnih dni in podaljševanje ležalne dobe, kasneje pa v povečevanje števila bolnišničnih obravnav. Pomanjkljivost modela je predstavljala tudi pregroba klasifikacija storitev, na podlagi katere so bili plačani izvajalci. Model je namreč razlikoval plačila le med posameznimi specialistično bolnišničnimi dejavnostmi, ki so imele opredeljene različne cene bolnišnično oskrbnih dni, ni pa priznaval razlik v stroških kot posledica različno zahtevnih obravnav bolnikov. Poleg tega so izvajalci v okviru posamezne specialistično bolnišnične dejavnosti prejeli različna plačila.

Model plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih je v letu 2000 nadomestil model plačevanja po primerih. Bolnišnice je vzpodbudil k skrajševanju ležalne dobe, vendar pa je od predhodnega modela prevzel pomanjkljivost, in sicer pregrobo klasifikacijo storitev in plačevanje izvajalcev. Za model plačevanja po primerih je namreč ponovno značilno zgolj razlikovanje v cenah primerov med posameznimi specialistično bolnišničnimi dejavnostmi, znotraj le-teh pa razlikovanje v cenah

primerov med izvajalci. Le-ta se je ob prehodu iz predhodnega modela plačevanja izračunala na podlagi cene bolnišnično oskrbnega dne in standardne ležalne dobe. Neenakosti plačil med izvajalci iste specialistične bolnišnične dejavnosti so se tako ohranile.

Primerjava cen primerov po posameznih izvajalcih v okviru iste specialistično bolnišnične dejavnosti pokaže na neenakost plačil med izvajalci. V letih 2002 in 2003 so namreč razponi cen med najvišjo in najnižjo ceno primera v okviru posamezne specialistične bolnišnične dejavnosti znašali do 37 %. Izvajalci so za enake opravljene storitve prejeli neenaka plačila. Ob tem velja poudariti, da razlike v cenah primerov med izvajalci niso ustrezno odražale razlik v zahtevnosti obravnave povprečnega bolnika. Model plačevanja po primerih je zaradi neenakosti plačil med izvajalci za opravljene enake storitve neustrezen (nepravičen).

V primerjavi z neustreznim (nepravičnim) modelom plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti v Sloveniji je za avstralsko zvezno državo Victorio značilno ravno nasprotno. Za plačevanje akutnih bolnišničnih obravnave v javnih bolnišnicah se uporablja model plačevanja po SPP, ki zagotavlja enakost plačil med izvajalci za opravljene enake storitve. Le-ta temelji na klasifikaciji 664 storitev (SPP), vsaka izmed njih ima preko relativne uteži glede na ceno povprečnega primera določeno ceno, ki je enaka za vse izvajalce. Ob tem model omogoča tudi natančno diferencirano plačevanje izvajalcem glede na zahtevnost opravljenih obravnave.

V letu 2004 bo za izvajalce akutnih bolnišničnih obravnave v Sloveniji v celoti uveden nov model plačevanja, in sicer model plačevanja po SPP. Le-ta je v določeni meri oblikovan na podlagi avstralskega modela ter prilagojen slovenskim okoliščinam. Najpomembnejša prednost pred obstoječim modelom plačevanja predstavlja bistveno bolj razčlenjena klasifikacija storitev, ki omogoča diferencirano plačevanje izvajalcem glede na zahtevnost opravljenih storitev. Klasifikacija storitev (661 SPP) je enotna za vse izvajalce, prav tako tudi uteži, ki določajo ceno posamezne storitve. Model plačevanja po SPP bo tako odpravil neenakosti plačil med izvajalci za opravljene enake storitve in povzročil prerazporeditev sredstev med izvajalci.

LITERATURA

1. Albrecht Tit et al.: Health Care Systems in Transition. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2002. 85 str.
2. Beske Fritz et al.: Hospital Financing Systems: Report on two WHO workshops. Kiel: Institute for Health Systems Research, 1987. 370 str.
3. Brook Chris: Casemix Funding for Acute Hospital Care in Victoria, Australia. Melbourne: State Government of Victoria, Australia, Department of Human Services, 2003. 5. str.
4. Culyer Anthony John, Mills Aaron: Perspectives on the Future of Health Care in Europe. York: University of York, 1989. 112 str.
5. Culyer Anthony John: The Normative Economics of Health Care Finance and Provision. Oxford Review of Economic Policy, Oxford, 5 (1989a), 1, str. 42 - 53.
6. Česen Marjan: Oblike plačevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1997. 50 str.
7. Česen Marjan: Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje, 2003. 254 str.
8. Duckett John: Australian hospital services: an overview, Australian Health Rev, 1 (2002), 1, str. 2 - 18.
9. Gracar Ivan: Analiza socialnih in ekonomskih neskladij v sistemu zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 1999. 110 str.
10. Health Care Systems in Transition. Australia. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001. 98 str.
11. Healy Judith: Australia. Dixon Anna, Mossialos Elias, eds., Health care systems in eight countries: trends and challenges. London: The European Observatory on Health Care Systems, 2002, str. 3 - 16.
12. Hoffmeyer Karl, McCarthy Ronald: Financing Health Care. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1994. 212 str.
13. Korošec Romana: Izzivi obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2003. 87 str.

14. Košir Tone et al.: Zdravstveni zakon po novem. Ljubljana: Center marketing, 1992. 284 str.
15. Kramberger Boris: 110 let zdravstvenega zavarovanja med Slovenci, Občasnik, Ljubljana, 1999, 3, str. 1 - 5.
16. Langenbrunner John, Wiley Miriam: Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries. McKee Martin, Healy Judith, eds., Hospitals in changing Europe. Buckingham: Open University Press, 2002, str. 150 - 176.
17. Letica Slaven: Pravičnost, etika in ekonomika v zdravstvu. Metode ekonomskega vrednotenja zdravstva ter njihova uporaba doma in v svetu, Zbornik 10. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2003, str. 21 - 29.
18. Mossialos Elias, Dixon Anna: Funding health care: an introduction. Mossialos Elias, Dixon Anna, Figueras Josep, Kutzin Joe, eds., Funding health care: options for Europe. Buckingham: Open University Press, 2002, str. 1 - 30.
19. Normand Charles, Weber Axsel: Social Health Insurance, A Guidebook for Planning. Geneva: World Health Organisation, 1994. 136 str.
20. Palmer George: Case Mix in Australia: AR-DRG – A Smooth Process Involving States and a Commonwealth Government. Roger Francis, Merten Ingrid, Closon Marie-Christine, Hofdijk Jacob, eds., Case Mix: Global Views, Local Actions. Amsterdam: IOS Press, 2001, str. 9 - 23.
21. Petrič Drago: Spremembe v financiranju zdravstvene dejavnosti v letu 2003. ISIS: glasilo zdravniške zbornice Slovenije, Ljubljana, 2 (1993), 1/2, str. 14 - 19.
22. Reisman David: The Political Economy of Health Care. London: The Macmillan Press LTD, 1993. 267 str.
23. Saltman B. Richard, Josep Figueras: European Health Care Reform. Copenhagen, 1997. 277 str.
24. Svenšek Rosvita: Analitična primerjava sistemov zdravstvenega varstva v Evropi. Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu, Ljubljana, 12 (1996), str. 41 - 50.
25. Temelji zdravstvene politike z osnovami ekonomike zdravstva, 2. del: Zapiski s predavanj. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1987. 94 str.
26. Toth Martin: Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v Evropi. 5. Dnevi slovenskega zavarovalništva. Portorož: Slovensko zavarovalno združenje, 1998, str. 49 - 62.

27. Toth Martin et al.: Sistem financiranja zdravstvenih programov v Sloveniji. Stepan Adolf, ur., Sistemi financiranja v zdravstvu. Mednarodna primerjava. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999, str. 145 - 168.
28. Toth Martin: Trendi financiranja bolnišnic v Evropski uniji. Razvojna konferenca: Financiranje bolnišnic v funkciji obvladovanja izdatkov. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2000, str. 69 - 74.
29. Zdravstvena reforma. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2003. 348 str.
30. Zdravstveni informacijski sistem bolnišničnih obravnav. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Inštitut za varovanje zdravja, 2003. 50 str.

VIRI

1. Aneks št. 1 k Področnemu dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 2003. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. [URL:<http://www.zzzs.si/zzzs/info/egra-divansf/vrstagradiva/E8D1395FDB1796CBC1256E43002A2FD7?OpenDocument>], 9. 3. 2004.
2. Aneks št. 2 k Področnemu dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 2003. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. [URL:<http://www.zzzs.si/zzzs/info/egra-divansf/vrstagradiva/E8D1395FDB1796CBC1256E43002A2FD7?OpenDocument>], 9. 3. 2004.
3. Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2003. Občasnik. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 11 (2003), 4, str. 19 - 22.
4. Australia. World Health Organisation. [URL:<http://www.who.int/country/aus/en/>], 27. 12. 2003.
5. Australia. World Health organisation. [URL:<http://www.who.int/whosis/country/indicators.cfn?country=aus>], 27. 12. 2003.
6. Australian Health Care Agreement between the Commonwealth of Australia and the State of Victoria 2003-2008. Canberra, 2003. 43. str.
7. Health Expenditure Australia 2001 - 2002. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2003. 109 str.
8. Hospital Circular 33. Melbourne: State Government of Victoria, Australia, Department of Human Services, 2003. 2 str.
9. Interna gradiva Ministrstva za zdravje RS.

10. Medicare Principles – Requirements in the 2003 - 2008 AHCA. Melbourne: State Government of Victoria, Australia, Department of Human Services, 2003. 7 str.
11. OECD Health Data 2003 - Frequently asked data. OECD. [URL:<http://www.oecd.org/dataoecd/1/31/2957323.xls>], 3. 10. 003.
12. OECD Health Data 2003 - Frequently asked data. OECD. [URL:<http://www.oecd.org/dataoecd/2/0/2957156.xls>], 3. 10. 2003.
13. Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 1999. Občasnik. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 7 (1999), 2, str. 40 - 47.
14. Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2000. Novis. Ljubljana: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, 27 (2000), 5, str. 28 - 34.
15. Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2001. Novis. Ljubljana: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, 29 (2001), 3, str. 7 - 14.
16. Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2003. Občasnik. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 11 (2003), 5, str. 1 - 12.
17. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1993. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1994. 45 str.
18. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1994. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1995. 49 str.
19. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1995. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1996. 76 str.
20. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1996. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1997. 78 str.
21. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1997. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1998, 95 str.
22. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1998. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1999, 84 str.
23. Poslovno poročilo ZZZS za leto 1999. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2000, 91 str.
24. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2000. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2001, 84 str.
25. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2001. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2002, 99 str.

26. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2002. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003, 98 str.
27. Slovenia. World Health Organisation. [URL:<http://www.who.int/country/svn/en/>], 27. 12. 2003.
28. Slovenia. World Health Organisation. [URL:<http://www.who.int/whosis/country/indicators.cfn?country=svn>], 27. 12. 2003.
29. Splošni dogovor za pogodbeno leto 1996. Novis. Ljubljana: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, 23 (1996), 5/6, str. 5 - 14.
30. Splošni dogovor za pogodbeno leto 1997. Novis. Ljubljana: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, 24 (1997), 5/6, str. 15 - 27.
31. Splošni dogovor za pogodbeno leto 1998. Novis. Ljubljana: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, 25 (1998), 3, str. 5 - 15.
32. Splošni dogovor za pogodbeno leto 1999. Občasnik. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 7 (1999), 2, str. 2 - 13.
33. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2000. Novis. Ljubljana: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, 27 (2000), 2, str. 6 - 19.
34. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2001. Občasnik. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 9 (2001), 3, str. 1 - 17.
35. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2002. Občasnik. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 10 (2002), 3, str. 1 - 17.
36. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2003. Občasnik. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 11 (2003), 4, str. 2 - 18.
37. The European Health Report 2002. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. 156 str.
38. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance; Geneva: World Health Organisation, 2001. 206 str.
39. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life; Geneva: World Health Organization, 2003. 248 str.
40. Victoria – Public hospitals and mental health services: Policy and funding guidelines 2003 - 2004. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services Melbourne Victoria, 2003. 171 str.

41. Victoria – Public hospitals and mental health services: Policy and funding guidelines 2003-2004 – General conditions of funding. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services Melbourne Victoria, 2003. 30 str.
42. Victoria – Public hospitals and mental health services: Policy and funding guidelines 2003 - 2004 – Technical information. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services Melbourne Victoria, 2003. 29 str.
43. Year Book Australia 2003, Australian Bureau of Statistics. [<http://www.abs.gov.au/Ausstats>], 8. 1. 2004.
44. Zakon o lekarniški dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92).
45. Zakon o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96).
46. Zakon o zavodih (Uradni list RS, št. 12/91).
47. Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 101/99).
48. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92).
49. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92).
50. Zdravstveni statistični letopis 2001. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2002. 382 str.