

UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**PRENOVA PROCESA OBRAVNAVE MEDICINSKIH STORITEV V  
UKC LJUBLJANA**

Ljubljana, september, 2016

MOJCA JELNIKAR

## IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Mojca Jelnikar, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Prenova procesa obravnave medicinskih storitev v UKC Ljubljana, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem doc.dr. Aljažem Staretom.

### IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne \_\_\_\_\_

Podpis študentke: \_\_\_\_\_

# KAZALO

## UVOD

<b>1 PRENOVA POSLOVNIH PROCESOV .....</b>	<b>5</b>
1.1 Poslovni proces .....	5
1.2 Prenova poslovnih procesov .....	8
1.3 Metode izboljševanja in prenove poslovnih procesov .....	9
1.3.1 TQM – Celovito obvladovanje kakovosti .....	10
1.3.2 CPI - Stalno izboljševanje procesov .....	11
1.3.3 Kaizen .....	11
1.3.4 BRP – Reinženiring poslovnih procesov .....	12
1.4 Cilji prenove poslovnih procesov .....	14
1.5 Faze prenove poslovnih procesov .....	16
1.5.1 Faza priprave posnetka poslovnega sistema .....	16
1.5.2 Faze analize poslovnega sistema .....	17
1.5.3 Faza oblikovanja poslovnega procesa .....	18
1.5.4. Faze prilagoditve organizacijske strukture .....	18
1.6 Končni rezultati in učinki prenove poslovnih procesov .....	19
<b>2 SISTEM NAROČANJA IN PLAČEVANJA STORITEV NA PODROČJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA .....</b>	<b>20</b>
2.1 Financiranje izvajalcev zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji .....	23
2.2 Različni sistemi plačevanja storitev .....	27
2.3 Skupine primerljivih primerov .....	30
2.4 Primerjalna analiza med sistemi skupin primerljivih primerov v Sloveniji in tujini ..	36
<b>3 ANALIZA PROCESA V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA IN PREDLOGI IZBOLJŠAV .....</b>	<b>38</b>
3.1. Posnetek procesa obravnave zdravstvenih storitev po skupinah primerljivih primerov na študiji primera Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana .....	38
3.1.1 Predstavitev organizacije Univerzitetni klinični center Ljubljana .....	38
3.1.2 Prikaz obravnavanega procesa in sodelujočih .....	39
3.1.3 Ugotovitve empirične raziskave .....	44

3.2 Predlog prenovljenega procesa obravnave zdravstvenih storitev po skupinah primerljivih primerov v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana.....	49
3.3 Težave, ki izhajajo iz modela plačevanja zdravstvenih storitev po skupinah primerljivih primerov v Sloveniji.....	58
<b>SKLEP.....</b>	<b>62</b>
<b>LITERATURA IN VIRI .....</b>	<b>65</b>

## **PRILOGE**

### **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Primerjava med predhodnim (tradicionalnim) in prenovljenim (procesnim) podjetjem .....	19
Tabela 2: Merila za razvrščanje sistemov v modele.....	22
Tabela 3: Značilnosti obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja .....	25
Tabela 4: Prikaz financiranja SPP sistemov v izbranih Evropskih državah.....	36
Tabela 5: Izračun stroškov za vpis opravljenih storitev v informacijski sistem.....	45

### **KAZALO SLIK**

Slika 1: Shematski prikaz poslovnega procesa.....	6
Slika 2: Temeljni cilji prenove poslovanja .....	15
Slika 3: Posnetek stanja procesa sprejema pacienta v bolnišnico .....	41
Slika 4: Posnetek stanja procesa sprejema pacienta na oddelek.....	42
Slika 5: Posnetek obračuna po SPP po odpustu pacienta iz bolnišnice.....	43
Slika 6: Prikaz sistemov za obravnavo pacientov .....	46
Slika 7: Premestitve bolnika iz enega na drug oddelek .....	47
Slika 8: Postopek vpisa podatkov pri obravnavi pacienta .....	48
Slika 9: Prenovljeni postopek vpisa podatkov pri obravnavi pacienta.....	50
Slika 10: Predlog prenovljenega procesa sprejema pacienta v bolnišnico .....	52
Slika 11: Predlog prenovljenega procesa sprejema pacienta na oddelek .....	53
Slika 12: Predlog prenovljenega procesa obračuna po SPP po odpustu pacienta iz bolnišnice .....	54
Slika 13: Postopek izračuna lastne cene v UKC Ljubljana .....	56

## UVOD

Zdravje je v sodobni družbi opredeljeno kot največja vrednota, zato ne preseneča dejstvo, da je cilj večine razvitih držav vzpostaviti zanesljiv sistem zdravstvenega varstva, katerega prioriteta je zagotavljanje čim boljšega zdravstvenega stanja ljudi. V zadnjih letih se je na slovenskih tleh zdravje prebivalcev bistveno izboljšalo, kar dokazuje tudi dejstvo, da se je življenjska doba prebivalcev podaljšala in sicer v povprečju ljudje dočakajo nekaj manj kot 80 let. Podaljšana povprečna doba prebivalstva posledično vpliva tudi na povečano število koriščenja zdravstvenih storitev, kar pa je po drugi strani velika obremenitev zdravstvene blagajne, saj se sistem kljub podaljšani povprečni starosti prebivalstva ni prilagodil spremembam.

Problem s katerim se danes srečujejo javne zdravstvene ustanove v Republiki Sloveniji, je, kako izvajati kakovostne storitve po čim nižji ceni ter dobiti v celoti poplačane izvedene storitve. Gospodarska kriza je zelo prizadela slovenski zdravstveni sistem, kar je zahtevalo tudi veliko odrekanih ter posledično varčevanj tudi na račun zdravstvenih storitev. Kljub temu, da je slovensko zdravstvo po kakovosti še vedno zelo primerljivo in konkurenčno ostalim državam članicam Evropske unije ter svetovnim zdravstvenim ustanovam pa po drugi strani še vedno tone v negativnih številkah in se s težavo skuša izkoptati vsaj do pozitivne nule. Za primer, največja bolnišnica v RS, Univerzitetni klinični center Ljubljana, je v letu 2015 izkazala negativni finančni izid v višini 6.295,075 EUR (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2016, str. 77). Poleg krize je na naše trenutno zdravstveno stanje vplival tudi zastarel sistem zaračunavanja zdravstvenih storitev ter način izvajanja nabav zdravstvenega materiala.

Velik problem predstavlja tudi sam napredek zdravstvene stroke, saj hitremu razvoju medicinske znanosti ne uspe slediti zdravstveni sistem, ki je za današnje čase glede na znanost že zastarel, saj je njegovo plačevanje zdravstvenih storitev še vedno naravnano zastarelemu sistemu zdravljenja, kar ustvarja veliko finančno luknjo v zdravstvenem sistemu Republike Slovenije. Posledično so zdravstvene ustanove težje bolnike začele pošiljati v druge ustanove, saj sistem Skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP, angl. *Diagnosis Related Groups – DRG*) ni popolnoma prilagojen novim metodam in zaradi tega prihaja do odklonov med porabljenimi vrednostjo na bolnika in plačano vrednostjo. Takšen sistem izogibanja ter preusmerjanja bolnikov v druge zdravstvene ustanove samo podaljšuje čakalne vrste v vrhunskih ustanovah, večja se nezadovoljstvo pacientov in zaposlenih v zdravstvenih ustanovah, posledično se povečuje javni dolg.

V Sloveniji je sistem plačevanja bolnišničnih storitev urejen po avstralskem modelu, imenovanem Skupine primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP). Ta temelji na načelu, da je cena za enak primer pri vseh izvajalcih enaka, ne glede na število dni hospitalizacije ali vrsto bolnišnice. Sistem SPP je narejen tako, da bolnike razvršča v primerljive skupine

(medicinsko in ekonomsko) na podlagi strokovnih medicinskih kriterijev, kot so glavna ter dodatna diagnoza ter posegi, na podlagi demografskih podatkov, kot so spol in starost, ter na podlagi skupne porabe virov, kot so stroški material ter dnevi hospitalizacije (Keber, et al., 2010, str. 6).

V kolikor ne bomo spremenili sedanjega zdravstvenega sistema, kar v veliki meri predstavlja tudi sistem plačevanja zdravstvenih storitev po skupini primerljivih primerov, bomo morali sprejeti dejstvo, da slovensko zdravstvo ne bo več omogočalo potrebnih perspektiv z vidika razvoja razvijajoče se medicine, potreb prebivalstva, ter načina organiziranja in upravljanja izvajalcev (Zdravniška zbornica, 2014, str. 2).

Javni zdravstveni zavodi, kot jedro sistema javne zdravstvene službe, omogočajo in zagotavljajo prebivalcem Republike Slovenije, uveljavitev pravic do zdravstvenih storitev. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ima sklenjene pogodbe z izvajalci storitev, v katerih je določena vsebina, obseg in drugi pogoji izvajanja programov zdravstvenih storitev, ki so določena na podlagi Splošnega dogovora. Splošni dogovor se oblikuje za vsako leto posebej na podlagi partnerskih pogajanj med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ministrstvom za zdravje, Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniško zbornico, Zdravniško zbornico, Skupnostjo slovenskih naravnih zdravilišč in Skupnostjo socialnih zavodov Slovenije. V njem se opredeli obseg, vrednost ter vsebina zdravstvenih programov za vsako pogodbeno leto na ravni Republike Slovenije. S sklenitvijo letnega Splošnega dogovora, se opredeli količina in vrednost zdravstvenih storitev ter njihova razporeditev po posameznih dejavnostih, kot so osnovna dejavnost, specialistične ambulante, bolnišnična, zdraviliška, lekarniška, ter dejavnost socialnih zavodov (Ministrstvo za zdravje, 2015, str. 1). Plačevanje po SPP se tako izvaja v odvisnosti od Splošnega dogovora.

V Sloveniji se sredstva, ki so potrebna za plačevanje zdravstvenih storitev, v večini črpajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja bolnikov, ki je določeno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS št. 9/92, v nadaljevanju ZZVZZ). Po tem zakonu so določeni nosilci družbene skrbi za zdravje in njihove naloge in zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem. Zakon tudi ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Poleg tega pa je z ZZVZZ določeno tudi obvezno ter prostovoljno zdravstveno zavarovanje, iz katerih se v večini črpajo sredstva, potrebna za delovanje zdravstvenih dejavnosti. Brez omenjene ureditve zdravstvenega zavarovanja tudi sistem SPP nebi mogel delovati.

Normalno delovanje Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (v nadaljevanju UKC Ljubljana) je v veliki meri odvisno od trenutnih razmer na trgu ter samega zdravstvenega

sistema v RS. V kolikor se pojavijo težave v vsaj eni od teh naštetih pogojev, se to odraža tudi v delovanju UKC Ljubljana.

Namen magistrskega dela je učinkovitejše delovanje UKC Ljubljana. Po prenovi procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP pričakujemo boljše delovanje ustanove. Skozi analizo trenutnega procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana bom poskušala najti primerno rešitev.

Namen prenove procesa obravnave zdravstvenih storitev po metodi SPP v UKC Ljubljana je tudi ta, da bi po prenovi tega procesa lahko natančno določili, koliko znaša zdravljenje posameznega bolnika. Po specifikaciji računa, ki bi ga bolnišnica izstavila plačniku za celotno opravljeno zdravljenje, bi razbrali, kaj točno so mu, npr. vgradili v telo, katera zdravila je prejel v času zdravljenja, kakšne preiskave so izvajali za odkritje diagnoze, kateri zdravnik je opravil kaj, koliko zaposlenih se je ukvarjalo z določenim pacientom, itd.

Skupine primerljivih primerov predstavljajo skupine v katere razvrščamo bolnike z podobnimi diagnozami, za katere porabimo podobno količino virov (finančnih, kadrovskih ter materialnih). Te skupine so bile ustvarjene na podlagi statističnih analiz kliničnih podatkov ter na podlagi podatkov o porabi virov velikih vzorcev bolnikov. SPP je predvsem namenjen obračunavanju opravljenih storitev v bolnišnicah, saj je že iz statističnih podatkov v naprej določena cena posameznega zdravljenja, s katero potem bolnišnica zaračuna opravljeno delo svojemu naročniku, v našem primeru ZZZS (Zupanc, 2008, str. 14).

S temeljito prenovo procesa obravnave zdravstvenih storitev po metodi SPP v UKC Ljubljana bi se stanje izboljšalo do točke, ko bi zopet lahko postali likvidni, posledično bi se skrajšale čakalne dobe, izboljšala bi se možnost izobraževanja v terciarnih in raziskovalnih ustanovah, pacienti bi bili upravičeni do dodatnih storitev, do katerih so v teh kriznih časih imeli pravico le izjemoma itd. Bolnišnice so sedaj prisiljene ukinjati določene programe ter načine naprednega zdravljenja z namenom nujnega varčevanja, ki ga izvaja država v želji izboljšanja finančnega stanja celotnega slovenskega zdravstva.

Cilj magistrskega dela je predlog prenove procesa obravnave zdravstvenih storitev po metodi SPP v UKC Ljubljana z vključenimi predlogi prenove sistema SPP v RS, na podlagi natančne in sistematične preučitve dosedanjega sistema SPP. S poglobljeno analizo sem preučila dosednji proces obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana, odkrila njegove napake in pomanjkljivosti ter na podlagi preučitve drugih procesov skušala najti tiste spremembe, ki jih UKC Ljubljana potrebuje. Na podlagi teh ugotovitev sem podala predlog novega izboljšane procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana.

Da bi kakovostno dosegla končni cilj, sem poiskala odgovore na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Katere so pomanjkljivosti dosedanjega procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana.
- Kako bi lahko izboljšali delovanje procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana.
- Kateri so ključni ukrepi za prenovu procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana.

Dodatno sem podala predloge sprememb sistema SPP v RS, skladno s tem ciljem pa bom odgovorila na sledeča raziskovalna vprašanja:

- Katere so pomanjkljivosti dosedanjega sistema SPP v Republiki Sloveniji
- Kakšne so posledice pomanjkljivega sistema SPP
- Kaj bi bilo potrebno izboljšati v dosedanjem sistemu SPP

V prvem teoretičnem delu sem z metodami raziskovanja, kot so opisovanje, primerjanje in razvrščanje na podlagi slovenske in svetovne znanstvene literature, objavljenih publikacij, člankov, spletnih virov, ter ostalih sekundarnih virov, predstavila teoretični temelj procesa plačevanja storitev po SPP. Z metodo sinteze sem temeljito predstavila dosedanja teoretična izhodišča v zvezi s plačevanjem zdravstvenih storitev po SPP v Sloveniji. Podala sem tudi primerjalno analizo med sistemi SPP v Sloveniji in tujini.

V aplikativnem delu sem analizirala sedanji proces obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana. V UKC Ljubljana sem na posameznih klinikah izvedla polstrukturirane intervjuje ter na ta način zbrala čim več informacij o tem, kako proces obravnave zdravstvenih storitev po SPP deluje v praksi, kakšne so njegove prednosti in slabosti, kakšni so morebitni predlogi za izboljšavo, katere so največje pomanjkljivosti procesa ipd. Na podlagi te analize sem poleg posnetka procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP podala predlog prenovljenega procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP ter ga prikazala s programsko opremo Aris.

Pri magistrskem delu sem raziskavo podkrepila z opazovanjem delovanja v UKC Ljubljana, na podlagi katerega sem pridobila podroben opis procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v praksi.

Po uvodnem poglavju, kjer je prikazan pregled raziskovalnega problema, namen in cilj dela, metodologija dela ter struktura naloge, sledita dva teoretična poglavja ter praktično poglavje z analizo in predlogi izboljšav.



V prvem poglavju sem se osredotočila na opredelitev pojmov organizacija ter poslovni proces in prenova procesa. Pri slednjih sem se podrobneje osredotočila na sam pojem poslovnega procesa, prenavo poslovnih procesov, kakšne pristope prenove poznamo, kakšni so cilji ter faze poslovnih procesov ter kakšni so končni rezultati in učinki prenove poslovnih procesov, saj je cilj magistrskega dela predlog prenovljenega procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana z vključenimi predlogi prenove sistema SPP v RS.

V drugem poglavju sem predstavila predvsem teoretični vidik raziskovalnega problema, ki vsebuje predvsem analitično ter deskriptivno raziskovanje. Predstavila sem sistem naročanja in plačevanja storitev na področju zdravstvenega varstva, s podrobnejšo predstavitvijo obravnave pacientov in plačevanja zdravstvenih storitev. V tem delu sem razložila pomen sistema zdravstvenega varstva, čemu služi ter njegovo delovanje. Sistem zdravstvenega varstva se med različnimi državami razlikuje, tako da sem predstavila nekaj različnih sistemov, ki se uporabljajo v svetu in njihove ključne razlike ter predstavila model ki ga uporabljamo v Sloveniji. Na podlagi tega sem tudi podrobneje preučila lastnosti in razlike obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Nadaljevala sem s predstavitvijo skupine primerljivih sistemov (SPP) ter preučila različne načine plačevanja zdravstvenih storitev, kateri se uporabljajo v svetu. Poleg tega sem podrobneje predstavila zgodovino SPP, kako imajo postavljen sistem SPP v tujini ter kako je trenutno SPP postavljen pri nas.

V tretjem poglavju sem na podlagi raziskave analizirala proces obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana ter podrobneje predstavila načela in cilje trenutnega modela obravnave po SPP. Raziskava temelji predvsem na opazovanju delovanja ter na podlagi polstrukturiranih intervjujev, ki sem jih opravila z vpletenimi v procesu v UKC Ljubljana. Za lažjo predstavo preučevanega problema sem predstavila organizacijo UKC Ljubljana ter prikazala posnetek procesa izvajanja obravnave zdravstvenih storitev po SPP s pomočjo programske opreme Aris. Na podlagi ugotovitev sem podala predlog prenovljenega procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana. S programsko opremo Aris sem prikazala, kako bi prenovljeni proces deloval tudi v praksi.

## **1 PRENOVA POSLOVNIH PROCESOV**

### **1.1 Poslovni proces**

S poslovnim procesom se srečujemo v organizacijah na vseh področjih. Skrb za poslovne procese znotraj organizacije in stalne izboljšave nam omogoča, da smo konkurenčni, učinkoviti (kar se odraža v kakovosti, ceni ter času) in poslovno uspešni (kar pomeni, da podjetje nudi strankam takšne proizvode in storitve, kot so si jih zaželeli ter boljše). V

kolikor organizacija želi doseči te cilje je temeljna naloga vsake organizacije stalno izboljševanje procesov poslovanja (Center poslovnih storitev, 2013).

»Poslovni proces je zbir aktivnosti, ki uporabljajo enega ali več vložkov in ustvari rezultat, ki ima za odjemalca vrednost« (Hammer & Champy, 1993, str. 35). Rummler in Brache (1990, str. 45) navajata, da je poslovni proces načrtana pot, po kateri proizvajajo izdelke oziroma ponujajo storitve. V večini procesi prehajajo iz enega v drug funkcijski oddelek medtem, ko nekateri pa se v celoti izvajajo znotraj enega oddelka.

Hammer (2002, str. 27) trdi, da je poslovni proces skupek organizirano povezanih dejavnosti, ki skupaj delujejo z namenom ustvarjanja končnega rezultata, ki predstavlja neko vrednost. Davenport (1993, str. 5) pa navaja, da je proces strukturiran merjen nabor aktivnosti, ki so oblikovane tako, da proizvedejo specifičen proizvod za posameznega kupca ali trg. Proces tako lahko označimo za specifične delovne aktivnosti skozi čas in prostor, z začetkom in koncem ter z jasno definiranimi vhodi in rezultati oziroma proizvodi.

Poslovni proces je po mnenju Kovačiča (2005, str. 29) opredeljen kot skupek logično povezanih izvajalskih in nadzornih postopkov in aktivnosti, katerih posledica oziroma izid je načrtovani izdelek ali storitev. Proces ni le prepoznaven po aktivnostih, katere opravljajo njegovi izvajalci, ampak predvsem po zaporedju dejavnosti in opravil, katere je potrebno izvesti, da bi na izhodni strani procesa dobili predvidene rezultate. Tu je predvsem govora o ureditvi procesnih aktivnosti skozi čas in prostor, z začetkom in koncem ter z jasno zaznamanimi vhodi in izhodi.

*Slika 1: Shematski prikaz poslovnega procesa*



*Vir: A. Kovačič & V.B. Vukšič, Management poslovnih procesov: Prenova in informatizacija poslovanja s praktičnimi primeri, 2005, str 29.*

Da bi lažje razumeli, kaj proces sploh pomeni, sta Kern in Cugelj (2008, str. 23) predstavila nekaj definicij procesa:

- Proces je kot zbirka dejavnost, ki zahteva enega ali več vložkov in ustvarja rezultat, ki za kupca predstavlja določeno vrednost.
- Proces predstavlja medsebojno povezane in vplivajoče dejavnosti, ki pretvarjajo vhodne vložke v izhodne produkte (SIST ISO 9000:2000).
- Proces predstavlja določeno zaporedje, ki po ustaljeni poti spremeni vhod v izhod. Delovni proces predstavlja postopek dodajanja vrednosti vhodnim produktom na takšen način, da jih po obdelavi spremeni ali pa uporabi za ustvarjanje novosti.

Vse zgoraj naštetje definicije so po mnenju Kerna in Cuglja enakovredne ter zagovarjajo tezo, da je potrebno proces gledati kot celoto in ne kot posamezno funkcijo.

V predhodni opredelitvi procesa lahko določimo in merimo njegovo učinkovitost z rezultatom porabe virov (resursov), uporabljenih za pretvorbo vhodnih veličin v izhodne. V večini primerov je predstavljena v obliki časa in/ali stroškov, porabljenih za izvedbo procesa. Na podoben način lahko uspešnost procesa določimo in merimo s stopnjo pogostosti skladnosti izhodnih veličin s predvidenimi, vnaprej opredeljenimi rezultati procesa ali obsegom dodane vrednosti, ki jo ustvarja obravnavani poslovni proces. Vsako aktivnost znotraj ali zunaj podjetja opredelimo kot proces. Toda smiselno je upoštevati ter opredeliti kot procese le tiste aktivnosti, katere neposredno oziroma posredno prispevajo k dodatni vrednosti končnih produktov. Zato je pri analizi in prenovi procesov dobro upoštevati spodaj navedene osnovne gradnike poslovnih procesov:

- kakšen je cilj procesa;
- Kdo je lastnik procesa;
- Dobro poznati vhod in izhod procesa;
- Poznati zaporedje in korake izvajanja procesa;
- kako ravnamo v primeru neskladnosti;
- za ugotavljanje učinkovitosti samega procesa, moramo poznati merljive lastnosti procesa
- ugotoviti moramo kdo so interni in zunanji kupci, ravno tako velja za dobavitelje;
- osredotočenost na stalno izboljševanje (Kovačič & Vukšić, 2005, str.29.)

Po navedbah Kovačiča in Vukšičeve (2005, str. 29) je za učinkovit in uspešen poslovni proces najprej potrebno poznati njegovo namembnost ter njegove izhodne učinke, kar pa vključuje tudi poznavanje same vsebine. Poleg tega pa moramo imeti tudi nadzor nad vhodnimi elementi, ki so potrebni za pričetek procesa ter poznati celoten postopek izvedbe procesa. Kovačič in Vukšičeva sta navedla, da so značilnosti dobrega procesa slednje:

- osredotočenost na kupca;
- stalno dvigovanje dodane vrednosti proizvedenih izdelkov ali storitev;
- sposoben lastnik procesa;

- pomembno je, da vsi vpleteni v procesu sprejmejo in razumejo sam postopek;
- učinkovitost procesa mora biti merljiva, prav tako velja za uspešnost procesa;
- zavedanje vseh zaposlenih o nujnosti stalnih izboljšav.

Po mnenju Kerna in Cuglja (2008, str. 23) se procesi v organizaciji (tudi zdravstveni) ujemajo z naravnimi poslovnimi dejavnostmi, vendar naj bi bili pogosto razdrobljeni ter skriti za organizacijskimi strukturami. Četudi so urejen proces, pravilno pojmovanje procesa ter njegovo obvladovanje bistven sestavni del dobre in uspešne organizacije, še vedno večini managerjev povzroča obilico težav, ker enostavno niso procesno usmerjeni. Napake, kise velikokrat pojavljajo v organizacijah so, da posamezen proces od začetka do konca prehaja skozi več funkcij ter skozi številne oddelke in službe. Potemtakem se omenjene funkcije obnašajo kot država v državi ter skrbijo samo za tisto, kar se dogaja znotraj njihovih meja. Nesoglasja, zastoji, prekinitve tokov itd. se pa dogajajo ravno na teh omenjenih mejah med funkcijami, oddelki ter službami.

## **1.2 Prenova poslovnih procesov**

»Vprašanja prenove poslovanja podjetij so najpogosteje vezana predvsem na prenovo poslovnih procesov ter zajemajo področja racionalizacije, standardizacije in poenostavitve postopkov ter uvajanja nujnih organizacijskih sprememb in razmer z uvedbo sodobnih konceptov skupinskega dela in sodobne informacijske tehnologije. Ne nazadnje se tu pojavljajo vprašanja razvitosti poslovnega okolja ter naklonjenosti pravega okolja (države,...) pri zagotavljanju infrastrukturnih možnosti in naklonjenosti pri spodbujanju napredka podjetij« (Kovačič & Vukšić, 2005, str. 29).

Po navedbah Kovačiča in Pečka (2004, str. 34) je prenova poslovnih procesov (angl.: *Business Process Reengineering – BRP*) ena izmed ključnih rešitev za težave, ki pestijo večino organizacij. To pa predstavlja novi način izboljševanja delovanja organizacij, njen pomen pa je analiziranje in spreminjanje celotnega poslovnega procesa. Omenjena zasnova zahteva drastične spremembe v poslovanju organizacij, zato mora biti pred začetkom prenove izpolnjenih nekaj pogojev. Top management mora, še preden začnejo kar koli prenavljati, zavreči vsa neuporabna (uveljavljena) pravila in postopke, katera so upoštevali do sedaj. Prav tako pa je tudi treba popolnoma prenehati upoštevati do sedaj uveljavljena načela organizacije, saj lahko organizacija šele takrat prične z ponovnim celovitim načrtovanjem organizacije združbe.

Davenport in Short (1990, str. 9) opisujeta prenovo poslovnega procesa kot postopek analiziranja in načrtovanja delovnega procesa v organizaciji.

Po navedbah Petrozza in Stepperja (1994, str. 45) prenova poslovnega procesa vključuje tudi konkurenčno prenačrtovanje poslovnega procesa, organizacije in njenega

informatijskega sistema za doseganje radikalnega napredka v času, stroških, kakovosti in ugledu izdelka ter podjetja.

Manganelli in Klein (1994, str. 6) pa trdita, da je prenova poslovnega procesa hitro in drastično načrtovanje strategije organizacije, poslovnih procesov, sistemov, politike in strukture, ki jih podpirajo, za optimizacijo delovnega toka in produktivnosti organizacije.

Po navedbah Kerna (2008/09, str. 3) se pojem »prenova procesov« ali bolje »prenova poslovnih sistemov s procesnega vidika« uporablja, saj z njim zajamemo bistvo raznolikih pristopov prenove, katerim pa je skupna obravnava urejanja procesov, kateri pa so postavljeni v ospredje. Kern pristope razlikuje glede na:

- način kako jih uvedemo in stopnjo sprememb opravil;
- stopnjo sprememb procesov;
- vpletenost ljudi v prenavo;
- stopnjo sprememb organizacijske strukture, ki je posledica prenove;
- način vodenja prenovljenih procesov;
- vlogo informacijske in komunikacijske tehnologije;
- dinamiko, s katero se spremembe uvajajo.

### **1.3 Metode izboljševanja in prenove poslovnih procesov**

Veliko manjših podjetij danes še vedno stremi k »popravljanju« obstoječih neuspešnih poslovnih procesov, namesto da bi se lotili popolne prenove poslovnih procesov, kot so to že storile danes najuspešnejše organizacije, katerim je moto stalno izboljševanje ter prilagajanje spremenljivem okolju globalno ekonomskega ter političnega sveta.

Kovačič in Vukšičeva (2005, str. 49) navajata, da se prenova poslovanja v večini primerov prične takrat, ko se vodstvo zaveda pomena nujnosti prenove določenega sistema. To zavedanje je izrednega pomena za podjetje, saj prenova poslovanja predstavlja proces, ki ne zajema le tehnološke prenove temveč zajema delovanje celotnega podjetja. Sama vsebina prenove poslovanja oziroma njihova izhodišča pa so po mnenju Kovačiča in Vukšičeve odvisna od zadanih ciljev, ki jih podjetje želi doseči pri prenovi in informatizaciji poslovanja podjetja. Tako poznamo:

- Celovit ali strateški pristop prenove poslovanja. Ta pristop je usmerjen v vsa ključna strateška vprašanja poslovanja organizacije in zajema prenavo ali celo prilagajanje poslovnega modela ter prenavo poslovnih procesov organizacije, ter

- Pristop z preureditvijo ali prenovo le posameznih poslovnih procesov ali njihovih delov. To prenovo imenujemo tudi informacijska prenova, saj gre v večini primerov največkrat za prenovo z informacijsko tehnologijo.

Tako v teoriji kot v praksi poznamo kar nekaj učinkovitih pristopov prenove poslovnih procesov, katere opisujejo številni avtorji.

### 1.3.1 TQM – Celovito obvladovanje kakovosti

Celovito upravljanje kakovosti (v nadaljevanju TQM, angl. *Total Quality Management*) je po navedbah Kovačiča in Vukšičeve (2005, str. 77) pristop nenehnega izboljševanja kakovosti poslovanja organizacije. Pri TQM gre za celovit organizacijski pristop, kjer se stalno izboljšuje kakovost vseh organizacijskih procesov, izdelkov in storitev. Pri TQM daje podjetje poudarek predvsem dvema ključnima dejavnikoma :

- Podjetje je osredotočeno na kupca
- Neposredno reševanje problemov na »prvi liniji« (angl. *Front line workers*)

TQM po navedbah Kovačiča in Vukšičeve (2005, str. 79) povezuje stroške, organizacijske, tehnične in k človeku usmerjene ukrepe, ki naj spodbudijo višjo produktivnost in inovativnost. Pri TQM gre predvsem za usmerjenost k neprestanim izboljšavam in inovacijam, ki vključujejo prav vse zaposlene v podjetju, pri čemer se uporablja koncept inovativnih izboljšav, tako imenovani Demingov krog: načrtovati-narediti-preveriti-delovati (angl. *Plan-do-check-act - PDCA*).

Po navedbah Kerna (2008, str. 6) je TQM pristop med vsemi pristopi prenove procesov edini z dolgo tradicijo. Omenjeni pristop zahteva prenos pooblastil za odločanje na tiste, ki delo dejansko izvajajo. To naj bi bilo možno doseči preko krogov kvalitete, samovodljivih timov, delovnih celic ali kako drugače, v vsakem primeru pa je za ta pristop potrebno povečati stopnjo zaupanja med vodstvom in delavci. Pomembna značilnost pristopa je neprestano dvigovanje dosežene stopnje kvalitete, kar pa je mogoče le ob stalnem izboljševanju procesov. Da omenjeni pristop dejansko deluje pa je predvsem potrebno stalno izobraževanje vseh, ki sodelujejo v tem procesu. TQM tako predstavlja organizacijski pristop ki je usmerjen v stalno izboljševanje, s katerim podjetje lažje doseže odličnost na področju kakovosti, zanesljivosti in obvladovanju stroškov.

Peruško (2003, str. 71) pa navaja, da so podjetja, ki so uveljavila pristop TQM zagotovo razvila in razumela proces ter posledično postavljajo kupca na prvo mesto, kjer je kupec tudi akter vseh izboljšav. Peruško meni, da gre pri TQM za evolucijske spremembe. V praksi se pa pojavlja veliko primerov, pri katerih ni razvidno ali gre za prenovo ali pa nenehno izboljševanje, vendar ju je kljub temu moč ločiti po tem, da pristopi stalnega

izboljševanja temeljijo na manjših in postopnih spremembah, medtem ko prenova poslovanja temelji na velikih in radikalnih spremembah procesa.

### **1.3.2 CPI - Stalno izboljševanje procesov**

Temeljno načelo CPI (angl. *Continuous Process Improvement*) procesa je postopnost, ter poudarjanje na nenehno izboljševanje procesov. Omenjeni pristop temelji predvsem na manjših izboljšavah na nivoju opravil, ki posledično izkazujejo izboljšave na nivoju sistema, pri čemer pa je obstoječi pristop osnova novega (boljšega) procesa. CPI pristop je osredotočen na urejanje delnih procesov, navadno znotraj obstoječih organizacijskih enot, zaradi tega obstoječi oddelki in službe ostanejo nespremenjeni ali pa se po tej prenovi le malenkost spremenijo. Še ena značilnost tega pristopa je, da informacijska tehnologija pomaga pri izboljšavah, vendar pa ne igra ključne vloge (Kern, 2008, str. 6).

### **1.3.3 Kaizen**

Horžen (2005, str. 22) navaja, da je beseda Kaizen japonskega izvora (izhaja iz besede »kai«, ki pomeni na boljše) in predstavlja poimenovanje več podobnih japonskih metod, katere se navezujejo na filozofijo in prakso. Pomen vseh teh izrazov pa je približno enak in predstavlja stalno izboljševanje procesov.

Osnovna filozofija metode Kaizen je da vsi zaposleni v podjetju uporabijo znanje, lastne izkušnje in veščine in prevladuje zavedanje, da lahko prav vsi prispevajo k izboljšanju poslovanja. Proces stalnih izboljšav naj bi potekal dolgoročno in neprekinjeno, zajemal vse ravni podjetja in ponujal možnost reagiranja na morebitne spremembe v podjetju. Metoda Kaizen ne temelji na celovitih spremembah podjetja, temveč na manjših, postopnih in nenehnih izboljšavah, ki so osredotočene predvsem na produktivnost, varnost in učinkovitost pri povečanju dobička brez velike uporabe virov. Metoda Kaizen je podprta s strani strokovnjakov za stalne izboljšave, katera naj bi izvirala iz strategije top managementa. Metoda je zastavljena tako, da je osredotočena predvsem na timsko delo poleg tega pa tudi spodbuja podajanje predlogov zaposlenih za izboljšanje poslovanja podjetja, za kar pa obstaja predpogoj, da ima podjetje postavljen sistem za podajanje predlogov, kako izboljšati delovanje (Horžen, Šunta, & Zorko, 2003, str. 4-8).

Tudi Kern (2008, str. 7) navaja, da je metodni pristop Kaizen filozofija neprestanega izboljševanja, ki vključuje vsakogar v hierarhični lestvici organizacije. Bistvo tovrstne filozofije je procesna usmerjenost in ne ciljna, kar je predvsem značilno za zahodni (zlasti ameriški) miselni model. Kaizen metoda je v bistvu način razmišljanja, ki vzpodbudi vsakogar, da prispeva predloge, ki bi posledično izboljšali poslovni proces organizacije. Metoda temelji na spoštovanju standardov, uvajanju reda in posledično na dvigovanju standardov. Bistvo metode Kaizen je stalno izboljševanje česarkoli v sistemu, pri čemer

morajo sodelovati vsi zaposleni, ki so navadno organizirani v kroge kvalitete. Zasnovan je na že obstoječih tehnologijah, ki pa se zaradi predlogov postopno izboljšujejo, podprt pa s sistemom zbiranja in nagrajevanja predlogov.

Hudgik (2010) pa navaja, da je pri metodi Kaizen ključnega pomena poudarjanje kakovosti, sodelovanje vseh zaposlenih v podjetju, odprtost za uvajanje sprememb in komunikativnost med zaposlenimi. Poleg tega pa Hudgik tudi poudarja, da metoda Kaizen določa standarde ter skozi stalno usposabljanje zaposlenih dosega višje standarde ter stalno izboljševanje le teh.

### **1.3.4 BRP – Reinženiring poslovnih procesov**

»Reinženiring poslovanja (v nadaljevanju BRP, angl. *Continuus Process Improvement*) je pristop za doseganje korenitih izboljšav v delovanju podjetja z uporabo virov na način, ki maksimira dodano vrednost aktivnostim in minimizira aktivnosti, ki dodajajo stroške na nivoju posameznega procesa ali na nivoju celotnega podjetja« (Armistead & Rowland, 1995, str. 218).

Poh in Chew (1995, str. 137) navajata, da gre pri reinženiringu poslovanja za preoblikovanje in uveljavitev procesov ali pa le del poslovnega procesa, z namenom prilagajanja novim zahtevam kupca ali pa za doseg cilja izboljšav za učinkovito izvajanje procesa.

Metoda BRP izhaja iz dejstva, da je večina poslovnih sistemov v današnjem času pretežno hierarhično organiziranih, procesi ki v njih potekajo pa so precej razčlenjeni in zapleteni. Bistvo omenjenega procesa je predvsem pristop, ki je temeljit in radikalen, saj zahteva spremembo osnovnih pravil ter odpravo jedra problema in ne posledic. Rezultat takšnega procesa predvideva nekajkratno izboljšanje procesa (Kern, 2008, str. 3,4.)

Kovačič in Vukšičeva (2005, str. 35) navajata, da se je prenova poslovnih procesov v prejšnjem stoletju pojavila kot revolucija v odpravljanje težav, povezanih z informatizacijo podjetij.

Bistvo reinženiringa poslovanja, pa je Česen (1998, str. 30-31) povzel v 10 načelih:

- Usmerjenost v procese, izhajamo iz procesne strukture podjetja
  - Procesna usmerjenost je najpomembnejša, saj so bistvo reinženiringa poslovanja ravno poslovni procesi;
- Usmerjenost k odjemalcu, na podlagi česa je oblikovan tudi proces;
  - Reinženiring od nas zahteva, da smo vedno usmerjeni k željam odjemalcev, saj so dejansko oni tisti zaradi katerih mi kot podjetje sploh obstajamo in delujemo;



- Povezovanje več del v enega skupnega
  - Potrebno je ustanavljati time za reševanje primerov in zmanjšati individualnost;
- Vsak zaposlen oziroma vsak udeleženec v procesu, naj bi dodal določeno vrednost v skladu s cilji procesa
  - Potrebno je spremeniti pogled zaposlenih tako, da ugotovijo, da so zadovoljni kupci tisti, ki prinašajo dohodek tako podjetju kot zaposlenim in ne vodja;
- Procesi se delijo po problematičnosti in oblikujejo različne verzije procesov
- Delo se vrši na tistem področju, kjer je to potrebno
  - Dela se tudi po potrebah in ne le glede na funkcijo na katero je zaposlen dodeljen (timsko naravnani kader);
- Uporaba sodobne informacijske tehnologije
  - Čim več procesov je potrebno informacijsko podpreti, saj ima tako lahko podjetje večji pregled nad izvajanjem del ter se zmanjša možnost napak;
- Viri sredstev se preučujejo globalno, in ne le lokalno
  - Potrebno se je osredotočiti na globalni trg in ne le lokalni, saj drugače lahko podjetje postane nekonkurenčno na trgu;
- Kontrolirajo se predvsem procesi in ne ljudje
  - Spremeniti je potrebno miselnost vodstva, da se morajo osredotočiti na delovanje postavljenih procesov ter stalno spremljati njihovo pravilno delovanje;
- V podjetju je potrebno vzpostaviti kulturo sprememb
  - Potrebno je ljudi prepričati, da so spremembe, ki jih sprejema in doživlja podjetje pozitivne ter nujno potrebne za doseganje zastavljenih ciljev

Vila (1999, str. 21) navaja, da moramo proces razumeti kot celoto ter ga tako tudi voditi, kjer pa se teoretično in praktično tudi začne procesna organizacija in izrazito zmanjšanje pomena funkcij in funkcijskih meja. Uspešnost poslovanja je zagotovljena s procesi, kjer je potrebno stalno preučevati procese in njihovo delovanje, kar pa je postalo jasno šele z idejo o reinženiringu organizacije. Vila tako navaja, da procesna organizacija izhaja iz osnovnih koncepcij reinženiringa.

Zgoraj omenjeni pristopi so si med seboj nekoliko različni, podobni pa so si predvsem po obravnavanju s procesnega vidika. Vsi te pristopi pa vseeno niso popolni in niso primerni za vsako organizacijo ter za vsako prenovo poslovnih procesov, saj so vsi te pristopi še vedno v fazi razvijanja in dopolnjevanja (Kern, 2008, str. 7). Izmed vseh naštetih, je za prenovo procesa obravnave medicinskih storitev v UKC Ljubljana najbolj primeren BPR-Reinženiring poslovnih procesov v sodelovanju z TQM, saj želimo s prenovo doseči maksimalno učinkovitost poslovanja UKC ter boljšo obravnavo pacientov.

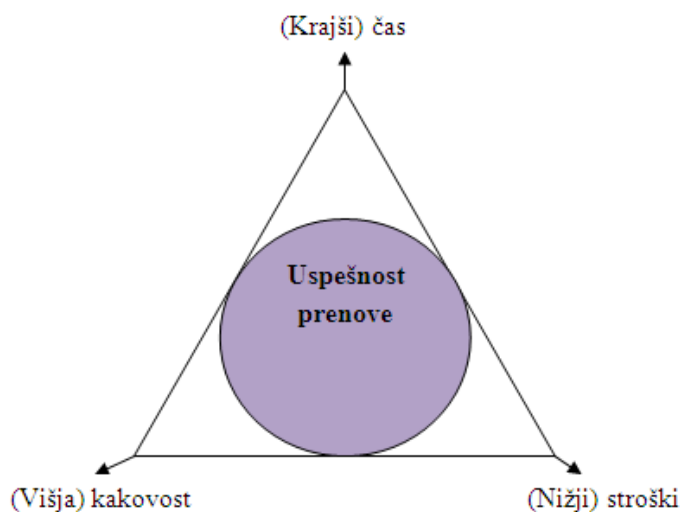
## 1.4 Cilji prenove poslovnih procesov

Še preden se lotimo prenove poslovnih procesov, se moramo najprej vprašati, kaj sploh želimo, zakaj je naš sistem potreben prenove, kakšne rezultate pričakujemo, kako se bomo lotili prenove, ter s kom ali čim si bomo pomagali pri tej obširni prenovi našega poslovnega sistema. Cilje ter želje, ki nam jih bo prinesla prenova procesa moramo poznati že pred samim začetkom prenove, saj v nasprotnem primeru ne moremo vedeti ali je bila prenova poslovnega procesa uspešna ali ne.

Za organizacije je ključnega pomena, da so učinkoviti pri izvajanju poslovnih procesov, pri čemer pa si seveda pomagajo z njihovo informacijsko tehnologijo, saj v večini primerov ravno informacijski sistemi v podjetjih omogočajo zelene spremembe, ki so velikokrat tudi ključni dejavnik za večjo učinkovitost in uspešnost poslovnih procesov v podjetju. Procesi v podjetju postanejo učinkoviti takrat, ko uspemo odstraniti brezpredmetne dejavnosti, avtomatiziramo določena opravila, omogočimo boljši dostop do skupnih podatkov, izboljšano komunikacijo med vsemi zaposlenimi v podjetju, itd.. Uspešnost procesa lahko prav tako dosežemo z celovitimi spremembami ter na novo postavljenimi procesi ali pa celo s posodobljenimi izdelki in storitvami (Kovačič & Vukšić, 2005, str. 41).

Pri prenovi poslovnih procesov moramo najprej opredeliti temeljne generične cilje prenove oziroma izboljšav, ki utemeljujejo težnjo po učinkovitosti in uspešnosti tako poslovanja kot tudi delovanja prenovljenih procesov. Pri uresničevanju ciljev prenove poslovnega procesa poskušamo iskati optimum treh omejujočih, medsebojno odvisnih, vendar običajno nasprotujočih si temeljnih ciljev oziroma meril: časa, stroškov in kakovosti. Časovno merilo pomeni sposobnost podjetja in njegovih poslovnih procesov, da proizvede določen izdelek oziroma izvede dogovorjeno storitev v naprej določenem roku. Stroškovno merilo se kaže predvsem v prilagajanju stroškov izdelka oziroma storitve cenovnim razmerjem, ki jih vsiljuje na primer dogovorjen obseg stroškov (proračun) projekta ali prodajna cena na trgu. Čas in stroški skupaj, pa predstavljajo omejitev, ki lahko vpliva na kakovost rezultata poslovnega procesa. Trikotnik na Sliki 2 prikazuje razmerje med časom, stroški in kakovostjo, kjer vsak krak trikotnika predstavlja enega od možnih ciljev. V nekem primeru lahko zelo kakovosten izdelek proizvedemo hitro, običajni izdelek lahko proizvedemo hitro in poceni, ne moremo pa proizvesti zelo kakovostnega izdelka hitro in še poceni (Kovačič & Vukšić, 2005, str. 41).

Slika 2: Temeljni cilji prenove poslovanja



Vir: A. Kovačič & V.B. Vukšič, *Management poslovnih procesov: Prenova in informatizacija poslovanja s praktičnimi primeri*, 2005, str 42.

Glede na ugotovitve Kerna (2008, str. 7) so cilji vsake prenove poslovnih procesov urejanje medsebojnih vplivov procesov in struktur poslovnih objektov v realnih poslovnih sistemih. Glede na to, da je vsak realni poslovni sistem unikaten ter drugačen od vseh ostalih, se prenova poslovnih procesov nikoli ne omejuje na en sam pristop, temveč se morajo upoštevati prednosti in različnosti posameznih opisanih pristopov ter skrbno izbrati tiste metode, tehnike in orodja, ki najbolj izpolnjujejo potrebe v konkretnem primeru.

Po navedbah Kovačiča in Vukšičeve (2005, str. 42) so pri prenovi poslovnih procesov upoštevana spodaj naštetih izhodišča in cilji:

- Poenostavijo se vsi poslovni postopki, ki predstavljajo nepotrebno dodatno delo (dokumentacija, dodatne odobritve,...)
- Tam kjer je mogoče, se skrajšajo vsi poslovni procesi v podjetju, po drugi strani pa se poveča odgovornosti zaposlenih ter znižajo stroški poslovanja
- Vsi zaposleni morajo stremeti k temu, da skušajo povečati dodano vrednost v vseh poslovnih postopkih, prav tako morajo stremeti k proizvodanju bolj kakovostnih proizvodov in storitev
- Vse aktivnosti se prilagodijo tako, da se znižajo stroški izvajanja teh postopkov, ob tem pa se ohrani enaka ali celo boljše kakovost ter čas izvedbe
- Povečati se mora zanesljivost in doslednost izvajanja postopkov kar se posledično tudi poveča kakovost proizvodov in storitev
- Pri prenovi moramo biti osredotočeni tudi na izboljšanje odnosov z dobavitelji
- Vodilni morajo poslovne procese, ki niso konkurenčni in ključni za delovanje podjetja, izločiti iz podjetja in uvesti »outsourcing«

## **1.5 Faze prenove poslovnih procesov**

Pri izvajanju prenove poslovnih procesov moramo vedeti, da natančnih predpisanih metod in pravil kako izpeljati prenovo ni in tudi ne morejo obstajati, saj je vsaka prenova, ki se jo lotimo drugačna, saj se že v osnovi podjetja in njihovi procesi medsebojno razlikujejo. Lahko pa si pri prenovi pomagamo z nekimi logičnimi vsebinskimi koraki, ki pa veljajo za tovrstne prenove in so že preizkušene (Peruško, 2003, str. 44).

Po navedbah Kerna (2008, str. 8) se projekti prenove poslovnih procesov razlikujejo od večine ostalih projektov predvsem po tem, da so naročniki, vodstvo projekta in pogosto tudi izvajalci posameznih aktivnosti, člani poslovnega sistema, ki se prenavlja, zato je potrebno doseči že v fazi priprave konsenz odločujočih udeležencev projekta, o problemih, ki bodo v prenovi zajeti. Tako je že pred samim začetkom projekta potrebno opredeliti obseg in omejitve, glede na čas trajanja, ocenjene stroške in uporabe virov.

V literaturi sem zasledila 4 faze prenove poslovnih procesov, ki jih bom podrobneje predstavila v nadaljevanju.

### **1.5.1 Faza priprave posnetka poslovnega sistema**

V tej fazi moramo ugotoviti, kdo bo projekt prenove poslovnega procesa izvajal oziroma kdo bo pri tem pomagal, kateri so šibki člani, zaradi katerih se bomo dejansko lotili prenove poslovnih procesov ter kakšne rezultate pričakujemo po končani prenovi. Potrebno se je predvsem dobro pripraviti in ugotoviti, kako bomo vse skupaj izvedli, glede na določene omejitve, katere moramo upoštevati pri sami izvedbi prenove.

Kern (2008, str. 8) razlaga, da je v tej fazi predvsem ključno narediti realen posnetek stanja obstoječe organiziranosti podjetja, ter posnetek informacijske povezanosti in kadrovske pokritosti. Posnetek stanja pa mora biti tudi narejen v pravem zaporedju, saj v kolikor podatki niso čisto pravilno opredeljeni, je posledično tudi veliko težje ali pa celo nemogoče opraviti analizo pridobljenih podatkov ter jih slikovno predstaviti z orodji kot je naprimer program Aris.

Kovačič & Vukšičeva (2005, str. 50) navajata, da gre pri tem prvem koraku predvsem za opredelitev začetnih točk, ki bodo vodstvo usmerjale na način, da bodo lažje razvijali in uveljavili nov ali prenovljen poslovni model v podjetju. V tem primeru gre predvsem za način, kako zaposlenim pomagati premagati strah pred spremembami, saj je to ključnega pomena za napredek v poslovanju pri uvajanju večjih ali manjših sprememb.

## 1.5.2 Faze analize poslovnega sistema

V tej fazi predvsem izvajamo analize in popisujemo načrtane poti procesa s pomočjo orodij za modeliranje procesov v obliki programske opreme (Rupar, 2012, str. 23)

Harmon (2007, str. 209) navaja, da pri analiziranju poslovnih procesov upoštevamo celotno strukturo poslovnega procesa. Enostaven proces navadno vsebuje v naprej določene zaporedne korake pri katerih so pravila jasno določena, medtem ko bolj kompleksen proces lahko odstopa in bazira na številnih pravilih in ni točno določen. Poleg tega pa zahtevnejši procesi zahtevajo veliko več človeškega vložka in jih ni možno informatizirati samo z uporabo obstoječe tehnologije.

Peruško (2003, str. 52) pa je mnenja, da je v tej fazi ključnega pomena, da se proces razvija in da je poslovni model usmerjen v kupčeve potrebe (angl. *Customer – oriented process model*). Peruško še navaja, da so ključne dejavnosti v tej fazi opredelitev kupca, opredelitev procesa, in opredelitev načina kako meriti uspešnost poslovanja; zmožnost prepoznave delovnega procesa, ki povečuje vrednost (angl. *Value-adding activities*); procesni model organizacije; določanje virov, velikosti in frekvence ter izbira procesov za prenavo.

Kern (2008, str. 9) razlaga, da je dobra analiza poslovnega sistema predvsem odvisna od dobrega posnetka stanja poslovnega procesa. Poleg tega pa je pomembno tudi opraviti analizo informacijskih in organizacijskih vrzeli (npr. analiza centralnega informacijskega sistema podjetja). V tej fazi je potrebno identificirati in upoštevati vse možne znake med delovanjem poslovnega sistema, na katere ni mogoče vplivati, imajo pa lahko velik vpliv na samo poslovanje podjetja v prihodnosti. V tej fazi je tudi smiselno izvesti študije primerov s podobnimi poslovnimi sistemi ter si z njimi pomagati pri ustvarjanju predlogov za prenavo poslovnega sistema je mnenja Kern.

Česen (1998, str. 66) pa navaja, da je prva naloga v tej fazi odločitev, v kakšnem zaporedju naj bi se lotili analize posameznih ključnih procesov. Česen trdi, da se ponavadi pojavijo štiri kriteriji:

- Nefunkcionalnost: V katerih procesih ima podjetje največ težav?
- Pomembnost: Kateri procesi so najbolj pomembni za kupca?
- Izvedljivost: Katere procese je trenutno mogoče analizirati in po potrebi preoblikovati?
- Strateška pomembnost: Koliko je določeni proces strateško pomemben za podjetje?

Šele po temeljiti analizi obstoječih procesov v podjetju, lahko podjetje začne razmišljati o njihovi prenavi v smislu večje učinkovitosti in uspešnosti (Kovačič & Vukšič, 2005, str. 52).

### **1.5.3 Faza oblikovanja poslovnega procesa**

Peruško (2003, str. 55) navaja, da se po končani pripravi in analizi procesov lotimo oblikovanja prenovljenega procesa ter njegove vizije, ki naj bi bila zmožna doseči nadstandardne značilnosti. V tej fazi tako ugotovimo trenutne elemente procesa, kot so organizacija, sistem in informacijski tok, trenutne procesne naloge in težave ter vizijo novega procesa in potrebne spremembe s ciljem doseganja sprememb v uspešnosti procesa. To dosežemo tako, da analiziramo bistvo sedanjih procesov in poiščemo alternative ali pa popolno prenovimo proces po predhodno skrbno določenih ciljih procesa. Na koncu ta faza oblikovanja procesa podaja tudi meritev trenutnih značilnosti procesa, možnosti izboljšav, ciljev, opredelitev, katere spremembe so zahtevane, in poročila o novi viziji procesa.

V tej fazi se odločimo, kakšno bo končno preoblikovanje poslovnega procesa. Glede na navedbe Kerna (2008, str. 9) poteka prenova poslovnih procesov na več nivojih, in sicer:

- Na najvišjem nivoju gre za spremembo relacij med posameznimi procesi, saj je mogoče procese opustiti, izločiti, oddati, pripojiti, itd..
- Na nižjem nivoju gre predvsem za preoblikovanje posameznega procesa, katerega lahko razvejemo, spremenimo zaporedja opravil, standardiziramo, posplošimo, preobrazimo, itd., vendar le na tak način, da spremembe ne vplivajo na druge procese.
- Na najnižjem nivoju pa gre predvsem za urejanje zaporedja posameznih opravil ob upoštevanju nove tehnologije, povečanega obsega znanja zaposlenih, predvidevanja večje inovativnosti posameznikov in spremenjenega načina dela, ter neupoštevanje obstoječih organizacijskih struktur.

Mesarič (2004, str. 34) navaja, da v tej fazi sledi oblikovanje pravil in opis izvajanja posameznih aktivnosti (tehnologija ali človek) ter opredelitev kakšne so potrebne spretnosti in znanja za opravljanje določene aktivnosti.

Cilj te faze je preoblikovanje starega oziroma oblikovanje novega procesa. Ta faza se prične s pregledom obstoječih procesov in analizo zelenih ciljev. Na podlagi tega podamo predlog za prenovo poslovnega procesa. Na tej točki izdelamo seznam možnih procesov in preučimo koristi vsakega ter s pomočjo programske opreme izvedemo stroškovno oceno in simuliramo možne procese. Na podlagi teh izračunov in simulacij se na koncu odločimo za nov oziroma izboljššan proces (Rupar, 2012, str. 25).

### **1.5.4. Faze prilagoditve organizacijske strukture**

V tej fazi Kern (2008, str. 9) opisuje, da se na novo definirajo odnosi med udeleženci v poslovnem sistemu. Aktivnosti priprave ciljnega stanja naj bi obsegale pripravo predlogov ter implementacijo izbranih rešitev z organizacijskega, informacijskega in kadrovskega

področja. Osnova vseh sprememb so prenovljeni poslovni procesi. Kern tudi trdi, da je potrebno na podlagi prenovljenih poslovnih procesov oblikovati ustrezno organizacijsko strukturo, informacijski sistem, ki omogoča podporo izvajanju procesov ter pripadajoč kadrovski sistem.

V tej fazi pa se pojavi vprašanje ali novo rešitev vpeljati postopoma ali pa z enkratno spremembo (v obliki šoka). Po mnenju mnogih avtorjev je namreč najtežji del prenove poslovnega procesa ravno vpeljava novega sistema v organizacijo (Česen, 1998, str. 82). Rupar (2012, str. 26) navaja, da je cilj te faze pridobitev sredstev, opis delovnih nalog, izobraževanje vseh zaposlenih, vzpostavitev sistema za upravljanje ter oblikovanje in testiranje potrebne programske opreme. V tej fazi je potrebno razviti ustrezen informacijski program, ki bo omogočal pravilno izvajanje prenovljenega poslovnega procesa. Prav tako je potrebno tudi na novo oblikovati opis delovnih nalog zaposlenih glede na dane spremembe.

## 1.6 Končni rezultati in učinki prenove poslovnih procesov

Končni rezultati in učinki prenove poslovnega procesa so v veliki večini poleg znanja in sposobnosti ljudi, ki so celotni proces prenovili in vpeljali, odvisni od pripravljenosti zaposlenih na sprejetje vpeljanih sprememb. Hammer in Champy (1995, str. 209) navajata, da približno dve tretjini poskusov prenove poslovanja v podjetjih spodleti pri vpeljavi prenovljenega poslovnega procesa, saj ne dosegajo zelenih rezultatov, bodisi zaradi odpora zaposlenih, bodisi zaradi slabo izpeljane prenove poslovnega procesa.

Hammer (2002, str. 28) navaja ključne razlike med predhodnim (tradicionalnim) podjetjem ter prenovljenim (procesnim) podjetjem, kjer doživi podjetje vsaj eno ali več izmed naštetih sprememb po prenovi poslovnega procesa.

*Tabela 1: Primerjava med predhodnim (tradicionalnim) in prenovljenim (procesnim) podjetjem*

	<b>Predhodno (tradicionalno) podjetje</b>	<b>Prenovljeno (procesno) podjetje</b>
<b>Glavna osredotočenost</b>	Funkcija	Proces
<b>Delovna enota</b>	Oddelek	Skupina
<b>Opis dela</b>	Določen	Širok
<b>Merilo</b>	Ozko	Od začetka do konca
<b>Osredotočenost na</b>	Nadrejenega	Stranko
<b>Nadomestilo temelji na</b>	Aktivnostih	Rezultatih
<b>Manager je</b>	Nadzornik	Mentor
<b>Ključna osebnost</b>	Funkcijski izvršitelj	Lastnik procesa
<b>Kultura v podjetju</b>	Konfliktno naravnana	Sodelovanje

*Vir: M. Hammer, Process Management and the Future of Six Sigma, 2002, str. 18.*

V kolikor je bila prenova procesa uspešno izpeljana, bi se moral prenovljeni proces bistveno razlikovati od predhodnega. Hammer in Champy (1995, str. 60-72) sta navedla kar nekaj razlik oziroma novitet, ki se pojavljajo v prenovljenih poslovnih procesih v podjetju:

- Več nalog je združenih v eno samo
- Delavci sprejemajo odločitve (odločanje postane sestavni del dela)
- Koraki v procesu se izvajajo v naravnem zaporedju (odsotnost strogega zaporedja, sedaj se upošteva zaporedje, ki ga narekuje delo samo)
- Procesi imajo več različic («konec standardizacije»)
- Delo se opravi tam, kjer je najbolj smiselno (prenašanje dela čez organizacijske meje)
- Manj nadzora in preverjanja (nadzora le toliko, kolikor je to gospodarno)
- Uravnavanje razhajanj je zmanjšano na najmanjšo mogočo mero (usklajevanje podatkov, zmanjšanje števila dokumentov in poenostavitev procesov)
- Prevladujejo hibridne centralizirane/decentralizirane operacije

Zavedati pa se moramo, da prenovljeni proces nikoli ne bo vseboval vseh zgoraj navedenih lastnosti, saj se nekatere med njimi tudi izključujejo.

## **2 SISTEM NAROČANJA IN PLAČEVANJA STORITEV NA PODROČJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

Sistem zdravstvenega varstva je eden mnogih človeško ustvarjenih sistemov, s katerim želimo dosegati določene cilje, ki si jih človek postavlja sam in jih dosega z zavestno organizirano dejavnostjo. V sistemu zdravstvenega varstva je za državo najbolj pomembno, da določi in vzdržuje zdravstveni standard na družbenem nivoju tako, da z učinkovito uporabo in porabo razpoložljivih ter objektivno omejenih virov zagotovi zahtevani standard za vse ljudi (Česen, 1998, str. 11, 13).

Sistem zdravstvenega varstva sodi med sestavljene in zapletene organizacijske sisteme, saj je obvladovanje sistema zdravstvenega varstva izredno zahtevno. Zato ne preseneča dejstvo, da razvite države po celem svetu med vsemi sistemi najtežje obvladujejo sistem zdravstvenega varstva. Sistem lahko opišemo kot stalni proces spreminjanja človeških, materialnih in finančnih virov v zdravstvene storitve ter rezultate, ki pa ne nastanejo samodejno, ampak jih je potrebno tudi upravljati. Zaradi stalnih utečenih procesov lahko sistem zdravstvenega varstva opišemo kot dinamičen sistem. Vendar obvladovanje tako velikega in pomembnega sistema ni enostavno. Potrebno je dobro poznati dejansko stanje in delovanje sistema, da ga lahko usmerjamo v zeleno smer. Tako kot vsi dinamični organizacijski sistemi, se tudi sistem zdravstvenega varstva spreminja skozi čas. Zato se mora sistem zdravstvenega varstva stalno prilagajati spremembam, ki se dogajajo v



njegovem okolju, predvsem pa se mora v prvi vrsti prilagajati zdravstvenim potrebam prebivalstva (Česen, 1998, str. 20).

Cilji in naloge ožjega sistema zdravstvenega varstva so zagotavljanje in izvajanje zdravstvenih storitev ter programov za prebivalstvo. Sistem zdravstvenega varstva je postavljen tako, da za omogočanje dostopnosti zdravstvenih storitev prebivalstvu, s čimer preprečujejo, odkrivajo in zdravijo bolezni, skušajo stremeti k temu, da so vsi viri, ukrepi in načini upravljanja usmerjeni v to smer. (Toth, 2003, str. 135).

Česen navaja (1998, str. 34-36), da se država sooča z najtežjo nalogo in sicer z optimalnim obvladovanjem nasprotij med ekonomskim in socialnim razvojem, saj sodobne demokratične države stremijo k temu, da imajo uspešno in učinkovito ekonomijo ter pravično družbo. Dobro delovanje sistema zdravstvenega varstva, ki daje dobre zdravstvene rezultate, je za državo izrednega pomena saj do zdravstvenega varstva nihče ni ravnodušen. Interes države je, da bi lahko dosegali najvišje možne zdravstvene standarde. Interes države ima dva vidika, ekonomskega in socialnega:

- Vzdrževanje zdravstvenega stanja prebivalstva na ravni, ki omogoča nemoteno opravljanje delovnih procesov
- Zdravstveno varstvo, s katerim povečujemo kakovost življenja in blaginjo posameznika, saj gre za zdravje kot dobro, ki jo uživa vsak sam, v katero pa tudi sodi obveznost države, da nudi posebno zdravstveno varstvo duševno in telesno prizadetim ter drugim marginaliziranim skupinam prebivalcev. Zavarovanje teh ranljivih skupin postaja vse bolj pomemben dejavnik današnje družbe.

Toth navaja (2003, str. 228), da je v času, ko so nastajali sistemi socialnega zdravstvenega varstva zelo vplivalo trenutno družbeno in politično stanje. Kljub temu, da gre za socialna zdravstvena varstva je zaradi kasnejših dopolnitev mogoče zaznati precejšnje razlike med njimi. Te razlike se odražajo predvsem v financiranju, upravljanju, organizaciji, krogu upravičencev do posameznih pravic, pogojev za njihovo pridobitev itd..

Evropske države so prve razvile sisteme zdravstvenega varstva na svetu. Tako se je znanje o sistemu zdravstvenega varstva iz Evrope širilo tudi na druge kontinente. Evropski sistemi zdravstvenega varstva imajo skupno to, da imajo poudarek predvsem na socialni razsežnosti. Večina evropskih sistemov temelji na tem, da se sredstva potrebna za uveljavitev zahtev po zdravstvenih storitvah črpajo ravno iz javnih sredstev. Splošno predstavlja zdravstveno varstvo v Evropi javen (družben) interes. Posamezne države zagotavljajo svojim prebivalcem ne glede na njihove finančne zmožnosti zdravstveno in socialno varnost v primeru bolezni ali poškodb. Vendar pa se evropski sistemi zdravstvenega varstva med državami še vseeno nekoliko razlikujejo med seboj. Tako v Evropi poznamo tri različne modele, in sicer (Toth, 2003, str. 145):

- **Bismarckov model** oz. model socialnega zdravstvenega zavarovanja je nastal v Nemčiji pred 120 leti (Toth, 2003, str. 145). Osnovni namen tega modela je zavarovanje za tveganja, ki spremljajo bolezen, poškodbe na delu in poklicne bolezni, invalidnost, starost, smrt, nezaposlenost in druge pojave ki lahko ogrožajo ekonomsko varnost posameznika. Ta sistem temelji na solidarnosti med zavarovanci in zagotavlja vsakemu od njih dostopnost in možnost uveljavljanja pravice s področja socialne varnosti. Sistem se financira s prispevki delodajalcev in delojemalcev, del sredstev pa tudi prispeva država sama (Toth, 2003, str. 229).
- **Beveridgeov model** je nastal v Veliki Britaniji pred približno 70 leti. Ta sistem temelji na tem, da se črpajo viri za financiranje zdravstvenih storitev iz državnih sredstev. Tako se zdravstvena blagajna financira s pomočjo proračuna in davkov, ki jih prebivalci plačujejo. (Toth, 2003, str. 147).
- **Semaškov model** je nastal v Sovjetski zvezi, v prvi polovici 20. stoletja. Izvajanje zdravstvenih storitev se je smatralo kot skupna lastnina oz. dobrina, zato so bile zasebne zdravstvene prakse prepovedane. Le država je imela oblast nad izvajanjem zdravstvenih storitev tako da je bil ta sistem financiran le iz strani države. S tem so omogočili vsem državljanom pravico do brezplačnega dostopa do zdravstvenih storitev. Financiranje zdravstvenega varstva nikakor ni smelo vplivati na plače delavcev (Toth, 2003, str. 147, 148).

Ključne razlike zgoraj predstavljenih modelov so predstavljene v tabeli 2:

*Tabela 2: Merila za razvrščanje sistemov v modele*

	<b>Bismarckov model</b>	<b>Beveridgeov model</b>	<b>Semaškov model</b>
<b>Financiranje</b>	Prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev	Davki, proračuni države, dežel, lokalnih skupnosti	Centralni, državni proračun
<b>Upravljanje</b>	Samoupravno, v njem sodelujejo predstavniki delodajalcev in zavarovanih oseb	Državni organi ali upravni organi na nižjih ravneh	Centralna vlada oz. ministrstvo za zdravstvo
<b>Sprejemanje odločitev o pravicah zavarovancev</b>	Organi upravljanja bolniških blagajn v okvirih, ki jim jih določa zakon	Državni organi	Državni organi
<b>Vključenost (obveza) prebivalstva v sistem</b>	Vse prebivalstvo, ponekod so izločene le nekatere skupine	Vse prebivalstvo	Vse prebivalstvo
<b>Solidarnost, vzajemnost</b>	Absolutna	Absolutna	Absolutna
<b>Planiranje področja</b>	Država in nosilci zavarovanj	Država	Država

Vir: M. Toth, *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*, 2003, str. 148

## 2.1 Financiranje izvajalcev zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji

Po osamosvojitvi je Slovenija s sprejemom zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ponovno prešla iz socialističnega samoupravnega modela zdravstvenega zavarovanja na Bismarckov model zdravstvenega zavarovanja. S sprejetjem tega zakona so vsi državljani s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji ter tisti, ki opravljajo pridobitno dejavnost v državi, pridobili pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obvezno zdravstveno zavarovanje pa je zahtevalo za pridobitev pravic iz tega zavarovanja tudi obvezno plačevanje prispevkov, katere morajo vplačevati vsi zavarovanci. Aktivni zavarovanci so dolžni plačevati prispevke od bruto plače, enak prispevek (delež) pa mora za njih plačati še njihov delodajalec. Za socialno šibke oz. brezposelne državljane mora te prispevke plačevati občina, v kateri bivajo oz. država. V tem primeru nosi odgovornost za brezposelno prebivalstvo Zavod za zaposlovanje, kateri jim plačuje prispevke. Država je z tem zakonom dosegla sledljivost vseh plačil, ki so vplačane za zavarovanje prebivalcev. Iz njih je razvidno ali si zavarovanec prispevke plačuje sam ali pa mu jih plačuje njegov delodajalec oziroma država. Ravno tako so v ta zakon vključeni upokojnenci, ki pa so dolžni plačevati prispevke od pokojnine, zato jim Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje trga te prispevke neposredno od pokojnine (Toth, 2003, str. 466-467).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur.l.RS, št. 72/06-UPB, 114/06, v nadaljevanju ZZZVZZ) ureja načela zdravstvenega varstva in zavarovanja, določa odgovorne za splošno zdravje in opredeljuje njihove naloge, podrobno opredeljuje zdravstveno zavarovanje ter vire sredstev, obseg in pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Obvezno zdravstveno zavarovanje po zakonu ZZZVZZ obsega (ZZZS, 2016):

- Zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela
- Zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni

Po ZZZVZZ je zavarovancem obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotovljeno (ZZZS, 2016):

- Plačilo zdravstvenih storitev
- Nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela
- Povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev

Obseg pravic do katerih je upravičen zavarovanec je določen v odstotku od vrednosti zdravstvenih storitev, kar pomeni, da se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja financira del storitev v polnem (100 %) obsegu, ostale zdravstvene storitve pa le delno, odvisno od same vrednosti storitev. Za ostale zdravstvene storitve, ki niso v celoti krite z strani

obveznega zdravstvenega zavarovanja, morajo zavarovanci doplačati iz lastnih sredstev, lahko pa se poleg obveznega zavarovanja še dodatno zavarujejo z dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem in se s tem rešijo vseh dodatnih doplačil, ki bi bila potrebna pri zdravstvenih obravnavah. V primeru, da ima oseba še dopolnilno zdravstveno zavarovanje, vse dodatne stroške krije zavarovalnica, pri kateri ima zavarovanec sklenjeno zavarovanje (ZZZS, 2016).

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje se izvaja na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Zavarovanci lahko dopolnilno zdravstveno zavarovanje sklenejo pri poljubni zdravstveni zavarovalnici, ki ponujajo dopolnilna zdravstvena zavarovanja. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje dopolnjuje obvezno zdravstveno zavarovanje, tako da je zavarovanec krit v primeru (Stepan, 1999, str. 149):

- Zahtevanega doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, ki so sestavni del obveznega zdravstvenega zavarovanja
- Višjega oziroma ugodnejšega standarda zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja
- Storitve oziroma zdravljenja, ki ga obvezno zdravstveno zavarovanje ne zagotavlja
- Zdravljenja v tujini, v primerih ko ni krito z strani obveznega zdravstvenega zavarovanja

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje delimo na (ZZZS, 2016):

- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki krije morebitno **razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev**. To zdravstveno zavarovanje dopolni tisto razliko, ki je obvezno zdravstveno zavarovanje ne pokriva v celoti glede na nastale stroške (2. do 6. točke 23. člena ZZVZZ)- dopolnilno zdravstveno zavarovanje
- Prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki omogoča **večji obseg pravic ali pa višji standard zdravstvenih storitev**. Takšno dodatno zdravstveno zavarovanje, krije dodatne ugodnosti in pravice pacientov, ki pa niso z zakonom določene ter jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne pokriva - dodatno oz. nadstandardno zdravstveno zavarovanje.

V tabeli 3 so predstavljene osnovne značilnosti obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Česen, 1998, str. 64):

Tabela 3: Značilnosti obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

<b>Obvezno zdravstveno zavarovanje</b>	<b>Prostovoljno zdravstveno zavarovanje</b>
Predpisano in urejeno z zakonom	Zakon ga omogoča, ureja se z individualnimi pogodbami
Zavarovalni temelj: solidarnost	Zavarovalni temelj: vzajemnost
Vir financiranja: prispevki (javni skladi)	Vir financiranja: premije (zasebna sredstva)
Ni dovoljeno izračunavanje rentabilnosti zavarovanja	Dovoljeno je izračunavanje rentabilnosti zavarovanja
Močan vpliv in nadzor države	Država se ne vmešava v poslovanje
Izvajajo ga nevladne ustanove kot nepridobitno dejavnost	Izvajajo ga gospodarski subjekti kot pridobitno dejavnost
Del celovite socialne varnosti državljanov	Ni vključeno v celovito socialno varnost državljanov

Vir: M. Česen, *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*, 1998, str.64.

Toth (2003, str. 475) navaja, da je zdravstveno varstvo financirano iz:

- Prejetih prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje oziroma iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje;
- Prejetih sredstev za prostovoljno zdravstveno zavarovane;
- Državnega in občinskega proračuna;
- Prejetih sredstev od ostalih koristnikov zdravstvenih storitev, med katere spadajo samoplačniki, delodajalci in drugi.

Izmed vseh zgoraj naštetih največji vir financiranja predstavljajo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, takoj za njim pa sredstva prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Toth, 2003, str. 475).

Tako kot druge delujoče organizacije, tudi javni zdravstveni zavod potrebuje reden in zanesljiv finančni priliv, za njegovo kakovostno in nemoteno delovanje, saj si iz teh sredstev pokrivajo mesečne stroške (plače, material) in občasne (izredne) stroške (investicijsko poslovanje). Naloge managementa javnega zdravstvenega zavoda so, da sprejetimi finančnimi sredstvi zagotavlja trajno plačilno sposobnost (likvidnost) zavoda. To je dostikrat težje izvedljivo, saj se dogaja, da finančni prilivi občasno nekoliko zamujajo, na kar pa ne zavod ne managerji zavoda nimajo vpliva (Česen, 2003, str. 165).

Toth (2003, str. 477) navaja, da ZZVZZ upravlja s programom dela zdravstvenih storitev tako, da se vsako leto izvajajo pogajanja kot metoda urejanja pravic in odgovornosti pri izvajanju tega programa med najvidnejšimi nosilci nalog v sistemu zdravstvenega varstva. Program dela zdravstvenih storitev predstavlja dejavnosti, katere lahko izvajajo izvajalci zdravstvenih storitev. Nosilce različnih interesov predstavljajo:

- Ministrstvo za zdravstvo, ki ima nalogo zastopati interese narodnega gospodarstva in skrbeti za spoštovanje planov in usmeritev
- Zavod za zdravstveno zavarovanje, ki ima nalogo zastopati interese zavarovancev in plačevalcev interesov
- Izvajalci zdravstvenih storitev, ki zastopajo interese zdravstvenih zavodov in zasebnih zdravstvenih delavcev.

Zgoraj naštetih nosilci se samostojno in enakopravno odločajo o programu zdravstvenih storitev v Sloveniji, o njegovi strukturi po dejavnostih in območjih izvajanja, o elementih za vrednotenje programa in določanje cen storitev ter o drugih dejavnostih v povezavi z izvajanjem zavodov. Okvir pogajanj so finančna sredstva, s katerimi razpolaga Zavod za zdravstveno zavarovanje, ki izvirajo iz plačevanja obveznega zdravstvenega zavarovanja, ocenjena sredstva za doplačilo, zdravstvene razmere v državi, zdravstvena zmogljivost, usmeritve iz Nacionalnega programa zdravstvenega varstva ter usmeritev gospodarskega in socialnega razvoja države v posameznih obdobjih (Toth, 2003, str. 477).

Po ZZVZZ so nosilci zadolženi, da vsako leto sprejmejo letni republiški program zdravstvenih storitev, razčlenjen po ožjih dejavnostih kot so osnovna, specialistično-ambulantna, bolnišnična, lekarniška, zdraviliška itd. Poleg letnega programa pa so zadolženi določiti tudi potrebne planske zmogljivosti za izvajanje programov (kadri, bolnišnične postelje, itd.), področja za vrednotenje zdravstvenih programov in cen zdravstvenih storitev ter druge pogoje za izvajanje teh programov. Vsi sprejeti programi ter določeni plani so zbrani skupaj v en dokument, ki se imenuje Splošni dogovor o programu zdravstvenih storitev (Toth, 2003, str. 477).

Splošni dogovor o programu zdravstvenih storitev je rezultat pogajanj med nosilci različnih interesov. Splošni dogovor je pravna podlaga za sklepanje pogodb z različnimi izvajalci zdravstvenih storitev (javni in zasebni). Vsako leto se s splošnim dogovorom določijo »zgornje meje« javnih sredstev za zdravstvo in odgovorno porabljanje sredstev, ki so zbrana z obveznim zdravstvenim zavarovanjem vseh zavarovancev v Sloveniji (ZZZS, 2016).

Izvajanje zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji pa je določeno z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (Ur.l.RS, št. 23/05 – UPB, 14/13, v nadaljevanju ZZD). S tem zakonom je urejena vsebina ter zdravstvena dejavnost, poleg tega pa tudi povezuje zdravstvene dejavnosti ter zdravstvene delavce. ZZD tudi jasno razdeljuje opravljanje zdravstvene dejavnosti na tri področja, in sicer:

- Na **primarni ravni** zdravstvena dejavnost obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost.
- Na **sekundarni ravni** zdravstvena dejavnost obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost.
- Na **terciarni ravni** zdravstvena dejavnost obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov.

V ZZD je tudi navedeno, da zdravstvena dejavnost na sekundarni in terciarni ravni obsega tudi dejavnost javnega zdravja in dejavnosti, povezane z javnim zdravjem na področju zdravja, okolja in hrane.

Zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni se izvajajo v bolnišnicah, zdraviliščih in zasebnih zdravstvenih ustanovah, od tega predstavlja približno 75% celotne sekundarne dejavnosti oskrba v bolnišnicah (Albreht, 2009, str. 113).

V tem magistrskem delu se bom predvsem osredotočila na sekundarno in terciarno raven, saj bom preučevala delovanje Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Kot sem že omenila je v RS z zakonom določeno financiranje izvajalcev zdravstvenih storitev, kar pomeni, da je UKC Ljubljana kot sekundarna in terciarna ustanova financirana delno s strani države (glede na letni dogovor) delno pa po obračunavanju storitev po SPP glede na število obravnav.

## **2.2 Različni sistemi plačevanja storitev**

Normand in Weber (1004, str. 16-30) navajata, da je cilj zdravstvene politike tako v svetu, kot pri nas, predvsem pregleden, učinkovit in pravičen model plačevanja izvajalcem zdravstvenih storitev. Tako se je po svetu v želji po zasledovanju teh ciljev razvilo veliko različnih modelov, ki omogočajo plačilo izvajalcem za opravljene zdravstvene storitve. Temeljni namen postavljenih sistemov za plačevanje izvajalcev zdravstvenih storitev so poleg plačevanja storitev predvsem namenjeni za nadzor nad sistemom zdravstvenega varstva. Glede na to, da lahko sama metoda zelo vpliva, bodisi omejevalno, bodisi spodbujevalno, na obseg zdravstvenih storitev, na višino sredstev, potrebnih za pokritje zdravstvenih storitev ter posledično na izdatke zdravstvenega varstva oziroma zavarovanja, je zelo pomembno, da poznamo različne sisteme plačevanja storitev, saj lahko potem tudi na podlagi tega predlagamo rešitev, ki bo izboljšala poslovanje v UKC Ljubljana.

Glede na to, da RS za delovanje zdravstvenega sistema letno nameni približno 2,8 milijarde evrov, kar je precej manj kot v drugih razvitih evropskih državah, ob tem pa se pričakuje enake zdravstvene storitve kot na primer v Avstriji, kjer na prebivalca namenijo

2,5 krat več kot pri nas (Marušič, 2015, str. 9), je zelo pomembno, da poznamo vse sisteme financiranja, saj bomo le na podlagi tega, lažje prišli do možnih rešitev problema.

V razvitem svetu uporabljajo zdravstveni zavodi različne načine (sisteme) plačevanja zdravstvenih storitev, ki jih lahko klasificiramo na različne načine. Lahko jih delimo glede na temelj, po katerem storitev financiramo, ali pa po merilu (ne)predvidljivosti ter po merilu (ne)omejenosti. Na podlagi temelja, po katerem storitev financiramo, ločimo naslednje načine plačevanja (Marušič, Ceglar & Prevolnik-Rupel, 2009, str. 178):

- **Plačevanje na podlagi potreb** zagotavlja izvajalcem zdravstvenih storitev plačilo, ki je sorazmerno zdravstvenim potrebam prebivalcem določenega področja. Pri ugotavljanju kakšne so zdravstvene potrebe prebivalstva se osredotočijo predvsem na demografsko-socialno-ekonomsko merilo, kot so naprimer starost, spol in socialnoekonomski status določene skupine ali področja. S tem se zmanjšuje razlike v zdravstvenem stanju prebivalstva, vendar pa model ne omogoča proste izbire izvajalca zdravstvene storitve ter posledično zmanjšuje dostopnost in le delno zmanjšuje ekonomsko-demografske vplive.
- **Plačevanje na podlagi vnosa** pa omogoča izvajalcem zdravstvenih storitev plačilo glede na njihovo zmogljivost, saj se sredstva za plačevanje zdravstvenih storitev dodelijo na podlagi izdatkov, ki jih je imel izvajalec v preteklem obdobju, vendar pa je vseeno mogoče prilagoditi prihodke glede na spremembe količin ali pa glede na plan izvajanja programa. Ta metoda je administrativno zelo enostavna ter obenem zagotavlja plačevanje obstoječih zmogljivosti, vendar pa se v Sloveniji počasi opušča, saj ne zagotavlja poštenega plačila izvajalcev in ne spodbuja izvajalcev k večji stroškovni učinkovitosti in k uveljavljanju dobre klinične prakse.
- **Plačevanje na podlagi storitev** temelji na natančno opredeljenih zdravstvenih storitvah ter na njihovih relativnih cenah. Ta metoda omogoča pregledno in pravičnejše razporejanje sredstev glede na opravljeno storitev, obenem pa spodbuja tudi k stroškovni učinkovitosti ter opravljanje čim večjega števila storitev. Metoda, ki je izredno priljubljena med zdravniki in zdravstvenimi delavci je tehnološko sicer zelo zahtevna, saj je njena učinkovitost odvisna od števila opravljenih storitev (pregled, bolnišnično oskrbovalni dan, operativni poseg, zdravljenje,..), združevanja v skupine (skupine primerov, epizoda, sveženj,...), relativne cene posamezne enote ali kategorij enot in nadzora opravljenega obsega storitev.
- **Plačevanje na podlagi izidov** omogoča izvajalcem zdravstvenih storitev dodatno plačilo, v kolikor izid zdravljenja presega povprečje primerljivih izvajalcev. Omenjen pristop je izjemno zahteven, saj je težko meriti izide zdravstvenih storitev, ki so odvisni



od celotnega postopka glede na zdravstveno stanje bolnika. Zaradi njegove zahtevnosti so tudi plačila zdravljenja različna, odvisno od zahtevnosti zdravstvene storitve.

Na podlagi merila (ne)predvidljivosti pa ločimo modele plačevanja zdravstvenih storitev na (Marušič, et al., 2009, str. 178, 179):

- **Retrospektivni model** je model, pri katerem plačniki zdravstvenih storitev v naprej ne morejo izvedeti višine izdatkov, ampak so seznanjeni z njimi šele po opravljeni storitvi. To pomeni, da plačniki v naprej ne morejo oceniti ali celo določiti višine izdatkov zdravstvene dejavnosti v določenem poslovnem obdobju. Problem pri retrospektivnem modelu plačevanja je v tem, da plačnik nima vpliva na višino izdatkov zdravstvenih storitev, saj so te storitve bile že opravljene, tako se celotno tveganje obvladovanja stroškovne učinkovitosti prenese na plačnika, medtem ko izvajalec ravno zaradi takšnega načina plačevanja ni motiviran za iskanje novih načinov izvajanja zdravstvene dejavnosti, ki bi bile ob enaki kakovosti stroškovno bolj učinkovite. Ravno zaradi takšnega procesa plačevanja je retrospektivni model najbolj priljubljen med izvajalci zdravstvenih storitev, saj v celoti dobijo plačilo za vse opravljene storitve, kar pa posledično vpliva tudi na samo kakovost zdravstvenih storitev, saj se tako lahko zdravstveno osebje v celoti osredotoči na pacienta in njegove zdravstvene potrebe. Po drugi strani se pa na ta način močno povečujejo izdatki za zdravstveno varstvo, kar pa za plačnika storitev, glede na omejene vire financiranja, ni sprejemljivo.
- **Prospektivni model** je v primerjavi z retrospektivnim modelom ugodnejši za plačnika zdravstvenih storitev iz vidika, da je višina izdatkov v tem primeru že v naprej znana. To pomeni, da imajo plačniki vpliv na samo višino izdatkov zdravstvenih storitev. Izvajalci in plačniki se v naprej dogovorijo za okvirni obseg zdravstvenih storitev in na ta način vplivajo na višino izdatkov, saj v naprej določijo višino plačila za določeno zdravstveno dejavnost. Bistvo modela je predvsem v tem, da tako izvajalec kot plačnik v naprej vesta, kolikšna bo višina izdatka za določeno obdobje. Prospektivni model sili predvsem izvajalce v obvladovanje stroškov, kar pa posledično lahko pomeni manjšo kakovost opravljenih storitev.
- **Modeli z omejitvami**, ki spadajo med modele plačevanja zdravstvenih storitev glede na (ne)omejenost, uravnotežijo tveganja plačnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev pri proračunu realiziranih storitev. Omejitve tako ločimo na finančne (od celotnega proračuna do posamezne enote), časovne (od celotnega leta do posamezne časovno obračunske enote) ter količinske (št. izvajalcev, postelj, storitev) (Marušič, et al., 2009, str. 179).

Porazdelitev finančnega tveganja med plačniki in uporabniki ima v sistemu financiranja zdravstvenih storitev glede na posamezni model izreden pomen, saj omejitev programov in

časovna razporeditev sredstev pomembno vpliva in spremeni porazdelitev finančnega tveganja. Tako je stalno potrebno upoštevati retrospektivnost oziroma prospektivnost razporejanja finančnih sredstev ob omejevanju zdravstvenih programov z določenimi količinami osnovnih enot ali finančnih sredstev (Marušič, et al., 2009, str. 179).

### **2.3 Skupine primerljivih primerov**

Marušič, Ceglar & Revolnik-Rupel (2009, str. 177-178) navajajo, da je za financiranje sistema zdravstvenega varstva potrebno prvo zbrati sredstva ter jih nato razdeliti med izvajalce zdravstvene dejavnosti. Modeli po katerih se izvaja plačevanje izvajalcem za opravljanje različnih vrst zdravstvenih dejavnosti, se med seboj razlikujejo. Dosedanji modeli plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti so predvsem temeljili na plačevanju po storitvah, bolnišnično oskrbnih dnevih in primerih, ki pa so se izkazali za povsem napačne ter so celo spodbujali k »goljufanju« izvajalcev. V letu 2003 je bil na podlagi zgleda drugih uspešnih držav uveden nov model plačevanja, in sicer model plačevanja po skupinah primerljivih primerov.

Sistem skupine primerljivih primerov (angl. *Diagnosis Related Groups–DRG*, v nadaljevanju SPP) je način razvrščanja bolnikov v skupine za katere porabimo podobno količino virov, podlaga za takšno razvrščanje bolnikov pa so statistične analize kliničnih podatkov ter podatkov o porabi virov velikih vzorcev bolnikov (Ceglar, et al., 2008, str. 14). SPP so se razvile v sodelovanju med ZDA in Avstralijo v zgodnjih 80. letih kot posledica stalno višjih stroškov bolnišnic in znižanja sredstev zdravstvenih ustanov (Wahl, Mate, & Yazbeck, 2004, str. 689). Namen sistema SPP, ki je v medicino uvedel prenos managerskih orodij, ki so se uveljavila v industriji za pospeševanje in izboljševanje proizvodnih procesov, je bil racionalizacija porabe virov in izboljšanje učinkovitosti ter spodbujanje konkurence med bolnišnicami (Markovič, 2011, str. 20).

Sistem SPP se v večini uporablja predvsem za obravnavo pacientov v bolnišnični obravnavi. V njem je na podlagi statističnih izračunov izračunana osnovna cena posameznega primera zdravljenja, s katero potem izvajalec nato zaračuna svoje opravljene storitve plačniku (Ceglar, et al., 2008, str. 14,15).

Sistem SPP temelji predvsem na razvrščanju bolnikov v skupine, ki so medicinsko in stroškovno primerljive na podlagi medicinskih meril (diagnoza, posegi itd.), demografskih podatkov (spol, starost itd) in porabe virov (stroški posega, dnevi hospitalizacije itd). Po obravnavi pacientov se s pomočjo razvrščevalnikov (angl. *groupier*) in mednarodnih ali lokalno razvitih kod diagnoz in posegov, razvrsti pacienta v pravo skupino, ter se s pomočjo SPP programa zaračuna plačniku storitev, ki je bila opravljena (Markovič, 2011, str. 20).

V katero SPP se bo uvrstil bolnik, je odvisno od treh glavnih skupin podatkov, od glavne diagnoze, dodatne diagnoze ter pomembnih kliničnih posegov (Wahl, Mate, & Yazbeck, 2004, str. 689).

- Glavna diagnoza je tisti indikator, ki nam po končnem celotnem zdravljenju pove zakaj je bil bolnik prvotno sprejet v bolnišnico. Ne glede na potek zdravljenja in morebitne zaplete med samim zdravljenjem bolnika, je glavna diagnoza vedno razlog za sprejem bolnika v bolnišnico. V primerih, ko je bolnik zdravljen na več različnih kliničnih oddelkih, je glavna diagnoza celotne obravnave vedno tista, ki je bila glavi razlog za sprejem bolnika na zdravljenje v prvi sprejemni klinični oddelek. Problem pri takšnem razvrščanju bolnikov v SPP pa je, da se občasno med samim zdravljenem pokaže tudi dodatna diagnoza, ki zahteva zdravljenje, ki je precej dražje od prvotne glavne diagnoze, po katerem je bolnik dejansko razvrščen v SPP. SPP v Sloveniji je zastavljen tako, da naj bi se stroški takšnih izrednih primerov predvidoma pokrili s plačili večjega števila bolnikov s takšno glavno diagnozo. Na ta način naj bi se pokrili tudi tisti stroški, ki so bili zaradi zapletenega zdravljenja nekoliko višji od povprečnih. Nekoliko pa se lahko takšnim odmikom tudi izognemo z bolj pravilnim vpisovanjem kod dodatnih diagnoz in opravljenih posegov, kar pomeni, da bolnika v okviru enake diagnoze uvrstimo v boljše vrednoteni podrazred A ali B proračunov (Wahl, Mate, & Yazbeck, 2004, str. 689).
- Dodatne diagnoze so diagnoze, ki so obstajale že ob samem sprejemu bolnika v bolnišnico ali pa so se naknadno pojavile ob morebitnih kasnejših zapletih med samim zdravljenjem bolnika in so pomembno vplivale na končno zdravljenje. Za določanje dodatne diagnoze se uporablja slovenska verzija Mednarodne klasifikacije bolezni (v nadaljevanju MKB SI). Problem, ki se pojavi pri razvrščanju diagnoz po tem sistemu je, da so slovenski zdravniki premalo seznanjeni s pravili uporabe MKB SI, saj jih veliko ne pozna že samih osnovnih pravil za razvrščanje bolezni. Posledica tega pa je, da v kolikor ni pravilno določena glavna diagnoza ter dodatna diagnoza, ima to neposredne finančne učinke za bolnišnice (Wahl, Mate, & Yazbeck, 2004, str. 689).
- Pomemben klinični poseg se obravnava kot poseg, ki je opravljen pri bolniku v okviru bolnišnične obravnave in zahteva npr. anestazijo, posebej opremljene prostore, ekipo, usposabljanje, itd. Posegi predstavljajo zelo pomemben del pri obravnavi SPP-jev, saj odločajo o tem, kolikšno plačilo bo bolnišnica prejela za obravnavo enega bolnika (Wahl, Mate, & Yazbeck, 2004, str. 690).

V Evropi še danes ni enotne metodologije za izračun stroškov bolnišničnih storitev ob obravnavi pacienta, vendar pa za večino držav, ki uporabljajo sistem SPP velja, da je cena posameznega primera SPP določena z utežjo ter vrednostjo ene uteži primera SPP. Utež pa predstavlja zahtevnost in porabo virov pri obravnavi pacienta. Tako je cena primera SPP

enotna za posamezen primer SPP, vendar pa je pri pacientih vsak primer vsaj malenkost različen, tako da vsak posamezen primer obravnave, zahteva različno oskrbo (Negrini, Kettle, Sheppard, Mills, & Edbrooke, 2004, str. 195-196).

Vse države, ki so prevzele sistem SPP, uporabljajo za kodiranje bolnikov po diagnozah enotno mednarodno klasifikacijo bolezni (v nadaljevanju MKB) s posameznimi lokalnimi modifikacijami MKB-10, redkeje se pojavi tudi MKB-9. Veliko držav je že samo razvilo sistem za kodiranje posegov. V večini držav uporabljajo sistem SPP za plačilo opravljenih bolnišničnih storitev (akutna obravnava), nekatere izmed njih pa uporabljajo sistem tudi za plačilo specialističnih storitev, ki jih bolnišnice izvajajo v specialističnih ambulantah. Za vse države velja, da plačilo SPP predstavlja plačilo ene akutne bolnišnične obravnave pacienta, kar pomeni, da za vsak SPP bolnišnica prejme enako ali podobno korigirano ceno, ne glede na dejanske stroške obravnave določenega bolnika. Ker pa se občasno dogaja, da se stroški za obrnavo bolnikov za isti SPP stroškovno razlikujejo, saj prihaja do večje porabe virov kot pa je predvideno za ta SPP, sistem omogoča popravljanje oziroma dopisovanje diagnoz, ki se jih nato priključi k osnovnemu SPP zaradi težavnosti obravnavane bolezni ali možnih komplikacij med obrnavo. Ker pa se tudi zdravstvene ustanove medsebojno razlikujejo po velikosti, sestavi, opremi, kadrovski strukturi, in drugih lastnostih, imajo posledično tudi različne stroške, ki nastajajo ob obrnavi posameznega bolnika. Ravno zaradi tega, imajo tudi v tujini bolnišnice in druge zdravstvene ustanove vgrajene »korekcijske faktorje« kot so na primer, geografski dodatek, dodatek zaradi depriviligiranosti, zaradi specialnosti, novih tehnologij, učenja, raziskovanja in drugo (Markovič, 2011, str. 20-21).

V večini držav, ki uporabljajo sistem SPP, v ceni niso upoštevana novejša (dražja) zdravila, dražji medicinski pripomočki in novejša oprema, preventiva ter financiranje v infrastrukturo, saj so za to plačani posebej. Ravno tako v nekaterih državah v SPP ni predvideno plačilo medicinskega osebja, ki delujejo v zasebnih zdravstvenih ustanovah, vendar so plačani glede na število posegov/zdravljenj. Vse morebitne napake v sistemu SPP vsaka država odpravlja sama, poleg tega pa ga sami tudi nadgrajujejo in nadzirajo (Markovič, 2011, str. 21-22).

Problem v slovenskem zdravstvu je predvsem nezavedanje pomembnosti cen, po katerih plačujemo izvajalce zdravstvenih storitev, saj so eden najpomembnejših delov vsakega zdravstvenega sistema. V Sloveniji je to eden bolj zanemarjenih delov našega zdravstvenega sistema, saj so kriteriji in normativi, ki se uporabljajo pri izračunavanju cen storitev izvajalcev, še vedno opremljeni po »zeleni knjigi« iz leta 1982 ter skupini primerljivih primerov, ki niso bile nadgrajene od same uvedbe dalje (Zupanič, 2015, str. 5). Glede na to, da višina plačila opravljene zdravstvene storitve močno vpliva na samo poslovanje UKC Ljubljana, je pravilno delovanje sistema plačevanja storitev izredno pomembno. Od tega, kako je postavljen SPP v RS, je odvisna tudi obravnava pacientov, saj

se zaradi nepopolnega obračunavanja storitev bolnišnica velikokrat odloči, kako bo obravnavala pacienta, glede na smotrno porabo virov in ne glede na najboljšo metodo za posameznikove potrebe.

V Sloveniji so bile specialistično bolnišnične obravnave do uvedbe sistema SPP financirane glede na dejansko opravljene storitve, število ležalnih dni in primerov. Tako je do leta 1993 plačevanje specialistično bolnišničnih storitev baziralo na opravljenih storitvah, katere pa se bile količinsko omejene glede na posamezno leto. Za vsakega posameznega pacienta se je glede na skupni seštevek vseh storitev, obračunala ena obravnava. Ta model je bil za opravljanje izredno enostaven, zato je bolnišnice in druge zdravstvene ustanove spodbujal k množenju storitev. Množično so se »opravljale« tiste storitve, ki so bile tudi dobro plačane. Začelo je prihajati do tega, da so se količine storitev večale glede na zmogljivosti izvajalcev in ne glede na dejanske potrebe bolnikov (Marušič et al., 2009, str. 180-181).

V letu 1993 je bil uveden sistem plačevanja specialistično bolnišničnih obravnav po bolnišnično oskrbovanih dneh, kar je bolnišnice in druge zdravstvene ustanove posledično prisililo k zmanjševanju storitev med samim ležanjem pacientov v bolnišnici. Izvajanje dodatnih (nepotrebnih) storitev se je zaradi sprejetja novega zakona praktično izničilo. Po drugi strani pa je plačevanje bolnišnično oskrbovanih dni zavrlo skrajševanje ležalnih dob v bolnišnicah, kar pa je odpravil novi model plačevanja specialistično bolnišničnih obravnav, model plačevanja po primerih, ki je bil uveden v letu 2000 (Marušič et al., 2009, str. 181).

Po temeljitih analizah in primerjavah z drugimi državami ter na podlagi potreb slovenskega zdravstva, so se na ministrstvu za zdravje odločili, da bodo v slovenske bolnišnice in druge zdravstvene ustanove, ki obravnavajo akutna obolenja, vpeljali plačevanje po sistemu SPP, kjer bodo sredstva sledila bolniku in bodo obravnave plačane glede na zahtevnost obravnavanega primera. Ministrstvo za zdravje je tako v letih 2000-2004 izpeljalo projekt razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva (v nadaljevanju RUSZV), s katerim je vlada v sodelovanju z vsemi ključnimi institucijami s področja zdravstva želela izboljšati sistem zdravstvenega varstva. Na ta način je vlada želela zagotoviti čim bolj pregledno porabo finančnih sredstev namenjenih zdravljenju akutnih obolenj, s čimer bi se naš zdravstveni sistem še bolj približal višjim standardom, ki veljajo v Evropski uniji. S tem sta vlada in ministrstvo za zdravje želela vzpostaviti bolj stabilen zdravstveni sistem, kateri bi bil predvsem osredotočen na izboljšanje storitev za paciente v slovenskih bolnišnicah in ostalih zdravstvenih ustanovah (Ceglar et al., 2008, str. 20-21).

Novi sistem financiranja bolnišničnih obravnav SPP pa se od prejšnjih načinov financiranja razlikuje predvsem glede na (Ceglar et al., 2008, str. 22):

- Uporabo modela plačevanja po SPP za akutno bolnišnično obravnavo (več skupin, ki upoštevajo zahtevnost zdravljenja);
- Delitev bolnišnične obravnave na akutno in neakutno;
- Enakost plačil med bolnišnicami za primerljivo delo;
- Dodatek za opravljanje terciarne dejavnosti.

Slovenija je pri odločanju o najprimernejši klasifikaciji SPP izbirala med kar nekaj različnimi klasifikacijami, ki jih uporabljajo druge države. Pri samem izboru je projektna skupina v sodelovanju s avstralskim svetovalnim podjetjem HIC izvedla primerjavo med različnimi klasifikacijami SPP-ja in sprejela priporočilo za enega izmed mnogih modelov. HIC je pripravil primerjavo treh klasifikacijskih skupin SPP in sicer ameriške, avstralske in kanadske. Med temi tremi so se potem odločali zdravniki in predstavniki posameznih strok. Strokovnjaki so prišli do ugotovitve, da sta kanadski in avstralski sistem bolj osredotočena na klinično prakso (kompleksnost primerov, starost bolnika, itd.) kot pa ameriška. Glede na to, da je avstralska klasifikacija temeljila na MKB-10 (Mednarodna statistična klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov), ameriška in kanadska pa na MKB-9, so se odločili, da bodo izbrali avstralsko različico SPP, saj temelji na sodobni klasifikaciji bolezni in storitev (Ceglar et al., 2008, str. 24).

Tako so slovenski strokovnjaki na podlagi avstralske različice vpeljali novi sistem SPP v sistem zdravstvenega varstva. Avstralski sistem, ki je v veljavi od leta 1998, temelji na načinu razvrščanja, ki vse stacionarne in delno stacionarne primere na podlagi diagnoz in postopkov razporedi v 661 skupin. Za razvrstitev v primerno skupino se upošteva glavna diagnoza, dodatne diagnoze, postopki in različni drugi indikatorji za določitev težavnostne stopnje primera. Glede na določene podatke je bolnik razvrščen v enega izmed sistemov SPP z utežjo, po kateri dobi bolnišnica tudi plačilo za izvedeno storitev. Tako kot za vse ostale različice sistema SPP, je tudi za slovenskega najpomembnejši dejavnik glavna diagnoza. V Sloveniji so vsi primeri najprej razvrščeni v glavne skupine (angl. *MCD`s – Major Diagnostic Categories*), v drugem koraku se glavne skupine razporedi v osnovne skupine, in sicer v kirurško, nekirurško in drugo (angl. *Partition*). Nekateri sistemi SPP so nato še razdeljeni v podskupine (angl. *Adjacent DRG*) ABCD z različno predvideno porabo virov. Slovenska različica sistema SPP upošteva tudi dodatne diagnoze s petimi težavnostnimi stopnjami, z razliko od ostalih svetovnih sistemov SPP, ki upoštevajo le najtežje stopnje. Vendar pa niso vsi osnovni sistemi SPP (skupaj jih je 409) razdeljeni po kategorijah težavnostnih stopenj, zaradi tega je lahko ostalo število skupin (skupno je kar 661 SPP) razmeroma majhno. Na podlagi obsežne baze kliničnih podatkov in nacionalnih stroškovnih analiz je omogočeno združevanje in delitev SPP (Ceglar et al., 2008, str. 32).

V Sloveniji spadajo v izračun SPP vsi stroški dela (ki vključujejo strošek plač, davkov in prispevkov), materialni stroški, amortizacija ter vsi stroški povezani z izvajanjem programa akutne bolnišnične obravnave. Trenutno vsi izvajalci v Sloveniji, ki izvajajo akutne

bolnišnične obravnave, uporabljajo isti nabor SPP, vendar je značilno, da bolnišnice realizirajo širši nabor SPP, zasebniki in koncesionarji pa za obravnavo akutnih obolenj nekoliko ožji nabor SPP. Najbolj razširjeno bazo šifer SPP tako še vedno uporabljajo terciarne bolnišnice. Kljub temu, da vsi izvajalci uporabljajo isti nabor SPP, se dogaja da so posamezni SPP na različnih oddelki oz. različnih specialnosti različno pogosto evidentirani. Zelo pomembno je, da se vsaka bolnišnična obravnava natančno popiše in ustrezno zavede (Ceglar et al., 2008, str. 47).

V Sloveniji je povprečna cena ene uteži SPP t.i. cena enke, količnik med vsoto načrtovanih sredstev za akutno bolnišnično obravnavo in načrtovano vsoto uteži za SPP za vse izvajalce. Cena ene uteži SPP se določi vnaprej na podlagi zadnjih veljavnih pogodb oz. aneksov med ZZZS in izvajalci akutne bolnišnične obravnave ter na podlagi izhodišč za izračun cen zdravstvenih storitev v skladu s splošnim dogovorom in področnim dogovorom za bolnišnice. Cena ene uteži SPP se v skladu s področnim dogovorom za bolnišnico lahko korigira tudi za t.i. medicinsko inflacijo. Cena ene uteži SPP je osnova za finančni izračun cene določenega sistema SPP, ki se izračuna kot zmnožek med utežjo posameznega sistema SPP in povprečno ceno ene uteži za SPP. V kolikor je cena uteži določenega SPP večja od 1, je potem dejansko višja od cene ene uteži za SPP. Ravno obratno pa velja za ceno določenega SPP, katerega utež je manjša od 1. Za vsak posamezni SPP je v Sloveniji tudi točno določena relativna težavnost primera, s čimer pa je tudi določena vrednost oziroma cena za plačilo, ki velja za vse izvajalce na sekundarni ravni enako. Izvajalci terciarne dejavnosti pa so upravičeni do dodatka pri ceni ene uteži SPP (Ceglar et al., 2008, str. 48).

Formula (1) za izračun povprečne SPP uteži je sestavljena iz količnika vsote uteži vseh obstoječih sistemov SPP in vsoti vseh števil SPP:

$$\text{Indeks SPP} = \frac{\text{Vsota relativnih uteži SPP}}{\text{Vsota števila SPP}}$$

(1)

Indeks SPP izraža povprečno ekonomsko utež izvajalca oziroma bolnišnice ali oddelka in ga lahko izračunamo na ravni države, posameznega izvajalca, bolnišnice, bolnišničnega oddelka ali za več oddelkov skupaj, odvisno za kakšen namen ga potrebujemo. Iz indeksa SPP pa ni razvidno, kakšna je povprečna medicinska težavnost primera, saj ta odraža predvsem le ekonomsko utež (Ceglar et al., 2008, str. 49).

## 2.4 Primerjalna analiza med sistemi skupin primerljivih primerov v Sloveniji in tujini

Kot smo že omenili, je na svetovnem trgu več različnih klasifikacij SPP. Tako v Sloveniji kot v nekaterih drugih državah je plačevanje akutne bolnišnične obravnave po primerih nadomestil sistem SPP. Vse države so se tako soočale z isto težavo, da so ob prehodu na sistem SPP nekatere bolnišnice izgubile zelo visok delež sredstev, spet druge pa so visok delež sredstev celo pridobile. Ravno zaradi te nenadne izgube sredstev, zaradi katere bi bilo delovanje določenih bolnišnic ogroženo, so v Sloveniji v področnih dogovorih določili del sredstev, ki je namenjen prelivanju. S tem so si zagotovili, da bolnišnice lahko izgubijo ali pa pridobijo do 1% sredstev. Tudi druge države, ki so prevzele sistem SPP, so se soočale z isto težavo, in sicer z različno ceno SPP primera po izvajalcih, vendar se je vsaka država na to odzvala po svoje. V tabeli 4 je prikazano financiranje SPP sistemov v ostalih izbranih Evropskih državah (Stariha, 2009, str. 17-18).

*Tabela 4: Prikaz financiranja SPP sistemov v izbranih Evropskih državah*

<b>Država</b>	<b>Način prehoda na nov sistem</b>	<b>Financiranje SPP sistemov</b>
Avstrija	Brez prehoda	Uteži primerov SPP so enake za celotno državo, cena same uteži pa je različna zaradi različnih sredstev, ki jih imajo na razpolago posamezne dežele
Belgija	Prehod med 2002 in 2005	Sistem SPP temelji na ležalni dobi, uporablja se le ena različica sistema SPP ter ni nobenih razlik na lokalni ravni
Anglija	Prehod do 2008	Določene so fiksne cene za vse primere SPP, niso pa vsi izvajalci akutne bolnišnične obravnave financirani na takšen način
Francija	Prehod med 2004 in 2012	Uporabljajo se enotne cene in uteži, dodatna sredstva so namenjena le zunanjim regijam in Parizu
Nemčija	Prehod med 2005 in 2008	Uporablja se enoten sistem SPP za celotno državo, cene so določene na zvezni ravni
Švedska	Različno, glede na posamezna okrožja	Cene so določene za vsako bolnišnico posebej, ravno tako so razlike med utežmi SPP primerov med okrožji

*Vir: J. Stariha, Ustreznost financiranja akutne bolnišnične obravnave po sistemu primerljivih primerov, 2009, str. 19, tabela 3.3.*

Na podlagi zgoraj prikazanih podatkov je razvidno, da so se opazovane evropske države uvedbe sistema SPP lotile različno, nekatere, kot na primer Anglija in Švedska, sistema sploh niso uvedle v celoti. Večina jih je imela prehodno uvajalno obdobje, vendar pa se



zelo razlikujejo predvsem glede na način financiranja SPP primerov (Stariha, 2009, str. 18).

V Sloveniji se je novi sistem plačevanja akutne bolnišnične obravnave uvajal med leti 2000 in 2004. Trenutno pa še vedno nismo prešli na obračunski sistem, ki bi v celoti baziral na obračunski metodi SPP, zaradi pretekle razdelitve finančnih sredstev med izvajalce. Ravno zaradi zgodovinsko dodeljenih sredstev, so nekateri izvajalci akutnih bolnišničnih obravnav po metodi SPP predvsem podcenjeni, drugi pa precenjeni. To pomeni, da izvajalci, ki so podcenjeni bi se jim morala v primeru, da v celoti uvedejo obračunski sistem po SPP sredstva delno povišati, tistim izvajalcem, ki pa so precenjeni pa bi se jim morala sredstva celo delno znižati. Ker pa bi takojšnja uvedba sistema v njegovi polni veličini povzročila nemalo težav v poslovanju, je vlada uvedla postopno uvajanje sistema. Sredstva so se tako postopno prelivala na račune izvajalcev in sicer od precenjenih k podcenjenim. Vsako leto sproti se v področnem dogovoru za bolnišnice procentualno določi najvišjo mejo koliko planiranih sredstev lahko izvajalec izgubi ob izvajanju dejavnosti. Poleg tega, pa je v področnem dogovoru tudi določeno, za koliko se lahko program prilagodi precenjenim izvajalcem z dovoljeno povečano produktivnostjo, kjer lahko načrtujejo in realizirajo večje število opravljenih SPP. V sklopu področnega dogovora se prav tako določi, da se lahko za precenjene izvajalce omogoči tudi prilagoditev programa z prestrukturiranjem akutne v neakutno obravnavo ali pa v specialistično ambulantno dejavnost. Poleg tega pa imajo univerzitetne klinike privilegij, saj so zaradi opravljanja terciarne dejavnosti upravičene do dodatka k ceni uteži (ceni enke) za SPP, ki je prav tako določen v področnem dogovoru za bolnišnice (Ceglar et al., 2008, str. 50-51).

Izmed vseh držav je slovenski sistem SPP najbolj primerljiv z irskim sistemom SPP. Irska je program DRG uvedla že leta 1991, vendar so imeli nekakšno prehodno obdobje vse do leta 2005, ko so uvedli in začeli uporabljati avstralsko klasifikacijo bolezni in posegov in AR-DRG gruper. Irska je zelo primerljiva z Slovenijo, saj so upoštevali podobna vprašanja, s kakršnimi smo se ukvarjali v Sloveniji, na primer primernost za dnevno bolnišnico, zahtevne bolnike, porodništvo in neonatologijo, pediatrično oskrbo, urgentne bolnike, različne vrste bolnišnic (npr. univerzitetne bolnišnice), nacionalne posebnosti, problem nadzora, vključenost zdravnikov in drugih strokovnjakov, primernost stroškovne uteži, ustreznost za notranje premestitve, itd. Slovenija si lahko irski sistem postavi za zgled, saj združuje uspešno uvajanje z razmeroma hitrim povečanjem vpliva DRG/SPP na sredstva bolnišnic (od leta 2005 so v 2 letih prešli iz 20 % na 50 % odvisnost proračuna bolnišnic od DRG) in uspešno prilagajanje sistema lokalnim posebnostim. Ker je irski sistem še vedno zelo primerljiv z izvirnim DRG/SPP sistemom (kljub določenim prilagoditvam), je Irska za Slovenijo več kot primerna za primerjanje rezultatov DRG/SPP (Ceglar et al., 2008, str. 23-24).

### **3 ANALIZA PROCESA V UNIVERZITETNEM KLINIČNEM CENTRU LJUBLJANA IN PREDLOGI IZBOLJŠAV**

#### **3.1. Posnetek procesa obravnave zdravstvenih storitev po skupinah primerljivih primerov na študiji primera Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana**

##### **3.1.1 Predstavitev organizacije Univerzitetni klinični center Ljubljana**

Ustanovitelj Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (v nadaljevanju UKC Ljubljana) je Republika Slovenija. Ustanoviteljske pravice in obveznosti izvršuje Vlada Republike Slovenije. UKC Ljubljana je pravna oseba s statusom javnega zdravstvenega zavoda (Uradni list RS, št. 13/1996).

Univerzitetni klinični center Ljubljana je vodilna strokovno medicinska ustanova v Republiki Sloveniji in hkrati največja bolnišnica. Kot osnovni namen tega poslovnega in delovnega sistema so nematerialne (abstraktne) storitve. Glede na namembnost ga lahko v grobem uvrstimo med procese nematerialne proizvode (storitve). Kot vodilna zdravstvena ustanova opravlja tri vrste dela: zdravstveno dejavnost (diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov), pedagoško delo in znanstveno raziskovalno delo. UKC Ljubljana klasificiramo po panogah družbenih dejavnosti med negospodarske dejavnosti (Letno poročilo UKC Ljubljana, 2009).

Univerzitetni klinični center Ljubljana je velika družba saj ima več kot 7.700 zaposlenih in več kot 450 milijonov evrov čistih prihodkov, kar ga uvršča med največje inštitucije v Sloveniji. Po programu, ki ga opravi na letni ravni, spada UKC Ljubljana med največje bolnišnice v Evropi. Hkrati je vrhunska medicinska ustanova, ki opravlja sekundarno in terciarno zdravstveno dejavnost ter učna baza in izobraževalna ustanova za vse profile zdravstvenih delavcev. UKC Ljubljana je tudi raziskovalni center, ki vzpostavlja in nadgrajuje nacionalne in mednarodne raziskave, ki so temelj za razvoj in napredek medicinske stroke. Vsa tri glavna področja dejavnosti so zajeta tudi v poslanstvu UKC Ljubljana (Letno poročilo UKC Ljubljana, 2009).

Univerzitetni klinični center je javni zdravstveni zavod in je torej neprofitna (nepridobitna) organizacija. Nepridobitne organizacije imajo na eni strani ustanovitelje in donatorje, ki lahko vplivajo na delovanje organizacije in katerim mora biti omogočen vpogled v delovanje organizacije in razpolaganje s sredstvi. Na drugi strani se nahajajo uporabniki storitev organizacij, ki se zanimajo za »programe«, ki jih ponujajo organizacije (Letno poročilo UKC Ljubljana, 2009).

Kot javni zdravstveni zavod opravlja zdravstveno dejavnost kot regijska bolnišnica na sekundarni ravni. Na sekundarni ravni opravlja UKC Ljubljana specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost, ki zajemata diagnostiko, zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo in zdravstveno nego predvsem za območje širše ljubljanske zdravstvene regije, pa tudi za druge zdravstvene regije, kjer nimajo organizirane ustrezne zdravstvene dejavnosti (Letno poročilo UKC Ljubljana, 2009).

UKC Ljubljana je velika družba, znotraj katere poteka več različnih poslovnih procesov in je sestavljena iz 133 organizacijskih enot, kot so naprimer klinike, klinični inštituti in klinični oddelki, centri, službe in sektorji. Za lažjo predstavbo samega obsega organizacije so enote prikazane na organigramu v prilogi 1. Vsaka zgoraj omenjena enota ima tudi svojega vodjo, ki jo zastopa in je predvsem odgovoren za organizacijo dela, izpolnjevanje planov dela, strokovni razvoj, uravnoteženost delovanja enote s finančnimi viri, vzdušje in odnose med zaposlenimi v enoti (Letno poročilo UKC Ljubljana, 2016).

### **3.1.2 Prikaz obravnavanega procesa in sodelujočih**

Pacienti so sprejeti v bolnišnično obravnavo na tri načine in sicer kot nujni primeri preko urgence, z med bolnišničnimi izmenjavami ali pa kot nenujni primeri z napotnico, ki jih predhodno napoti osebni zdravnik. V primeru sprejetja nujnih pacientov, so ti pripeljeni v bolnišnico bodisi s svojci, bodisi z reševalnim vozilom. Ti bolniki so v UKC Ljubljana sprejeti v različne urgentne ambulante, odvisno od prvih znakov, ki jih uspejo prepoznati bolniki sami, njihovi svojci oz. reševalno osebje. Pacienti so tako lahko sprejeti preko internistične prve pomoči, urgentnega kirurškega bloka, urgentne nevrologije, porodnišnice, urgentne očne ambulante, pediatrične urgentne ambulante, klinike za infekcijska in vročinska stanja...V kolikor pa je pacient napoten v bolnišnico na zdravljenje preko osebnega zdravnika oziroma drugih specialistov, so na pregled in obravnavo naročeni že vnaprej na podlagi čakalnih vrst. Ti pacienti imajo že vnaprej točno določen datum in uro sprejema v bolnišnico in vstopajo na vnaprej določen oddelek ali specialistično ambulanto.

Ob prihodu bolnika v bolnišnico se bolnik evidentira v sprejemni pisarni. V kolikor bolnik tega sam ni zmožen, to zanj opravijo svojci oziroma zdravstveno osebje, ki ga je urgentno pripeljalo v bolnišnico. Ob prihodu se bolnika zavede v informacijski sistem z zdravstveno kartico, v kolikor pa bolnik nima zdravstvene kartice ali pa celo ni zavarovan, se ga vpiše ročno. Administrator mora obvezno vpisati priimek, ime, datum rojstva ter naslov pacienta. V kolikor je to mogoče, bolnik ob tem tudi navede razlog prihoda v bolnišnico. Pacienta se nato sprejme v sprejemno ambulanto, kjer se opravi prvi pregled in postavi prva diagnoza. Vse podatke se vpiše na sprejemni list, ki ga dodelijo bolniku pri sprejemu. Po postavitvi glavne diagnoze se pacienta napoti v nadaljnjo obravnavo na oddelek (operacija, zdravljenje,...) ali pa se ga odpusti. V kolikor se pacienta oskrbi ambulantno, primer: zlom noge, UKC Ljubljana storitve ne obračuna po SPP, ampak izstavi račun plačniku (ZZZS ali

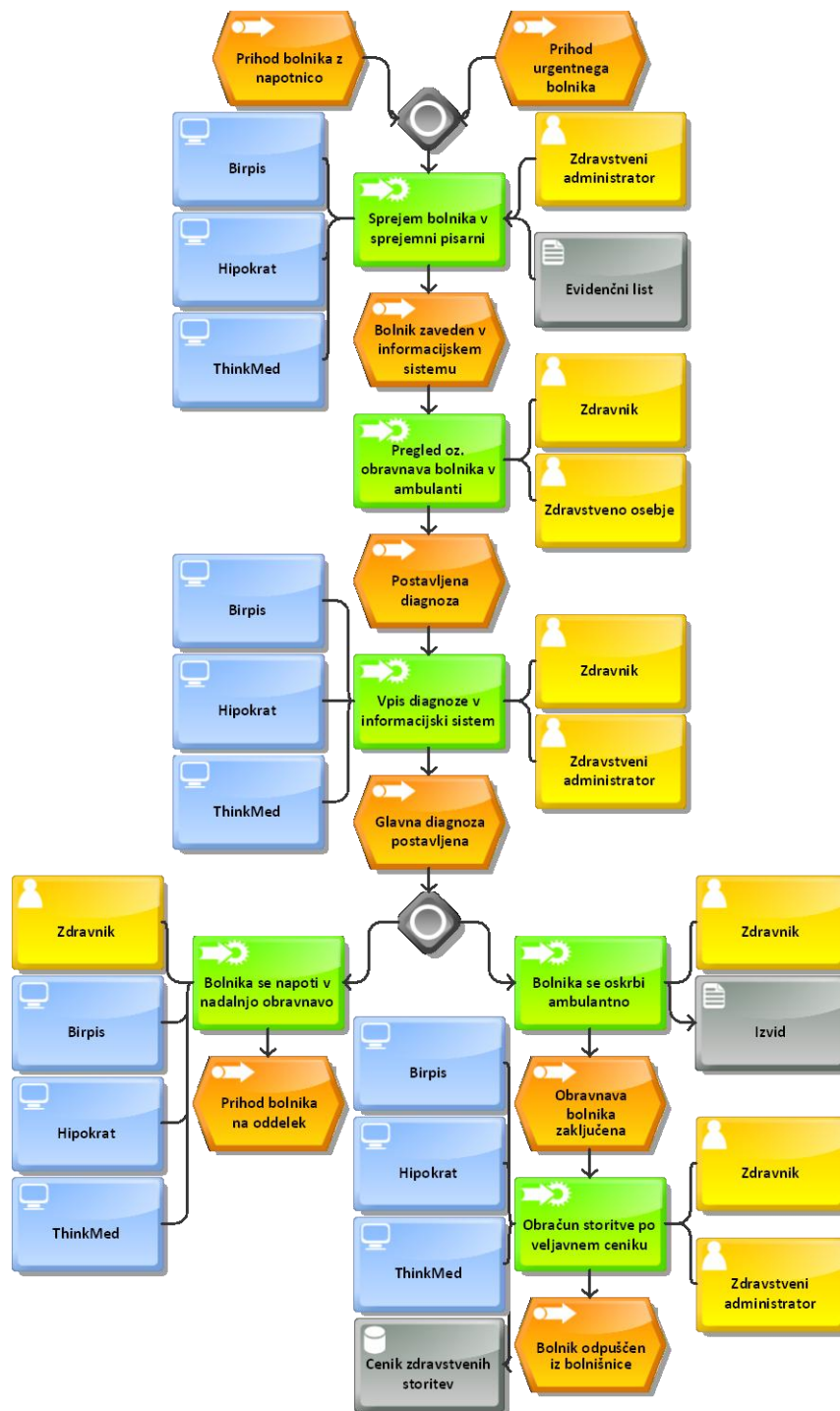
bolniku) na podlagi veljavnega cenika. Obračun po SPP se izvaja samo za hospitalni del obravnave pacientov. Posnetek stanja procesa sprejema pacienta v bolnišnico je prikazan v modelu na Sliki 3.

V primeru, da je bolnik sprejet na oddelek z namenom nadaljnjega zdravljenja, se za tega pacienta odpre matična številka v informacijskem sistemu, ki ga spremlja do konca zdravljenja. Matična številka se v bolnišnicah uporablja kot nekakšna osebna izkaznica pacienta, ki razkrije vse potrebne podatke o pacientu. Če je bolnik v preteklosti že bil v hospitaliziran v UKC Ljubljana, ni potrebno odpirati nove matične številke pacienta, saj ta že obstaja in se vnovični sprejem beleži na že obstoječo matično številko. Dva pacienta tako nikoli ne morata imeti enake matične številke. Vse aktivnosti, ki se vršijo pri bolniku (preiskave, zdravila, operacije,...) se vpisujejo na temperaturni list, ki ga spremlja do konca zdravljenja. Temperaturni list je namenjen zdravnikom in medicinskim sestram ter ostalemu zdravstvenemu osebju, da točno vedo, katera zdravila je pacient prejel, na katere preiskave je naročen, njegovo splošno stanje, itd. Na teh temperaturnih listih mora obvezno biti tudi zapisana matična številka pacienta. Določene storitve/posegi pa se vpisujejo tudi informacijsko. Po koncu zdravljenja/operacije je zdravnik zadolžen za vpis šifre SPP v informacijski sistem. V kolikor je pri pacientu zdravljenje zaključeno, se ga odpusti iz bolnišnične oskrbe. Takrat se tudi dokončno zabeleži opravljeno zdravljenje po SPP. V kolikor pa potrebuje pacient nadaljnjo zdravljenje na drugi kliniki, npr. ko pacienta prestavijo iz interne klinike na kirurško kliniko, je potrebno izvesti interni odpust, na podlagi katerega potem dobi klinika plačilo glede na interno realizacijo. V tem primeru prvotna klinika ne zaračuna storitev po SPP zavarovalnici. Plačilo po SPP dobi tista klinika, ki pacienta odpusti iz bolnišnične oskrbe. Posnetek stanja procesa sprejema pacienta na oddelek je prikazan v modelu na Sliki 4.

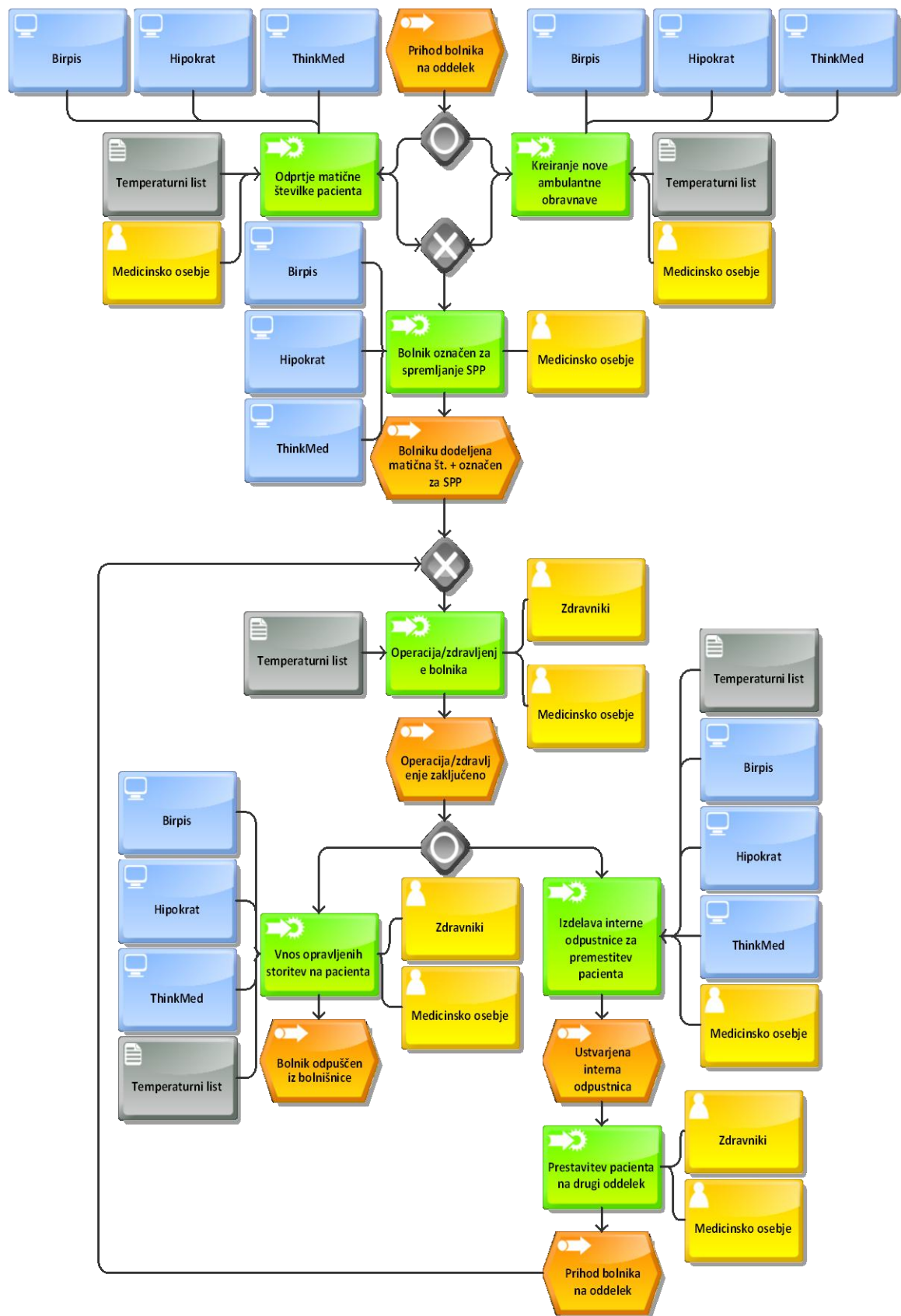
Za vsakega pacienta, ki je sprejet na določen oddelek in je označen za spremljanje SPP, se v informacijskem sistemu (Hipokrat, Birpis ali ThinkMed) tvori SPP primer. To se naredi bodisi ob sprejemu pacienta v bolnišnico, bodisi ob premestitvi iz ene klinike na drugo. V času njegovega zdravljenja se vse aktivnosti in zdravila ter medicinski pripomočki, ki jih bolnik prejme, beleži na temperaturni list, delno pa tudi v informacijski sistem. Šele po odpustu pacienta iz bolnišnice ali pa iz ene klinike na drugo, se iz temperaturnega lista v informacijski sistem prepiše porabo materiala in postopke, potem se lahko začnejo urejati podatki za SPP. V informacijskem sistemu začnemo s postopkom za obračun storitev po SPP. Ker se določeni podatki prenesejo iz podatkov za »hospitalno statistiko«, je najprej potrebno vnesti podatke za hospitalno statistiko, šele nato podatke za SPP. S pomočjo podatkov, ki so jih zdravniki že v času obravnave pacienta vpisali na temperaturni list ter kasneje tudi zavedli v informacijski sistem, zavedemo tudi šifro SPP. Med tem, ko vnos postopkov na pacienta ni omejen, je vnos za SPP omejen na 20 postopkov. Vpis SPP v praksi pravilno sledi spodnjemu zaporedju z upoštevanim principom, da se kirurški posegi beležijo in kodirajo pred nekirurškimi :

1. Poseg, opravljen za zdravljenje glavne bolezni ali stanja
2. Poseg, opravljen zaradi zdravljenja dodatnih bolezni ali stanj
3. diagnostični poseg, povezan z glavno boleznijo ali stanjem
4. diagnostični poseg, povezan z dodatno boleznijo ali stanjem (UKC Ljubljana - birpis21, 2016)

Slika 3: Posnetek stanja procesa sprejema pacienta v bolnišnico

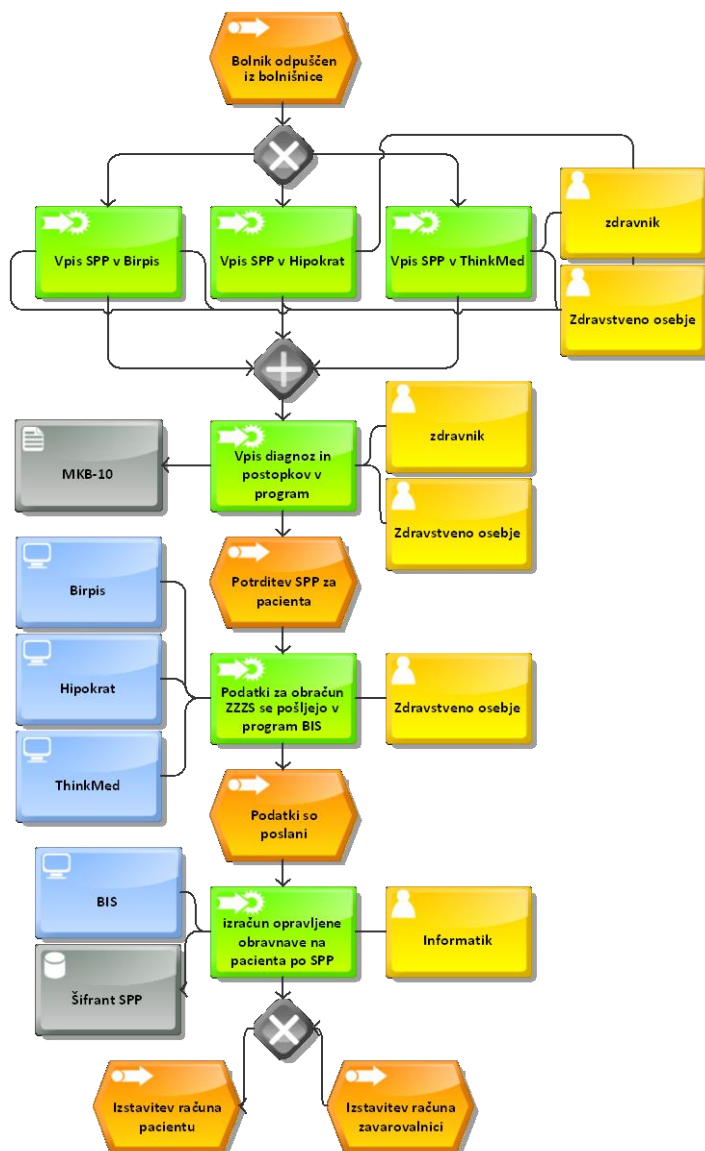


Slika 4: Posnetek stanja procesa sprejema pacienta na oddelek



Po zapisu vseh diagnoz in postopkov opravljenih pri pacientu, se v informacijskem sistemu potrdi SPP za pacienta ter se nato pošlje v nadaljnjo obravnavo v sistem BIS. SPP se mora sproti obračunati za vsakega odpuščenega pacienta posebej, medtem, ko informacijski sistem BIS enkrat mesečno izračuna znesek (na podlagi vnesenih diagnoz in višine uteži za posamezen SPP), po katerem se izstavi račun zavarovalnici. V kolikor je pacient samoplačnik, se račun izstavi takoj, ko je pacient odpuščen iz bolnišnične oskrbe. Informacijski sistem BIS tako sprejema od vseh treh informacijskih sistemov za obračun pacienta, obračunane SPP-je in jih na podlagi vnesenih šifer in višine uteži preračuna v znesek, katerega se potem z računom izstavi plačniku. Z informacijskim sistemom BIS se upravlja v informacijskem centru UKC Ljubljana. Posnetek obračuna po SPP po odpustu pacienta iz bolnišnice je prikazan v modelu na Sliki 5:

Slika 5: Posnetek obračuna po SPP po odpustu pacienta iz bolnišnice



### 3.1.3 Ugotovitve empirične raziskave

V UKC Ljubljana sem poleg opazovanja delovanja opravila tudi raziskavo s pomočjo polstrukturiranih intervjujev na različnih področjih. Intervju sem opravila s sedmimi zaposlenimi, ki opravljajo različne funkcije, po drugi strani pa so vsi povezani neposredno ali pa posredno z obračunavanjem storitev po SPP. Intervju sem opravila s poslovnim direktorjem interne klinike, s pomočnikom generalnega direktorja za nabavno dejavnost, z vodjo službe nabave medicinsko – vgradnih pripomočkov, z vodjo sektorja za informacijsko tehnologijo, z dvema diplomiranimi medicinskima sestrama (v nadaljevanju DMS) ter z vodjo zdravstvene administracije. Poskusila sem tudi narediti intervju z vodjo službe za pogodbene odnose z ZZSZ, ter tudi z nekaj zdravniki, vendar pa so mi vprašani žal zavrnilo prošnjo za intervju. Glede na to, da je na vseh klinikah enak proces dela, ni bilo potrebe, da bi opravila intervju še na ostalih klinikah saj bi bili odgovori približno enaki. Dobljene odgovore sem nato združila v smiselno vsebino ter jih povzela in predstavila v empirični raziskavi.

Problemi, ki se pojavijo pri tovrstnem obračunavanju opravljenih zdravstvenih storitev v UKC Ljubljana, so odraz predvsem nerednega vpisovanja zdravljenja in opravljenih storitev v informacijski sistem, slabo poznavanje šifranta SPP s strani stroke, med-oddelčni premiki bolnikov in neenoten informacijski sistem za obravnavo pacientov. Opisane probleme, kise tičejo samega obračuna ter vpisa storitev v sistem, so opazili predvsem zaposleni na oddelkih (poslovni direktor, DMS, zdravstvena administracija), med tem ko so problem neenotnega sistema v UKC Ljubljana izpostavili prav vsi vprašani.

Prvi problem, ki se pojavi pri pravilnem obračunavanju SPP-ja, je neredno vpisovanje opravljenih storitev in porabljenega materiala na pacienta. Posledica tega je, da se potem kasneje velikokrat pozabi, kaj točno se je pri določenem pacientu dogajalo (npr. kakšne medicinsko vgradne materiale so pri pacientu uporabili, koliko časa je trajala operacija, koliko zdravil so porabili ob tem posegu,...). Velikokrat so ti podatki tudi izgubljeni v teku postopka, saj namesto, da bi zdravniki sami vpisovali v informacijski sistem točne diagnoze, vrsto in število porabljenega materiala, to naročijo ostalemu zdravstvenemu osebju, kjer pa dostikrat pride do napak in se v sistem zavede napačen SPP. Izkazalo se je, da so ponavadi ti SPP-ji premalo ovrednoteni. Posledično UKC Ljubljana ne dobi povrnjenega plačila v tolikšni meri, kot pa je dejanska lastna cena določenega posega oziroma zdravljenja pacienta. Poleg tega pa se še vedno večino zdravil, medicinskih pripomočkov, zdravljenj in posegov ročno vpisuje na temperaturni list. Problem uporabe temperaturnega lista je, da se ti podatki vnašajo naknadno v informacijski sistem, namesto, da bi se te podatki vnašali sprotno.

Kot sem že omenila, se je izkazalo, da se zdravniki izogibajo vpisovanju diagnoz na podlagi SPP-ja, poleg tega pa veliko zdravnikov to delo prelaga kar na ostali zdravstveni



kader. Delno je to posledica slabega poznavanja šifranta SPP, delno pa tudi odpor do tovrstnega dela. Zdravnikom vzame tovrstno delo veliko časa, katerega bi lahko namesto vpisovanja in iskanja pravih šifer, porabili za obravnavo pacientov, kar pa bi posledično tudi skrajšalo čakalne dobe. Poleg tega pa ima UKC Ljubljana za obračunavanje SPP odgovornega le enega zaposlenega, ki je po izobrazbi zdravnik in mora poleg svojega strokovnega dela skrbeti tudi za izobraževanje zdravnikov na področju uporabe šifranta SPP.

Za lažjo predstavo, vsako leto se v UKC Ljubljana zdravi več kot 100.000 bolnikov v hospitalni obravnavi, ter več kot 1.100.000 bolnikov v ambulantno-diagnostični obravnavi. V povprečju je na dan 273 pacientov v hospitalni obravnavi ter 3.014 pacientov v ambulantno-diagnostični obravnavi. Tako je bilo v letu 2015 povprečno obravnavanih 82,9 pacientov na zdravnika. Omenjena obravnava je mišljena kot celostna obravnava od samega sprejema pacienta v bolnišnico, morebitne operacije ter hospitalizacije, zdravljenja do odpusta. Povprečna ležalna doba v letu 2015 je bila 5,6 dni (Letno poročilo UKC Ljubljana, 2015). V kolikor zdravniku v povprečju vzame vpis ene celostne obravnave pacienta cca. 10 min, pomeni, da na letni ravni za vseh 82,9 pacientov en zdravnik nameni približno 829 min oziroma cca. 14h samo za vpis diagnoz na temperaturni list in v informacijski sistem. Za lažjo predstavo, sem v tabeli 5 prikazala izračun stroškov za vpis opravljenih storitev na temperaturni list ter v informacijski sistem.

*Tabela 5: Izračun stroškov za vpis opravljenih storitev v informacijski sistem*

	<b>Plačilo ZZS za plače zdravnikov, specializantov in pripravnikov v EUR</b>	<b>Povprečna osnovna bruto plača za 160h/mesec v EUR</b>	<b>Povprečna (bruto) višina plačila za 1h v EUR</b>	<b>Povprečna (bruto) višina plačila za 14h v EUR</b>
<b>Zdravnik</b>	12.394.000	2.979,50	18,62	260,70

*Vir: UKC Ljubljana, Letno poročilo 2015, 2015; Koliko zaslužijo zdravniki v bogatih evropskih državah, 2015.*

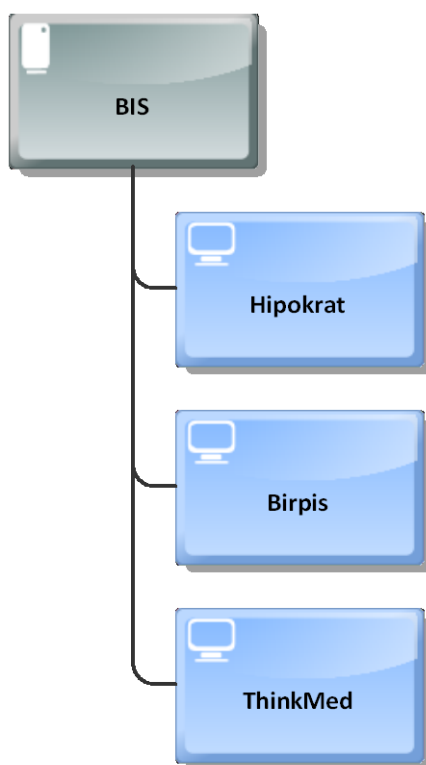
V UKC Ljubljana je bilo v letu 2015 zaposlenih 1.195 zdravnikov, kar pomeni, da če vsak zdravnik na leto v povprečju porabi 14h samo za vpis podatkov v informacijski sistem, iz stroškovnega vidika to znaša 311.543,96 EUR na leto brez upoštevanih dodatkov in nadur.

Poleg redno opravljenih ur pa so zdravniki samo v letu 2014 skupno »pridelali« še 22.223 nadur, kar v bruto znesku znaša kar 563.397 EUR (Samo v UKC Ljubljana konec lanskega leta 53 tisoč neplačanih nadur, 2015).

Poleg tega pa večina klinik sploh nima izračunanih dejanskih lastnih cen za posege, ki jih opravljajo, kar posledično pripelje do tega, da niti ne vedo, kje natančno so največja odstopanja med prejetim plačilom in lastno ceno. Nikjer v pravilniku poslovanja UKC Ljubljana nisem zasledila zahteve, da mora imeti vsaka klinika odgovornega za izračun tovrstnih stroškov ter, da je to obvezni del poslovanja klinik.

Eden izmed glavnih problemov, ki so razlog za slabo delovanje sistema obračunavanja storitev po SPP je tudi ta, da so v UKC Ljubljana dejansko 3 različni informacijski sistemi za obravnavo pacientov, ki pa medsebojno niso kompatibilni. Izkazalo se je, da imajo večje klinike vsaka svoj informacijski sistem, kar pa je velika slabost, saj imajo te klinike v primeru medoddelčnih premikov le omejen vpogled v zgodovino obravnave pacienta na prejšnjem oddelku in obratno. V UKC Ljubljana za obravnavo pacientov uporabljajo informacijski sistem Hipokrat (uporabljajo ga na interni, ginekološki, očesni, dermatološki kliniki in ORL), Birpis (uporabljajo ga na kirurški, infekcijski, ortopedski, stomatološki kliniki, na KIMDPŠ, ter na inštitutu za medicinsko genetiko in rehabilitacijo) in Thinkmed (uporabljajo ga na pediatrični kliniki, kliniki za nuklearno medicino in na KIKKB).

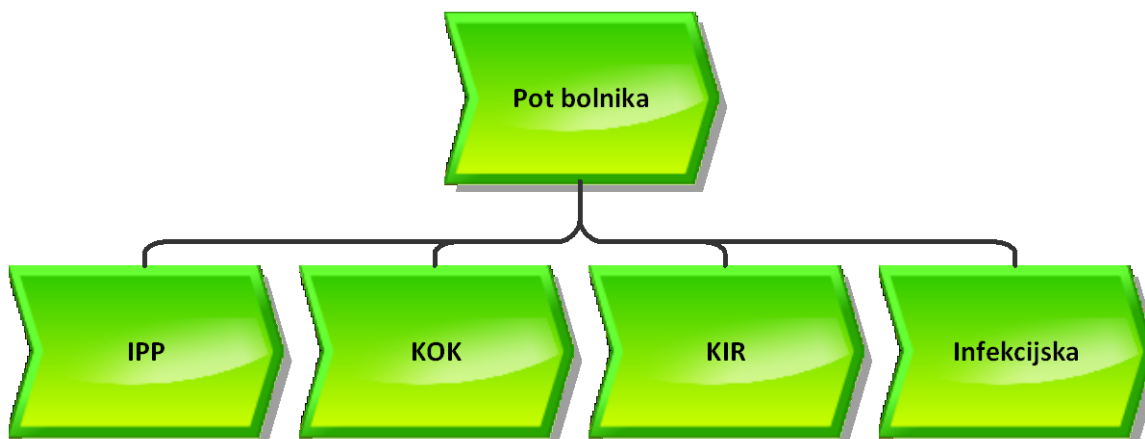
*Slika 6: Prikaz sistemov za obravnavo pacientov*



V primerih, ko pride do medoddelčnih premikov pacientov se tudi velikokrat izgubijo podatki o dejanski porabi materiala na prvotnem oddelku. V kolikor dejansko ni izračunana lastna cena ter določena natančna klasifikacija po SPP, je prvotni oddelek

dejansko na izgubi, saj dobi plačilo le na podlagi izračuna interne realizacije. Primer premestitve bolnika iz enega na drugi oddelek je prikazan v modelu na Sliki 7:

*Slika 7: Premestitve bolnika iz enega na drug oddelek*



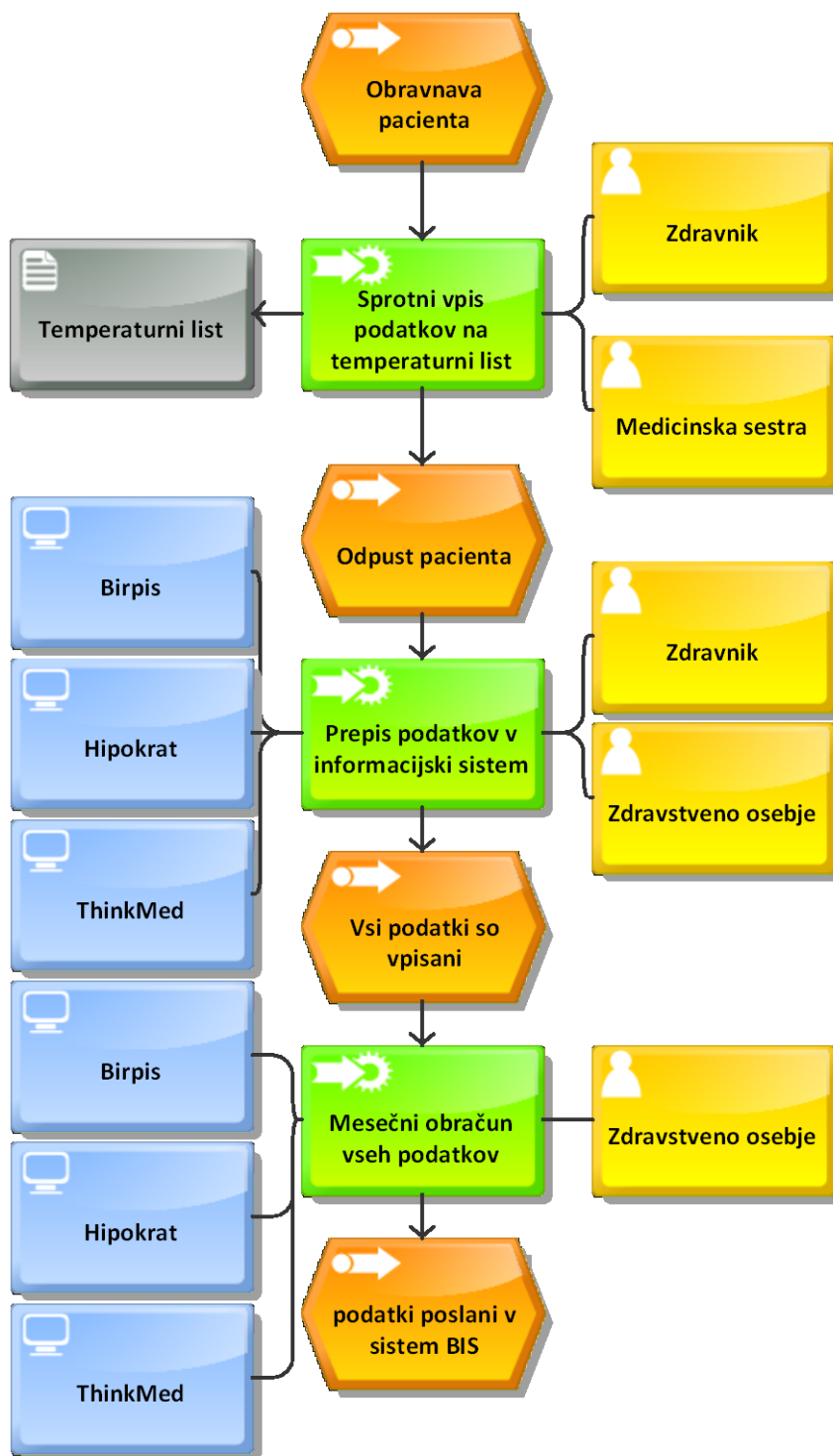
Primer: Bolnik pride v bolnišnico preko internistične prve pomoči (IPP – interna klinika) in je sprejet na klinični oddelek za kardiologijo (KOK – interna klinika), kjer opravijo poseg in ugotovijo, da morajo premestiti pacienta na Kirurgijo srca in ožilja (KIR- kirurška klinika). Pacient je ponovno obravnavan na KIR, kjer pa je prišlo do infekcije. Bolnika zopet premestijo, tokrat na infekcijsko kliniko, kjer je po zaključnem zdravljenju tudi odpuščen iz bolnišnice. Bolnik je bil v našem primeru obravnavan na kar treh različnih klinikah, vendar pa se obračunajo storitve po SPP le na zadnji kliniki, kjer pa je bil pacient tudi dejansko odpuščen. Zdravnik na infekcijski kliniki je zadolžen, da pravilno zabeleži vse šifre SPP, ki so bile izvedene v enkratni epizodi zdravljenja pacienta (od sprejema do odpusta). Velikokrat pa pride do nepopolnega kodiranja, saj se kakšna izmed klinik zmoti pri zapisu SPP-ja, oziroma pozabijo kaj zabeležiti. Ker je vsak zdravnik specialist za svoje področje, ne more predvideti, da je prišlo do napake na kakšni izmed ostalih klinik.

Problem se tudi pojavi, ker te klinike redkokdaj medsebojno komunicirajo ter si pomagajo, ko pride do končnega kodiranja po SPP. Po izstavitvi računa ZZZS, se na podlagi plačila z interno realizacijo razdeli prejeto plačilo med izvajalce. Primer: če je IPP opravil storitev glede na SPP za 3.000 EUR, KOK 7.000 EUR, KIR 15.000 EUR in Infekcijska klinika 2.000 EUR, bi morali po interni realizaciji načeloma tudi dobiti plačano v tej višini. V kolikor pa pride do napake pri končnem kodiranju SPP, in dobi UKC Ljubljana namesto 37.000 EUR samo 30.000 EUR, je tista klinika, ki ni pravilno obračunala storitve po SPP na izgubi.

Kljub temu, da ima UKC Ljubljana 3 različne informacijske sisteme za obravnavo pacientov, pa še vedno večino porabljenih zdravil, materiala, opravljenih preiskav in posegov vpisuje na temperaturni list. Kot smo že omenili, je temperaturni list le kos papirja

oziroma obrazec, na katerega se vsi ti podatki ročno zapišejo, kjer je zelo nizka varnost osebnih podatkov ter visoka možnost izgube temperaturnega lista pacienta. Postopek vpisa podatkov na temperaturni list in v informacijski sistem pri obravnavi pacienta, za potrebe izračuna storitve na podlagi SPP je prikazan v modelu na Sliki 8:

Slika 8: Postopek vpisa podatkov pri obravnavi pacienta



### **3.2 Predlog prenovljenega procesa obravnave zdravstvenih storitev po skupinah primerljivih primerov v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana**

Prva in zelo pomembna sprememba, ki bi jo morali narediti v UKC Ljubljana, je poenotenje informacijskega sistema za obravnavo pacientov. Namesto treh različnih sistemov, kot jih imajo do sedaj, bi morali obdržati le enega ter ga dodelati tako, da bi ga lahko popolnoma vse klinike, oddelki in klinični inštituti uporabljali. Ta sistem bo spremljal pacienta od samega sprejema v bolnišnico do končnega odpusta iz bolnišnice. Sistem bi morali nadgraditi tako, da se za vsakega pacienta posebej vpiše dejansko porabo materiala tam, kjer je to mogoče. To pa bi rešili tako, da se informacijsko program dodela, in se ustvari elektronsko beleženje temperaturnega lista.

Do sedaj se je temperaturni list izpolnjeval ročno, podatki se naknadno prepisujejo iz temperaturnega lista v informacijski sistem. Ob tem pa je ne malokrat prihajalo do napak že pri samem prepisovanju podatkov oz. se je tudi dogajalo, da se niso prepisale vse storitve, vsa prejeta zdravila, ... S posodobitvijo sistema bi omogočili, da se temperaturni list vodi elektronsko. Temperaturni list bi se tako kot sedaj vpisoval neposredno ob bolnikovi postelji, za kar pa bi potrebovali tablične računalnike, v katere bi tako zdravniki kot medicinske sestre vpisovali podatke za posameznega pacienta na elektronski temperaturni list namesto na papirnega. S tem bi dejansko neposredno vpisovali vse podatki v zvezi s pacientom v informacijski sistem UKC Ljubljana, na podlagi katerih se bi na koncu obračunale tudi storitve po SPP. V preostalih enotah UKC Ljubljana pa bi se elektronski temperaturni list ter elektronsko beleženje podatkov lahko vodila preko že obstoječih računalnikov, kar nebi predstavljalo dodatnega stroška.

V UKC Ljubljana je skupno 2.166 bolniških postelj. V kolikor bi vsakim 5 posteljam pripadal en tablični računalnik, bi jih skupno potrebovali 424. V kolikor bi kupili 424 tabličnih računalnikov po ceni 50 EUR z vključenim davkom na dodano vrednost (v nadaljevanju DDV) bi tovrstna investicija stala 21.200 EUR z vključenim DDV. Glede na to, da sedaj zdravniki na leto porabijo približno 16.730h samo za vpis diagnoz, kar predstavlja strošek v višini 311.543,96 EUR, saj je njihova povprečna osnovna bruto urna postavka 18,62 EUR, bi se lahko ta strošek z uvedbo elektronskega vodenja temperaturnega lista bistveno zmanjšal. V primeru, da se z uvedbo elektronskega temperaturnega lista skrajša čas vpisa podatkov vsaj za polovico, ocenjujem, da bi UKC Ljubljana na letni ravni porabil vsaj 155.756,30 EUR manj. Glede na to, da pa so nadure plačane še boljše kot redno plačano delo, ocenjujem, da bi se ta razlika še povečala.

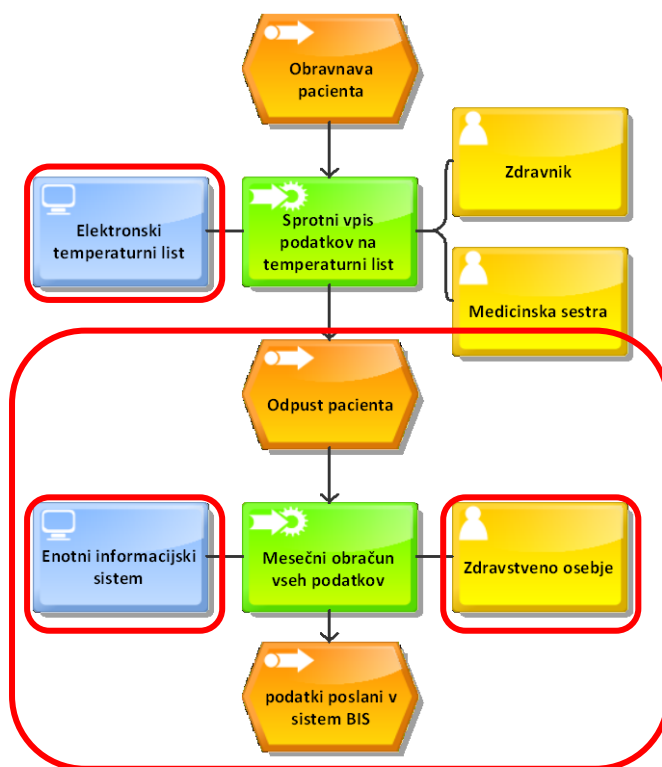
Kot sem že omenila, so v letu 2014 zdravniki v UKC Ljubljana skupno imeli 22.223 nadur, kar v bruto znesku znaša kar 563.397,00 EUR, saj ena nadura predstavlja 150 % vrednosti urne postavke osnovne plače in v kolikor je delo opravljeno v nedeljo, na

praznik ali v nočnem času, zdravniku pripadajo tudi vsi dodatki (Samo v UKC Ljubljana konec lanskega leta 53 tisoč neplačanih nadur, 2015; Kolektivna pogodba za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji, UL RS, št. 14/1994). Glede na to, da bi bilo na račun hitrejšega vpisa podatkov na pacienta posledično narejenih tudi manj nadur, ocenjujem, da bi se število opravljenih nadur v enem letu zmanjšalo vsaj za cca. 40% kar znaša 212.069,29 EUR (Opomba: Pri izračunu opravljenih nadur sem upoštevala enako število nadur v letu 2015 kot jih je bilo v letu 2014, saj ocenjujem, da se število bistveno ne razlikuje).

Poleg tega bi se tudi v celoti ukinil strošek za nakup temperaturnih listov. V primeru, da UKC Ljubljana na leto kupi ali natisne vsaj 100.000 temperaturnih listov po ceni 0,5 EUR na kos, ocenjujem da bi se zmanjšal strošek za 50.000 EUR na leto. V kolikor bi v UKC Ljubljana dejansko kupili 424 tabličnih računalnikov po 50 EUR, ocenjujem da, bi se takšna investicija povrnila že v cca. 30 dneh.

V primeru uvedbe elektronskega temperaturnega lista, kjer bi zdravniki ali medicinsko osebje neposredno vnašali podatke na elektronski temperaturni list, kar bi se avtomatsko preneslo tudi v informacijski sistem, bi se dosedanji vmesni korak prepisa teh podatkov v informacijski sistem popolnoma ukinil. Posnetek prenovljenega postopka vpisa podatkov pri obravnavi pacienta je prikazan v spodnjem modelu na Sliki 9, kjer so bistvene spremembe obrobline z rdečo:

*Slika 9: Prenovljeni postopek vpisa podatkov pri obravnavi pacienta*



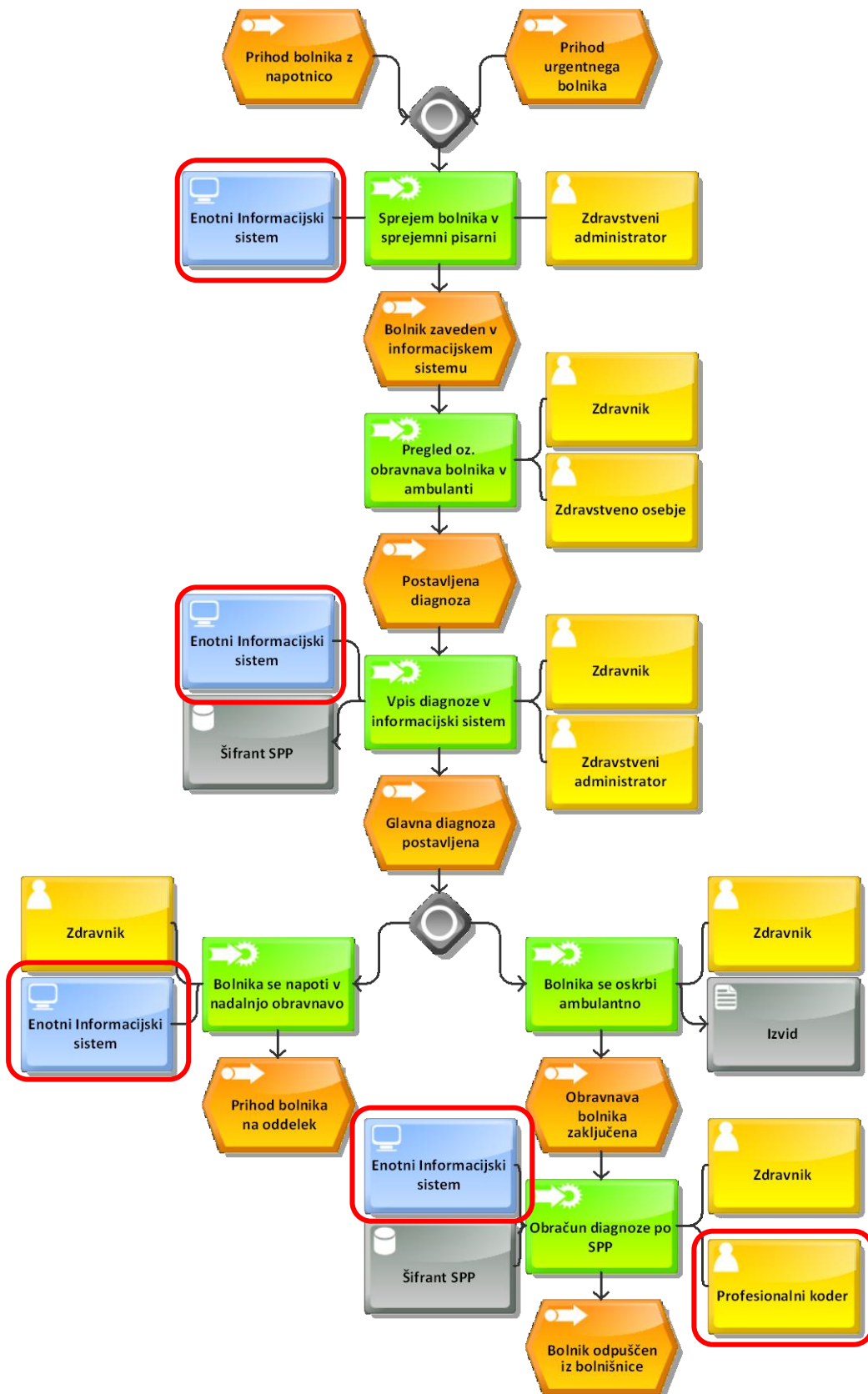
Z elektronskim vodenjem temperaturnega lista bi uvedli vpisovanje dejanske porabe na pacienta, kar bi za UKC Ljubljana tudi pomenilo večjo preglednost porabe materiala, zdravil in uporabe aparatov. Na takšen način bi imeli v sistemu zabeleženo prav vse, kar se z bolnikom dogaja, kar bi čez čas pomenilo, da bi UKC Ljubljana poznal tudi prave cene obravnave enega bolnika. Ta sistem pa bi pripeljal poslovanje na višjo raven, kjer bi UKC Ljubljana lahko za vsakega bolnika izdala račun, na katerem bi bilo jasno razvidno katera zdravila, medicinske pripomočke, koliko krvi, hrane in ostalega materiala je bolnik prejel v času hospitalizacije.

Z elektronskim vodenjem temperaturnega lista pa bi se tudi skoraj v celoti izničila možnost napake pri vpisu, ki so nastajale pri prepisovanju iz temperaturnega lista v informacijski sistem, poleg tega pa bi se skrajšal celotni postopek za obdelavo podatkov pacienta. S tem bi dosegli bolj pregledno poslovanje UKC Ljubljana. Čas, ki ga zaposleni porabijo za dvojno delo bi lahko posvetili obravnavi pacientov ter opazovanju in izračunu lastnih cene za postopke, kateri lastnih cen še nimajo. Takšna posodobitev sistema bi omogočila vpogled v temperaturni list vsakomur, ki bi imel avtoriziran dostop do tovrstnih podatkov. Poleg tega, da bi bili na ta način zaupni podatki pacientov veliko bolj zaščiteni, saj bi do njih lahko dostopali le avtorizirani zaposleni, s tem pa bi si še dodatno zmanjšali papirno poslovanje, kar pomeni manjša poraba papirja, manj arhiviranja, kar dolgoročno pomeni prihranek denarja za tovrstne storitve.

Enotni informacijski sistem za obravnavo pacienta pa bi po novem tudi omogočal vpis in izračun lastnih cen za storitve oziroma posege, poleg tega pa bi tudi omogočal pregled razporeditev zdravnikov ter ostalega medicinskega osebja, kjer bi bilo razvidno število opravljenih ur, posegov itd... Tako bi predstojniki klinik tudi lažje razporejali delo od bolj obremenjenega kadra k manj obremenjenemu, s čimer bi razbremenili zaposlene, ki so preobremenjeni, po drugi strani pa bi se zmanjšalo tudi število nadur, povečala bi se produktivnosti itd. V kolikor bi bilo razvidno, koliko zdravnikov in zdravstvenega osebja je bilo potrebnega za določeno zdravljenje oziroma poseg ter koliko časa so zanj porabili, bi se potem tudi lažje izračunala lastna cena določenega zdravljenja, kar bi pomenilo, da bi se tudi vodstvo lahko lažje pogajalo za boljše izplačilo določenih šifer SPP.

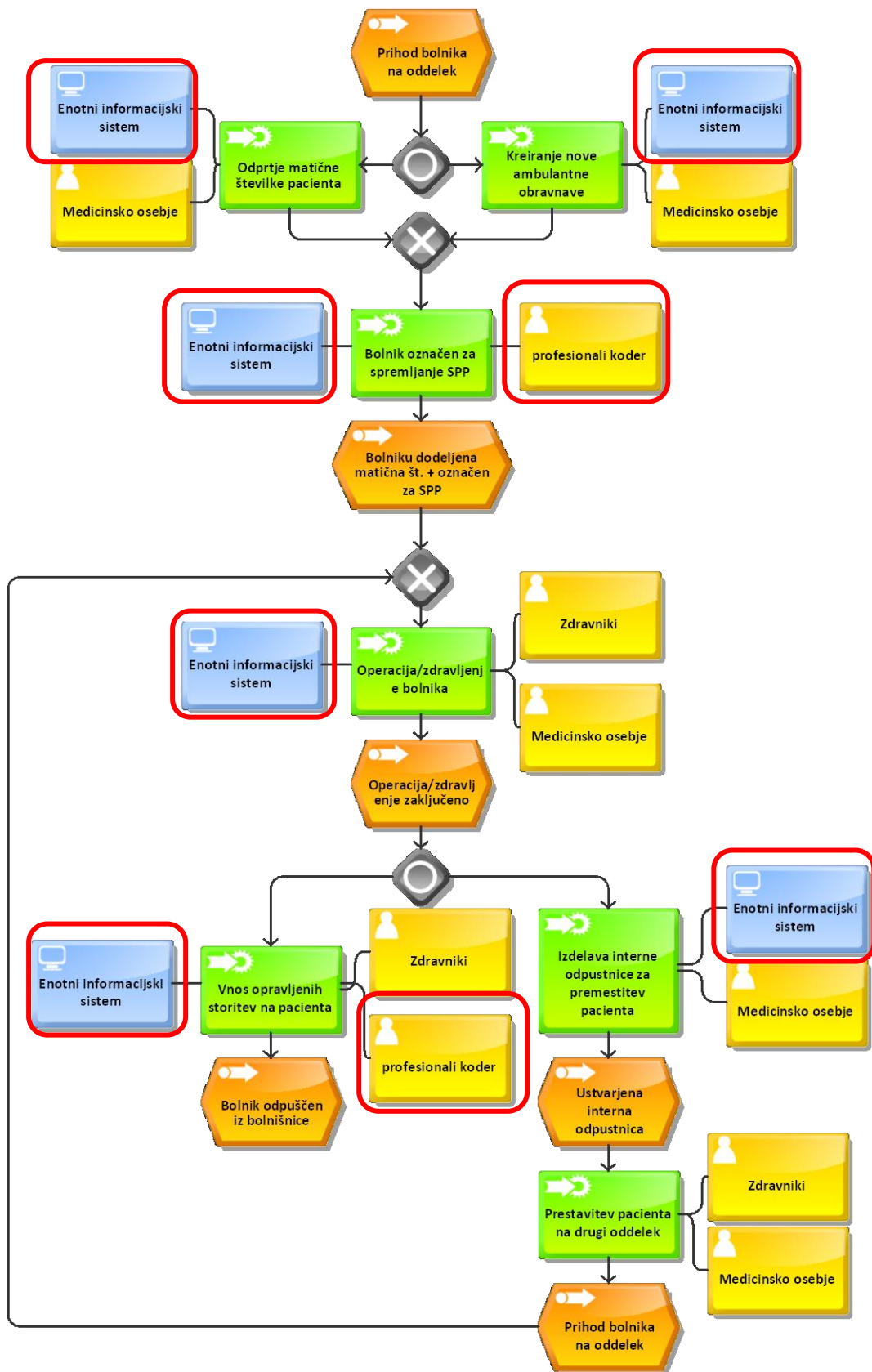
Predlog prenovljenega procesa od sprejema pacienta v bolnišnico do končnega obračuna po SPP po odpustu pacienta iz bolnišnice je prikazan v spodnjih treh modelih, kjer so bistvene spremembe obrobljene z rdečo:

Slika 10: Predlog prenovljenega procesa sprejema pacienta v bolnišnico

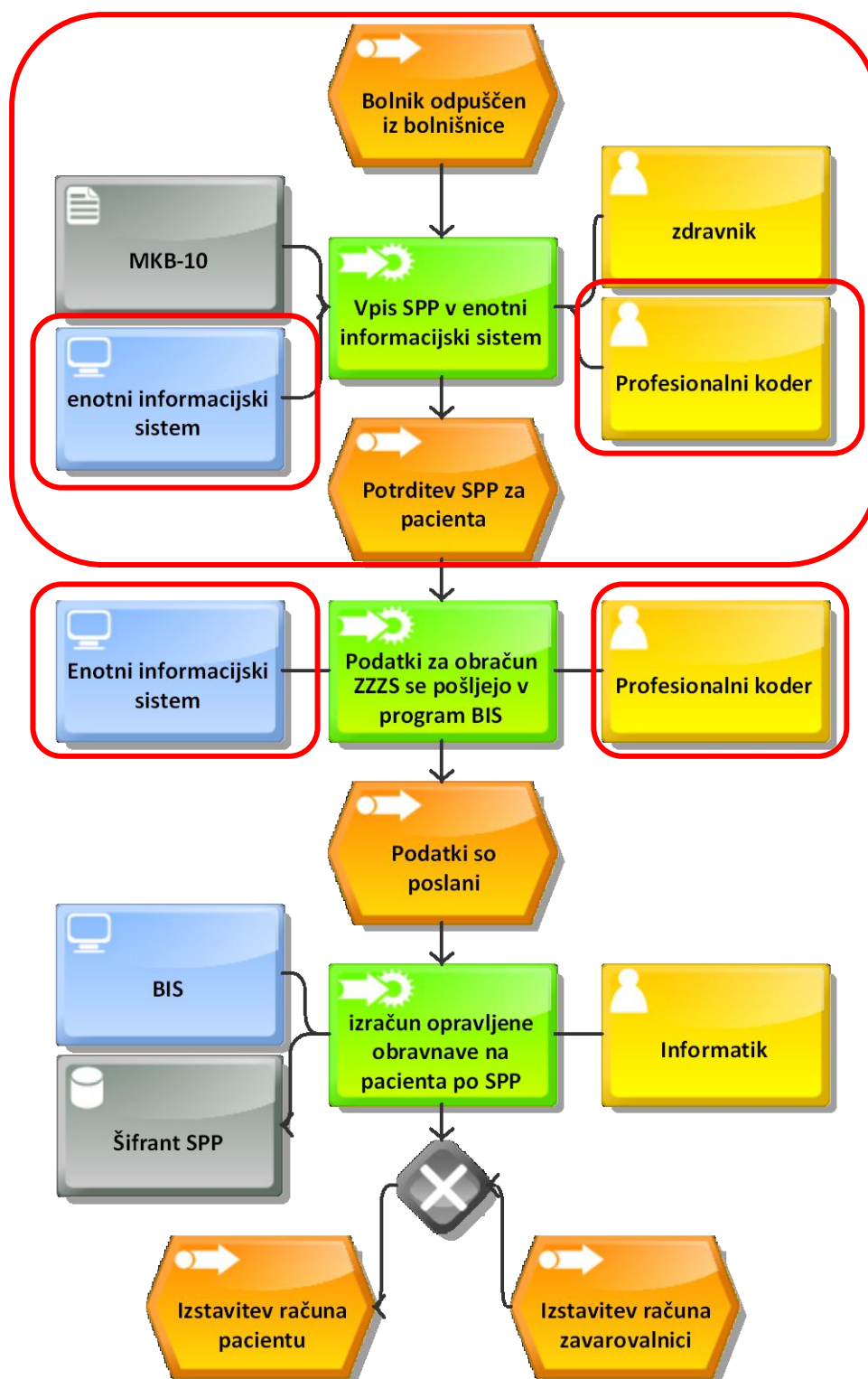




Slika 11: Predlog prenovljenega procesa sprejema pacienta na oddelek



Slika 12: Predlog prenovljenega procesa obračuna po SPP po odpustu pacienta iz bolnišnice



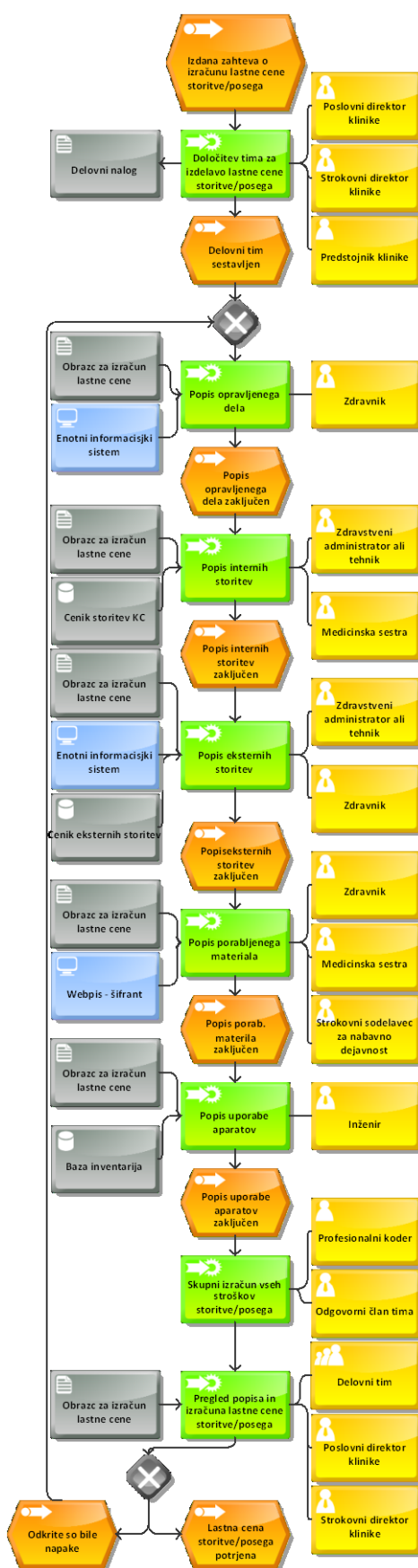
Glede na to, da ima UKC Ljubljana za obračunavanje SPP zadolženo samo eno osebo, ki je uradno zaposlena kot zdravnik in mora poleg svojega strokovnega dela skrbeti tudi za izobraževanje zdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja za obračun SPP, UKC

Ljubljana nujno potrebuje usposobljen kader na tem področju. Glede na to, da veliko težav izvira iz nepravilnega obračunavanja storitev po SPP, bi morala vsaka klinika usposobiti nekaj obstoječih administrativnih delavcev za profesionalno kodiranje, ki bi se striktno ukvarjali s pravilnim kodiranjem in obdelavo podatkov potrebnih za obračun storitev po SPP. Poleg tega pa bi bili ti koderji tudi zadolženi za izobraževanje na temo SPP, obveščanje zdravstvenega osebja o novitetah ter v sodelovanju z zdravniki za pisanje predlogov o nadgradnji obstoječega SPP šifranta.

V primeru uvedbe elektronskega temperaturnega lista ter takojšnjega elektronskega vpisovanja podatkov za pacienta, bi se potreben čas za vpis vseh teh podatkov zelo skrajšal, posledično bi bil tudi obračun po SPP na podlagi že vpisanih podatkov veliko bolj enostaven. V tem primeru bi usposobljen kader sprotno le pregledoval vpise zdravnikov preko elektronskega temperaturnega lista ter nato enkrat mesečno pošiljali podatke v sistem BIS za izračun opravljenih storitev na pacienta po SPP ter posledično za izstavitev računa plačniku. V tem primeru bi prišlo le do reorganizacije dela znotraj administracije na oddelkih, kar bi pomenilo, da nebi bilo potrebno zaposliti dodatnega kadra. Strošek bi nastal le pri izobraževanju kadra, kar pa bi UKC Ljubljana lahko črpal iz prejetih donacij za izobraževanje (v letu 2015 je UKC Ljubljana prejel donacijo namenjeno izobraževanju v višini 1.324.222 EUR). Glede na to, da je v UKC Ljubljana skupno 133 organizacijskih enot menim, da bi bilo na vsaki izmed teh enot potrebno izobraziti vsaj enega administrativnega delavca za profesionalno kodiranje.

Vodstvo UKC Ljubljana pa bo moralo sprejeti tudi sklep, kjer se bo zahtevalo, da je vsaka klinika dolžna izračunavati lastne cene za vse posege oziroma dejavnosti, ki jih opravljajo ter jih nato tudi stalno nadgrajevati. Ta sklep je treba tudi dodati v Pravilnik o organizaciji, pristojnostih, pooblastilih in odgovornostih v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Glede na to, da so po pravilniku za racionalno poslovanje in organizacijo dela klinike odgovorni poslovni direktorji, bodo tudi oni odgovorni za izvajanje izračunavanj lastnih cen. Poslovni direktor mora zbrati tim oziroma skupino strokovnjakov iz različnih področij (zdravnik, medicinska sestra, strokovni sodelavec za nabavno dejavnost, strokovni sodelavec za SPP ter drugi po potrebi) in stalno spremljati ter sodelovati v procesu izračunavanja lastnih cen za vse možne postopke. V izračunu lastnih cen pa morajo upoštevati material, delo (v minutah), interne storitve (npr. RTG, KIKKB, ...) glede na cenik KC, eksterne storitve (tuji zavodi) ter amortizacija aparatur (v minutah). Izračunavanje lastnih cen mora na klinikah postati praksa in ne izjema, saj je to eden izmed prvih korakov do tega, da UKC Ljubljana dobi v celoti povrnjeno plačilo za opravljene storitve s strani zavarovalnic. Glede na to, da gre tu le za popis rednega dela, ki ga bodo člani tima izvajali v vsakem primeru, ne predstavlja dodatnega dela ali stroška. Večino podatkov bo možno pridobiti že iz vpisanih podatkov v elektronski temperaturni list, saj bo tam točno razvidno kaj vse se potrebuje in porabi glede na določeno diagnozo pacienta. Primer izračuna lastne cene je prikazan v Sliki 13 in Prilogi 2:

Slika 13: Postopek izračuna lastne cene v UKC Ljubljana



Za izvajanje izračunov lastnih cen mora biti odgovoren poslovni direktor. Slednji v sodelovanju s strokovnim direktorjem in predstojniki klinik določa, katere izračune storitev/posegov je potrebno pripraviti. Za vsak izračun lastne cene je potrebno določiti tim (skupina strokovnjakov), ki bo projekt izpeljal. Poslovni direktor mora za vsak izračun lastne cene znotraj tima določiti odgovornega člana, ki mu bo poročal o napredku in komplikacijah ter končnih rezultatih. Za popis opravljene storitve/posega mora biti odgovoren zdravnik. Njegova naloga je popis vseh zdravstvenih delavcev, ki so udeleženi pri tej storitvi/posegu, ter ovrednotenje njihovega dela v minutni enoti. Primer srčne operacije: zdravnik mora popisati delo vseh udeleženi pri tej operaciji (anesteziologi, medicinske sestre, zdravniki,...) glede na minute, ki ga porabijo za tovrstno operacijo. Za popis internih storitev so odgovorni zdravstveni administrator ali zdravstveni tehnik in medicinska sestra. S pomočjo cenika storitev KC morajo zabeležiti katera storitev se uporabi pri tovrstni storitvi/posegu, napisati šifro storitve ter navesti količino. Primer: na Kliničnem inštitutu za klinično kemijo in biokemijo (v nadaljevanju KIKKB) odvzamejo kri in jo testirajo za različne indikacije. Za popis eksternih storitev so odgovorni zdravstveni administrator ali zdravstveni tehnik in zdravnik, saj natančno vedo kater zunanje preiskave so potrebne za določene storitve oziroma posege. Za popis porabljenega materiala med opravljanjem storitve/posega so odgovorni zdravnik, medicinska sestra in strokovni sodelavec za nabavno dejavnost. Zdravnik in medicinska sestra popišeta ves material, ki se ga uporabi pri tej storitvi/posegu na podlagi vnaprej urejenega šifrant materiala, za katerega pa je odgovoren strokovni sodelavec za nabavno dejavnost. Za vse spremembe, ki jih strokovni sodelavec naredi na šifrantu je dolžan obvestiti vse oddelke, ki uporabljajo določen material. Za popis uporabe aparatov pa je odgovoren inženir ali tehnik (npr. radiološki inženir, elektro inženir,...), saj on opravlja z aparatom in točno ve koliko časa je potrebnega za posameznega pacienta glede na storitev/poseg.

Po končnem popisu vseh postavk pri določeni storitvi/posegu, profesionalni koder za SPP v sodelovanju s člani tima preračuna vrednosti in dobi lastno ceno storitve/posega. Izračunano lastno ceno nato pregledajo tako delovni tim kot poslovni in strokovni direktor klinike. V kolikor se vsi strinjajo z izračunano lastno vrednostjo storitve/posega se lastna cena potrdi. V nasprotnem primeru je potrebno lastno ceno ponovno preučiti in popraviti tam kjer je to potrebno.

Lastne cene so podlaga za izvedbo pogajanj s plačniki opravljenih zdravstvenih storitev, v našem primeru ZZS. V kolikor bo UKC Ljubljana imel izračunane lastne cene za večino posegov in storitev, se bodo tudi lažje pogajali za povišanje sredstev in uteži pri tistih postopkih, kjer imajo danes veliko izgubo. S temi izračuni bo tudi celotno poslovanje bolj pregledno, saj se bo bolj natančno videlo, pri katerih posegih oziroma storitvah je največja finančna nepokritost ter katere posege se UKC Ljubljana, glede na višino SPP uteži, splača opravljati. Lastne cene bodo tako postale povod pogajanj z Ministrstvom za zdravje in ZZS.

### **3.3 Težave, ki izhajajo iz modela plačevanja zdravstvenih storitev po skupinah primerljivih primerov v Sloveniji**

Na uspešno delovanje sistema financiranja bolnišničnih storitev v UKC Ljubljana pa vpliva predvsem slovenska zakonodaja in sistem slovenskega zdravstva na splošno. V kolikor bi se določene pomanjkljivosti uredile že pri samem vrhu sistema slovenskega zdravstva, bi se posledično tudi v UKC Ljubljana procesi izboljšali.

Problem financiranja bolnišničnih storitev se prične že pri samem vrhu zdravstvene verige, saj glavni financer ZZZS razdeljuje sredstva za bolnišnične storitve izredno netransparentno. Kljub dobri milijardi evrov, kar predstavlja okoli 45 odstotkov vsega denarja, ki ga ZZZS zbere in nameni za plačevanje bolnišničnih storitev, še vedno ne poslujejo bolnišnice tako, kot je bilo mišljeno ob vpeljavi avstralske različice SPP sistema. Problem slovenskega zdravstvenega sistema je ta, da denar še vedno ne sledi bolniku, kot bi po uvedbi sistema plačevanja po SPP moral in so cene predvsem poljubne. Do tega pa je prišlo že pri sami uvedbi SPP sistema leta 2003, saj so takrat določali pavšalne cene glede na proračun bolnišnic in ne glede na dejansko porabo, kar pa se ni spremenilo še do danes. Kljub opozorilu Evropske unije, Slovenija še kar vztraja pri sedanjem, že zastarelem sistemu. Za nami je že kar nekaj poizkusov prenove sedanjega sistema, vendar so bili vsakič neuspešni. Za sistem plačevanja po SPP je odgovorno predvsem Ministrstvo za zdravje ter posledično tudi ZZZS. Sistem plačevanja po SPP je v Sloveniji naravnani tako, da ZZZS plača najnižje cene za nek poseg ne glede na dejansko kodiranje. ZZZS na takšen način zlorablja SPP sistem v škodo slovenskih bolnišnic in posledično tudi v škodo bolnikov (Delo, 2014).

Pred trinajstimi leti se je v Sloveniji uvedel nov, za tiste čase napreden obračunski sistem, imenovan SPP. Problem tega sistema je, da so se pobudniki tega projekta ustavili na pol poti pri sami vpeljavi. Tako so namesto vpeljave celotnega SPP sistema po avstralski različici, vpeljali le šifre prvotnega avstralskega SPP sistema. Rezultat te polovične vpeljave sistema je tak, da sedaj plačnik (ZZZS) plačuje precej poljubne cene, ki izvirajo iz starega proračuna, ki so ga imele slovenske bolnišnice ob vpeljavi in ne glede na dejansko porabo materiala. Dejstvo je, da v Sloveniji nimamo razvitega enotnega sistema, kjer bi denar sledil bolniku.

Problem dosedanje ureditve Slovenskega zdravstva po SPP sistemu je tudi ta, da po eni strani razpolagamo z avstralskimi šiframi oziroma avstralskimi standardi kodiranja, po drugi strani pa imamo sprejeta določila v splošnem dogovoru in navodila plačnika (ZZZS), ki so v večini v nasprotju z originalnimi avstralskimi standardi in navodili. Ravno zaradi teh nesoglasij velikokrat prihaja pri raznih nadzorih do nasprotij glede pravilnega kodiranja posameznih diagnoz in posegov, ki jih opravljajo ustanove. Zaradi takšnih neskladij, so potem tudi bolnišnice in zdravstvene ustanove na slabšem (Ulčar & Šumčič, 2016, str. 2).

Problem pri obračunavanju storitev na podlagi SPP je, da SPP sploh ne pokriva vseh stroškov zdravljenja. Za primer pogledimo kardiološkega pacienta s srčnim popuščanjem v UKC Ljubljana, pri katerem je potrebno zamenjati srčno zaklopko. V UKC Ljubljana se vršijo tovrstne operacije na dveh oddelkih in sicer na kliničnem oddelku za kardiologijo, ki spada pod interno kliniko in kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja, ki spada pod kirurško kliniko. Omenjeni kliniki sta tudi med večjimi in med bolj pomembnimi v UKC Ljubljana, stroškovno gledano, pa sta celo največji. Za primerjavo, letni plan odhodkov v letu 2016 je za celotni UKC brez interne realizacije 466.410.500,00 EUR, med tem ko je letni plan odhodkov za interno kliniko v letu 2016, 131.434.285,00 EUR in 149.359.545,00 EUR za kirurško kliniko. Danes je internistična medicina že tako napredovala, da lahko internistični kardiologi izvajajo nekatere popolnoma iste operacije kot kardio kirurgi, vendar le na drugačen način z drugačnim pristopom in metodami. Strošek med eno in drugo operacijo pa je popolnoma različen. Operacija, ki jo izvajajo internistični kardiologi se izvede skozi žilo v dimljah ali pa preko prsnega koša z minimalnim rezom. Omenjena metoda je manj invazivna od operacije, ki jo opravljajo na KO za kirurgijo srca in ožilja, saj tu ni potrebno odpirati prsnega koša, ni potrebna splošna anestezija, kar posledično zmanjša tveganje smrti še posebej pri starejših bolnikih, ki klasične operacije mogoče nebi preživeli.

Kljub temu, da je tovrstni postopek bolj varen za paciente, poleg tega, pa se tudi zmanjša strošek zdravlil, saj v tem primeru pacientu ni potrebno jemati zdravil proti strjevanju krvi, veliko krajša je ležalna doba, itd. pa je perkutana aortna zaklopka veliko dražja od klasične aortne zaklopke, ki jo vstavijo kardiokirurgi na klasičen način. Glede na to, da SPP ne upošteva novejših metode, je UKC Ljubljana v tem primeru v veliki izgubi, saj pokrije le cca. 50% stroškov, ki so nastali v primeru tovrstne operacije. Za primerjavo ena perkutana aortna zaklopka stane cca 20.000 EUR, med tem ko klasična aortna zaklopka stane cca 2.000 EUR. SPP tako kljub temu, da je operacija z perkutano aortno zaklopko veliko bolj varna in pacientu prijazna, ne pokriva stroškov takšne operacije. Višina uteži SPP za posege na srčnih zaklopkah s črpalko/izven telesnim krvnim obtokom z invazivnimi srčnimi preiskavami je 17,44 (šifra: F03Z), ne glede na metodo in dejanske stroške operacije. UKC Ljubljana dobi plačilo za tovrstno operacijo cca. 16.000 EUR + manjši dodatek za terciar, vendar kljub temu ne pokrije vseh stroškov zdravljenja. Glede na to, da je UKC Ljubljana univerzitetna in terciarna bolnišnica, kjer se stalno uvajajo nove metode, je sedanji način obračunavanja SPP zelo zastarel, kar se tiče šifer za nove napredne medicinske metode zdravljenja.

Podoben primer je tudi pri bolnikih s srčnim popuščanjem, ki čakajo na transplantacijo srca. UKC Ljubljana, kot edini transplantacijski center v državi, na leto opravi cca. 30 presaditev srca. Po podatkih mednarodnega registra, je Slovenija celo prva na svetu po številu transplantacij srca na milijon prebivalstva (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2015). Občasno pa se tudi zgodi, da pacientom, ki čakajo na transplantacijo srca, njihovo

srce začne odpovedovati še preden dobijo darovano srce. V takšnih primerih, tem pacientom na KO za kirurgijo srca in ožilja vstavijo t.i. umetno srce. Problem pa se pojavi, pri samem financiranju tovrstnega posega. SPP v Sloveniji ne predvideva operacije umetnega srca, zato so tu kriti le stroški operacije, ne pa tudi materiala. Operacija umetnega srca se šteje kot transplantacija, ki se ne obračunava po SPP saj so donirani organi brezplačni in se obračuna le strošek operacije po standardnih cenah. Cena umetnega srca je cca. 80.000 EUR. Zavarovalnica krije le strošek operacije, ki pa je standarden ne glede na lastno ceno, in znaša cca. 140.000 EUR. Kljub temu, da se je UKC Ljubljana uspel dogovoriti z zavarovalnico, in so s sprejetim Splošnim dogovorom za leto 2015 v Aneksu št. 1 uspeli pridobiti 5,823 mio EUR dodatnih sredstev za povečanje cen transplantacij srca in vstavitve umetnega srca, globokih možganskih debel in povečane realizacije teh programov, še vedno tovrstna operacija skupaj z materialom ni krita v celoti.

Zaradi takšnega odstopanja med dejansko lastno ceno in plačilom po SPP so zaradi finančnega primanjkljaja posledično daljše čakalne dobe, slabša obravnava zaradi pomanjkanja ustreznega materiala in vedno slabša opremljenost UKC Ljubljana. Nekdanji strokovni direktor UKC Ljubljana, dr. Sergej Hojker je v intervjuju za Delo izjavil, da zaradi pomanjkanja sredstev ne morejo niti nadomestiti opreme, ki je dotrajana oziroma se pokvari, zaradi česar se lahko zgodi, da ne bodo mogli reševati kakih akutnih stanj ravno zaradi pomanjkanja opreme. Poleg tega pa tudi opozarja, da bodo zaradi nezmožnosti zagotavljanja ustreznih in kakovostnih zdravstvenih storitev bolniki začeli odhajati v tujino, kjer pa je zdravljenje še dražje v primerjavi z slovenskim, vendar ga je zavarovalnica kljub temu dolžna plačati (Zupanič, 2014).

Izvajalci zdravstvenih storitev si ves čas prizadevajo za povišanje cen nekaterih SPP-jev, saj določeni SPP-ji sploh ne pokrijejo vseh dejanskih stroškov dela, materiala in amortizacije, med tem ko plačnik zdravstvenih storitev ves čas skuša znižati cene SPP-jev. (Ulčar & Šumčič, 2016, str. 1-2).

Poleg tega, pa v slovenskem zdravstvenem sistemu nimamo pravega skrbnika sistema, ki bi več čas skrbel za posodobitev šifer glede na napredno medicinsko znanost, ter bi stalno preko opravljenih analiz spremljal stroške, ki so direktno povezani s plačevanjem slovenskim bolnišnicam glede na njihove opravljene storitve. Prav tako tudi UKC Ljubljana nima zaposlenih profesionalnih koderjev, ki bi zaračunavanje po SPP izvajali po ustaljenih postopkih, niti nimajo jasnih navodil, kako se šifre pravilno uporabljajo. Določeni posegi so s strani zavarovalnice priznani šele leta pozneje, zaradi česar je UKC Ljubljana delno v izgubi tudi zaradi uporabe napredne medicinske znanosti.

Ministrstvo za zdravje bi moralo najprej določiti uradnega skrbnika sistema SPP v RS, ki bo odgovoren za razvoj in dopolnitev sistema glede na trenutno stanje zdravstva v Sloveniji. Ustanoviti bi morali skupino neodvisnih strokovnjakov, ki bi se lotili prenove



oziroma posodobitev sedanjega sistema SPP na raven ostalih uradno priznanih uporabnikov omenjenega sistema, kot so Avstrija, Nemčija, Francija, Avstralija..itd. Ta skupina bi potem tudi postala uradni skrbnik Slovenskega sistema SPP. Glede na to, da se je Slovenija leta 2003 odločila vpeljati omenjen sistem zaradi večje transparentnosti in pravilnega razmerja med ceno in stroški primerov, ki naj bi tudi predstavljal pravičnost financiranja, je sedaj skrajni čas, da naš zdravstveni sistem to tudi postane. In glede na to, da je sistem še danes popolnoma isti kot je bil ob uvedbi leta 2003, je skrajni čas, da se ga dopolni in nadgradi. Skupina neodvisnih strokovnjakov (v nadaljevanju SNS) bi morala vključevati tako zdravnike kot ekonomiste in finančnike ter predstavnike ministrstva, ZZZS in bolnišnic. Prva naloga SNS bi bila preučitev uspešno delujočih sistemov SPP v skupini držav, ki sistem že vrsto let uspešno uporabljajo. Nato bi morali primerjati naš sistem s tujimi SPP sistemi, ter najti ključne razlike, ki bi naš sistem izboljšale glede na slovenske razmere. V to prenavo bi morali vključiti vse slovenske bolnišnice in zdravstvene ustanove, ki so del sistema SPP. SNS bi moral nato od vseh bolnišnic in zdravstvenih ustanov zahtevati izračune lastnih cen za opravljene postopke, ki se obračunajo po SPP. Poleg tega bi morali poslati predloge in izračune lastnih cen tudi za tiste posege oziroma postopke, ki so novejši in še nimajo svoje SPP šifre. SNS bi nato lahko na podlagi teh podatkov naredil stroškovno analizo za akutne bolnišnične obravnave in specialistične ambulantne dejavnosti. Po opravljeni analizi bi se na novo kreirale enotne uteži za SPP. Šifrant bi dopolnili s tistimi posegi, ki do sedaj niso imeli svoje SPP šifre, zaradi česar so bile zdravstvene ustanove zaradi neplačila teh dejavnosti na izgubi. Na novo postavljene cene bi tako veljale leto dni, potem pa bi jih SNS ponovno korigiral na podlagi izračunov bolnišnic ter poslanih predlogov. Sistem bi moral delovati tudi tako, da bi bili izvajalci tudi dejansko plačani glede na zaračunan SPP in ne pavšalno.

Poleg poenotenja sistema SPP pa bi bilo potrebno v Sloveniji tudi uvesti določene standarde za opravljene postopke v zdravstvu. Prav tako, kot bi se ustanovila SNS za prenavo sistema SPP, bi morali ustanoviti skupino neodvisnih strokovnjakov za uvedbo standardov (v nadaljevanju SNSUS) za uporabo medicinskega materiala. V tej skupini bi prav tako morali sodelovati zdravniki, ekonomisti, predstavniki ZZZS in Ministrstva za zdravje ter po potrebi tudi ostali strokovnjaki. Na trgu medicinskega materiala je široka ponudba materiala namenjena enaki uporabi, vendar različnih proizvajalcev. Primer: stent oziroma žilna opornica. Žilne opornice so v zadnjih 20 letih na področju medicine velika pridobitev. V zaradi bolezni nevarno zožene ali pa celo zaprte žile zdravniki s postopkom perkutane revaskularizacije vstavijo žilno opornico. Ravno zaradi njene pomembnosti je na trgu medicinskih pripomočkov prava poplava žilnih opornic različnih proizvajalcev. Problem pa se pojavi, ker v Sloveniji ni napisanega standarda za uporabo teh žilnih opornic, zato lahko vsaka bolnišnica ter zdravstvena ustanova, ki opravlja omenjen postopek, prosto izbira, katere žilne opornice bo uporabila. Cene med njimi so zelo različne, saj se proizvajalci zavedajo, da ni uradne omejitve nakupa tega materiala. SNSUS bi moral za takšne primeri uvesti standard, kakšna kakovost ter po kakšni ceni so žilne

opornice in tudi drugi medicinski materiali v Slovenskem zdravstvu strokovno in stroškovno sprejemljivi. Vse bolnišnice in zdravstvene ustanove bi se po zakonu morale potem tudi držati teh predpisanih standardov. Izjemoma pa bi bilo dovoljeno na podlagi letnega dogovora izobraževalnim, terciarnim in raziskovalnim bolnišnicam ter zdravstvenim ustanovam tudi testirati nove medicinske materiale in postopke z namenom razvoja slovenske medicine, kjer pa bi dobili tudi plačilo za opravljene storitve. Z uvedbo standardov v slovenskem zdravstvu bi se posledično tudi zmanjšala izguba UKC Ljubljana, saj bi zavarovalnica na podlagi letnih dogovorov povrnila enako vsoto denarja za material, kot jo UKC Ljubljana porabi za nakup standardiziranega materiala.

Poleg tega, pa bi bilo potrebno tudi uvesti standarde, kdaj bi se določeni dražji material uporabljal le pri določeni skupini pacientov. Ti standardi morajo veljati za vse bolnišnice in zdravstvene ustanove, ki izvajajo tovrstne postopke. SNSUS mora v sodelovanju z ZZZS najti kompromis v katerih primerih so določeni posegi upravičeni in v katerih ne. Primer: Uvedba standarda za vstavev perkutane biološke zaklopke. SNSUS v sodelovanju z ZZZS določi, za katere paciente je tovrstna zaklopka stroškovno in zdravstveno upravičena in za katere ne. Ustvarijo se kriteriji, na podlagi katerih se potem bolnišnica ravna v primeru tovrstne operacije. Standard bi se moral postaviti na področju celotne Slovenije, z dovoljenimi določenimi odstopanji za katere bi pa bilo vsakič potrebno podati ustrezno podrobno strokovno obrazložitev. SNSUS bi bil potem tudi zadolžen za redno posodobitev teh standardov glede na predloge medicinske stroke in uvedbo novih glede na napredni razvoj medicine. In ravno zaradi uvedbe takšnih standardov bi UKC Ljubljana na podlagi letnih dogovorov z zavarovalnico dobil plačilo za vse dogovorjene posege, ki vključujejo tudi dražji material. S tem bi se v UKC Ljubljana tudi zmanjšala izguba, ki nastaja kot posledica uporabe medicinsko upravičenih vendar dražjih medicinskih pripomočkov.

## **SKLEP**

Univerzitetni klinični center Ljubljana je vrhunska medicinska ustanova, ki je izredno priznana ne le na območju Slovenije, temveč tudi na širšem območju Evropske unije in ostalega razvitega sveta. Znano je, da so pri nas zaposleni odlični zdravniki in kirurgi, ki se uvrščajo na sam vrh svetovne lestvice priznanih strokovnjakov. Ravno zaradi takšnega ugleda pa je škoda, da se mora bolnišnica spopadati s finančnim primanjkljajem, ki otežuje in ovira delo zdravnikov ter napredovanje in odkrivanje novih metod in načinov zdravljenja. Ministrstvo za zdravje je ob uvedbi plačevanja storitev po avstralskem modelu DRG želelo omiliti problematiko plačevanja storitev zdravstvenim ustanovam, vendar se je po začetni uvedbi sistema proces ustavil. Sistem še danes ostaja tak kot je bil ob uvedbi, se pravi nekje na polovici pravega avstralskega sistema DRG. Glede na to, da UKC Ljubljana nima vpliva na spremembo sistema plačevanja storitev po SPP, se lahko spopade s problematiko tako, da spremeni način poslovanja znotraj postavljenih okvirjev.

Med preučevanjem poslovanja UKC Ljubljana sem ugotovila, da je še vedno veliko papirnega poslovanja, kljub širokemu naboru informacijskih programov. Po drugi strani pa so za obravnavo pacientov v UKC Ljubljana na voljo kar trije različni računalniški sistemi, ki med seboj niso kompatibilni. Zaradi takšne razdrobljenosti podatkov prihaja do neažurnega obračunavanja storitev na pacienta, do izgube podatkov o opravljenih storitvah, itd. Kot rezultat takšnega poslovanja pa so premalo obračunane opravljane storitve glede na dejansko porabo, zaradi česar je na koncu leta UKC Ljubljana na izgubi. Razlog za nepravilno obračunane storitve je tudi nepoznavanje šifer SPP s strani stroke, dolgotrajno in zamudno vpisovanje ter pomanjkanje komunikacije v primerih medoddelčnih premikov.

UKC Ljubljana bi v primeru poenotenja informacijskega sistema za obračun pacientov ter z večinsko ukinitvijo papirnega poslovanja na pacienta, ki bi ga zamenjali z elektronskim beleženjem podatkov, izboljšal poslovanje na več načinov. S poenotenjem informacijskega sistema (namesto treh bi imeli samo enega) bi se izboljšalo poslovanje na takšen način, da bi se možnost napak zmanjšala na minimum, sproti bi bile vpisane vse diagnoze, vsa zdravila in ves porabljen material ter število opravljenih ur medicinskega osebja. Proces bi bil bolj pregleden. Z uvedbo takšnega sistema bi imeli natančen pregled nad porabo materiala, višino porabljenih sredstev, skrajšale bi se čakalne dobe, zmanjšalo bi se število nadur,...itd. Tako bi uspeli tudi uvesti, da bi denar sledil bolniku.

Po drugi strani pa bi morale vodstvo UKC Ljubljana tudi zahtevati od vseh poslovnih direktorjev redne izračune lastnih cen za vse posege, ki se opravljajo na njihovih klinikah. Ravno lastne cene so ključen argument za pogajanje s plačniki storitev po SPP. V kolikor je utež prenizka, je UKC Ljubljana ob izvajanju storitev na izgubi. V kolikor pa obstajajo izračunane lastne cene za posege, se lahko vodstvo pogaja z ZZS za povišanje cene uteži.

Ugotovila sem, da ni problem samo na strani slovenskih bolnišnic in zdravstvenih izvajalcev temveč tudi na strani Ministrstva za zdravje in ZZS, saj ti niso motivirani za preureditev sedanjega sistema SPP. Slovenske bolnišnice so dejansko pripravljene ponovno posredovati vse podatke, ki jih plačniki potrebujejo za prenovu trenutnega sistema plačevanja storitev po SPP, vendar iz strani države ni pravega interesa, da bi se lotili temeljite stroškovne analize ter na podlagi tega ponovno preučili, dopolnili ter nadgradili sedanji sistem (Ulčar & Šumčič, 2016, str. 1-2).

V Sloveniji je plačilo storitev po SPP še vedno urejeno pavšalno, kljub temu, da naj bi z vpeljavo avstralske verzije sistema SPP po štirih letih v celoti prešli na sistem, kjer bi denar dejansko sledil bolniku. Vendar pa je še danes v Sloveniji velika neznanka, koliko stane kakšna zdravstvena storitev. Na to so nas opozorile že številne evropske institucije in Svetovna banka, vendar se do danes še nič ni spremenilo (Zupanič, 2014c).

V kolikor bi se prenovil tudi celotni slovenski zdravstveni sistem, bi se tudi poslovanje UKC Ljubljana ter drugih zdravstvenih ustanov izboljšalo. S prenovo celotnega sistema plačevanja po SPP bi se na novo oblikovale cene za plačilo na podlagi izračuna lastnih cen, ki bi jih posredovale slovenske bolnišnice. Dodale bi se tudi nove SPP šifre, ki do sedaj niso bile »priznane«, saj so bile metode preveč napredne za naš zastareli sistem plačevanja zdravstvenih storitev. Poleg tega, pa bi se z uvedbo določenih standardov za uporabo medicinskih pripomočkov, tudi zmanjšala možnost netransparentne uporabe le teh, saj so danes cene za zelo podoben material različnih proizvajalcev zelo različne.

Z uvedbo standardov in prenovo sistema SPP bi se zagotovo izboljšalo poslovanje slovenskih bolnišnic ter tudi celotno slovensko zdravstvo, skrajšale bi se tudi čakalne dobe. Vendar brez stalnega posodabljanja in nadgrajevanja sistema bo tudi prenovljen sistem slej kot prej zopet zastarel, saj se tako gospodarstvo kot potrebe ljudi ves čas spreminjajo. Če Slovenija ne bo ažurno sledila spremembam v okolju ter napredni medicinski znanosti, bo situacija čez nekaj let enaka ali celo slabša. Zavedati se moramo, da je sistem slovenskega zdravstva še kako živ, zato se moram temu tudi primerno odzvati in ravnati.

## LITERATURA IN VIRI

1. Albrecht, T., Turk, E., Toth, M., Ceglar, J., Marn, S., Pribakovič Brinovec, R., & Schäfer, M. (2009). Slovenia: Health System review. *Health Systems in transition*, 11(3), 1-168. Najdeno 9. septembra 2015 na spletnem naslovu [http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/information\\_sheet/comparing/describing/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/information_sheet/comparing/describing/index_en.htm)
2. Armistead, C., & Rowland, P. (1995). *Improving the Chances of Success for BPR. Initiatives by Learning from Success and Failures of Operations Management Philosophies, Examining Business Process Re-engineering*. London: Cranfield University School of Management, Kogan Page.
3. Ceglar, J., Jelisavčić, S., Jerčinovič, A., Lešnik Š., V., Morovič, B., Osredkar, F., Wahl, J., Zorman, I. & Zupanc, I. (2008). *SPP: Skupine primerljivih primerov: Vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav (SPP) in financiranju bolnišnic*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS
4. Centers for Medicare & Medicaid Service. (2015, 15. December). *Inpatient PPS PC Pricer*. Najdeno 23. aprila 2016 na spletnem naslovu <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/pcpricer/inpatient.html>
5. Česen, M. (1998). *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
6. Česen, P. (1998). *Reinženiring poslovanja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
7. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
8. Davenport, H. T. (1990). *Process Innovation: Reengineer Work Through Information Tehnology*. Boston: Harvard Business School Press.
9. Davenport, H. T., & Short, J.E.(1990). New Industrial Engineering: Information Technology and Business process Redesign. *Sloan WP*, (3190-90), 1-31.
10. *First - Center poslovnih storitev*. Najdeno 8. maja 2013 na spletnem naslovu <http://www.first-ms.si/static/15/process.html>
11. Hammer, M. (2002). Process Management and the Future of Six Sigma. *MIT Sloan Management Review*, Winter, 30-42.
12. Hammer, M. & Champy, J. (1993). *Reengineering the corporation: A manifesto for business revolution*. New York: HarperBusiness, A Division of HarperCollins Publisher.
13. Hammer, M. & Champy, J. (1995). *Preurejanje podjetja: Manifest revolucije v poslovanju*. Ljubljana: Gospodarski vestnik
14. Harmon, P. (2007). *Business Process Changes, A Guide for Business Managers and BPM and Six Sigma Professionals*. Burlington: Morgan Kaufmann Publishers.
15. Horžen, A. (2005). *Kaizen Transforming Operations into a strategic Competitive Advantage: Continuous Improvement in Slovenia*. Cerklje ob krki: DRVUP.
16. Horžen, A., Šunta, M., & Zorko, B. (2003). *Stalne izboljšave – izziv za mikro in mala podjetja*. Brežice: Razvojni center Brežice.
17. Hudgik, S. (2010). *Kaizen*. Najdeno 1. Septembra 2015 na spletnem naslovu <Http://www.aipt.org/jasc/Resources/Econimics/Kaizen.pdf>
18. Jelnikar, M. (2013). *Prenova procesa javnega naročanja v neprofitni organizaciji Univerzitetni klinični center Ljubljana* (diplomsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede

19. Keber, D., Markovič, S., Mate, T., Morovič, B., Poplas Susič, T., & Simčič, B. (2010). Nacionalna strategija razvoja financiranja zdravstvene dejavnosti (2010 – 2020). Najdeno 10. septembra 2015 na spletnem naslovu <https://zdrzz.si/files/Nacio%20strat.%20razvoja%20financ%202010-15.pdf>
20. Kern, T. (2008/2009). *Organizacija poslovnih procesov*. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
21. Kern, T. & Cugelj, R. (2008). Procesi v zdravstvu. *Bilten*, 24(1), 22-27.
22. Kolektivna pogodba za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji. *Uradni list RS*, št. 14/1994.
23. *Koliko zaslužijo zdravniki v bogatih evropskih državah*. Najdeno 15. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://siol.net/novice/slovenija/koliko-zasluzijo-zdravniki-v-bogatih-evropskih-drzavah-390753>
24. Kovačič, A., & Peček, B. (2004). *Prenova in informatizacija delovnih procesov*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
25. Kovačič, A., & Vukšič, V.B. (2005). *Management poslovnih procesov: Prenova in informatizacija poslovanja s praktičnimi primeri*. Ljubljana: GV založba.
26. Križman, V., & Novak, R. (2002). *Upravljanje poslovnih procesov*. Ljubljana: Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje.
27. Manganelli, R. L., & Klein, M.M. (1994). *The Reengineering Handbook: A Step by Step Guide To Business Transformation*. New York: Amacon.
28. Markovič, S. (2011). Razvoj sistema skupine primerljivih primerov v zdravstvu. *Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav*, 27(1), 19-28.
29. Marušič, D., Ceglar, J., & Prevolnik-Rupel, V. (2009). Model plačevanja zdravstvenih storitev s poudarkom na plačevanju po skupinah primerljivih primerov Sloveniji. *Zdrav Var*, (48), 177-183.
30. Ministrstvo za zdravje. (2015). *Standardi kodiranja – avstralska različica 6, slovenske dopolnitve*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
31. Ministrstvo za javno upravo. (2016). *Veljavna plačna lestvica*. Najdeno 10. Avgusta 2016 na spletnem naslovu [http://www.mju.gov.si/si/delovna\\_podrocja/place\\_v\\_javnem\\_sektorju/veljavna\\_pla\\_cna\\_lestvica/](http://www.mju.gov.si/si/delovna_podrocja/place_v_javnem_sektorju/veljavna_pla_cna_lestvica/)
32. Negrini, D., Kettle, A., Sheppard, L., Mills, G.H., & Edbrooke, D.L. (2004). The cost of a hospital ward in Europe. Is there a methodology available to accurately measure the costs? *Journal of Health Organization and Management*, 18(3), 195-206.
33. Normand, C., & Weber, A.(2009). *Social Health Insurance: A Guidebook for planning*. Geneva: World Health Organisation.
34. Ulčar & Šumčič, H. (2016). Kako nadgraditi obstoječi SPP sistem? *Novis*, 43(1-2), 1-2.
35. Peruško, F. (2003). *Prenova poslovnega procesa s študijo primera Slovenije* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
36. Petrozzo, P. D. & Stepper, J. C. (1994). *Successful Reengineering*. New York: Van Nostrand Reinhold.
37. Poh, L., & Chew, W.W. ( 1995). *BPR: Definitions and Models Revisited, Examining Business Process Reengineering*. London: Cranfield University School of Management, Kogan Page.
38. Rummler, G., & Brache, A. (1990). *Improving Performance: How to Manage The White Space on The Organization Chart*. San Francisco: Josses-Bass.

39. Rupar, D. (2012). *Prenova in informatizacija prodajnega procesa v izbranem podjetju* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
40. *Samo v UKC Ljubljana konec lanskega leta 53 tisoč neplačanih nadur*. Najdeno 15. Avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.sdzns.si/novice/samo-v-ukc-ljubljana-konec-lanskega-leta-53-tisoc-neplacanih-nadur/>
41. Sklep o preoblikovanju javnega zavoda Klinični center Ljubljana. *Uradni list RS* št. 13/1996. Str. 976.
42. Stariha J. (2009). *Ustreznost financiranja akutne bolnišnične obravnave po sistemu skupin primerljivih primerov* (magistrsko delo). Koper: Fakulteta za management Koper
43. Stepan, A., Volker, U., Eberhard, W., Vandermeulen, L., Zweifel, P., Ferguson, B., Smith, P. & Getzen, T. (1999). *Sistemi financiranja v zdravstvu – Mednarodna primerjava*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
44. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
45. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2010). Letno poročilo UKC Ljubljana za leto 2009. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana
46. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2015a). Letno poročilo UKC Ljubljana za leto 2014. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana
47. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2015b). *Seznam nabavljenih artiklov v letu 2015*. Najdeno 16. julija 2016 na spletnem naslovu: [http://www.kclj.si/dokumenti/Nabave\\_\\_2015.pdf](http://www.kclj.si/dokumenti/Nabave__2015.pdf)
48. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2015c). *Strokovnjaki UKC Ljubljana prvi v svetu pri presaditvi srca*. Najdeno 17. Julija 2016 na spletnem naslovu: [http://www.kclj.si/dokumenti/spm\\_\\_Prvi\\_v\\_svetu\\_pri\\_presaditvah\\_srca\\_13012015.pdf](http://www.kclj.si/dokumenti/spm__Prvi_v_svetu_pri_presaditvah_srca_13012015.pdf)
49. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2016a). Letno poročilo UKC Ljubljana za leto 2015. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana
50. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2016b). *Uporabniški priročnik: Informacijski sistem za hospitalne dejavnosti Birpis21* (interno gradivo). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana
51. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2016c). *Uporabniški priročnik: Hipokrat – Računalniški programi za zdravstvo* (interno gradivo). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana
52. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2016d). *Uporabniška navodila Think!Med Clinical – delovna verzija 1.6*. (interno gradivo). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana
53. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2016e). *Program dela in finančni načrt za leto 2016* (interno gradivo). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana
54. Univerzitetni klinični center Ljubljana. (2016f). *Obrazec za izračun lastne cene – interna klinika*. (interno gradivo). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana
55. Vila, A. (1999). *Procesni pogled na organizacijo – nova organizacijska revolucija*. Kranj: Moderna organizacija.
56. *V zdravstvu povprečno v trinajstih mesecih mnogi s tremi plačami na mesec in ne le dvema kot poročila TV SLO 1*. Najdeno 10. Avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.konfederacijasinidiatov.si/v-zdravstvu-povprecno-v-trinajstih-mesecih-mnogi-s-tremi-placami-na-mesec-in-ne-le-dvema-kot-poro-ca-tv-slo-1/>

57. V prvi polovici leta UKC Ljubljana z 8,9 milijonskim primanjkljajem. Najdeno 20. julija 2016 na spletnem naslovu: <http://www.delo.si/novice/slovenija/v-prvi-polovici-leta-ukc-ljubljana-z-8-9-milijonskim-primanjkljajem.html>
58. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015). *Aneks št. 1 k splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2015*. Najdeno 17. julija 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/egradivap/EA9727176319A542C1257F32002BED63>
59. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (b.l.) Obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Najdeno 13. februarja 2016 na spletnem naslovu [https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice\\_ozz\\_ioz/obseg\\_pravic!/ut/p/b0/04\\_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfGjzOJNDF093Y39DTzdPT2MDTydfC1CAkOcDQzcDfQLsh0VAVZmN9U!/](https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_ozz_ioz/obseg_pravic!/ut/p/b0/04_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfGjzOJNDF093Y39DTzdPT2MDTydfC1CAkOcDQzcDfQLsh0VAVZmN9U!/)
60. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (b.l.) Splošni dogovori in aneksi. Najdeno 14. februarja 2016 na spletnem naslovu [https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene\\_storitve/splosni\\_dogovori\\_in\\_aneksi/splosni\\_dogovori\\_in\\_aneksi](https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/splosni_dogovori_in_aneksi/splosni_dogovori_in_aneksi)
61. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS*, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT
62. Zdravniška zbornica (2014). *Strateške usmeritve slovenskega zdravstva za izhod v krizi*. Najdeno 21. septembra 2015 na spletnem naslovu: <http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAAahUKEwIj2tmhrojIAhXLXCwKHxfuBsg&url=http%3A%2F%2Fwww.zdravniskazbornica.si%2F%2F6238%2Fstrat-usmer-za-zdravstvo-kzo&usq=AFQjCNEZgJtDhJwXHfGLEwojycJ-BgzL-A&sig2=0Fy44jfmUFgqhLT3MiVWmw>
63. Zupanc, I. (2008). *SPP – Skupine primerljivih primerov: vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnjav (SPP) in financiranju bolnišnic*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
64. Zupanič, M. (2014a, 12. april). Kdaj bomo poznali prave cene v zdravstvu. Najdeno 23. marca 2016 na spletnem naslovu: <http://www.delo.si/novice/slovenija/kdaj-bomo-poznali-prave-cene-v-slovenskem-zdravstvu.html>
65. Zupanič, M. (2014b, 19. September). Evropsko opozorilo za zdravstvo. Najdeno 30. julija 2016 na spletnem naslovu: <http://www.delo.si/novice/politika/evropsko-opozorilo-za-zdravstvo.html>
66. Zupanič, M (2014c, 25. september). Prava cena vseh zdravljenj je neznanka. Najdeno 01. septembra 2015 na spletnem naslovu: <http://www.delo.si/novice/slovenija/prava-cena-vseh-zdravljenj-je-neznanka.html>
67. Zupanič, M. (2015, 28. avgust). Kako do pravih cen v slovenskem zdravstvu. *Svet kapitala*, 5-9.
68. Wahl, J., Mate, T., & Yazbeck, A. M. (2004). Skupine primerljivih primerov v Sloveniji – Prvih stopetdeset dni. *Zdrav vestn*, 73, 689-90.



## **PRILOGE**



## **KAZALO PRILOG**

Priloga 1: Organigram UKC Ljubljana.....	1
Priloga 2: Obrazec za izračun lastne cene.....	2
Priloga 3: Vprašalnik za polstrukturirane intervjuje.....	3
Priloga 4: Seznam kratic.....	5





## PRILOGA 1: Obrazec za izračun lastne cene

**Lastna cena za storitev/poseg:** \_\_\_\_\_

Klinika: \_\_\_\_\_

Oddelek: \_\_\_\_\_

Odgovorna oseba: \_\_\_\_\_

### 1. OPRAVLJENO DELO:

Profil	Opravljen delo v minutah

### 2. INTERNE STORITVE – CENIK STORITEV KC:

Storitev:	Šifra storitve:	Količina:

### 3. EKSTERNE STORITVE – TUJI ZAVODI:

Storitev:	Šifra storitve:	Količina:

### 4. PORABLJEN MATERIAL:

Naziv materiala:	Ident:	Količina:

### 5. UPORABA APARATOV:

Naziv aparata:	Inventarna številka:	Uporaba aparata v min.

*Vir: Povzeto in prirejeno po obrazcu interne klinike v UKC Ljubljana*

### **PRILOGA 3: Vprašalnik za polstrukturirane intervjuje**

#### **VPRAŠALNIK ZA POLSTRUKTURIRANE INTERVJUJE – UKC LJUBLJANA**

##### **Oddelek**

- Kako poteka proces zdravstvenih storitev, opravljenih v UKCL, od samega sprejema pacienta do plačila zavarovalnice UKCL (kako proces obravnave zdravstvenih storitev po SPP deluje v praksi)?
- Kako poteka sprejem in obravnava pacienta na oddelek (od sprejema do obračun SPP)?
- Ali se v primeru prehoda bolnika iz ene klinike na drugo zabeležite v sistem, kateri SPP bi vi obračunali, ali se šele zavede po odpustu pacienta?
- Ali se kdaj zgodi, da se tudi premalo obračuna kot pa je bilo dejansko delo opravljeno?
- Kdaj se zavarovalnici obračuna SPP?
- Kako obračunate SPP če za določeno zdravljenje ni točnega SPP?
- V kateri program se vpisuje SPP?
- Kdo določa kateri SPP se bo obračunal za določenega pacienta?
- Je ta program povezan še z katerim drugim programom?
- Kakšne so prednosti in slabosti tega procesa?
- Največje pomanjkljivosti procesa?
- Ali stroka stremi k izračunavanju lastnih cen (dejanske porabe na bolnika)?
- Koliko kliničnih poti imate izdelanih? Kako zgleda pri vas proces izdelave klinične poti?
- Kako se odločite v primeru, da je v UKC sprejet bolnik z okvarjeno srčno zaklopko, na katerem oddelku boste izvedli operacijo (na Kardiologiji ali na KO za kir. Srca in ožilja)? Ali imate za takšne primere izdelane klinične poti oz. protokol? Ali je višina uteži za SPP enaka ne glede na način operacije?
- Je še kakšen primer, kjer SPP ne pokriva stroškov obravnave/operacije pacienta, in si s tem delate izgubo. Kako bi se temu po vašem mnenju izognili?
- Predlogi za izboljšavo?
- Katere so pomanjkljivosti dosedanjega procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana?
- Kako bi lahko izboljšali delovanje procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana?
- Kateri so ključni ukrepi za prenovu procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana?
- Katere so pomanjkljivosti dosedanjega sistema SPP v Republiki Sloveniji?
- Kakšne so posledice pomanjkljivega sistema SPP?
- Kaj bi bilo potrebno izboljšati v dosedanjem sistemu SPP?

## **Vodstvo**

- Kako poteka proces zdravstvenih storitev, opravljenih v UKCL, od samega sprejema pacienta do plačila zavarovalnice UKCL (kako proces obravnave zdravstvenih storitev po SPP deluje v praksi)?
- Kakšne so prednosti in slabosti tega procesa?
- Največje pomanjkljivosti procesa?
- Kako se odločite v primeru, da je v UKC sprejet bolnik z okvarjeno srčno zaklopko, na katerem oddelku boste izvedli operacijo (na Kardiologiji ali na KO za kir. Srca in ožilja)? Ali imate za takšne primere izdelane klinične poti oz. protokol? Ali je višina uteži za SPP enaka ne glede na način operacije?
- Primer: Umetno srce! Ali dobite povrnjene stroške v primeru nakupa umetnega srca, glede na to da stane samo srce brez vštete stroška operacije (zdravniki, operacijska soba, anestezija,...) cca 80.000 EUR (IMP= 75.000 EUR, Napajalnik= 8.000 EUR, torba=500 EUR)? Kako se to obračunava po SPP?
- Je še kakšen primer, kjer SPP ne pokriva stroškov obravnave/operacije pacienta, in si s tem delate izgubo. Kako bi se temu po vašem mnenju izognili?
- Predlogi za izboljšavo?
- Katere so pomanjkljivosti dosedanjega procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana
- Kako bi lahko izboljšali delovanje procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana ?
- Kateri so ključni ukrepi za prenovu procesa obravnave zdravstvenih storitev po SPP v UKC Ljubljana ?
- Katere so pomanjkljivosti dosedanjega sistema SPP v Republiki Sloveniji?
- Kakšne so posledice pomanjkljivega sistema SPP?
- Kaj bi bilo potrebno izboljšati v dosedanjem sistemu SPP?

## **Informacijski center**

- Koliko sistemov za obravnavo pacienta obstaja v UKC Ljubljana in kateri so?
- Kako so razvrščeni glede na klinike?
- Ali so te sistemi med seboj združljivi (podatkovno)?
- Zakaj imamo toliko sistemov?
- Ali so te sistemi povezani z Web-Pisom?
- Kateri sistem pa imamo za obračun pacientov po SPP?
- Ali imamo za obračun storitev zavarovalnici svoj sistem?
- Koliko sistemov je skupno v UKC Ljubljana?



## **PRILOGA 4: Seznam kratic**

### **Kratice in akronomi:**

- RS – Republika Slovenija
- UKC – Univerzitetni klinični center
- SPP – Skupine primerljivih primerov
- DRG - Diagnosis Related Groups
- ZZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
- SIST ISO – Sistemi vodenja kakovosti
- BRP – Business Process Reengineering
- TQM – Total Quality Management
- PDCA – Plan-do-check-act (Demingov krog)
- CPI – Continius Process Improvement
- ZZD – Zakon o zdravstveni dejavnosti
- MKB SI – Mednarodna klasifikacija bolezni
- RUSZV – Projekt razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva
- MCD – Major Diagnostic Categories
- ABCD – Podskupine SPP-ja
- ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- ORL - Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo
- KIMDPŠ - Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa
- KIKKB - Klinični inštitut za klinično kemijo in biokemijo
- IPP – Internistična prva pomoč
- KOK – Klinični oddelek za kardiologijo
- KIR – Kirurška klinika
- RTG - Klinični inštitut za radiologijo
- DMS – Diplomirana medicinska sestra
- KC – Klinični center
- SNS – skupina neodvisnih strokovnjakov
- SNSUS - skupina neodvisnih strokovnjakov za uvedbo standardov