

UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA FINANCIRANJA AKUTNE BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE  
PO SISTEMU SKUPIN PRIMERLJIVIH PRIMEROV**

Ljubljana, september 2015

BARBARA PIŠEK

## **IZJAVA O AVTORSTVU**

Spodaj podpisana Barbara Pišek, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Analiza financiranja akutne bolnišnične obravnave po sistemu skupin primerljivih primerov, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko izr. prof. dr. Sergejo Slapničar.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorski in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
  - poskrbel(-a), da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v zaključni strokovni nalogi/diplomskem delu/specialističnem delu/magistrskem delu/doktorski disertaciji, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
  - pridobil(-a) vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisal(-a);
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku (Ur. l. RS, št. 55/2008 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predložene zaključne strokovne naloge/diplomskega dela/specialističnega dela/magistrskega dela/doktorske disertacije dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 18.9.2015

Podpis avtorice: \_\_\_\_\_

# KAZALO

<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>1 MODEL PLAČEVANJA PO SKUPINAH PRIMERJIVIH PRIMEROV V AKUTNI BOLNIŠNIČNI OBRAVNAVI</b> .....	<b>5</b>
1.1 Prehod v nov model plačevanja po skupinah primerljivih primerov .....	6
1.2 Sistem razvrščanja bolnišničnih obravnav in plačevanje po sistemu SPP .....	11
1.2.1 Splošno o sistemu SPP .....	11
1.2.1.1 Osnovna struktura sistema SPP .....	11
1.2.1.2 Motivi za vpeljavo sistema SPP v Sloveniji .....	11
1.2.2 Izhodišče za slovenski sistem SPP .....	12
1.2.2.1 Struktura avstralske različice SPP .....	12
1.2.2.2 Koda SPP .....	13
1.2.3 Stroški in plačila .....	14
1.2.3.1 Obstoječa metodologija plačevanja programa ABO po metodi SPP .....	15
1.2.4 Dokumentiranje bolnišničnih obravnav in kodiranje .....	17
1.2.5 Model načrtovanja in plačevanja ABO po metodologiji SPP .....	18
1.2.6 Izvajalci ABO po metodologiji SPP .....	19
1.3 Financiranje terciarne dejavnosti v sistemu SPP .....	20
<b>2 ANALIZA EVIDENTIRANJA AKUTNE BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE</b> .....	<b>21</b>
2.1 Podatki za analizo realizacije zabeleženih primerov SPP .....	21
2.2 Obseg opravljenih in evidentiranih SPP .....	22
2.2.1 Število primerov in uteži .....	22
2.2.2 Povprečno število uteži na primer .....	25
2.2.3 Najpogostejši SPP .....	28
2.2.4 Zahtevni SPP .....	29
2.2.5 Zmotni SPP .....	32
2.2.6 Povprečna cena primera in povprečna cena uteži .....	33
2.3 Simulacija uvedbe enotnih cen uteži in vpliv na poslovne rezultate izvajalcev .....	35
2.3.1 Zbrani podatki za analizo .....	35
2.3.2 Cena uteži brez dodatka za terciar .....	37
2.3.3 Povprečna cena uteži, enotna za vse izvajalce .....	38
2.3.4 Vpliv na poslovni rezultat izvajalcev brez dodatka za terciar k ceni uteži .....	39
2.3.5 Vpliv na poslovni rezultat izvajalcev s priznano povprečno ceno uteži .....	41
2.3.6 Povzetek analize .....	43
<b>3 PREDLOGI IN PRIPOROČILA ZA IZBOLJŠAVO MODELA FINANCIRANJA AKUTNE BOLNIŠNIČNE</b> .....	<b>45</b>
3.1 Pomanjkljivosti plačevanja po sistemu SPP .....	45
3.2 Področja za izboljšavo obstoječega modela financiranja ABO .....	46
3.2.1 Nacionalna stroškovna analiza .....	47
3.2.2 Kakovost in zanesljivost podatkov .....	50
3.2.3 Uvedba kliničnih poti in kazalnikov kakovosti .....	51

3.3 Predlogi za izboljšavo modela financiranja po sistemu SPP.....	54
<b>SKLEP.....</b>	<b>56</b>
<b>LITERATURA IN VIRI.....</b>	<b>60</b>

## KAZALO SLIK

Slika 1: Delež sredstev za zdravstveno varstvo v odstotku BDP v letu 2007 .....	10
Slika 2: Povezanost spremenljivk: število primerov in število uteži v letu 2013.....	24
Slika 3: Indeks rasti povprečnega števila uteži na primer po izvajalcih.....	26
Slika 4: Povprečno število uteži na primer po izvajalcih v letu 2013 .....	27
Slika 5:Število uteži šifre A06Z – Traheostomija po izvajalcih v letu 2013.....	29
Slika 6: Deleži zahtevnih primerov na nivoju izvajalca v letih 2012 in 2013.....	31
Slika 7: Deleži zahtevnih SPP na ravni Slovenije v letih 2012 in 2013.....	31
Slika 8: Povezanost spremenljivk: povprečna cena primera SPP in povprečno število uteži na primer.....	35
Slika 9: Primerjava med poslovnim izidom in poslovnim izidom z upoštevano povprečno ceno uteži .....	43

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Prednosti in pomanjkljivosti najpogostejših modelov plačevanja storitev izvajalcem .....	6
Tabela 2: Pomen delov imena SPP .....	13
Tabela 3: Število realiziranih primerov in uteži po izvajalcih, 2012 in 2013 .....	23
Tabela 4: Rast števila primerov v letu 2013 glede na leto 2012, prvih deset SPP .....	24
Tabela 5: Povprečno število uteži na primer od leta 2010 do 2013 .....	25
Tabela 6: Deset najpogostejših SPP, glede na število uteži v letu 2013 .....	28
Tabela 7: Šifra A06Z – Traheostomija z deleži po izvajalcih v letu 2013 .....	28
Tabela 8: Število in deleži zahtevnih primerov po izvajalcih v letih 2012 in 2013 .....	30
Tabela 9: Prvih pet izvajalcev z največjim deležem zahtevnih primerov v celotni realizaciji SPP posameznega izvajalca v letih 2012 in 2013.....	30
Tabela 10: Število zmotnih primerov po šifrah v letih 2012 in 2013.....	32
Tabela 11: Zmotni primeri SPP po izvajalcih v letu 2012 in 2013 .....	33
Tabela 12: Povprečna cena SPP primera in povprečna cena uteži po izvajalcih v letu 2013 .....	34
Tabela 13: Realizacija SPP v letu 2013- izhodiščni podatki.....	36
Tabela 14: Vrednost SPP po izvajalcih, brez dodatka k ceni storitve za terciar .....	37
Tabela 15: Vrednost SPP po izvajalcih po enotni povprečni ceni uteži za vse izvajalce.....	38
Tabela 16: Prihodki in odhodki izvajalcev, po denarnem toku za leto 2013 .....	39
Tabela 17 in 18: Primanjkljaj in presežek prihodkov nad odhodki za leto 2013 .....	40
Tabela 19: Delež prihodkov ABO po sistemu SPP v vseh prihodkih bolnišnic .....	40
Tabela 20: Vpliv na poslovanje izvajalcev po cenah, ki ne vključujejo dodatka za terciar .....	41
Tabela 21: Vpliv na poslovanje izvajalcev po povprečnih cenah za vse izvajalce .....	42
Tabela 22: Poslovni izid v primerjavi s poslovnim izidom ob upoštevanju enotne povprečne cene uteži .....	42
Tabela 23: Prednosti in pomanjkljivosti plačevanja po sistemu SPP.....	46
Tabela 24: Predlogi za razvoj modela financiranja v ABO.....	54

## UVOD

Sodobno zdravstvo dosega izredne uspehe, kar ima za posledico nenehno naraščanje stroškov za zdravstvo. Zaradi hitrega napredka na številnih tehnoloških področjih in tudi na področju socialne politike se soočamo z vprašanjem, kolikšen delež lahko posamezna država v resnici financira. Stroški v zdravstvu neprestano naraščajo povsod po svetu, tudi pri nas. Potrebe po sredstvih za zdravstveno dejavnost so vedno večje, saj se predvsem v razvitih državah podaljšuje življenjska doba, z višjo splošno ravnijo izobrazbe, višjim družbenim standardom in hitrim razvojem medicinskih znanosti pa se povečujejo potrebe in zahteve po dražjih zdravstvenih storitvah. Pojavljajo se nove bolezni, ki povečujejo število obolelih ljudi in istočasno zahtevajo nove raziskave, zdravila, metode zdravljenja, kar vpliva na rast stroškov za zdravstveno dejavnost. Narašča tudi cena dela zaposlenih v zdravstvu, zlasti zdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja. Pomanjkanje ekonomske miselnosti in odgovornosti zaposlenih v zdravstvu za uspešno in stroškovno učinkovito poslovanje pa je tudi eden od dejavnikov, ki vpliva na naraščanje stroškov za zdravstveno varstvo in zdravstveno dejavnost.

Reševanje problema naraščanja stroškov za zdravstveno varstvo je v svetu zelo različno in odvisno od sistema zdravstvenega varstva posamezne države. Ne glede na različnost sistema zdravstvenega varstva je vsem državam skupno prizadevanje za izboljšanje zdravja, kar je v zadnjem času vse bolj v ospredju različnih interesov in prednostnega odločanja političnih strank in celotne družbe. Sistemi zdravstvenega varstva posameznih držav se razlikujejo po razmerju med vlogo trga - zasebnega sektorja in javnega sektorja. Cilj vsake države je zagotoviti tak sistem, ki bo na eni strani preprečeval socialne probleme po drugi strani pa ne bo za družbo predrag.

V magistrski nalogi bom predstavila in analizirala financiranje akutne bolnišnične obravnave (v nadaljevanju ABO) z namenom, da se obstoječi model nadgradi ter posodobi z vidika večje učinkovitosti poslovanja izvajalcev zdravstvenih storitev. Akutno bolnišnično obravnavo opredelimo kot skupek aktivnosti (opazovanje, diagnostika, zdravljenje), ki se nanašajo na celotno akutno zdravstveno oskrbo osebe v bolnišnici. Akutna bolnišnična obravnava se začne s sprejemom osebe v prvo od zdravstvenih služb bolnišnice, ki izvajajo akutni tip obravnave. Konča pa se z odpustom iz bolnišnice, s premestitvijo osebe v zdravstveno službo iste bolnišnice, ki ne izvaja akutnega tipa bolnišnične obravnave, ali s smrtjo osebe (Simon, Kelšin, Morovič, Božič, & Lavtar, 2006, str. 4).

Namen raziskave je, da analiziram obstoječ model financiranja najobsežnejše zdravstvene dejavnosti ter podam predloge, ki bi pripomogli k reševanju problematike ustreznega financiranja zdravstvenih storitev ter s tem povezanim obvladovanjem stroškov tako pri izvajalcih kot pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZVS), kot plačniku zdravstvenih storitev. Kot navaja Česen (1997, str. 7) so dobro izbrane oblike

plačevanja storitev zelo pomembno orodje obvladovanja stroškov. Učinkovitost je možno izboljšati v vseh segmentih in na vseh ravneh zdravstvenega sistema: pri zbiranju in razporejanju sredstev, pri zagotavljanju dostopnosti, pri izvajanju zdravstvenega varstva in pri zagotavljanju kakovosti (Keber, Leskovar, Kerstin Petrič, 2003, str. 45). Obvladovanje stroškov ni zmanjševanje ali omejevanje programov ali pravic zavarovanih oseb, temveč nadzorovano vlaganje v področje in njegov skladen razvoj v okviru gospodarskih možnosti družbe (Toth, 2003, str. 373).

Skupine primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP) so se razvile kot odgovor na naraščajoče stroške bolnišnic in krčenje zdravstvenih proračunov že v zgodnjih 80. letih. Prve študije in poskusna uvajanja so bila narejena v sodelovanju ameriških in avstralskih strokovnjakov, nato pa so se SPP uveljavile v številnih državah sveta. Čeprav SPP same po sebi ne vplivajo na kakovost storitev, pa jo v svojem bistvu pospešujejo, ker pospešujejo skrb za dobro klinično dokumentacijo in transparentne podatke bolnišničnih obravnav, pospešijo pa tudi razvoj kliničnih poti, povzema Wahl, Mate, & Yazbeck (2004, str. 689).

Ključni cilj uvajanja novega sistema razporejanja sredstev za bolnišnične obravnave je bil izboljšati pregled in pravičnost razporejanja sredstev ter plačevanje storitev, ki bi temeljil na enotnih merilih in bo tako omogočal boljšo primerljivost za izvajalce zdravstvenih storitev (Ceglar et al., 2008, str. 20). Zastavi se vprašanje, ali je ta cilj nekaj let po uvedbi spremenjenega financiranja uresničen. Model financiranja po sistemu SPP naj bi bil zamišljen kot izračun poštenega razmerja med posameznimi skupinami SPP z izhodiščem, da se za zdravljenje enakega primerljivega primera, ki naj bi potekalo na osnovi istih strokovnih smernic, porabi enako ali vsaj primerljivo vsoto finančnih sredstev. S poštenim šifriranjem brez pretiravanja in brezbržnosti do šifriranja, bomo lahko zagotovili stabilno finančno stanje ter strokoven razvoj tudi za prihodnje bolnike (Rems, Pikec, Urh, Škraba & Savec, 2004, str. 180).

Akutne bolnišnice so največji porabnik denarja, zato so vedno primarna tarča za vse sisteme racionalizacij (Markovič, 2008, str. 7). Sistemi plačevanja bolnišnic so se v preteklosti spreminjali, v zadnjih letih pa je v celotnem razvitem svetu vpeljan sistem, imenovan Diagnosis Related Groups (v nadaljevanju DRG), ki smo ga poslovenili kot sistem SPP. Z vzpostavitvijo modela SPP smo se tako tudi v zdravstvenem sistemu Slovenije podali na pot doseganja večje učinkovitosti, preglednosti, pravičnosti in primerljivosti. Stopili smo na pot razvoja sistema, ki bo omogočil usmeritev sredstev k trajnim potrebam državljanov, plačilo storitev pa povezal z zadovoljstvom uporabnikov in izidi zdravljenja. Šele z vzpostavitvijo kliničnih poti in smernic pa bomo zagotovili nadaljnjo rast kakovosti in varnosti, česar sistem SPP ne zagotavlja, navaja Marušič (2008, str. 9).

Na osnovi obravnave meril financiranja slovenskega zdravstva za ABO in izdelanih raziskav na področju realizacije primerov SPP sem poiskala in podala nekaj predlogov, ki

bi bili podlaga za nadgradnjo obstoječega modela financiranja v akutni bolnišnični dejavnosti po sistemu SPP.

V nalogi sem si zastavila naslednje cilje:

- poiskati prednosti, slabosti, priložnosti in pasti obstoječega modela financiranja v akutni bolnišnični obravnavi po sistemu SPP;
- preveriti ali ZZZS razpolaga z zanesljivimi podatki o realiziranih SPP v ABO;
- podati rešitve za pridobitev zanesljivejših oz. kvalitetnejših podatkov v ABO, ki bodo podlaga za pravičnejšo delitev finančnih sredstev izvajalcem zdravstvenih storitev;
- ugotoviti, ali se sredstva, namenjena za ABO pravično razporejajo med izvajalce zdravstvenih storitev;
- ugotoviti, ali izvajalci ABO, ki jim je priznana višja cena uteži, manj učinkovito porabljajo sredstva v primerjavi z izvajalci ABO, ki imajo nižjo ceno uteži;
- ugotoviti, ali smo se pri nas že soočili s stroškovno analizo posameznih primerov SPP, ki bi bila v pomoč pri primerjavi glede učinkovitosti zdravljenja posameznih primerov SPP med bolnišnicami na državni oz. mednarodni ravni.

Na raziskovalna vprašanja bom poskušala odgovoriti s pregledom stanja glede kakovosti in zanesljivosti podatkov v ABO ter z izvedeno empirično analizo, s katero bom preverila ali izvajalci ABO z nižjo ceno storitev težijo k prikazovanju zahtevnejših oziroma najdražjih primerov SPP in ali izvajalci z višjo ceno storitve ne ustvarjajo večjega presežka prihodkov nad odhodki kot izvajalci z nižjo ceno, ampak dodatna dobljena sredstva porabijo.

Ugotovitve in iz raziskave izvedeni zaključki bodo lahko teoretični ali metodološki prispevek na področju sistema financiranja ABO po sistemu SPP v Sloveniji. Prispevek k znanosti opravljenega dela je analiza vpliva sistema financiranja oz. obračunavanja storitev po sistemu SPP ter višine prihodkov na ekonomičnost poslovanja bolnišnic. Ustreznost razdeljevanja sredstev izvajalcem zdravstvene dejavnosti lahko opredelimo z različnih vidikov, med najpomembnejšimi je brez dvoma enakost plačil izvajalcem zdravstvene dejavnosti za enako opravljene storitve. Dokler obstaja neenakost med plačili različnim izvajalcem za enake storitve, pa obstaja težnja izvajalcev, da si zagotovijo čim višjo plačilo za opravljeno storitev. V nalogi sem zato raziskala povezavo med ceno storitev in prihodki oziroma poslovnim izidom slovenskih bolnišnic. Z računovodskega vidika je cilj javnega zavoda - bolnišnice poslovanje s pozitivno ničlo. Z raziskavo sem nekoliko osvetlila tudi učinkovitost poslovanja bolnišnice oziroma nagnjenje k neekonomični porabi v primeru višje priznanih cen za opravljene storitve ter s tem povezanim višjim prihodkom.

Magistrska naloga temelji na teoretičnem in empiričnem delu. Za lažje razumevanje in ilustracijo sem zbrane podatke prikazala v obliki tabel in slik. Z uporabo opisne statistike sem proučila trenutno uveljavljen model financiranja v akutni bolnišnični obravnavi in analizirala obseg in vrednost realiziranih SPP v letu 2013. Realizacija primerov SPP

predstavlja izvedbo zdravstvenih storitev s strani izvajalcev, ugotavljanje pravilnosti obračunanih storitev pa izvajajo nadzorni zdravniki ZZZS s finančno medicinskimi nadzori. V raziskavo sem vključila vse slovenske izvajalce zdravstvenih storitev, ki opravljajo akutno bolnišnično obravnavo.

Podlaga za raziskavo obstoječega modela financiranja v akutni bolnišnični obravnavi je Splošni dogovor<sup>1</sup> ter obstoječa strokovna literatura domačih in tujih avtorjev. Podatke, ki so podlaga za izdelavo analize sem uporabila iz interne baze podatkov ZZZS o opravljenih storitvah.

Magistrska naloga je razdeljena na tri poglavja. V uvodu je predstavljena obravnavana problematika, zastavljena so raziskovalna vprašanja ter opredeljen načrt raziskave. Prvo poglavje zajema opredelitev modela plačevanja za bolnišnično dejavnost v Sloveniji, prehod v nov model plačevanja po SPP ter splošno o sistemu SPP in o kriterijih za evidentiranje in plačevanje po sistemu SPP. V sklopu tega poglavja je pojasnjena tudi metodologija obračunavanja in izračuna cene za SPP, kot izhodišče za raziskovalni del. Drugo poglavje je namenjeno empiričnemu delu, v katerem ugotavljam ustreznost financiranja ABO. Prvi sklop tega poglavja obravnava realiziran obseg zdravstvenih storitev in povprečne uteži po izvajalcih zdravstvenih storitev v letu 2013 v primerjavi z letom 2012. Drugi sklop poglavja pa je namenjen raziskavi vpliva različnih cen storitev na prihodke izvajalcev ABO iz naslova SPP v letu 2013. Z izvedeno simulacijo poslovanja izvajalcev zdravstvenih storitev v primeru enotnih in povprečnih cen uteži so razvidni učinki na poslovni izid izvajalcev ABO. V tretjem poglavju so zbrani in strnjeni predlogi ter priporočila za izboljšavo obstoječega modela financiranja ABO po sistemu SPP. V tem poglavju sem izpostavila pomembnejša področja, katera je potrebno nujno izoblikovati in jih nadgrajevati za izboljšavo opisanega modela plačevanja. Poiskala sem možne rešitve za pridobitev zanesljivejših oziroma kvalitetnejših podatkov v ABO. Predstavila sem ugotovitve ali gre za dejansko preglednost in pravičnost razporejanja finančnih sredstev za zdravstvene storitve na nivoju države in med posameznimi izvajalci ali ne. Sledi tudi odgovor, ali se je Slovenija že soočila z nacionalno stroškovno analizo posameznih primerov SPP, ki bi bila v veliko pomoč pri primerjavi glede učinkovitosti poslovanja izvajalcev zdravstvenih storitev in zdravljenju bolnikov. V sklepnem delu so povzete poglavitne ugotovitve, do katerih sem prišla na podlagi teoretičnega preučevanja in izvedene empirične analize s področja financiranja ABO.

Zdravje postaja temeljna vrednota sodobne družbe, zato je izredno pomembno zagotoviti učinkovit zdravstveni sistem, ki bo zagotavljal učinkovito porabo sredstev že tako

---

<sup>1</sup> S Splošnim dogovorom partnerji (Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost Slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) določijo program zdravstvenih storitev in izhodišča za njegovo izvajanje ter oblikovanje cen v Republiki Sloveniji. Dogovor obsega področja oblikovanja in financiranja programov v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, zasebni zdravniški dejavnosti, zdraviliški dejavnosti in dejavnosti socialnih zavodov.



omejenih finančnih virov. S predlaganimi dopolnitvami in predlogi za izboljšavo obstoječega modela financiranja v akutni bolnišnični obravnavi bi prispevala k podrobnejšemu pregledu pri razporejanju finančnih sredstev namenjenih za zdravstvene storitve in celostnim pregledom nad stroški, ki pri obravnavi bolnika nastajajo. Tako bi bil mogoč vpogled na poslovanje posameznega izvajalca in s tem tudi omogočena primerjava učinkovitosti zdravljenja med izvajalci. Opisane rešitve bi prispevale k razvoju zdravstvenega sistema v slovenskem prostoru, saj bi omogočale večjo preglednost, pravičnost pri razporejanju finančnih sredstev, dvigu učinkovitosti izvajalcev in obvladovanju izdatkov za zdravstvene storitve. Ideja se lahko uresniči, če bi bile predlagane dopolnitve obstoječega modela financiranja po sistemu SPP vključene v prakso oziroma bodo zaživele v slovenskem zdravstvu. Prispevek k razvoju znanosti bo nadgradnja oz. nadaljnji razvoj obstoječega modela financiranja v ABO.

## **1 MODEL PLAČEVANJA PO SKUPINAH PRIMERJIVIH PRIMEROV V AKUTNI BOLNIŠNIČNI OBRAVNAVI**

Že uvodoma velja poudariti, da idealnega modela plačevanja izvajalcem zdravstvenih storitev ni. Vsak model ima svoje prednosti in slabosti (Česen, 1997, str. 50). Vsi dosedanji načini razporejanja sredstev zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji so sledili potrebam izvajalcev in ne državljanov. Slovenski modeli so v celoti zanemarili pomen dobre klinične prakse, saj v sistem niso vgradili kliničnih smernic. Tako ni bil vzpostavljen standardni opis poteka zdravljenja z izidom, kar bi omogočilo primerjavo kakovosti obravnav med izvajalci. Primerjava bi nato predstavljala spodbudo za nenehno izboljševanje opravljenega dela na podlagi aktivnega iskanja, prepoznavanja in odpravljanja napak.

Vsak model s svojimi značilnostmi, prednostmi in slabostmi različno vpliva na stroškovno učinkovitost, dostopnost in kakovost zdravstvenega varstva (Keber et al., 2003, str. 92).

Modele plačevanja lahko delimo na več načinov. Eden izmed načinov je delitev glede na merilo predvidljivosti. Poznamo dve skupini modelov in sicer retrospektivne in prospektivne modele (Česen, 1997, str. 10). Pri retrospektivnih modelih plačnik za višino izdatkov izve tedaj, ko mu izvajalec pošlje račun za opravljene zdravstvene storitve. Plačnik tako vnaprej ne more oceniti ali celo določiti velikost izdatkov v poslovnem letu. Retrospektivno plačevanje ima pomembno pomanjkljivost, saj se celotno tveganje obvladovanja stroškov zdravljenja prenese na plačnika, medtem ko za izvajalca ne obstajajo spodbude za iskanje načinov izvajanja dejavnosti, ki bi bile ob enaki kakovosti stroškovno ugodnejše. Retrospektivni modeli plačevanja tako najbolj ustrezajo interesom izvajalcev, saj dobijo plačilo za vse opravljene storitve. Posledici sta dobra kakovost zdravstvene oskrbe – bolnik je v središču pozornosti - ter močno naraščanje izdatkov za zdravstveno varstvo, slednje pa ob omejenih virih financiranja za plačnika ni sprejemljivo. Za plačnika so tako bolj sprejemljivi prospektivni modeli financiranja, saj lahko vplivajo na velikost prihodnjih izdatkov, ki so naprej predvidljivi. Prospektivni modeli omogočajo,

da se izvajalci in plačnik vnaprej dogovorijo za določeno plačilo za izvedbo dogovorjenega zdravstvenega programa. Tak način financiranja izvajalce sili k obvladovanju stroškov. Za modele plačevanja izvajalcem zdravstvenih storitev v Sloveniji je značilno, da so prospektivni. Modeli vnaprej omejujejo raven finančnih sredstev, do katerih je na podlagi realiziranega in vnaprej dogovorjenega programa upravičen izvajalec.

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

Specialistične bolnišnične obravnave so se v Sloveniji v preteklosti plačevale na podlagi opravljenih storitev, bolnišnično oskrbnih dni in primerov. V tabeli 1 so strnjene prednosti in pomanjkljivosti najpogostejših modelov plačevanja izvajalcem, ki so bili v veljavi pred uvedbo SPP.

*Tabela 1: Prednosti in pomanjkljivosti najpogostejših modelov plačevanja storitev izvajalcem*

<b>Način plačevanja</b>	<b>Prednosti</b>	<b>Pomanjkljivosti</b>
<b>Plačila po storitvah</b>	Izvajalci vedo vnaprej, za kaj in kako bodo plačani. Zagotovljena je preglednost nad opravljeneim delom. Možna je analiza in kontrola dela.	Spodbuja izvajalce k nepotrebnim storitvam. Lahko povečuje stroške dela.
<b>Plačila po primeru</b>	Izvajalec je plačan za končni rezultat dela. Stimulira izvajalca k minimiziranju stroškov poslovanja.	Izredna zahtevnost standardizacije. Izvajalci lahko zlorabijo diagnoze in standarde, ker jih plačnik komajda nadzoruje.
<b>Glavarina</b>	Enostavnost pri evidentiranju dela. Sistem ne sili zdravnikov k pretiranemu opravljanju storitev. Enostavnost pri uskladitvi stroškov z razpoložljivimi finančnimi sredstvi.	Zdravniku omogoča izbiro "cenejših" bolnikov. Vodi v premajhno preskrbljenost in zanemarjanje bolnikov. Onemogoča analizo dela zdravnikov.

## **1.1 Prehod v nov model plačevanja po skupinah primerljivih primerov**

Na podlagi preteklih modelov plačevanja izvajalcev zdravstvenih storitev se je izkazalo, da nobeden izmed njih ni temeljil na pravičnosti razdeljevanja finančnih sredstev namenjenih zdravstvenim storitvam. Vsi predhodni modeli razporejanja sredstev so sledili potrebam izvajalcev, ne pa potrebam bolnikov. Model plačevanja zdravstvenih storitev mora težiti k pravični razporeditvi sredstev za pravičen dostop do zdravstvenih storitev. Zaradi slednje

pomanjkljivosti, potrebi po obvladovanju stroškov in dvigu učinkovitosti izvajalcev, je bila nujno potrebna uvedba »pravičnejšega« modela plačevanja.

V razvitih državah se delež izdatkov za zdravstvo v BDP nenehno povečuje. Osnovni namen pavšalnih finančnih sistemov je znižanje stroškov za zdravstvo. Pavšalni sistem stimulira izvajalce zdravstvenih storitev k temu, da stroški ne presegajo predpisanega pavšalnega zneska. Ker je kriterij za uvrstitev v skupino glavna diagnoza in ne terapevtske storitve, je za izvajalca storitev to spodbuda, da obseg diagnostičnih in terapevtskih postopkov omeji na potreben minimum. Nadaljnji želeni učinki tega sistema so skrajšanje ležalnih dob in zmanjšanje bolnišničnih kapacitet in osebja. Vse to pa naj bi pripomoglo k znižanju stroškov in stabiliziranju nacionalne zdravstvene oskrbe (Ceglar et al., 2008, str. 17).

V letih 2000 do 2004 se je pod okriljem Ministrstva za zdravje izvedel Projekt razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva (v nadaljevanju RUSZV). Z njim je želela Vlada RS v sodelovanju s ključnimi institucijami s področja zdravstvenega varstva izboljšati obstoječ sistem zdravstvenega varstva tako, da bi zagotovila čim bolj racionalno rabo razpoložljivih sredstev in približala slovenski zdravstveni sistem standardom Evropske unije. Projekt je potekal v sodelovanju s Svetovno banko, sredstva za izvedbo projekta pa so bila zagotovljena s posojilom Mednarodne banke za obnovo in razvoj. Poleg predstavnikov Ministrstva za zdravje so pri projektu sodelovali tudi predstavniki ZZZS, Zdravstvenega sveta, Inštituta za varovanje zdravja, Zdravniške zbornice Slovenije, slovenskih bolnišnic, Ministrstva za finance, Ministrstva za informacijsko družbo, Urada predsednika vlade itd. Tako je pri projektu sodelovalo več kot 200 strokovnjakov s področja zdravstva. S projektom RUSZV je želela slovenska vlada vzpostaviti in vzdrževati dolgoročno stabilnost zdravstvenega sistema v Sloveniji. Tako je z namenom odprave pomanjkljivosti modela plačevanja po primerih, uvedla nov sistem financiranja po SPP.

Sistem SPP zahteva sodobno, varno in zanesljivo tehnično podporo. Tako je bil v okviru projekta RUSZV vzpostavljen projekt priprave računalniške informacijsko-tehnološke infrastrukture za varno in nadzorovano pošiljanje in obdelavo podatkov, ki se zbirajo v okviru zbirke bolnišničnih obravnav istega tipa na Inštitutu za varovanje zdravja RS, po novem preimenovan v Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ). To je tako imenovani sistem e-SPP, ki zagotavlja podatke o bolnišničnih obravnavah bolnišnic na nacionalni ravni. Seveda pa podatke o realizaciji izvajalcev sistema SPP zbira tudi ZZZS za potrebe financiranja akutne bolnišnične obravnave. V ta namen je uporabil svoj sistem, ki omogoča varovan elektronski prenos podatkov od izvajalca k ZZZS – računalniške izmenjave podatkov ali krajše RIP SPP. Oba nabora podatkov nista enaka, ker sta uporabna za različne namene, vendar sta usklajena glede definicij in zalog vrednosti.

Vpeljan model plačevanja po SPP temelji na metodi plačevanja primera po teži zahtevnosti obravnave. Vsak primer ima podobno stroškovno strukturo. Bolniki so razvrščeni v

skupine, za katere izvajalci porabijo približno enako finančnih sredstev. Pri oblikovanju v posamezne skupine SPP so ključne tri skupine podatkov: glavna in dodatna diagnoza ter pomembni klinični posegi. Mnenje Vlade RS, da bo denar sledil bolniku in ne potrebam izvajalcev, bi izboljšalo in povečalo dostopnost do zdravstvenih storitev državljanov, ki jih potrebujejo. Predlagan model plačevanja po SPP, vpeljan na področju akutne bolnišnične obravnave<sup>2</sup>, se je razvil kot odgovor na naraščajoče stroške zdravstvenih storitev in tudi zaradi večjega obvladovanja izdatkov zaradi krčenja zdravstvenih proračunov v preteklih obdobjih.

Pomemben cilj uvajanja novega modela financiranja je izboljšati preglednost in pravičnost razporejanja finančnih sredstev. Plačila storitev, ki naj bi temeljila na enotnih merilih bi tako izboljšala primerljivost med izvajalci zdravstvenih storitev. Tak način plačevanja služi izvajalcu tudi za strateško in operativno načrtovanje v akutni bolnišnični obravnavi. Izvajalci, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZZS, realizacijo storitev za akutno bolnišnično obravnavo evidentirajo prek računalniške izmenjave podatkov s poročili, ki se nanašajo na obvezno zdravstveno zavarovanje. Financiranje je prospektivno, kar pomeni, da je v pogodbi število primerov SPP oziroma uteži vnaprej določeno in ga ni mogoče preseči, razen v primeru prelivanja sredstev iz naslova podcenjenosti programa posameznega izvajalca, ki ga ZZZS kot plačnik izvede ob koncu leta.

Zaradi uvedbe modela plačevanja po SPP izvajalcem specialistične dejavnosti je bil potreben predhodni korak ločitve med akutno in neakutno bolnišnično obravnavo<sup>3</sup>. Ločitev je bila smiselna in potrebna zaradi kliničnih razlik med obema bolnišničnima obravnavama. Model plačevanja po sistemu SPP je uporaben le za akutno bolnišnično obravnavo, istočasno pa so lahko podatki primerljivi s preostalimi državami. ABO med sprejemom in odpustom ali premestitvijo iz bolnišnice poteka na urgentnem, intenzivnem ali običajnem oddelku. Obsega vse diagnostične in terapevtske posege, povezane z bolnikovo akutno ogroženostjo. Podobnost diagnoz, posegov in dolžine obravnave omogoča razvrstitev bolnikov v isto skupino SPP. V vsaki skupini imajo primeri podobno stroškovno strukturo. Glede na povprečne stroške vseh bolnišničnih primerov imajo skupine SPP različne stroške, ki jih izrazimo z utežjo posamezne skupine: utež določimo z razmerjem med povprečnimi stroški te skupine in ceno povprečnega bolnišničnega primera. Lahko pa uporabimo zahtevnejše pristope s standardnimi ali dejanskimi stroški oziroma s stroški dobre klinične prakse. Razponi med najcenejšimi in najdražjimi so lahko tudi stokratni, s tem pa se plačilo približa zahtevnosti primera (Keber, 2003, str. 120).

---

<sup>2</sup> Akutna bolnišnična obravnava (ABO) je skupek dejavnosti (opazovanja, diagnostike in zdravljenja), ki se nanaša na celotno akutno zdravstveno oskrbo osebe v bolnišnici. ABO se začne s sprejemom osebe v prvo izmed zdravstvenih služb bolnišnice, ki izvaja akutni tip obravnave. Konča se z odpustom iz bolnišnice, s premestitvijo osebe v zdravstveno službo iste bolnišnice, ki ne izvaja akutnega tipa bolnišnične obravnave.

<sup>3</sup> Neakutna bolnišnična obravnava praviloma predstavlja nadaljevanje akutne diagnostične in terapevtske bolnišnične obravnave. Obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo. Program neakutne bolnišnične obravnave izvajalci zaračunajo ZZZS na podlagi bolnišnično oskrbnih dni. Cena bolnišnično oskrbnega dne je določena v Dogovoru.

Z novim sistemom financiranja pridobiva predvsem bolnik sredstva, ki so bila porabljena za zdravljenje z ugotovljeno diagnozo in izvedenim postopkom. Tu ne gre samo za bolnika, ki je bil ozdravljen, ampak tudi za bolnika, ki bo v prihodnje zbolel z enako ali podobno diagnozo. S poštnim šifriranjem brez pretiravanja in brezbržnosti do šifriranja bomo lahko zagotovili stabilno finančno stanje ter strokovni razvoj tudi za prihodnje bolnike. (Rems et al, 2004, str. 180).

Financiranje akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP se je v Sloveniji pričelo izvajati v prvih mesecih leta 2004. Prvi odzivi ob uvedbi novega modela financiranja v ABO niso bili spodbudni. Negotovost ob uvedbi spremenjenega načina financiranja se je pokazala v odzivnosti izvajalcev. Od 1. aprila 2004 so v slovenskih bolnišnicah uvajali zbiranje podatkov in razvrščanje bolnikov v SPP kot fazo prehoda na financiranje po SPP. Tako so spremembe dodobra razburkale zdravstveni sistem na vseh nivojih. Glavne težave, s katerimi se je bilo potrebno spoprijeti v začetku, so bile nepoznavanje koncepta SPP, zaskrbljenost glede stroškovne odgovornosti zdravnikov in drugih pri morebitnem nepravilnem beleženju podatkov za SPP, zaskrbljenost o tem, kako bo plačevanje po SPP vplivalo na financiranje bolnišnic, premajhno poznavanje veljavne kvalifikacije bolezni in pravil za določanje diagnoz, slaba dostopnost in uporabniku neprijazna oblika šifranta in drugih pripomočkov za kodiranje (Wahl et al., 2004, str. 689).

Sprememba, ki ne naleti na nikakršen odpor, ponavadi ni sprememba, ampak nadaljevanje stanja, ki trenutno ustreza večini. Snovanje novih ključnih zmožnosti za uspešnost v prihodnosti, pa tudi učinkovito odzivanje na vplive, ki delujejo na organizacijo iz okolja – vse to so spremembe (Tavčar, 2005, str. 121). Dejstvo je da so veliki sistemi pogosto togi in zaprti. To se izkaže takrat, ko se bolnišnica sooči z nenadno in težavno spremembo. Pomembno je, da se spremembam prilagodi hitro in učinkovito.

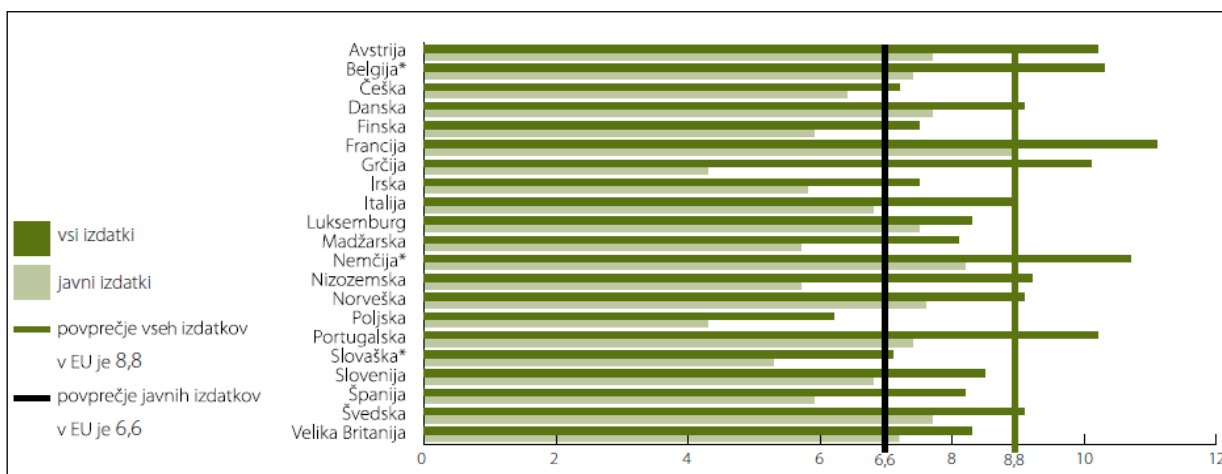
Čeprav so izvajalci prvotno izkazali nezadovoljstvo, vezano na uvedbo novega modela plačevanja v ABO, se je kmalu izkazalo, da so zelo hitro prepoznali pozitivne lastnosti sistema SPP. Avtorji (Wahl et al., 2004, str. 689) navajajo presenetljivo zanimivost, da so se ob uvajanju nove metode plačevanja zdravniki celo pretirano zanimali za finančne posledice kodiranja in vpliv SPP na notranjo delitev virov, npr. financiranje oddelkov in financiranje bolnišnic na splošno. V začetku je bila zaskrbljenost posledica pozivov zdravniškega sindikata po previdnosti pri kodiranju, kasneje pa znak, da so zdravniki in ostali prepoznali koristnost SPP in pomen vpliva kliničnih odločitev na porabo virov in potencialne ugodne učinke.

Danes je v svetu model plačevanja v ABO po sistemu SPP najbolj razširjen in razumen ter pregleden sistem plačevanja zdravstvenih storitev. Sistem SPP je bil prvotno razvit v 70. letih na univerzi Yale v ZDA po smernicah, pripravljenih v 60. letih po naročilu Health Care Financing Administration (HCFA). Ta državni urad je odgovoren za financiranje programov starejših in revnejših državljanov. Osnovno načelo sistema SPP je, da se vse

bolnišnične obravnave po indikatorjih, kot je na primer glavna diagnoza, razporedijo v natančnejše skupine primerov. Tako so se razvili številni sistemi SPP, ki vsi temeljijo na istem načelu; vsak pacient, vsak primer, vsaka bolnišnična obravnava v bolnišnici se razporedi v SPP. Od kliničnih podatkov je za razvrščanje v SPP v veliki večini primerov odločilna glavna diagnoza, pri čemer so glede na sistem pomembne tudi dodatne diagnoze ter izpeljani diagnostični in terapevtski postopki (Ceglar et al., 2008, str. 16).

Model SPP so poleg ZDA prevzele tudi druge države kot so Kanada, Avstralija, Skandinavske države, Italija, Avstrija, Francija, itd. Sedaj različne sisteme SPP uporablja že 25 držav po svetu. Razlog za uvedbo sistema SPP v številnih industrijskih državah je v tem, da se v teh državah delež BDP za izdatke v zdravstveni panogi povečuje. Osnovni namen pavšalnih finančnih sistemov je zniževanje stroškov za zdravstvo. Pavšalni sistem stimulira izvajalca storitev k temu, da stroški ne presegajo predpisanega pavšalnega zneska. Ker je kriterij za uvrstitev v skupino glavna diagnoza in ne terapevtske storitve, je za izvajalca storitev to spodbuda, da obseg diagnostičnih in terapevtskih postopkov omeji na potreben minimum. Želeni učinki takšnega sistema so tudi skrajšanje ležalne dobe in zmanjšanje bolnišničnih kapacitet in osebja. Vse to naj bi pripomoglo k znižanju stroškov in stabiliziranju nacionalne zdravstvene oskrbe.

*Slika 1: Delež sredstev za zdravstveno varstvo v odstotku BDP v letu 2007*



*Vir: Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2007, str. 14, slika III*

Če povzamem ključne ugotovitve, je model plačevanja po sistemu SPP uvedel naslednje pomembne novosti:

- uporabo modela plačevanja po sistemu SPP za ABO (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.

## **1.2 Sistem razvrščanja bolnišničnih obravnav in plačevanje po sistemu SPP**

### **1.2.1 Splošno o sistemu SPP**

Sistem SPP je primeren predvsem za obračunavanje opravljenega dela v bolnišnicah. Na podlagi statističnih izračunov je izračunana osnovna cena posameznega primera zdravljenja, s katero izvajalec obračuna svoje delo plačniku.

V sistem SPP so danes vključene le bolnišnične obravnave akutnega tipa, t.i. obravnave SPP, ki ne zajemajo vseh bolnišničnih obravnav, ampak približno 90 %.

#### **1.2.1.1 Osnovna struktura sistema SPP**

Vsaka bolnišnična obravnava se v sistemu SPP na podlagi glavne diagnoze in ob upoštevanju morebitnih drugih podatkov, dodatnih diagnoz in posegov, razporedi v določeno skupino.

Skupine se tvorijo na podlagi medicinskih podatkov, kot je diagnoza, pri čemer se upoštevajo tudi ekonomski parametri. Vsaka skupina vsebuje bolnišnične obravnave, ki zahtevajo podobno količino virov. To pomeni da je vsak SPP medicinsko ekonomska enota, ki sicer temelji na medicinskih značilnostih, vendar upošteva tudi stroške (uporabo virov). Tako so lahko v isti skupini zbrane tudi bolnišnične obravnave z različnimi glavnimi diagnozami ali s posegi, kadar so stroški primerljivi. V najboljšem primeru naj bi bila torej skupina tako z medicinskega kot ekonomskega vidika homogena, sistem pa naj bi vseboval le pregledno število skupin.

Homogenost skupin z vidika porabe virov (stroškov) je koristna predvsem za financiranje zdravstvenih storitev: za vsako bolnišnično obravnavo definirane skupine primerljivih primerov je določen pavšalni znesek. Tako je sistem kodiranja bolnišničnih obravnav povezan s sistemom financiranja.

Osnovna zahteva vsakega sistema SPP je, da je s pravili sistema mogoče razporediti vse primere.

#### **1.2.1.2 Motivi za vpeljavo sistema SPP v Sloveniji**

Ključni cilj uvajanja novega sistema razporejanja sredstev za bolnišnične obravnave je bil izboljšati preglednost in pravičnost razporejanja zdravstvenih sredstev ter plačevanja storitev, ki bo temeljil na enotnih merilih in bo tako omogočal boljšo primerljivost za izvajalce zdravstvenih storitev. Uvedba plačevanja po sistemu SPP na področju ABO

temelji na metodi plačevanja primera po zahtevnosti obravnave. Izgrajen model sledi načelu, da denar sledi bolniku.

Sistem SPP zagotavlja pravičnost in primerljivost razporejanja sredstev med posamezne izvajalce ter olajša načrtovanje prednostnih obravnav in nadzor nad delovanjem in stroški izvajalcev. Omogoča tudi preglednejšo razvrstitev in je natančnejše merilo zdravstvenih obravnav. Vendar pa SPP ne vpliva na kakovost dela kliničnega dela. Za spodbujanje dobre klinične prakse in kakovosti se v slovenskem zdravstvu z razvojem medicine in tehnologije uvajajo novi in izboljšani diagnostični postopki, ki jih spremlja tudi razvoj posameznih kliničnih smernic in kliničnih poti.

## **1.2.2 Izhodišče za slovenski sistem SPP**

### **1.2.2.1 Struktura avstralske različice SPP**

Avstralski sistem je v veljavi od leta 1998. Gre za način razvrščanja, ki vse stacionarne in delno stacionarne primere na podlagi diagnoz in postopkov razporedi v 661 skupin. Pri razporeditvi se upoštevajo:

- glavna diagnoza,
- dodatne diagnoze,
- postopki,
- različni drugi indikatorji za določitev težavnostne stopnje primera.

Glede na te podatke je bolnik uvrščen v enega izmed sistemov SPP z utežjo, ki določa plačilo za bolnišnično obravnavo. Kot za vse sisteme SPP je tudi za razvrstitev bolnišnične obravnave najpomembnejši dejavnik glavna diagnoza. Vsi primeri so najprej razporejeni v glavne skupine (*Major Diagnostic Categories* - MDC). V drugem koraku se MDC razporedi v osnovne skupine: v kirurško, nekirurško in drugo. Nekateri sistemi SPP so razdeljeni še v podrazrede ABCD z različno predvideno porabo virov. Sistem upošteva tudi dodatne diagnoze s petimi težavnostnimi stopnjami in ne le najtežje kot večina drugih sistemov SPP.

Ker niso vsi osnovni sistemi SPP (teh je 409) razdeljeni po kategoriji težavnostnih stopenj, je lahko število skupin (skupaj 661 SPP) ostalo razmeroma majhno. Združevanje in delitve SPP so bili uvedene na podlagi obsežnih kliničnih podatkov in nacionalnih stroškovnih analiz.

Razvoj lastnega sistema SPP za Slovenijo ni bil smiseln niti racionalen, saj zahteva veliko najrazličnejših virov, na primer številne medicinske strokovnjake – specialiste posameznega področja, metodološke strokovnjake, informatike, finančnike in tudi drugih virov (finančnih sredstev, prostorov, opremo).



Na področju medicine se vsak dan uvajajo novi postopki zdravljenja, odkrivajo se nove bolezni itd. Vse to pa zahteva neprestano prilagajanje sistema SPP, da bi ta čim bolj odražal dejansko stanje in sledil svojemu cilju zagotavljanja homogenih medicinsko ekonomskih kategorij. Tako na primer v Avstraliji približno vsaki dve leti izdajo novo različico sistema SPP, ki običajno temelji tudi na dopoljenih različicah klasifikacije bolezni in postopkov. Lahko povzamem, da bi oblikovanje lastnega sistema zagotovo povzročilo višje stroške kot pa uporaba že razvitih sistemov, kakršen je avstralski. Ne gre pa zanemariti dejstvo, da je potrebno slediti razvoju in sprejemati nove sodobnejše različice sistema razvrščanja, obenem pa sistem prilagajati lokalnim razmeram.

#### 1.2.2.2 Koda SPP

Za vsak primer, za vsako bolnišnično obravnavo se dodeli edina možna koda SPP, za katero je značilna štirimestna alfa numerična koda. To sestavljajo:

*črka 1 – številka 1 – številka 2 – črka 2 (na primer A01Z)* (1)

Črka 1 – oznaka glavne skupine oziroma skupine pred glavno skupino (pri skupini napak je prvi znak številka 9);

Številki 1 in 2 – oznaka osnovne skupine oziroma sub-MDC;

Črka 2 – oznaka morebitne delitve glede na težavnost.

*Tabela 2: Pomen delov imena SPP*

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

*Vir: J. Ceglar, Skupine primerljivih primerov: vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav in financiranju bolnišnic, 2008, str. 42*

V kateri primer SPP se bo uvrstil bolnik, vplivajo tri skupine podatkov (glavna diagnoza, dodatna diagnoza in diagnostični postopki), med katerimi je najbolj pomembna glavna diagnoza. Definirana je kot stanje, za katero se po pregledu celotne bolnikove dokumentacije izkaže, da je glavni razlog za to, da je izvajalec bolnika sprejel v bolnišnično obravnavo.

Glavna diagnoza je diagnoza glavne bolezni ali stanja, ki je bilo vzrok bolnišnične obravnave istega tipa. Za to diagnozo po končni študiji popisa bolezni se predpostavlja, da je bila v največji meri vzrok za ABO osebe v bolnišnici. Glavno bolezen ali stanje opredelimo ob koncu obravnave istega tipa kot glavni vzrok, zaradi katerega je oseba potrebovala zdravljenje ali preiskavo.

Dodatna diagnoza je bolezen ali stanje, ki je že obstajalo ob sprejemu ali pa je nastalo med bolnišnično obravnavo. Med dodatne diagnoze uvrščamo tudi zunanje vzroke obolevnosti. Dodatna diagnoza pomembno vpliva na zdravljenje osebe, se zaradi nje zaplete zdravljenje osebe, lahko pa je zunanji vzrok poškodbe ali zastrupitve. Dodatne diagnoze so tiste, ki jih beležimo ob glavni diagnozi. Mora se beležiti in kodirati, če je kakorkoli vplivala na bolnišnično obravnavo. Za namen razvrščanja v SPP kot dodatne diagnoze opredelimo vsa stanja, ki vplivajo na obravnavo osebe tako, da zaradi njih potrebuje bodisi dodatno zdravljenje, dodatne preiskave, zahtevnejšo nego ali dodatno spremljanje.

Kodiranje posegov je bilo ob uvajanju sistema SPP v Sloveniji velika novost, saj z izjemo kirurških in nekaterih drugih večjih posegov ni bilo beleženja posegov. Z uvedbo SPP pa so posegi zelo pomemben dejavnik, ki lahko odloča o tem, koliko bo bolnišnica plačana za oskrbo določenega bolnika.

Obvezen je naslednji vrstni red beleženja postopkov:

- postopek, opravljen za zdravljenje glavne bolezni ali stanja;
- postopek, opravljen zaradi zdravljenja dodatnih bolezni ali stanj;
- diagnostični postopek, povezan z glavno boleznijo ali s stanjem;
- diagnostični postopek, povezan z dodatno boleznijo ali s stanjem.

Vrstni red se določi po pomembnosti terapevtskega ali diagnostičnega postopka. Kirurške postopke beležimo in kodiramo pred nekirurškimi. Ne kodirajo se postopki, ki so sestavni deli drugih postopkov. Kirurški posegi so podskupina terapevtskih in diagnostičnih postopkov.

### **1.2.3 Stroški in plačila**

V izračun SPP spadajo vsi stroški dela, vključno s stroški bruto plač, materialni stroški in amortizacija, povezani z izvajanjem programa akutne bolnišnične obravnave.

Vsi izvajalci akutne bolnišnične obravnave v Sloveniji uporabljajo isti nabor SPP. Praviloma splošne bolnišnice realizirajo širši nabor SPP, specialne bolnišnice in zasebni izvajalci s koncesijo za program akutne bolnišnične obravnave pa ožji nabor SPP. Največji nabor SPP je značilen za terciarne univerzitetne bolnišnice.

Povprečna cena ene uteži SPP, t.i. cena enke, je količnik med vsoto načrtovanih sredstev za ABO in načrtovano vsoto uteži za SPP za vse izvajalce v Sloveniji. Cena enke se določi vnaprej na podlagi veljavnih pogodb in aneksov med ZZZS in izvajalci ABO ter izhodišč za izračun cen zdravstvenih storitev, skladno z vsakoletnim splošnim dogovorom.

Cena enke je osnova za finančni izračun cene določenega sistema SPP. Ta se izračuna kot zmnožek med utežjo posameznega sistema SPP in povprečno ceno ene uteži za SPP (cena enke). Cena določenega SPP, ki ima utež, večjo kot ena, je višja od cene enke. Ravno nasprotno pa velja za ceno določenega SPP, katerega utež je manjša od 1.

Povprečna utež se izračuna kot količnik vsote uteži vseh sistemov SPP v neki določeni časovni enoti in vsote števila SPP:

$$\text{Indeks SPP} = \frac{\text{vsota relativnih uteži SPP}}{\text{vsota števila SPP}} \quad (2)$$

Indeks SPP lahko izračunamo na ravni države, posameznega izvajalca, bolnišnice, bolnišničnega oddelka ali več oddelkov skupaj, odvisno od namena. Indeks SPP izraža povprečno ekonomsko utež izvajalca oziroma bolnišnice ali oddelka. Iz indeksa SPP ni mogoče zanesljivo sklepati o povprečni medicinski težavnosti primera, saj ta odraža predvsem ekonomsko utež.

Finančni načrt izvajalca, se za programe, kjer obračunavajo po sistemu SPP, izračuna po naslednji formuli:

$$\text{Finančni načrt} = \text{Indeks SPP} \times \text{število SPP} \times \text{povprečna cena uteži (cena enke)} + \text{sredstva za terciarno dejavnost}^4 \quad (3)$$

### 1.2.3.1 Obstoječa metodologija plačevanja programa ABO po metodi SPP

Trenutno v Sloveniji še nismo prešli na obračun, ki bi v celoti temeljil na metodologiji SPP. Razlog je v razdelitvi finančnih sredstev med izvajalce zdravstvenih storitev, ki se je uporabljala v preteklosti. Tako so nekateri izvajalci, če primerjamo izračun sredstev ABO

<sup>4</sup> Terciarna dejavnost vključuje program učenja, program usposabljanja za posebno znanje, program razvoja in raziskovanja ter izvedenost v subspecialnih timih, subspecialnih laboratorijih interdisciplinarnih ekspertnih konzilijih itd. Univerzitetne klinike so zaradi opravljanja terciarne dejavnosti upravičene do dodatka k ceni uteži (ceni enke) za SPP.

po metodologiji SPP z zgodovinsko dodeljenimi sredstvi, podcenjeni (pri 100 % uvedbi obračunskega sistema SPP bi morali del sredstev še pridobiti), drugi pa precenjeni (pri 100 % uvedbi obračunskega sistema SPP bi morali del sredstev izgubiti).

Takojšnja popolna uveljavitev obračunskega sistema SPP bi precenjenim izvajalcem povzročila velike težave v poslovanju, zato je bila sprejeta odločitev za postopno prelivanje sredstev od precenjenih k podcenjenim izvajalcem. Odstotek načrtovanih sredstev za ABO, ki ga izvajalec lahko izgubi v posameznem koledarskem letu, je določen v Splošnem dogovoru med izvajalci in plačnikom zdravstvenih storitev. Precenjenim izvajalcem je omogočena tudi prilagoditev programa obračunskemu sistemu SPP in sicer s povečanjem produktivnosti, z načrtovanjem in realizacijo večjega števila SPP ter z delnim prestrukturiranjem programa akutne obravnave v neakutno obravnavo ali specialistično ambulantno dejavnost. Pri tem pa se sledi cilju, da bi se čakalne dobe za operacije, preglede ali diagnostične posege skrajšale. Splošni dogovor izvajalce zdravstvenih storitev zavezuje, da so dolžni prispevati z zmanjšanjem števila neustreznih sprejemov v akutno obravnavo, v kolikor bi bili bolniki lahko učinkoviteje obravnavani v specialistični ambulantni dejavnosti. Zaradi omejenih sredstev in dolgih čakalnih dob so partnerji v Splošnem dogovoru določili program, kateri zavezuje izvajalce, da operacije oziroma posege prednostno realizirajo in s tem pripomorejo h krajšim čakalnim dobam. V kolikor izvajalec v okviru svojega programa bolnika ne more obravnavati takoj, ga je dolžan vključiti v čakalno knjigo v skladu z navodili ZZZS. Za operacije in posege ZZZS z izvajalci dogovori čakalno dobo. Najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve določa Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, ki velja za izvajalce zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe. NIJZ na svoji spletni strani mesečno objavlja podatke o pričakovani čakalni dobi za posamezne zdravstvene storitve in sicer po stopnjah nujnosti in po izvajalcih, medtem ko ZZZS na svojih straneh objavlja pogodbeno dogovorjene čakalne dobe. Objavljen je seznam za vsakega izvajalca posebej in za storitve, po katerih zavarovane osebe najpogosteje povprašujejo.

Poleg ugotavljanja omenjene precenjenosti oziroma podcenjenosti programa temelji letni obračun ABO tudi na realizaciji tako imenovanih prospektivnih programov<sup>5</sup>. Gre predvsem za zdravstvene storitve, za katere imamo ali smo imeli v Sloveniji dolge čakalne vrste, na primer za operacijo sive mreže, kolka, kolena, kile, žolčnih kamnov, operacije na odprtem srcu itd. Seznam prospektivno načrtovanih storitev v ABO je določena v vsakoletnem Splošnem dogovoru. Vrsta in količina zdravstvenih storitev je v pogodbi med ZZZS in izvajalci posebej dogovorjena. Realizacije pogodbeno dogovorjenega načrta za te storitve ni mogoče nadomestiti z realizacijo drugih zdravstvenih storitev.

---

<sup>5</sup> V prospektivni program sodijo tisti SPP, ki jih mora izvajalec prednostno izvesti z namenom, da se skrajšujejo čakalne dobe za posamezne programe ali ker morajo biti izvedeni takoj (porodi, zdravljeni rakavih bolnikov ipd).

## 1.2.4 Dokumentiranje bolnišničnih obravnav in kodiranje

V kateri SPP bo uvrščen bolnik, je odvisno od treh vrst podatkov, med katerimi je najpomembnejša glavna diagnoza, definirana kot stanje, za katero se po pregledu celotne bolnikove dokumentacije oziroma po končanem zdravljenju izkaže, da je glavni razlog za sprejem bolnika v bolnišnično obravnavo. Zdravniki so neposredno vključeni v pripravo medicinske dokumentacije s popisom bolezni postopkov, ki je temelj za razvrščanje v SPP. Kakovostna dokumentacija je pri razvrščanju temeljnega pomena.

Za zagotovitev točnega in poenotenega dokumentiranja bolnišničnih obravnav na nacionalni ravni so v Sloveniji pripravljene naslednji dokumenti:

- Metodološka navodila za zbirko bolnišničnih obravnav istega tipa in
- Splošna in specialna navodila za kodiranje.

V prvem dokumentu, ki ga imamo v Sloveniji že vse od vpeljave SPP v letu 2003, je podrobno opisan nabor podatkov, ki se poroča tudi za namene razvrščanja v SPP. Vsak podatek je podrobno definiran, navedena je zaloga vrednost ipd.

Za poenotenje vsebinskega opisa bolnišničnih obravnav v Avstraliji uporabljajo navodila za kodiranje (Australian Coding Standards), ki so sestavni del njihove klasifikacije bolezni in postopkov (ICD-10-AM) in predstavljajo peto knjigo klasifikacije. Za slovenske potrebe so bila splošna navodila za kodiranje prevedena in prirejena že v okviru projekta RUSZV.

Uvajanje SPP je spodbudilo intenzivno zavedanje in razmišljanje o kakovosti podatkov in je zagotovo izboljšalo kakovost medicinske dokumentacije v bolnišnicah. Nadzor nad ustreznostjo kodiranja je ključni sestavni del procesa uvajanja SPP.

Notranji nadzor mora potekati (Ceglar et al., 2008, str. 62):

1. Izberemo primere, ki so že bili kodirani. Za revizorja se izbere oseba ki ni opravila prvotnega kodiranja. Naloga le tega je ponovna delitev ustrezne kode izbranim primerom, ne da bi bil prej seznanjen s prvotno dodeljenimi kodami za posamezni primer;
2. Primerjajo se rezultati prvotnega in ponovnega kodiranja. Primere, pri katerih je prišlo do spremembe uvrstitve v SPP, ponovno pregleda oseba, ki je določila prvotno kodiranje;
3. Ugotovijo se razlogi za napako, ki so lahko različni. Na primer pomanjkljiva ali slaba dokumentacija, vključno s klinično dokumentacijo in z rezultati preiskav, napaka koderja zaradi pomanjkanja kliničnega znanja ali napačne uporabe kodirnih standardov in pravil. Ugotovitve so skupaj s priporočili, namenjeni zmanjšanju ugotovljenih napak v prihodnje;
4. Rezultati in priporočila so predložena vodilnim in izvršilnim organom bolnišnice;
5. Ponovno posredovanje podatkov za zunanje zbirke;

## 6. Izvajanje ukrepov za odpravo napak.

Deset zlatih pravil za kodiranje so pripravili nemški strokovnjaki in služijo v pomoč pri odpravljanju najpogostejših napak pri kodiranju (Ceglar et al., 2008, str. 65):

1. pravilno kodiranje,
2. pravilna postavitev glavne diagnoze,
3. identifikacija vseh dodatnih diagnoz,
4. dokumentiranje vseh pomembnih posegov,
5. pravilno vneseni vsi podatki,
6. pravilno vneseni splošni podatki (spol, teža, tip odpusta),
7. pravilno izbran SPP, ki odraža vrsto zdravljenja,
8. skladnost SPP s pričakovano glavno diagnostično skupino (MDC),
9. odraz SPP v kirurški aktivnosti (SPP 01-39),
10. redkost napačnih SPP.

### **Klinična pot v povezavi s sistemom SPP**

Klinična pot je obrazec, ki opisuje običajni način obravnave za posamezne vrste bolnikov. Njihova uvedba navadno povzroči zmanjšanje števila napak, spodbujanje multidisciplinarnega skupinskega dela in zagotavljanje boljše podlage za obveščanje bolnikov in njihovih sorodnikov glede obravnave, ki jo lahko upravičeno pričakujejo. Klinične poti se po vsem svetu uporabljajo za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev, največ v Avstraliji, Veliki Britaniji, na Irskem, v ZDA, na Novi Zelandiji, v Franciji, Nemčiji in drugod. Začetki na tem področju v Sloveniji segajo v leto 2002, ko so vzorčne klinične poti začeli pripravljati v petih slovenskih bolnišnicah. Pričakovati je mogoče, da bo nadaljnji razvoj sledil dinamiki razvoja SPP.

V razvitih sistemih SPP je klinična pot običajno podlaga in argument za spreminjanje SPP, vse bolj pa je lahko tudi nujni pogoj za pogodbene odnose med plačniki in izvajalci. Klinična pot je lahko tudi osnova za notranje razporejanje virov, okvir za interno klinično presojo, instrument za razvijanje timskega dela itd.

#### **1.2.5 Model načrtovanja in plačevanja ABO po metodologiji SPP**

Za vrednotenje, plačevanje in za obračunavanje akutnih bolnišničnih obravnav na podlagi SPP se uporablja nacionalna cena uteži za primer iz priloge 1. Cena uteži za primer izvajalca se določi na podlagi:

- cene uteži za primer iz priloge 1,
- dodatka k ceni uteži za primer izvajalcem, ki opravljajo terciarno dejavnost. Ta se izračuna posebej za Terciar I in Terciar II, in sicer kot razmerje med planirano

vrednostjo programa terciarne dejavnosti izvajalca (posebej za Terciar I in II) in planiranim številom uteži izvajalca.

Skupni plan primerov in uteži za posameznega izvajalca za tekoče pogodbeno leto se določi na osnovi plana primerov in uteži iz pogodbe preteklega leta in širitev primerov in uteži iz Splošnega dogovora. Skupna vrednost programa akutne bolnišnične obravnave s terciarjem II in ocenjena pogodbeno vrednost programa posameznega izvajalca temelji na planiranem obsegu programa (ocenjeni plan uteži) iz preteklega pogodbenega leta in na ceni uteži za primer izvajalca brez dodatka za terciar I.

### 1.2.6 Izvajalci ABO po metodologiji SPP

Program akutne bolnišnične obravnave po metodologiji SPP izvajajo naslednji izvajalci<sup>6</sup>:

1. Univerzitetni klinični center Ljubljana,
2. Univerzitetni klinični center Maribor,
3. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik,
4. Onkološki inštitut Ljubljana,
5. Ortopedska bolnišnica Valdoltra,
6. Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna,
7. Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj,
8. Bolnišnica Sežana,
9. Bolnišnica Topolšica,
10. Splošna bolnišnica Celje,
11. Splošna bolnišnica Izola,
12. Splošna bolnišnica Jesenice,
13. Splošna bolnišnica Nova Gorica,
14. Splošna bolnišnica Novo mesto,
15. Splošna bolnišnica Murska Sobota,
16. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec,
17. Splošna bolnišnica Brežice,
18. Splošna bolnišnica Ptuj,
19. Splošna bolnišnica Trbovlje,
20. Artros
21. Estetika Fabjan
22. Iatros, dr.Košorok
23. Kirurški center Toš,
24. Kirurški sanatorij Rožna dolina d.d.,
25. MC Medicor d.d.,
26. Kirurgija Bitenc d.o.o.,
27. ZZ za kardiovaskularno dejavnost, dr. Tomislav Klokočovnik,
28. Arbror mea d.o.o.
29. Drugi zasebni izvajalci, ki pridobijo koncesijo za izvajanje programa v akutni bolnišnični obravnavi

Izvajalci storitve akutne bolnišnične obravnave ZZZS obračunavajo na podlagi SPP. Seznam SPP s pripadajočimi utežmi je določen v prilogi 1. Obračun storitev ABO, ki se krijejo iz državnega proračuna, vključuje vse opravljene storitve, ovrednotene na podlagi nastalih stroškov oziroma samoplačniških cenikov izvajalcev, vendar največ do ravni,

---

<sup>6</sup> Vrste izvajalcev: med nacionalne bolnišnice sodijo izvajalci pod zaporedno številko od 1 do 5, med lokalne bolnišnice izvajalci pod zaporedno št. od 6 do 9 in od 17 do 19, med regionalne bolnišnice izvajalci pod zaporedno št. od 10 do 16, med zasebnike pod zaporedno št. od 20 do 28).

opredeljene na podlagi povprečne cene obteženega primera na nacionalni ravni in relativne cene storitve akutne bolnišnične obravnave na podlagi SPP.

### **1.3 Financiranje terciarne dejavnosti v sistemu SPP**

Vprašanje financiranja terciarja je eno najzanimivejših področij SPP tako v Sloveniji, kot v vseh drugih državah, ki uvajajo SPP. Pretežni del raziskovalnega dela v poglavju 2.3. je zato posvečenega ravno problematiki financiranja terciarne dejavnosti v okviru storitev SPP.

Terciarna dejavnost zagotavlja izvajanje najvišje izvedenske (ekspertne) ravni zdravstvene oskrbe, raziskovanja, razvoja in uveljavljanja novega znanja s področij nacionalne patologije ter prenos znanja in usposobljenosti na zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce vseh stopenj in oblikovanje usmeritev za celo državo ali pomemben del države.

Terciarna dejavnost se ovrednoti na podlagi programa, opredeljenega z merili, in obračuna kot dodatek k ceni. Sestavljena je iz t.i. Terciar I in Terciar II.

Terciar I predstavlja program učenja, program usposabljanja za posebna znanja, program razvoja in raziskovanja ter vzpostavitve in koordiniranje nacionalnih evidenc in nacionalnega registra bolezni. Program učenja obsega podiplomsko izobraževanje: specializacija, znanstveni magisterij in doktorat. Program usposabljanja za posebna znanja pa obsega usposabljanja, ki so organizirana znotraj terciarnih zavodov za zunanje zdravstvene delavce in sodelavce v smislu prenosa znanja in najnovejših dognanj iz prakse in literature v prakso na konkretnem zdravstvenem področju in daljša usposabljanja (en mesec in več) v tujini za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce terciarnega zavoda. Program razvoja in raziskovanja obsega raziskovalne (aplikativne, klinične) in razvojne projekte, ki zagotavljajo napredek v izvajanju najvišje izvedenske (ekspertne) ravni zdravstvene oskrbe ter oblikovanje usmeritev zdravstvene oskrbe za celo ali pomemben del države.

Terciar II obsega:

- najvišjo stopnjo usposobljenosti zdravstvenih timov na posameznem strokovnem področju (subspecialni timi), vključno s podpodročji (subspecializacija),
- ozko specializirane laboratorije, diagnostične in terapevtske enote,
- trajno ali občasno horizontalno povezanost več strok za najboljše reševanje problemov zdravstvene oskrbe (interdisciplinarni ekspertni konziliji).

Izvajalci terciarne zdravstvene dejavnosti so zdravstveni zavodi oz. oddelki zdravstvenih zavodov z nazivom klinika, klinični oddelek ali inštitut, ki ga podeli Ministrstvo za zdravje skladno s Pravilnikom o pogojih za pridobitev naziva klinika oziroma inštitut in zato izda ustrezno odločbo.



Danes so izvajalci terciarne zdravstvene dejavnosti, ki izvajajo ABO: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerzitetni klinični center Maribor, Onkološki inštitut Ljubljana, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik ter Psihiatrična klinika Ljubljana.

Izvajalci morajo sprejeti plan dela v okviru terciarne dejavnosti: načrtovano porabo sredstev v terciarju, dejansko porabo po postavkah in ob koncu poslovnega leta posredovati poročilo o realizaciji. Plan in dejanska poraba vsebujeta naziv, količino in vrednost postavk. Izvajalci posredujejo poročilo ZZZS in Ministrstvu za zdravje.

## **2 ANALIZA EVIDENTIRANJA AKUTNE BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE**

V tem poglavju se posvetim analizi realiziranih in zabeleženih primerov SPP, s katero bom preverila ali izvajalci ABO z nižjo ceno storitev težijo k prikazovanju zahtevnejših oziroma dražjih primerov SPP in kako porabijo dodatno dobljena sredstva.

Preverila bom tudi povezavo med ceno storitve in prihodki oziroma poslovnim izidom slovenskih bolnišnic. Z raziskavo želim osvetliti učinkovitost poslovanja bolnišnic oziroma nagnjenje k neekonomični porabi v primeru višje priznanih cen za opravljene storitve ter s tem povezanim višjim prihodkom.

V empiričnem delu bom raziskala dva dejavnika, ki vplivata na višino prihodkov in poslovanje bolnišnic. Prvi dejavnik je obseg realiziranih SPP in povprečne uteži, drugi pa je vpliv različnih cen storitev po SPP na poslovanje bolnišnic. Raziskava je razdeljena na dva dela. V prvem delu (poglavje 2.2) obravnavam realiziran obseg storitev in povprečne uteži po izvajalcih v letu 2013, primerjano s predhodnim letom. Prikazanih je deset najpogostejših SPP, to je tistih, ki so v letu 2013 najbolj pripomogli k dvigu povprečne uteži ter gibanje realizacije najdražjih SPP in zmotnih primerov SPP. Izdelana je tudi primerjava povprečnih cen na storitev in povprečnih cen ene uteži po izvajalcih v letu 2013. V drugem delu raziskave (poglavje 2.3) pa so obravnavani prihodki izvajalcev ABO iz naslova SPP v letu 2013 in po kakšnih cenah obračunavajo SPP. V tem delu bom poskušala odgovoriti na vprašanje kaj pomeni uvedba enotnih cen storitev na poslovne rezultate izvajalcev ABO. Izvedena je simulacija poslovanja izvajalcev v primeru enotnih, povprečnih cen uteži.

### **2.1 Podatki za analizo realizacije zabeleženih primerov SPP**

Z namenom ugotoviti, ali se cilji vzpostavitve modela financiranja po sistemu SPP uresničujejo, je smiselna in potrebna tudi analiza evidentiranih primerov SPP v ABO. V

nadaljevanju izdelana analiza temelji na zbranih podatkih iz poročil o opravljenih storitvah v ABO, ki so jih izvajalci v letih 2012 in 2013 evidentirali. Podlaga za obdelavo podatkov je baza podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah, ki se evidentirajo v ZZZS.

Analizirani podatki po posameznih izvajalcih in SPP so prikazani v tabelah, slikah in prilogah magistrskega dela. Ugotovitve in zaključki analiz realiziranih primerov SPP bodo lahko neposredno v pomoč pri usmerjanju finančno medicinskih nadzorov pri izvajalcih ABO, v pomoč pri pripravi Splošnega dogovora in drugih aktih ter aktivnostih ZZZS kot plačnika zdravstvenih storitev.

V raziskavo je zajetih 28 javnih in zasebnih izvajalcev, ki izvajajo akutno bolnišnično obravnavo in obračunavajo storitve po sistemu SPP. V delu, kjer prikazujem vpliv enotnih povprečnih cen uteži na poslovni rezultat, so zaradi nerazpoložljivih bilančnih podatkov pri zasebnih izvajalcih zajeti le javni izvajalci ABO (19 slovenskih bolnišnic).

## **2.2 Obseg opravljenih in evidentiranih SPP**

### **2.2.1 Število primerov in uteži**

Izvajalci so v letu 2013 evidentirali 346.940 primerov (515.333 uteži), kar je za 878 primerov in 4.683 uteži več kot v letu 2012. Opravljeno delo je na podlagi seznama SPP evidentiralo 28 izvajalcev, od tega 19 bolnišnic in 9 zasebnih izvajalcev.

Tabela 3 prikazuje, da 17 izvajalcev izkazuje v letu 2013 več primerov kot v letu 2012. Najvišjo rast so zabeležili 4 zasebni izvajalci (Kirurški center Toš, M. Bitenc, Zdravstveni zavod za kardiovaskularno dejavnost in Iatros). Večina splošnih bolnišnic beleži indekse od 100 do 103, razen SB Murska Sobota in SB Novo mesto, ki sta v letu 2013 zabeležili manjše število primerov kot v letu 2012. Manjše število primerov kot v letu 2012 izkazujeta tudi oba univerzitetna klinična centra, Onkološki inštitut Ljubljana, Bolnišnica Topolšica, Bolnišnica Postojna ter 3 zasebni izvajalci (Artros, MC Medicor in Estetika Fabjan).

Hkrati je iz tabele 3 razvidno, da ima v letu 2013 v primerjavi z letom prej, 6 izvajalcev evidentiranih manj primerov, imajo pa večje število uteži, kar pomeni, da so v letu 2013 obravnavali več zahtevnih primerov kot v letu 2012. Največje odstopanje izkazujeta Splošna bolnišnica Murska Sobota in UKC Maribor.

Tabela 3: Število realiziranih primerov in uteži po izvajalcih, 2012 in 2013

vrsta bol.	Izvajalec	Število primerov 2012	Število primerov 2013	Indeks 2013/2012	Število uteži 2012	Število uteži 2013	Indeks 2013/2012
NACIONALNE	UKC MARIBOR	45.595	45.543	99,9	70.335,26	73.159,07	104,0
NACIONALNE	UKC LJUBLJANA	99.290	98.927	99,6	168.918,92	166.721,27	98,7
NACIONALNE	ONKOLOŠKI INŠTITUT V LJUBLJANI	13.276	13.185	99,3	17.112,75	16.531,46	96,6
NACIONALNE	BOLNIŠNICA GOLNIK	8.748	8.768	100,2	11.698,34	11.474,71	98,1
REGIONALNE	SPLOŠNA BOLNIŠNICA JESENICE	12.253	12.540	102,3	17.358,19	17.499,78	100,8
REGIONALNE	SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO	20.062	19.666	98,0	27.397,81	27.317,83	99,7
REGIONALNE	SPLO. BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC	14.618	14.939	102,2	20.543,15	20.699,84	100,8
REGIONALNE	SPL. BOL.DR.FRANC DERGANČ NOVA G	16.682	17.045	102,2	21.028,33	22.728,63	108,1
REGIONALNE	SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE	34.540	34.553	100,0	47.953,56	47.770,01	99,6
REGIONALNE	SPL. BOLNIŠNICA M.SOBOTA	17.637	17.441	98,9	22.364,40	23.579,83	105,4
REGIONALNE	SPLOŠNA BOLNIŠNICA IZOLA	14.516	14.870	102,4	18.003,02	18.731,86	104,0
LOKALNE	SPL.BOLNIŠNICA DR.J.POTRČA PTUJ	9.024	9.294	103,0	10.615,31	10.854,34	102,3
LOKALNE	SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE	6.358	6.549	103,0	7.696,83	7.891,90	102,5
LOKALNE	SPLOŠNA BOLNIŠNICA BREŽICE	6.054	6.156	101,7	7.250,58	7.452,10	102,8
NACIONALNE	ORTOPEDSKA BOLNICA VALDOLTRA	5.925	5.941	100,3	14.626,46	14.823,68	101,3
LOKALNE	BOLNIŠNICA ZA GIN.IN POROD.KR	4.387	4.406	100,4	3.878,91	3.848,87	99,2
LOKALNE	BOLNIŠNICA SEŽANA	670	670	100,0	1.003,66	987,82	98,4
LOKALNE	BOLNIŠNICA POSTOJNA	4.960	4.508	90,9	5.009,98	4.670,78	93,2
LOKALNE	BOLNIŠNICA TOPOLŠICA	3.480	3.380	97,1	5.992,07	5.404,93	90,2
ZASEBNE	MC MEDICOR D.D.	1.895	1.749	92,3	5.686,36	5.675,12	99,8
ZASEBNE	IATROS-DR.KOŠOROK	1.984	2.125	107,1	1.044,48	1.109,56	106,2
ZASEBNE	KIRURŠKI SANATORIJ ROŽNA DOLIN	2.680	2.716	101,3	2.955,00	3.134,04	106,1
ZASEBNE	KIRURŠKI CENTER TOŠ	230	406	176,5	189,36	367,60	194,1
ZASEBNE	ESTETIKA FABJAN D.O.O.	152	149	98,0	122,8	119,74	97,5
ZASEBNE	ZDR.ZAVOD ZA KARDIOVASKULARNO DEL.	117	129	110,3	471,25	475,05	100,8
ZASEBNE	MARKO BITENC, DR.MED.	522	815	156,1	1.047,69	1.747,33	166,8
ZASEBNE	ARTROS D.O.O.	407	212	52,1	345,98	197,21	57,0
ZASEBNE	ARBOR MEA D.O.O.	0	258		0	358,86	
	<b>SKUPAJ</b>	<b>346.062</b>	<b>346.940</b>	<b>100,3</b>	<b>510.650,45</b>	<b>515.333,22</b>	<b>100,9</b>

Vir: ZZZS, aplikacija Izdatki ZS

Preden nadaljnje analiziram obseg evidentiranih primerov SPP, preverim, kakšna je povezanost dveh obravnavanih spremenljivk, to je število primerov in število uteži v letu 2013. Za ugotavljanje povezanosti obeh spremenljivk uporabim Pearsonov koeficient korelacije:

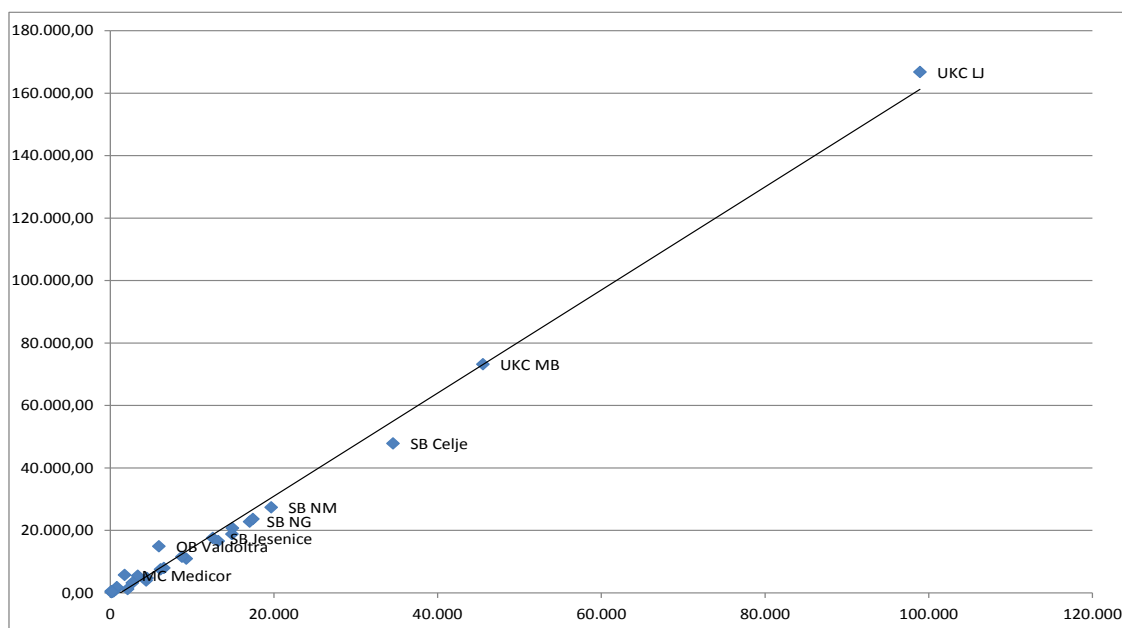
$$r_{xy} = \frac{\sum ZxZy}{N-1} \quad (4)$$

kjer je  $z_x$  z-vrednost spremenljivke X;  $z_y$  z-vrednost spremenljivke Y; N pa število vseh statističnih enot. Korelacijski koeficient  $r$  nam pove stopnjo (moč) in smer povezave. Izračunan koeficient med številom primerov in število uteži v letu 2013 znaša 0,995. Med spremenljivkama torej obstaja zelo visoka povezanost ( $r$  je med 0,9 in 1).

Za lažjo predstavo je v sliki 2 prikazan še korelacijski diagram med obema spremenljivkama. Vodoravna os prikazuje število primerov, navpična os pa število uteži v

letu 2013. Iz diagrama je razvidna močna in pozitivna linearna povezanost, kar pomeni, da z naraščanjem števila primerov, narašča tudi število uteži.

Slika 2: Povezanost spremenljivk: število primerov in število uteži v letu 2013



V tabeli 4 je prikazanih prvih deset šifer SPP, na katerih je zabeležena največja rast primerov v primerjavi z letom 2012<sup>7</sup>. Od teh je zabeležena največja rast pri šifri F097- Ostali posegi na srcu in prsnem košu brez črpalke (za 230,8 %) ter šifri B03B - Posegi na hrbtenici brez katastrofalnih resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov (za 156,7 %).

Tabela 4: Rast števila primerov v letu 2013 glede na leto 2012, prvih deset SPP

Šifra SPP	Naziv SPP	Število primerov 2012	Število primerov 2013	Razlika v številu primerov 2013-2012	Indeks 2013/2012
I18Z	Posegi na kolenu	4.990	6.249	1.259	125,2
I23Z	Lokalna ekscizija in odstranitev notranjega osteosintetskega materiala razen iz kolka in stegenice	1.628	2.337	709	143,6
B68B	Multipla skleroza in cerebralna ataksija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	703	1.292	589	183,8
P67D	Novorojenček, teža ob sprejemu > 2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani brez težav	1.118	1.603	485	143,4
F09Z	Ostali posegi na srcu in prsnem košu brez črpalke	208	688	480	330,8
I69C	Bolezni kosti in specifične artropatije Starost<math>\geq 75</math>	806	1.240	434	153,8
E62C	Infekcije/vnetja dihal brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1.990	2.391	401	120,2
O63Z	Splav brez D&C (dilatacije in abrazije aspiracijske kiretaže ali histerotomije)	1.651	2.049	398	124,1
B03B	Posegi na hrbtenici brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	252	647	395	256,7
E62B	Infekcije/vnetja dihal z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2.735	3.114	379	113,9

Vir: ZZZS, aplikacija Izdatki ZS

<sup>7</sup> Posege na kolenu (I18Z) in ostale posege na ramenu (I16Z) so izvajalci od 1. 5. 2013 dalje obračunavali po višji uteži. Za posege na kolenu je nova utež 1,22 (prej 0,79), za ostale posege na ramenu pa 1,57 (prej 1,19). Višji uteži veljata po Splošnem dogovoru 2013 od 1. 1. 2013 dalje.

## 2.2.2 Povprečno število uteži na primer

Povprečno število uteži na primer je v letu 2013 doseglo najvišjo vrednost v času od uvedbe beleženja opravljenega dela v akutni bolnišnični obravnavi na podlagi seznama SPP in znaša 1,485 uteži na primer. Beležimo 2,7 % rast v primerjavi z letom 2010 in 0,6 % rast glede na leto 2012. Podatki po izvajalcih so razvidni iz tabele 6.

*Tabela 5: Povprečno število uteži na primer od leta 2010 do 2013*

Izvajalec	2010	2011	2012	2013	Indeks 2013 / 2012
ZDRAVSTVENI ZAVOD ZA KARDIOVASKULARNO DEJ.		3,850	4,028	3,683	91,4
BOLNIŠNICA TOPOLŠICA	1,754	1,766	1,722	1,599	92,9
ONKOLOŠKI INŠTITUT V LJUBLJANI	1,266	1,323	1,289	1,254	97,3
BOLNIŠNICA GOLNIK - KOPA	1,392	1,363	1,337	1,309	97,9
BOLNIŠNICA SEŽANA	1,469	1,496	1,498	1,474	98,4
SPLOŠNA BOLNIŠNICA JESENICE	1,430	1,403	1,417	1,396	98,5
SPLO. BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC	1,360	1,366	1,405	1,386	98,6
BOLNIŠNICA ZA GIN.IN POROD.KR	0,839	0,857	0,884	0,874	98,8
UKC LJUBLJANA	1,673	1,654	1,701	1,685	99,1
IATROS-DR.KOŠOROK	0,548	0,564	0,526	0,522	99,3
SPL.BOLNIŠNICA DR.J.POTRČA PTUJ	1,166	1,209	1,176	1,168	99,3
ESTETIKA FABJAN D.O.O.	0,587	0,536	0,808	0,804	99,5
SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE	1,193	1,222	1,211	1,205	99,5
SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE	1,328	1,334	1,388	1,383	99,6
SPLOŠNA BOLNIŠNICA BREŽICE	1,224	1,189	1,198	1,211	101,0
ORTOPEDSKA BOLNICA VALDOLTRA	2,258	2,484	2,469	2,495	101,1
SPLOŠNA BOLNIŠNICA IZOLA	1,264	1,280	1,240	1,260	101,6
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO	1,354	1,396	1,366	1,389	101,7
BOLNIŠNICA POSTOJNA	1,000	0,998	1,010	1,036	102,6
UKC MARIBOR	1,501	1,511	1,543	1,606	104,1
KIRURŠKI SANATORIJ ROŽNA DOLIN	1,027	1,085	1,103	1,154	104,6
SPL. BOL.DR.FRANC DERGANČ NOVA G	1,194	1,200	1,261	1,333	105,7
SPL. BOLNIŠNICA M.SOBOTA	1,232	1,317	1,268	1,352	106,6
MARKO BITENC, DR.MED.	2,328	1,776	2,007	2,144	106,8
MC MEDICOR D.D.	3,069	3,128	3,001	3,245	108,1
ARTROS D.O.O.	0,948	0,832	0,850	0,930	109,4
KIRURŠKI CENTER TOŠ	0,813	0,752	0,823	0,905	110,0
ARBOR MEA D.O.O.				1,391	
<b>SKUPAJ</b>	<b>1,446</b>	<b>1,456</b>	<b>1,476</b>	<b>1,485</b>	<b>100,6</b>

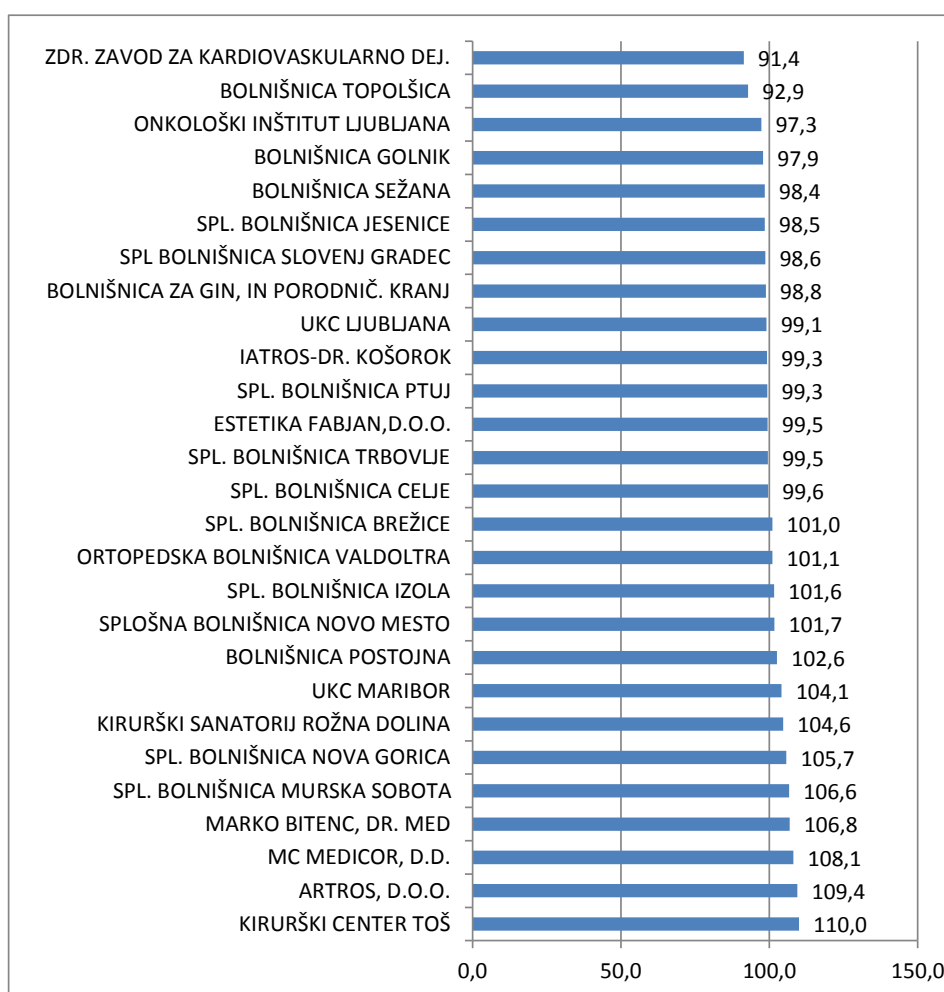
Slika 3 prikazuje indeks rasti povprečnega števila uteži na primer iz leta 2012 na 2013. Pri 13 izvajalcih se je povprečno število uteži povečalo, največ pri treh zasebnih izvajalcih: Kirurški center Toš (rast za 10 %), Artros (rast za 9,4 %), in MC Medicor (rast za 8,1 %). Iz tabele 3 je razvidno, da je Kirurški center Toš v letu 2013 evidentiral večje število primerov in tudi večje število uteži v primerjavi z letom 2012, medtem ko sta zasebnika Artros in MC Medicor zabeležila manjše število primerov in število uteži. Ne glede na rast ali padec števila primerov in uteži, lahko sklepam, da je skupni imenovalec vsem trem to, da so v letu 2013 v primerjavi z letom prej, ti izvajalci obravnavali zahtevnejše primere, ki so dvignili povprečno ceno uteži.

Zasebnika Kirurški center Toš in Artros izvajata najsodobnejše kirurške posege sklepov (artroskopija kolena, ramena, komolca, zapestja, gležnja in kolka), zasebni center Medicor pa je mednarodni center, ki zagotavlja najvišjo raven zdravljenja kardiovaskularnih bolezni s pomočjo najsodobnejše tehnologije. Ugotavljam, da se vedno več zahtevnih primerov obravnava tudi pri specialističnih zasebnih izvajalcih. Čeprav je njihov delež obravnavanih

primerov SPP v primerjavi z javnimi izvajalci ABO relativno majhno, je na tem mestu potrebno opozoriti, da se pri zasebnikih z visokimi utežmi okrepi nadzor nad evidentiranjem SPP.

Pri ostalih izvajalcih se je povprečno število uteži na primer znižalo. Največji padec beležimo pri Zdravstvenem zavodu za kardiovaskularno dejavnost (iz 4,028 na 3,683), pri Bolnišnici Topolšica (iz 1,722 na 1,599) in pri Onkološkem inštitutu Ljubljana (iz 1,289 na 1,254).

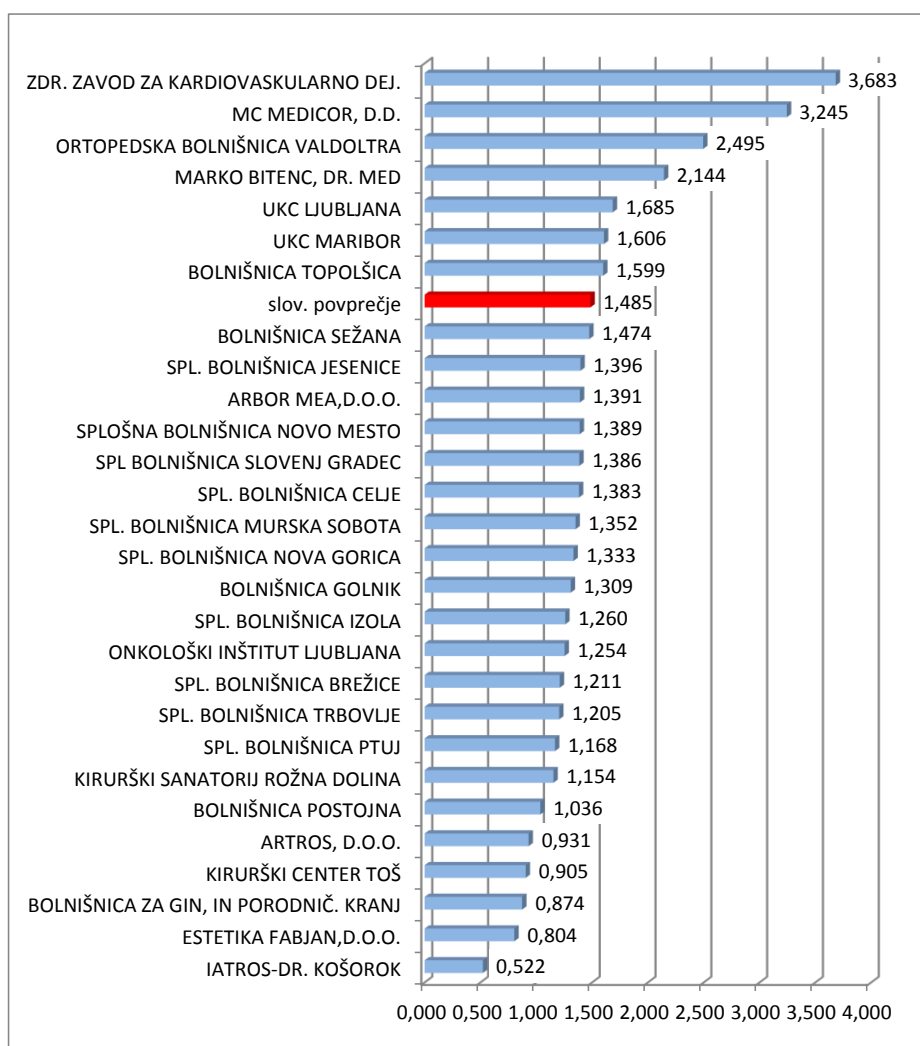
*Slika 3: Indeks rasti povprečnega števila uteži na primer po izvajalcih*



Največjo negativno rast v letu 2013 je zabeležil izvajalec z najbolj zahtevnimi obravnavami primerov, to je Zdravstveni zavod za kardiovaskularno dejavnost. Iz tabele 3 je razvidno, da ima ta izvajalec večjo rast primerov, prav tako število uteži, medtem ko je povprečno število uteži na primer manjše od predhodnega leta. Iz tega lahko sklepam, da je v letu 2013 obravnaval manj zahtevnih primerov kot leto prej.

Slika 4 prikazuje povprečno število uteži na primer v letu 2013 po izvajalcih.

Slika 4: Povprečno število uteži na primer po izvajalcih v letu 2013



V povprečju so najbolj zahtevne primere (utež med 2,0 in 4,0) v letu 2013, enako kot v letu 2012, obravnavali zasebni izvajalci Zdravstveni zavod za kardiovaskularno dejavnost, MC Medicor, Marko Bitenc in Ortopedska bolnica Valdoltra. Izpostavljeni izvajalci izvajajo specialistične operativne posege in najzahtevnejše primere na svojem področju, zato domnevam, da je tako visoko povprečno število uteži na primer običajno, glede na njihov zdravstveni program, ki ga opravljajo.

V povprečju srednje zahtevne primere (utež med 1,5 in 1,7) so v letu 2013 obravnavali UKC Ljubljana, UKC Maribor in Bolnišnica Topolšica. Ostale specialne in splošne bolnišnice dosegajo utež med 1,2 in 1,5. V povprečju najmanj zahtevne primere (utež 1 ali manj) so obravnavali 4 zasebni izvajalci ter Porodnišnica v Kranju.

Povprečno vrednost uteži v letu 2013 (1,485) je preseglo 7 od 28 izvajalcev, kar pomeni, da so ti v primerjavi z izvajalci, ki so pod povprečjem obravnavali najbolj zahtevne bolnike, oziroma najdražje primere.

## 2.2.3 Najpogostejši SPP

Najpogosteje zabeleženi SPP so tisti, ki so bili največkrat obračunani in zaračunani ZZS in prispevajo k višanju povprečne vrednosti uteži.

Šifre SPP, ki so najbolj prispevale k višji povprečni uteži od leta 2010 do leta 2013, so:

- Traheostomije<sup>8</sup> (A06Z),
- porodi (O60D, O01D),
- zamenjave kolka I03B in I03C,
- zamenjave kolenskega sklepa I04B,
- vnetja dihal E62A,
- odpovedi srca F62A,
- posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu (starost < 65) N11B.

Tabela 6: Deset najpogostejših SPP, glede na število uteži v letu 2013

Šifra SPP	Naziv SPP	Število uteži 2013	število primerov 2013	št uteži na primer
A06Z	Traheostomija vse starosti, vsa stanja	39.640,48	1.784	22,22
I03C	Zamenjava kolka brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	12.298,80	2.770	4,44
O60D	Vaginalni porod brez zapletenih diagnoz	11.952,85	13.135	0,91
I04B	Zamenjava kolenskega sklepa in ponovna namestitvev brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	11.162,50	2.375	4,70
E62A	Infekcije/vnetja dihal s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	7.702,11	2.951	2,61
I18Z	Posegi na kolenu	6.630,91	6.249	1,06
I03B	Zamenjava kolka s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali zamenjava kolka brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	6.258,00	1.043	6,00
F62A	Odpoved srca in šok s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	5.727,32	2.186	2,62
N11B	Ostali posegi v operacijski dvorani na ženskem reprodukcijskem sistemu Starost<65 brez malignih obolenj brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	4.959,52	3.568	1,39
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenimi diagnozami	4.788,00	2.800	1,71

Vir: ZZS, aplikacija Izdatki ZS

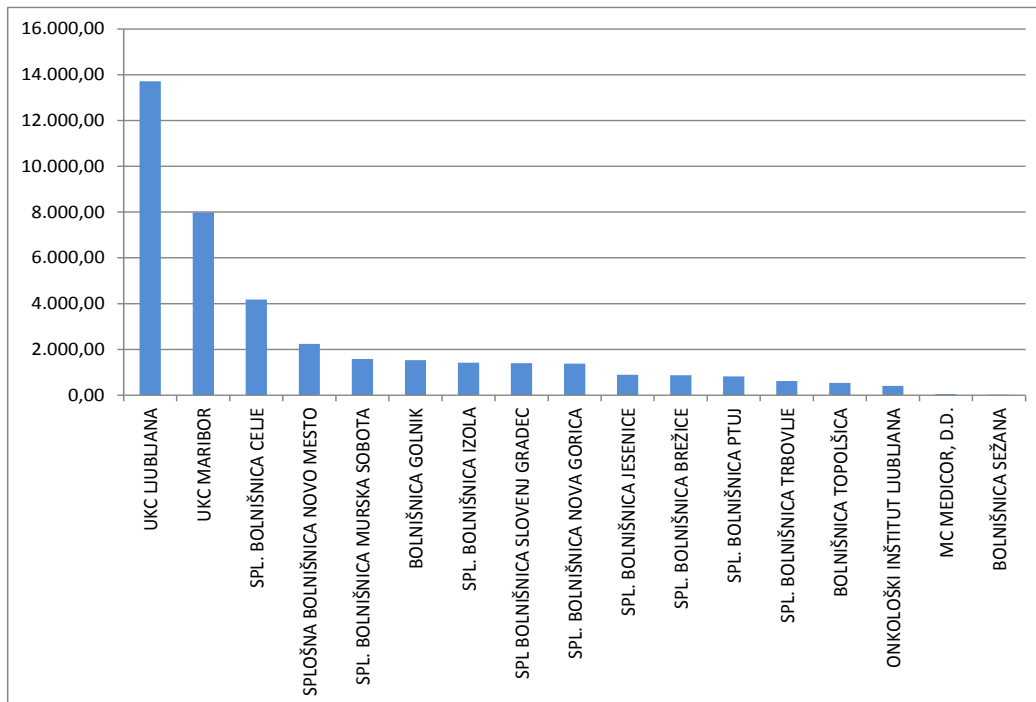
Tabela 7: Šifra A06Z – Traheostomija z deleži po izvajalcih v letu 2013

šifra A06Z	število uteži v 2013	delež v %
UKC LJUBLJANA	13.709,74	34,6
UKC MARIBOR	7.976,98	20,1
SPL. BOLNIŠNICA CELJE	4.177,36	10,5
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO	2.244,22	5,7
SPL. BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA	1.577,62	4,0
BOLNIŠNICA GOLNIK	1.533,18	3,9
SPL. BOLNIŠNICA IZOLA	1.422,08	3,6
SPL. BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC	1.399,86	3,5
SPL. BOLNIŠNICA NOVA GORICA	1.377,64	3,5
SPL. BOLNIŠNICA JESENICE	888,80	2,2
SPL. BOLNIŠNICA BREŽICE	866,58	2,2
SPL. BOLNIŠNICA PTUJ	822,14	2,1
SPL. BOLNIŠNICA TRBOVLJE	622,16	1,6
BOLNIŠNICA TOPOLŠICA	533,28	1,3
ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA	399,96	1,0
MC MEDICOR, D.D.	44,44	0,1
BOLNIŠNICA SEŽANA	22,22	0,1

<sup>8</sup> Traheostomija – dihanje z umetnimi pljuči v trajanju 96 ur in več.



Slika 5:Število uteži šifre A06Z – Traheostomija po izvajalcih v letu 2013



Po podrobnejši razčlenitvi najpogosteje evidentirane šifre A06Z je iz tabele 7 in slike 5 razvidno, da je v letu 2013 največ primerov šifre A06Z evidentiral UKC Ljubljana (34,6 %), sledijo UKC Maribor (20,1 %) in Splošna bolnišnica Celje (10,5 %). Delež pri ostalih izvajalcih znaša 6 ali manj odstotkov.

Šifra A06Z je v letu 2013 najbolj prispevala k višanju povprečne vrednosti uteži. Skupna vrednost uteži iz seznama najpogosteje zabeleženih SPP predstavlja približno četrtino vseh zabeleženih SPP v letu 2013. Najpogostejša šifra, ki je hkrati tudi najdražja (utež za primer znaša 22,22), je zanimiva za morebitne nadaljnje raziskave, a na tem mestu presega okvir zastavljene naloge.

#### 2.2.4 Zahtevni SPP

Zahtevni primeri povzročajo izredno visoke stroške bolnišnici. Pomeni, da gre za obravnavo bolnika z zahtevno diagnozo in zahtevnimi okoliščinami, ki ga spremljajo pri zdravljenju. V skupino zahtevnih primerov so vključene vse šifre SPP, ki se pričnejo ali končajo s črko A. V letu 2013 je bilo realiziranih 59.953 zahtevnih primerov (60.659 primerov v letu 2012) oziroma 17,3 % vseh primerov v Sloveniji. Največ zahtevnih primerov so v obeh letih obravnavali isti izvajalci. V tabeli 8 je prikazano število in deleži najdražjih primerov po posameznih izvajalcih.

Tabela 8: Število in deleži zahtevnih primerov po izvajalcih v letih 2012 in 2013

Izvajalec	Št. Zahtevnih primerov 2012	Št. Zahtevnih primerov 2013	Indeks 2013/12	Delež v programu izvajalca 2012	Delež v programu izvajalca 2013	Delež na ravni Slo 2012	Delež na ravni Slo 2013
UKC LJUBLJANA	15.712	15.147	96,4	15,8%	15,3%	25,9%	25,3%
UKC MARIBOR	8.064	7.622	94,5	17,7%	16,7%	13,3%	12,7%
SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE	6.054	5.933	98,0	17,5%	17,2%	10,0%	9,9%
ONKOLOŠKI INŠTITUT V LJUBLJANI	3.923	3.796	96,8	29,5%	28,8%	6,5%	6,3%
SPL.BOL.DR.FRANC DERGANČ NOVA GORICA	3.017	3.716	123,2	18,1%	21,8%	5,0%	6,2%
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO	3.788	3.704	97,8	18,9%	18,8%	6,2%	6,2%
SPL. BOLNIŠNICA M.SOBOTA	3.598	3.679	102,3	20,4%	21,1%	5,9%	6,1%
SPLO. BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC	2.996	3.031	101,2	20,5%	20,3%	4,9%	5,1%
SPLOŠNA BOLNIŠNICA IZOLA	2.432	2.611	107,4	16,8%	17,6%	4,0%	4,4%
BOLNIŠNICA GOLNIK - KOPA	2.430	2.346	96,5	27,8%	26,8%	4,0%	3,9%
SPLOŠNA BOLNIŠNICA JESENICE	2.196	2.107	95,9	17,9%	16,8%	3,6%	3,5%
BOLNIŠNICA TOPOLŠICA	1.523	1.277	83,8	43,8%	37,8%	2,5%	2,1%
SPL.BOLNIŠNICA DR.J.POTRČA PTUJ	1.073	1.237	115,3	11,9%	13,3%	1,8%	2,1%
SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE	1.074	1.147	106,8	16,9%	17,5%	1,8%	1,9%
SPLOŠNA BOLNIŠNICA BREŽICE	890	954	107,2	14,7%	15,5%	1,5%	1,6%
MC MEDICOR D.D.	821	623	75,9	43,3%	35,6%	1,4%	1,0%
ORTOPEDSKA BOLNIŠNICA VALDOLTRA	621	581	93,6	10,5%	9,8%	1,0%	1,0%
BOLNIŠNICA SEŽANA	179	180	100,6	26,7%	26,9%	0,3%	0,3%
BOLNIŠNICA ZA GIN.IN POROD.KR	139	107	77,0	3,2%	2,4%	0,2%	0,2%
MARKO BITENC, DR.MED.	45	74	164,4	8,6%	9,1%	0,1%	0,1%
BOLNIŠNICA POSTOJNA	60	65	108,3	1,2%	1,4%	0,1%	0,1%
KIRURŠKI SANATORIJ ROŽNA DOLIN	24	16	66,7	0,9%	0,6%	0,0%	0,0%
<b>Skupaj</b>	<b>60.659</b>	<b>59.953</b>	<b>98,8</b>	<b>17,53%</b>	<b>17,28%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Vir: ZZZS, aplikacija Izdatki ZS

Pri obravnavi evidentiranih zahtevnih SPP v realizaciji posameznega izvajalca se izkaže, da izstopa pet izvajalcev. Iz slike 6 je razvidno da največji delež najdražjih primerov v celotnem svojem programu v letu 2013 izkazuje Bolnišnica Topolšica (37,8 %), zasebni izvajalec MC Medicor (35,6 %), Onkološki inštitut (28,8 %), Bolnišnica Sežana (26,9 %) in Bolnišnica Golnik (26,9 %). Ti izvajalci so v svojih evidencah izkazali več kot četrtino zahtevnih primerov od vseh svojih evidentiranih SPP.

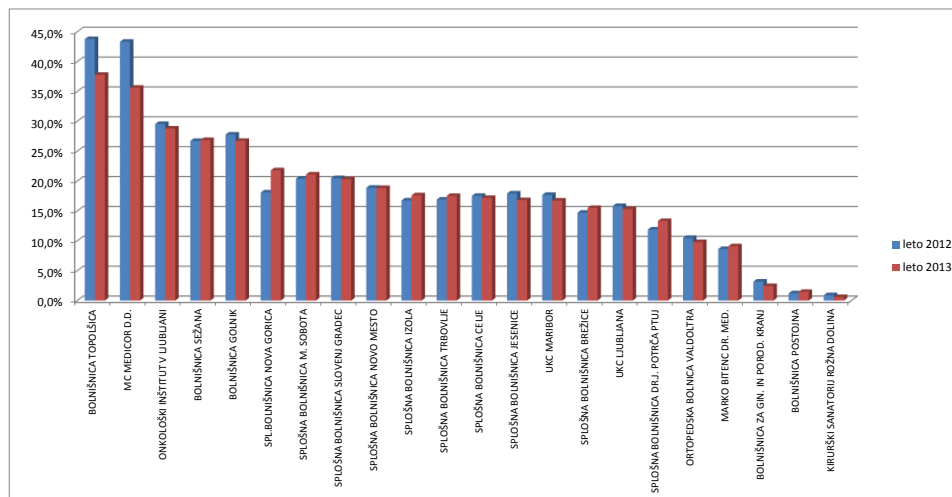
Tabela 9: Prvih pet izvajalcev z največjim deležem zahtevnih primerov v celotni realizaciji SPP posameznega izvajalca v letih 2012 in 2013

Izvajalec	I.2012 v %	I.2013 v %
BOLNIŠNICA TOPOLŠICA	43,8	37,8
MC MEDICOR D.D.	43,3	35,6
ONKOLOŠKI INŠTITUT V LJUBLJANI	29,5	28,8
BOLNIŠNICA SEŽANA	26,7	26,9
BOLNIŠNICA GOLNIK	27,8	26,7

Pri ostalih izvajalcih se deleži realizacije zahtevnih SPP v njihovem celotnem programu v obravnavanih letih bistveno ne razlikujejo in se gibljejo pod 21 %. Četrtnina izvajalcev ne doseže niti enega odstotka realiziranih zahtevnih SPP v celotni realizaciji SPP posameznega izvajalca. Na podlagi zbranih in prikazanih podatkov ugotavljam, da nekateri izvajalci pri beleženju zahtevnih primerov opazno odstopajo od slovenskega povprečja, zato bi bilo smiselno pregledati dokumentacijo obravnavanih primerov. Še posebej pri

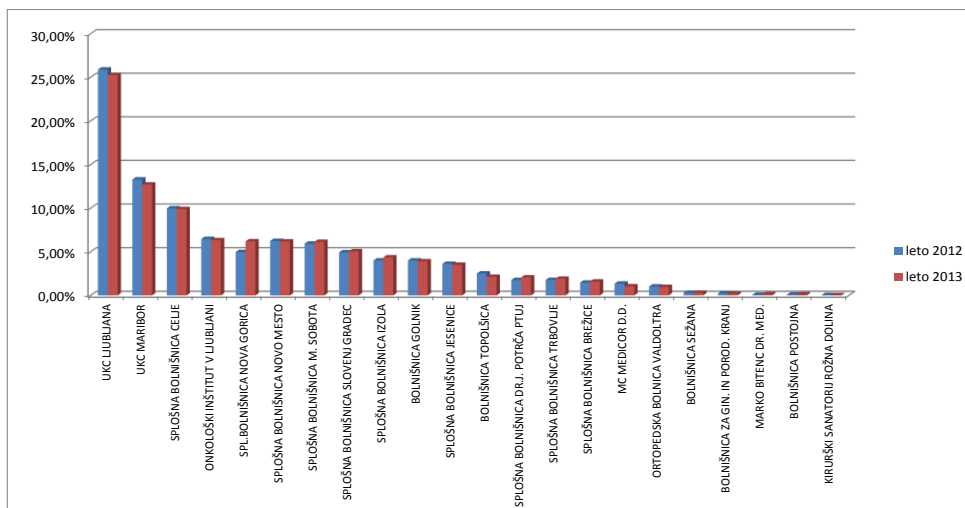
zasebnem izvajalcu MC Medicor in lokalni bolnišnici Topolšica. Upravičeno se nam zastavi vprašanje, ali sta izvajalca usposobljena za izvajanje relativno velikega števila zahtevnih primerov SPP.

Slika 6: Deleži zahtevnih primerov na nivoju izvajalca v letih 2012 in 2013



Pri razvrstitvi deležev zahtevnih SPP v vseh primerih SPP na ravni Slovenije je slika nekoliko drugačna. Največje deleže zahtevnih SPP beležijo tri terciarne bolnišnice: UKC Ljubljana, UKC Maribor, Onkološki inštitut Ljubljana in Splošna bolnišnica Celje. Iz slike 7 je razvidno, da je UKC Ljubljana v obeh obravnavanih letih realiziral več kot 25 % vseh zahtevnih primerov na ravni Slovenije. Sledi UKC Maribor, ki je opravil in evidentiral skoraj polovico manj zahtevnih primerov v vseh SPP v Sloveniji. Nepričakovan je relativno visok 10 % delež zahtevnih SPP, ki ga beleži Splošna bolnišnica Celje. Pričakovali bi, da se najbolj zahtevni primeri beležijo v terciarnih bolnišnicah, ki naj bi obravnavale zahtevnejše in težje bolnike kot splošne bolnišnice. Pri ostalih izvajalcih se deleži zahtevnih primerov gibljejo med 6 % in manj. Šest izvajalcev dosegajo manj kot en odstotek zahtevnih primerov od vseh evidentiranih na ravni Slovenije.

Slika 7: Deleži zahtevnih SPP na ravni Slovenije v letih 2012 in 2013



## 2.2.5 Zmotni SPP

V seznamu primerov SPP (priloga 1) so štiri šifre, ki sodijo med zmotne primere SPP. To so tiste vrste primerov, ki jih zaradi klinično atipičnih ali napačnih podatkov osebe ni moč razvrstiti. Šifre 901Z, 902Z, 903Z in 960Z<sup>9</sup> izkazujejo slabo kakovost kodiranja pri posameznem izvajalcu. V letu 2013 beležimo 1.186 zmotnih primerov in so v primerjavi z letom 2012 višji za 23 % (tabela 11). Najpogosteje evidentirani zmotni primeri so v okviru šifre 901Z. Ti predstavljajo 76 % vseh zmotnih primerov in izvajalcu prinesejo 3,74 utež na primer SPP. Največji porast zmotnih primerov (iz 25 na 165 primerov) je zabeležen pri šifri 960Z – nerazvrščeno. Njihova utež znaša 1,2 na primer in je v primerjavi z ostalimi tremi šiframi zmotnih primerov najmanjša.

Največ zmotnih primerov je v letu 2013 zabeležil UKC Ljubljana (69,4 % vseh zmotnih primerov) in UKC Maribor (17,8 % vseh zmotnih primerov), ki od ostalih izvajalcev v številu zabeleženih zmotnih primerov bistveno odstopata. Največji delež zmotnih primerov v primerjavi z vsemi zabeleženimi primeri na ravni izvajalca prav tako beležijo v UKC Ljubljana (0,83 %) in v UKC Maribor (0,46 %) ter v Bolnišnici Topolšica (0,62 %). Pri ostalih izvajalcih je delež zmotnih primerov od vseh evidentiranih na ravni izvajalca manj kot pol odstotka.

Tabela 10: Število zmotnih primerov po šifrah v letih 2012 in 2013

Naziv šifre SPP	šifra	utež	Število primerov 2012	Število primerov 2013	Indeks 2013/2012
Ext O.R. Pr Unrel To Pdx	901Z	3,74	844	908	107,6
Non-Ext O.R. Pr Unrel To Pdx	902Z	1,92	95	112	117,9
Prostatic O.R. Pr Unrel To Pdx	903Z	5,7	1	1	100,0
Ungroupable	960Z	1,2	25	165	660,0
<b>Skupaj</b>			<b>965</b>	<b>1186</b>	<b>122,9</b>

Vir: ZZZS, aplikacija Izdatki ZS

Iz tabel 10 in 11 lahko razberemo število in rast zmotnih primerov v letu 2013 v primerjavi z letom 2012. Pričakovala bi, da se iz leta v leto kakovostneje kodira in da se posledično število zmotnih primerov zmanjšuje, a podatki kažejo drugače. Največji, opazen porast zmotnih primerov (iz 3 na 21 primerov) beleži Bolnišnica Topolšica, sledi Splošna bolnišnica Slovenj Gradec (iz 18 na 26 primerov) in UKC Ljubljana (iz 615 na 823 primerov). Hkrati pa je kar nekaj izvajalcev število zmotnih primerov v letu 2013 zmanjšalo, največ Splošna bolnišnica Novo mesto (iz 41 na 18 primerov) in Splošna bolnišnica Celje (iz 5 na 1 primer).

<sup>9</sup> Šifra 901Z - obsežni kirurški poseg, ki ni vezan na glavno diagnozo, 902Z - neobsežen kirurški poseg, ki ni vezan na glavno diagnozo, šifra 960Z - nerazvrščeni SPP.

Tabela 11: Zmotni primeri SPP po izvajalcih v letu 2012 in 2013

Izvajalec	Število primerov 2012	Število primerov 2013	Delež v SPP 2012	Delež v SPP 2013	Indeks 2013/2012
UKC LJUBLJANA	615	823	63,7	69,4	133,8
UKC MARIBOR	207	211	21,5	17,8	101,9
BOLNIŠNICA GOLNIK	44	43	4,6	3,6	97,7
SPLOŠNA BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC	18	26	1,9	2,2	144,4
BOLNIŠNICA TOPOLŠICA	3	21	0,3	1,8	700,0
ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA	0	19	0,0	1,6	
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO	41	18	4,2	1,5	43,9
SPL. BOLNIŠNICA DR.J.POTRČA PTUJ	8	6	0,8	0,5	75,0
SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE	12	6	1,2	0,5	50,0
SPL. BOLNIŠNICA NOVA GORICA	5	6	0,5	0,5	120,0
KIRURŠKI SANATORIJ ROŽNA DOLINA	4	2	0,4	0,2	50,0
BOLNIŠNICA ZA GIN IN POROD KRANJ	0	2	0,0	0,2	
BOLNIŠNICA SEŽANA	0	1	0,0	0,1	
SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE	5	1	0,5	0,1	20,0
SPLOŠNA BOLNIŠNICA IZOLA	2	1	0,2	0,1	50,0
IATROS - DR. KOŠOROK	1	0	0,1	0,0	0,0
<b>SKUPAJ</b>	<b>965</b>	<b>1186</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>122,9</b>

Iz navedenih ugotovitev o številu in deležu zmotnih primerov ter dejstvu, da v obravnavanem obdobju ti primeri naraščajo, bi bilo potrebno pregledati dokumentacijo in izvesti nadzore pri izpostavljenih izvajalcih, ki nadpovprečno beležijo zmotne primere. Z beleženjem zmotnih primerov se namreč izkazuje slaba kakovost kodiranja oziroma nedosledno delo koderjev. V prihodnje bi bilo zato smiselno uvesti nove kontrole oziroma nadzore ter poskrbeti za dodatno strokovno izpopolnjevanje znanja na področju kodiranja, s ciljem, da se število zmotnih primerov zmanjša. Napačno tudi ni razmišljanje, da bi se z znižanjem cene uteži zmotnega primera SPP, posledično zmanjšalo tudi beleženje števila teh primerov.

Na podlagi doslej zbranih podatkov in izvedene analize obsega evidentiranih primerov SPP, se zastavlja vprašanje, ali izvajalci pravilno evidentirajo primere SPP oziroma ali lahko govorimo o zanesljivih in kvalitetnih podatkih. Ali ti podatki, ki jih izvajalci evidentirajo in zaračunajo ZZZS odražajo dejansko stanje? O nezanesljivih podatkih govorijo že zabeleženi zmotni SPP, ki so v porastu in pri nekaterih izvajalcih izstopajo. Zanimive so tudi ugotovitve glede evidentiranja zahtevnih, najdražjih primerov SPP. Nekateri izvajalci so v letih 2012 in 2013 realizirali več kot 30% zahtevnih primerov od celotne realizacije izvajalca. Gre namreč za visok odstotek evidentiranih težjih primerov pri posameznem izvajalcu. Izpostavljeni izvajalci namreč ne sodijo med terciarne bolnišnice, ki naj bi obravnavale zahtevnejše bolnike. Izkazalo pa se je, da so visoki deleži zahtevnih primerov evidentirali tudi pri lokalnih bolnišnicah in enem zasebnem izvajalcu.

## 2.2.6 Povprečna cena primera in povprečna cena uteži

Preden pričnem z raziskovanjem vpliva uvedbe enotnih cen na poslovne rezultate izvajalcev, si pogledjmo še primerjavo med povprečno ceno primera SPP in povprečno ceno uteži. Iz tabele 12 razberemo povprečno ceno primera SPP na nivoju Slovenije, ki znaša

2.052,65 evrov. Sedem izvajalcev ima nadpovprečno ceno na primer SPP, od teh trije zasebni izvajalci in štiri javne bolnišnice. Najvišja povprečna cena na primer je nekoliko nepričakovano zabeležena pri zasebnima izvajalcema Zdravstvenemu zavodu za kardiovaskularno dejavnost in pri MC Medicor ter pri Ortopedski bolnišnici Valdoltra. Veliko bolj pričakovana je nadpovprečna cena primera pri treh terciarnih bolnišnicah (UKC LJ, UKC Maribor in Onkološki inštitut Ljubljana), ki zaradi priznane višje cene storitve pravzaprav pripomorejo k dvigovanju povprečne cene primera SPP.

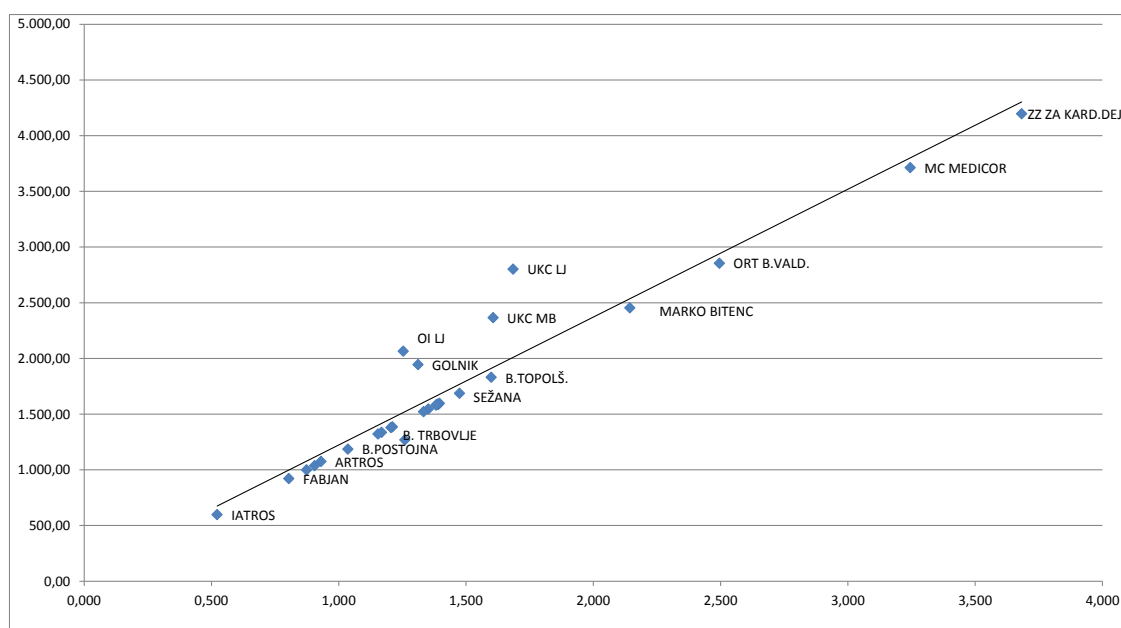
Z izračunom povprečne cene uteži pri izvajalcih lahko povzamem, da je izračunana cena na utež nadpovprečna pri vseh štirih terciarnih izvajalcih, pri vseh ostalih izvajalcih, ki ne prejemajo dodatka za terciar, pa podpovprečna. Pri slednjih je največje odstopanje med priznano ceno storitve v letu 2013 in izračunano povprečno ceno na utež na podlagi zbranih podatkov razbrati pri zasebnih izvajalcih Artros in Zdravstvenemu zavodu za kardiovaskularno dejavnost. Pri zasebniku Artros je na podlagi prejetih podatkov izračunana povprečna cena na utež višja za 9 evrov v primerjavi s ceno, ki veljala na dan 31.12.2013. Pri Zdravstvenem zavodu za kardiovaskularno dejavnost pa je ravno obratno. Izračunana povprečna cena na utež je za 7 evrov manjša v primerjavi s priznano ceno storitve na dan 31.12.2013. Za oba izvajalca bi bilo smiselno preveriti pravilnost posredovanja obračunanih storitev po SPP.

*Tabela 12: Povprečna cena SPP primera in povprečna cena uteži po izvajalcih v letu 2013*

	povp cena SPP primera	storitve na dan 31.12.2013	povp. cena na utež	razlika
Zdrav.zavod za kardiovaskularno dejavnost	4.195,76	1.668,51	1.662,11	6,40
MC Medicor,d.d.	3.712,99	1.651,08	1.646,92	4,16
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	2.854,51	1.493,55	1.487,76	5,79
UKC Ljubljana	2.801,15	1.479,00	1.472,59	6,41
Marko Bitenc,dr.med	2.453,91		<b>1.381,91</b>	
UKC Maribor	2.365,54	1.146,16	1.155,03	-8,87
B Onkološki inštitut LJ	2.064,92	1.146,16	1.146,18	-0,02
<b>povprečje</b>	<b>2.052,65</b>			
Univerzitetna klinika za pljučne bol. Golnik	1.947,03	1.146,16	1.144,77	1,39
Bolnišnica Topolšica	1.830,01	1.146,16	1.144,60	1,56
Bolnišnica Sežana	1.686,83	1.146,16	1.144,57	1,59
SB Jesenice	1.596,73	1.146,16	1.144,41	1,75
SB Novo Mesto	1.589,00	1.146,16	1.144,29	1,87
Arbor Mea	1.585,88	1.146,16	1.144,19	1,97
SB Slovenj Gradec	1.585,21	1.146,16	1.144,11	2,05
SB Celje	1.581,19	1.146,16	1.144,10	2,06
SB Murska Sobota	1.546,36	1.146,16	1.144,04	2,12
SB dr. Franc Derganc Nova Gorica	1.521,84	1.146,16	1.144,03	2,13
SB Izola	1.441,07	1.146,16	1.144,02	2,14
SB Brežice	1.384,90	1.146,16	1.144,01	2,15
SB Trbovlje	1.379,51	1.146,16	1.144,00	2,16
SB dr. J. Potrča Ptuj	1.335,42	1.146,16	1.143,97	2,19
Kirurški sanatorij Rožna dolina	1.320,77	1.146,16	1.143,92	2,24
Bolnišnica Postojna	1.185,32	1.146,16	1.143,77	2,39
Artros	1.074,45	1.146,16	1.143,71	2,45
Kirurški center Toš	1.036,34	1.146,16	1.143,45	2,71
Bolnišnica za gin. In porod. Kranj	999,35	1.146,16	1.141,28	4,88
Estetika Fabjan,d.o.o.	921,10	1.146,16	1.140,16	6,00
Iatros - dr. Košorok	597,39	1.146,16	1.139,36	6,80
Zdrav.zavod za kardiovaskularno dejavnost		1.146,16	1.139,36	6,80

Slika 8 prikazuje linearno povezanost dveh spremenljivk, prikazano z razsevnim grafikonom. Lahko razberemo korelacijo med povprečno ceno SPP primera in povprečnim številom uteži na primer. Vsi izvajalci, ki imajo priznano enako ceno storitve, brez dodatka za terciar, so razvrščeni blizu linearno naraščajoče črte in med njimi obstaja močna povezanost. Izvajalci, ki imajo priznano višjo ceno SPP primera, pa so izven linearno naraščajoče črte, saj je njihova cena SPP primera višja in je povezanost oziroma odvisnost od povprečnega števila uteži manj izrazita.

*Slika 8: Povezanost spremenljivk: povprečna cena primera SPP in povprečno število uteži na primer*



Osnovni namen analize v poglavju 2.2 je bilo ugotoviti dejansko stanje evidentiranih in obračunanih storitev SPP (pregled števila primerov, števila uteži), izvesti primerjavo izračunanih cen SPP posameznih izvajalcev s slovenskim povprečjem ter ugotoviti vzroke za vsa odstopanja od povprečja. V nadaljevanju analize naredim preizkus in simulacijo uvedbe enotnih povprečnih cen storitev ter raziščem vpliv na poslovni rezultat izvajalcev.

## 2.3 Simulacija uvedbe enotnih cen uteži in vpliv na poslovne rezultate izvajalcev

### 2.3.1 Zbrani podatki za analizo

V tem delu analize bom poskušala razjasniti vpliv uvedbe enotnih cen uteži na poslovne rezultate izvajalcev ABO. Preverila bom, ali izvajalci z nižjo ceno uteži težijo k prikazovanju zahtevnejših primerov in ali bolnišnice z višjo ceno uteži ustvarjajo večji presežek prihodkov nad odhodki v primerjavi z bolnišnicami z nižjo ceno. Vrednotenje programov in način določitve elementov za oblikovanje cen zdravstvenih storitev opredeljuje Splošni dogovor. Podlaga za izračun cen so zadnji veljavni finančni načrti

izvajalcev zdravstvenih storitev (pogodbe oziroma aneksi h pogodbam). Cene se izračunavajo dvakrat letno, z veljavnostjo od 1.1. do 30.6. in od 1.7. do 31.12. V posebnih primerih, kot je npr. sklenitev novih pogodb ali sprememba kateregakoli izhodiščnega elementa (izhodiščna plača, sredstva za regres...), se lahko cene spremenijo tudi večkrat med letom.

V prvem poglavju je pojasnjen model načrtovanja in plačevanja akutne bolnišnične obravnave po metodologiji SPP in kateri so izvajalci zdravstvenih storitev, ki so upravičeni do dodatka k ceni uteži za opravljanje terciarne dejavnosti. Iz tabele 13 je razvidno, da je bila cena ene uteži na dan 31.12.2013 za večino izvajalcev enaka in je znašala 1.146,16 evrov. Različne, višje cene uteži pa so priznane štirim bolnišnicam: UKC Ljubljana, UKC Maribor, Onkološki inštitut Ljubljana in Klinika za pljučne bolezni Golnik. Obseg opravljenih in evidentiranih SPP je podrobneje opredeljen v poglavju 2.2, zato se na tem mestu osredotočim izključno na vrednost obračunanih zdravstvenih storitev v letu 2013 glede na uporabljene različne izhodiščne cene ene uteži za SPP. Vsi ostali parametri (število primerov in število uteži) po izvajalcih ostanejo nespremenjeni.

Tabela 13: Realizacija SPP v letu 2013- izhodiščni podatki<sup>10</sup>

naziv izvajalca	cena uteži na dan 31.12.2013	št. primerov v 2013	število uteži v 2013	povp. št. uteži na primer	Realizirani SPP v 2013
	v eur				v eur
UKC Maribor	1.479,00	45.543	73.159,07	1,606	107.733.663,36
UKC Ljubljana	1.668,51	98.927	166.721,27	1,685	277.109.476,88
SB Jesenice	1.146,16	12.540	17.499,78	1,396	20.022.996,55
SB Novo Mesto	1.146,16	19.666	27.317,83	1,389	31.249.330,44
SB Slovenj Gradec	1.146,16	14.939	20.699,84	1,386	23.681.484,80
SB dr. Franc Derganc Nova Gorica	1.146,16	17.045	22.728,63	1,333	25.939.816,78
SB Celje	1.146,16	34.553	47.770,01	1,383	54.634.867,63
SB Murska Sobota	1.146,16	17.441	23.579,83	1,352	26.969.988,13
SB Izola	1.146,16	14.870	18.731,86	1,260	21.428.722,66
SB dr. J. Potrča Ptuj	1.146,16	9.294	10.854,34	1,168	12.411.368,32
SB Trbovlje	1.146,16	6.549	7.891,90	1,205	9.034.409,86
SB Brežice	1.146,16	6.156	7.452,10	1,211	8.525.432,88
B Onkološki inštitut LJ	1.651,08	13.185	16.531,46	1,254	27.225.913,74
Univerzitetna klinika za pljučne bol. Golnik	1.493,55	8.768	11.474,71	1,309	17.071.563,98
Ortopedska bolnišnica Valdoitra	1.146,16	5.941	14.823,68	2,495	16.958.651,80
Bolnišnica za gin. In porod. Kranj	1.146,16	4.406	3.848,87	0,874	4.403.115,71
Bolnišnica Sežana	1.146,16	670	987,82	1,474	1.130.176,38
Bolnišnica Postojna	1.146,16	4.508	4.670,78	1,036	5.343.414,50
Bolnišnica Topolšica	1.146,16	3.380	5.404,93	1,599	6.185.432,85
MC Medicor, d.d.	1.146,16	1.749	5.675,12	3,245	6.494.010,81
Iatros - dr. Košorok	1.146,16	2.125	1.109,56	0,522	1.269.445,57
Kirurški sanatorij Rožna dolina	1.146,16	2.716	3.134,04	1,154	3.587.215,59
Kirurški center Toš	1.146,16	406	367,60	0,905	420.754,05
Estetika Fabjan, d.o.o.	1.146,16	149	119,74	0,804	137.243,52
Zdrav.zavod za kardiovaskularno dejavnost	1.146,16	129	475,05	3,683	541.252,42
Marko Bitenc, dr.med	1.146,16	815	1.747,33	2,144	1.999.938,04
Artros	1.146,16	212	197,21	0,930	227.784,08
Arbor Mea	1.146,16	258	358,86	1,391	409.156,96
<b>Skupaj</b>		<b>346.940</b>	<b>515.333,22</b>	<b>1,485</b>	<b>712.146.628,29</b>

Vir: ZZZS, aplikacija Izdatki ZS

<sup>10</sup> Prikazane cene storitev za SPP so veljale od 1.7. do 31.12.2013. Podatki v zadnjem stolpcu »realizirani SPP« pa vključuje obračunane SPP po cenah, ki so veljale od 1.1. do 30.6. in cenah, ki so veljale od 1.7. do 31.12.2013.



Skupen obseg obračunanih SPP je v letu 2013 znašal 712.147 tisoč evrov, kar predstavlja več kot 60% vseh prihodkov izvajalcev ABO. Visok obseg obračunanih storitev SPP pomembno vpliva na višino prihodkov oziroma na poslovni rezultat izvajalcev zdravstvenih storitev. V nadaljevanju analize prikažem vpliv različnih oziroma enotnih cen uteži na poslovni rezultat bolnišnic, ob upoštevanju, da se obseg (število primerov in število uteži) vseh obračunanih SPP ne spremeni.

### 2.3.2 Cena uteži brez dodatka za terciar

Sprva nas zanima, kakšen vpliv ima priznana cena uteži brez dodatka za terciar za izvajalce, ki imajo višje priznane cene uteži. V tem primeru je smiselna obravnava le štirih izvajalcev, ki imajo višje cene uteži v obliki dodatka na terciar. To so UKC Ljubljana, UKC Maribor, Onkološki inštitutu Ljubljana in Klinika za pljučne bolezni Golnik.

Tabela 14: Vrednost SPP po izvajalcih, brez dodatka k ceni storitve za terciar

naziv izvajalca	cena uteži na dan 31.12.2013	število uteži	Realizirani SPP/ cena na dan 31.12.2013	enotna cena uteži brez dodatka k ceni	dvig/padec cene uteži	celotna vrednost SPP	razlika	Indeks
	v eur		v eur	v eur		v eur	v eur	
	1	2	3=1*2	4	5=4-1	6=2*4	7=6-3	8=6/3
UKC Maribor	1.479,00	73.159,07	108.202.264,53	1.146,16	-332,84	83.851.999,67	-24.350.264,86	77,50
UKC Ljubljana	1.668,51	166.721,27	278.176.106,21	1.146,16	-522,35	191.089.250,82	-87.086.855,38	68,69
B Onkološki inštitut LJ	1.651,08	16.531,46	27.294.762,98	1.146,16	-504,92	18.947.698,19	-8.347.064,78	69,42
Univerzitetna klinika za pljučne bol. Golnik	1.493,55	11.474,71	17.138.053,12	1.146,16	-347,39	13.151.853,61	-3.986.199,51	76,74
SB Jesenice	1.146,16	17.499,78	20.057.547,84	1.146,16	0,00	20.057.547,84	0,00	
SB Novo Mesto	1.146,16	27.317,83	31.310.604,03	1.146,16	0,00	31.310.604,03	0,00	
SB Slovenj Gradec	1.146,16	20.699,84	23.725.328,61	1.146,16	0,00	23.725.328,61	0,00	
SB dr. Franc Derganc Nova Gorica	1.146,16	22.728,63	26.050.646,56	1.146,16	0,00	26.050.646,56	0,00	
SB Celje	1.146,16	47.770,01	54.752.074,66	1.146,16	0,00	54.752.074,66	0,00	
SB Murska Sobota	1.146,16	23.579,83	27.026.257,95	1.146,16	0,00	27.026.257,95	0,00	
SB Izola	1.146,16	18.731,86	21.469.708,66	1.146,16	0,00	21.469.708,66	0,00	
SB dr. J. Potrča Ptuj	1.146,16	10.854,34	12.440.810,33	1.146,16	0,00	12.440.810,33	0,00	
SB Trbovlje	1.146,16	7.891,90	9.045.380,10	1.146,16	0,00	9.045.380,10	0,00	
SB Brežice	1.146,16	7.452,10	8.541.298,94	1.146,16	0,00	8.541.298,94	0,00	
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	1.146,16	14.823,68	16.990.309,07	1.146,16	0,00	16.990.309,07	0,00	
Bolnišnica za gin. In porod. Kranj	1.146,16	3.848,87	4.411.420,84	1.146,16	0,00	4.411.420,84	0,00	
Bolnišnica Sežana	1.146,16	987,82	1.132.199,77	1.146,16	0,00	1.132.199,77	0,00	
Bolnišnica Postojna	1.146,16	4.670,78	5.353.461,20	1.146,16	0,00	5.353.461,20	0,00	
Bolnišnica Topolšica	1.146,16	5.404,93	6.194.914,57	1.146,16	0,00	6.194.914,57	0,00	
MC Medicor,d.d.	1.146,16	5.675,12	6.504.595,54	1.146,16	0,00	6.504.595,54	0,00	
Iatros - dr. Košorok	1.146,16	1.109,56	1.271.733,29	1.146,16	0,00	1.271.733,29	0,00	
Kirurški sanatorij Rožna dolina	1.146,16	3.134,04	3.592.111,29	1.146,16	0,00	3.592.111,29	0,00	
Kirurški center Toš	1.146,16	367,60	421.328,42	1.146,16	0,00	421.328,42	0,00	
Estetika Fabjan,d.o.o.	1.146,16	119,74	137.241,20	1.146,16	0,00	137.241,20	0,00	
Zdrav.zavod za kardiovaskularno dejavnost	1.146,16	475,05	544.483,31	1.146,16	0,00	544.483,31	0,00	
Marko Bitenc.dr.med	1.146,16	1.747,33	2.002.719,75	1.146,16	0,00	2.002.719,75	0,00	
Artros	1.146,16	197,21	226.034,21	1.146,16	0,00	226.034,21	0,00	
Arbor Mea	1.146,16	358,86	411.310,98	1.146,16	0,00	411.310,98	0,00	
<b>Skupaj</b>		<b>515.333,22</b>	<b>714.424.707,97</b>			<b>590.654.323,44</b>	<b>-123.770.384,53</b>	

V tabeli 14 je prikazana vrednost SPP, če je cena za vse izvajalce enotna, kar pomeni, da izvajalci ne prejmejo nobenega dodatka k ceni uteži za izvajanje terciarne dejavnosti. Ob izračunu enotne cene za vse izvajalce v višini 1.146,16 evrov bi se obseg obračunanih SPP zmanjšal za 123.770 tisoč evrov, kar predstavlja 17 % vseh realiziranih SPP v letu 2013. Najvišjo priznano ceno uteži ima UKC Ljubljana (1.668,51 evrov), zato bi z znižanjem cene uteži za 522 evrov imel tudi največji izpad prihodkov (za 87.087 tisoč evrov). Sledi

UKC Maribor (za 24.350 tisoč evrov), Onkološki inštitut Ljubljana (za 8.347 tisoč evrov) in Klinika za pljučne bolezni Golnik (za 3.986 tisoč evrov). V nadaljevanju analize prikažem tudi vpliv na poslovni rezultat izvajalcev, če ti ne bi prejeli dodatka za terciar k ceni uteži.

### 2.3.3 Povprečna cena uteži, enotna za vse izvajalce

Sledi vprašanje, kakšna je višina povprečne enotne cene ene uteži, da se zagotovi enak obseg realiziranih SPP in sledi načelu, da se vsem izvajalcem, ki izvajajo ABO po sistemu SPP prizna enaka cena na utež. Znan je obseg SPP v višini 714.425 tisoč evrov. Ob tem podatku, s pomočjo excelove funkcije za iskanje cilja poiščem enotno povprečno ceno uteži, enako za vse izvajalce ob predpostavki, da se porabi enak obseg SPP. Funkcija nam pomaga poiskati vrednost v celici, ki jo določimo. Pri tem prilagodi vrednost druge celice tako, da dobimo željen rezultat. Izračunam, da je za enak obseg storitev SPP ustrezna enotna povprečna cena za vse izvajalce v višini 1.386,56 evrov (tabela 15). Z določitvijo enotne cene za vse izvajalce bi največji del prihodkov izgubili v UKC Ljubljana (za 16,9%), Onkološki inštitut Ljubljana za 16 %, Klinika za pljučne bolezni za 6,9 % in UKC Maribor za 6,3 %. Nasprotno, vsi ostali izvajalci bi prejeli za 21 % več sredstev iz naslova SPP. V tabeli 15 so razvidne razlike po izvajalcih za koliko bi dobili več oziroma manj v primeru enotne cene, ki veljajo za vse izvajalce.

*Tabela 15: Vrednost SPP po izvajalcih po enotni povprečni ceni uteži za vse izvajalce*

naziv izvajalca	cena uteži na dan 31.12.2013	Realizirani SPP/ cena na dan 31.12.2013	povprečna enotna cena uteži	dvig/padec cene uteži za eur	celotna vrednost SPP	razlika	Indeks
	veur		veur		veur	veur	
	1	2	3	4=1-3	5	6=5-2	7=5/2
UKC Maribor	1.479,00	108.202.264,53	1.386,56	-92,44	101.439.304,36	-6.762.960,17	93,75
UKC Ljubljana	1.668,51	278.176.106,21	1.386,56	-281,95	231.168.734,80	-47.007.371,41	83,10
B Onkološki inštitut LJ	1.651,08	27.294.762,98	1.386,56	-264,52	22.921.830,51	-4.372.932,47	83,98
Univerzitetna klinika za pljučne bol. Golnik	1.493,55	17.138.053,12	1.386,56	-106,99	15.960.975,85	-1.177.077,27	93,13
SB Jesenice	1.146,16	20.057.547,84	1.386,56	240,40	24.264.462,49	4.206.914,64	120,97
SB Novo Mesto	1.146,16	31.310.604,03	1.386,56	240,40	37.877.759,68	6.567.155,65	120,97
SB Slovenj Gradec	1.146,16	23.725.328,61	1.386,56	240,40	28.701.531,74	4.976.203,13	120,97
SB dr. Franc Derganc Nova Gorica	1.146,16	26.050.646,56	1.386,56	240,40	31.514.567,04	5.463.920,48	120,97
SB Celje	1.146,16	54.752.074,66	1.386,56	240,40	66.235.896,43	11.483.821,77	120,97
SB Murska Sobota	1.146,16	27.026.257,95	1.386,56	240,40	32.694.805,34	5.668.547,38	120,97
SB Izola	1.146,16	21.469.708,66	1.386,56	240,40	25.807.424,39	4.337.715,73	120,20
SB dr. J. Potrča Ptuj	1.146,16	12.440.810,33	1.386,56	240,40	15.050.173,53	2.609.363,20	120,97
SB Trbovlje	1.146,16	9.045.380,10	1.386,56	240,40	10.942.578,22	1.897.198,12	120,97
SB Brežice	1.146,16	8.541.298,94	1.386,56	240,40	10.332.769,95	1.791.471,01	120,97
Ortopedska bolnišnica Vaidoltra	1.146,16	16.990.309,07	1.386,56	240,40	20.553.894,24	3.563.585,17	120,97
Bolnišnica za gin. In porod. Kranj	1.146,16	4.411.420,84	1.386,56	240,40	5.336.682,05	925.261,21	120,97
Bolnišnica Sežana	1.146,16	1.132.199,77	1.386,56	240,40	1.369.669,87	237.470,10	120,97
Bolnišnica Postojna	1.146,16	5.353.461,20	1.386,56	240,40	6.476.308,05	1.122.846,85	120,97
Bolnišnica Topolšica	1.146,16	6.194.914,57	1.386,56	240,40	7.494.249,71	1.299.335,14	120,97
MC Medicor,d.d.	1.146,16	6.504.595,54	1.386,56	240,40	7.868.883,86	1.364.288,32	120,97
Iatros - dr. Košorok	1.146,16	1.271.733,29	1.386,56	240,40	1.538.469,45	266.736,17	120,97
Kirurški sanatorij Rožna dolina	1.146,16	3.592.111,29	1.386,56	240,40	4.345.528,69	753.417,40	120,97
Kirurški center Toš	1.146,16	421.328,42	1.386,56	240,40	509.698,77	88.370,36	120,97
Estetika Fabjan,d.o.o.	1.146,16	137.241,20	1.386,56	240,40	166.026,47	28.785,27	120,97
Zdrav.zavod za kardiovaskularno dejavnost	1.146,16	544.483,31	1.386,56	240,40	658.684,45	114.201,14	120,97
Marko Bitenc,dr.med	1.146,16	2.002.719,75	1.386,56	240,40	2.422.774,64	420.054,89	120,97
Artros	1.146,16	226.034,21	1.386,56	240,40	273.443,13	47.408,92	120,97
Arbor Mea	1.146,16	411.310,98	1.386,56	240,40	497.580,26	86.269,28	120,97
<b>skupaj</b>		<b>714.424.707,97</b>			<b>714.424.707,97</b>	<b>0,00</b>	

### 2.3.4 Vpliv na poslovni rezultat izvajalcev brez dodatka za terciar k ceni uteži

Za primerjavo različnih cen storitev in vpliv na poslovni rezultat izvajalcev sem se, glede na razpoložljivost podatkov, osredotočila le na javne izvajalce zdravstvenih storitev. Teh je v slovenskem prostoru 19 in obračunajo skoraj 98 % vseh storitev po metodi SPP.

Izkaz poslovnega izida nam pove, ali je bolnišnica poslovala s presežkom ali primanjkljajem prihodkov nad odhodki.

Tabela 16: Prihodki in odhodki izvajalcev, po denarnem toku za leto 2013

naziv izvajalca	Prihodki za izvajanje javne službe	delež javne sl.v %	Prihodki od prodaje blaga in storitev na trgu	delež trg v %	Skupaj prihodki	Odhodki za izvajanje javne službe	delež javne sl.v %	Odhodki od prodaje blaga in storitev na trgu	delež trg v %	Skupaj odhodki	Presežek/ primanjkljaj prihodkov nad odhodki
	1		2		3=1+2	4		5		6=4+5	7=3-6
UKC Maribor	155.238.112,00	96,3	5.884.988	3,7	161.123.100,00	155.081.639,00	96,8	5.050.013,00	3,2	160.131.652,00	991.448,00
UKC Ljubljana	415.827.588,00	97,4	11.023.240	2,6	426.850.828,00	406.565.171,00	97,5	10.440.905,00	2,5	417.006.076,00	9.844.752,00
SB Jesenice	30.556.621,00	98,5	451.802	1,5	31.008.423,00	31.607.260,00	98,9	358.590,00	1,1	31.965.850,00	-957.427,00
SB Novo Mesto	49.307.994,00	97,3	1.373.260	2,7	50.681.254,00	50.306.684,00	97,4	1.369.257,00	2,6	51.675.941,00	-994.687,00
SB Slovenj Gradec	37.128.982,00	97,6	924.213	2,4	38.053.195,00	37.519.152,00	97,3	1.041.754,00	2,7	38.560.906,00	-507.711,00
SB dr. Franc Derganc Nova Gorica	39.756.886,00	99,4	220.804	0,6	39.977.690,00	39.747.224,00	99,5	218.462,00	0,5	39.965.686,00	12.004,00
SB Celje	85.714.635,00	96,7	2.890.421	3,3	88.605.056,00	86.037.869,00	96,5	3.094.884,00	3,5	89.132.753,00	-527.697,00
SB Murska Sobota	42.355.764,00	97,0	1.321.685	3,0	43.677.449,00	42.172.744,00	97,1	1.263.383,00	2,9	43.436.127,00	241.322,00
SB Izola	36.140.538,00	97,7	841.077	2,3	36.981.615,00	36.955.593,00	98,0	735.286,00	2,0	37.690.879,00	-709.264,00
SB dr. J. Potrča Ptuj	21.303.727,00	98,0	443.751	2,0	21.747.478,00	23.509.258,00	100,0	0,00	0,0	23.509.258,00	-1.761.780,00
SB Trbovlje	14.532.619,00	96,4	543.525	3,6	15.076.144,00	14.563.844,00	96,5	528.486,00	3,5	15.092.330,00	-16.186,00
SB Brežice	13.947.560,00	98,1	274.386	1,9	14.221.946,00	13.794.377,00	98,2	252.996,00	1,8	14.047.373,00	174.573,00
B Onkološki inštitut LJ	83.530.389,00	97,0	2.559.196	3,0	86.089.585,00	83.386.759,00	97,2	2.434.193,00	2,8	85.820.952,00	268.633,00
Univer. klinika za pljučne bol. Golnik	23.160.688,00	95,6	1.069.066	4,4	24.229.754,00	23.408.336,00	96,0	969.023,00	4,0	24.377.359,00	-147.605,00
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	19.918.542,00	97,3	549.201	2,7	20.467.743,00	20.637.620,00	98,0	415.582,00	2,0	21.053.202,00	-585.459,00
Bolnišnica za gin. in porod. Kranj	5.265.701,00	91,9	461.344	8,1	5.727.045,00	5.363.645,00	93,2	394.349,00	6,8	5.757.994,00	-30.949,00
Bolnišnica Sežana	7.358.228,00	99,6	28.316	0,4	7.386.544,00	7.139.086,00	99,1	64.153,00	0,9	7.203.239,00	183.305,00
Bolnišnica Postojna	6.164.455,00	94,1	386.517	5,9	6.550.972,00	6.059.326,00	96,2	239.911,00	3,8	6.299.237,00	251.735,00
Bolnišnica Topolšica	9.766.647,00	97,9	208.498	2,1	9.975.145,00	10.791.244,00	98,3	184.246,00	1,7	10.975.490,00	-1.000.345,00
<b>SKUPAJ BOLNIŠNICE</b>	<b>1.096.975.676,00</b>		<b>31.455.290,00</b>		<b>1.128.430.966,00</b>	<b>1.094.646.831,00</b>		<b>29.055.473,00</b>		<b>1.123.702.304,00</b>	<b>4.728.662,00</b>

Vir: Agencija RS za javnopravne evidence in storitve, letna poročila pravnih oseb javnega prava

V tabeli 16 so izkazani realni prihodki in odhodki bolnišnic, ločeno za izvajanje javne službe in od prodaje blaga in storitev na trgu. Izmed 19 obravnavanih bolnišnic jih je 11 poslovalo negativno. Največji delež primanjkljaja prihodkov nad odhodki med izvajalci z negativnim poslovnim izidom izkazuje SB dr. J. Potrča Ptuj (24,3 %) in najmanjši SB Trbovlje (0,2 %). Presežek prihodkov nad odhodki dosega 37 % izvajalcev, od tega največ UKC Ljubljana (82,3 %). Skupen obseg primanjkljaja prihodkov nad odhodki znaša 7.239 tisoč evrov, skupen obseg presežka prihodkov nad odhodki pa 11.968 tisoč evrov. V letu 2013 je tako neto poslovni izid bolnišnic 4.729 tisoč evrov.

Tabela 17 in 18: Primanjkljaj in presežek prihodkov nad odhodki za leto 2013

naziv izvajalca	Primanjkljaj P/O	str. v %
SB Jesenice	-957.427,00	13,2
SB Novo Mesto	-994.687,00	13,7
SB Slovenj Gradec	-507.711,00	7,0
SB Celje	-527.697,00	7,3
SB Izola	-709.264,00	9,8
SB dr. J. Potrča Ptuj	-1.761.780,00	24,3
SB Trbovlje	-16.186,00	0,2
Univer. klinika za pljučne bol. Golnik	-147.605,00	2,0
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	-585.459,00	8,1
Bolnišnica za gin. In porod. Kranj	-30.949,00	0,4
Bolnišnica Topolšica	-1.000.345,00	13,8
<b>SKUPAJ</b>	<b>-7.239.110,00</b>	<b>100,0</b>

naziv izvajalca	Presežek P/O	str. v %
UKC Maribor	991.448,00	8,3
UKC Ljubljana	9.844.752,00	82,3
SB dr. Franc Derganc Nova Gorica	12.004,00	0,1
SB Murska Sobota	241.322,00	2,0
SB Brežice	174.573,00	1,5
B Onkološki inštitut LJ	268.633,00	2,2
Bolnišnica Sežana	183.305,00	1,5
Bolnišnica Postojna	251.735,00	2,1
<b>SKUPAJ</b>	<b>11.967.772,00</b>	<b>100,0</b>

Iz tabele 19 lahko razberemo, da se pri večini bolnišnic delež prihodkov ABO po sistemu SPP giblje med 60 % in 83 %. Izjema je Onkološki inštitut Ljubljana z 32 % deležem. Tako nizek delež je povsem razumljiv, saj večina programov, ki jih ta inštitut izvaja, niso obračunani po metodologiji SPP.

Tabela 19: Delež prihodkov ABO po sistemu SPP v vseh prihodkih bolnišnic

naziv izvajalca	Skupni prihodki v l. 2013	Prihodki iz SPP v l. 2013	delež SPP v prihodkih
UKC Maribor	161.123.100,00	108.202.264,53	67,2
UKC Ljubljana	426.850.828,00	278.176.106,21	65,2
SB Jesenice	31.008.423,00	20.057.547,84	64,7
SB Novo Mesto	50.681.254,00	31.310.604,03	61,8
SB Slovenj Gradec	38.053.195,00	23.725.328,61	62,3
SB dr. Franc Derganc Nova Gorica	39.977.690,00	26.050.646,56	65,2
SB Celje	88.605.056,00	54.752.074,66	61,8
SB Murska Sobota	43.677.449,00	27.026.257,95	61,9
SB Izola	36.981.615,00	21.469.708,66	58,1
SB dr. J. Potrča Ptuj	21.747.478,00	12.440.810,33	57,2
SB Trbovlje	15.076.144,00	9.045.380,10	60,0
SB Brežice	14.221.946,00	8.541.298,94	60,1
B Onkološki inštitut LJ	86.089.585,00	27.294.762,99	31,7
Univer. klinika za pljučne bol. Golnik	24.229.754,00	17.138.053,12	70,7
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	20.467.743,00	16.990.309,07	83,0
Bolnišnica za gin. In porod. Kranj	5.727.045,00	4.411.420,84	77,0
Bolnišnica Sežana	7.386.544,00	1.132.199,77	15,3
Bolnišnica Postojna	6.550.972,00	5.353.461,20	81,7
Bolnišnica Topolšica	9.975.145,00	6.194.914,57	62,1
<b>SKUPAJ</b>	<b>1.128.430.966,00</b>	<b>699.313.149,98</b>	<b>62,0</b>

V poglavju 2.3.2 je prikazan vpliv cene uteži brez dodatka za terciar za štiri izvajalce ABO, ki imajo priznane višje cene v primerjavi z ostalim izvajalci. Kot že omenjeno ima znižanje cene uteži največji negativni vpliv na poslovanje oziroma poslovni izid pri največji kliniki v Sloveniji. UKC Ljubljana je v letu 2013 realiziral za 426.851 tisoč evrov

prihodkov, od tega 96,3 % prihodkov iz javnih sredstev in 3,7 % prihodkov od prodaje blaga in storitev na trgu. V istem obdobju je realiziral za 417.006 tisoč evrov odhodkov in zaključil leto 2013 z 9.845 tisoč evrov presežka prihodkov nad odhodki. Iz tabele 14 lahko razberemo, da bi z znižanjem cene uteži iz priznanih 1.668,51 evrov na 1.146,16 evrov, UKC Ljubljana zmanjšal prihodke za 87.087 tisoč evrov, kar pomeni, da bi namesto presežka ustvaril primanjkljaj prihodkov nad odhodki v višini 77.242 tisoč evrov (tabela 20). Takšen primanjkljaj primerjalno predstavlja dvomesečne prihodke klinike.

Podobno bi izpad prihodkov občutili tudi v preostalih treh klinikah, v Kliniki za pljučne bolezni Golnik za 16,5 %, v UKC Maribor za 15,1% in v Onkološkem inštitutu Ljubljana za 9,7 %. Vsi obravnavani izvajalci bi leto 2013 zaključili s primanjkljajem prihodkov nad odhodki, skupaj v višini 112.826 tisoč evrov.

*Tabela 20: Vpliv na poslovanje izvajalcev po cenah, ki ne vključujejo dodatka za terciar*

naziv izvajalca	Skupaj prihodki	Skupaj odhodki	Presežek/primanjkljaj prihodkov nad odhodki	zmanjšanje vrednosti / cene brez dodatka za terciar	zmanjšani prihodki / brez dodatka na terciar	Presežek/primanjkljaj prihodkov nad odhodki
	1	2	3=1-2	4	5=1+4	6=5-2
UKC Maribor	161.123.100,00	160.131.652,00	991.448,00	-24.350.264,86	136.772.835,14	-23.358.816,86
UKC Ljubljana	426.850.828,00	417.006.076,00	9.844.752,00	-87.086.855,38	339.763.972,62	-77.242.103,38
B Onkološki inštitut LJ	86.089.585,00	85.820.952,00	268.633,00	-8.347.064,78	77.742.520,22	-8.078.431,78
Univer. klinika za pljučne bol. Golnik	24.229.754,00	24.377.359,00	-147.605,00	-3.998.882,72	20.230.871,28	-4.146.487,72
<b>SKUPAJ</b>	<b>698.293.267,00</b>	<b>687.336.039,00</b>	<b>10.957.228,00</b>	<b>-123.783.067,74</b>	<b>574.510.199,26</b>	<b>-112.825.839,74</b>

### 2.3.5 Vpliv na poslovni rezultat izvajalcev s priznano povprečno ceno uteži

Iz tabel 21 in 22 lahko razberemo vpliv na poslovni rezultat izvajalcev ABO, če upoštevamo v poglavju 2.3.3 izračunano povprečno enotno ceno uteži za vse izvajalce, ob predpostavki da se ohrani enak obseg obračunanih programov po SPP. Glede na to, da se z uvedbo enotne povprečne cene uteži v višini 1.386,56 evrov, cena štirim izvajalcem zniža, vsem ostalim pa zviša, je enostavno sklepati, da je vpliv na poslovni rezultat negativen za UKC Ljubljana, UKC Maribor, Onkološki inštitut Ljubljana in Kliniko za pljučne bolezni Golnik, za vse ostale izvajalce pa pozitiven. Največji negativen vpliv na poslovni rezultat se kaže pri UKC Ljubljana (za 47.021 tisoč evrov), največja pozitivna razlika pa v Bolnišnici Celje (za 11.480 tisoč evrov).

Priznana povprečna cena uteži, enotna za vse izvajalce, bi pomenila velik izpad prihodkov pri izvajalcih, katerim je danes priznana višja cena na račun dodatka za terciar. Za te je izračunan skupni primanjkljaj prihodkov nad odhodki v višini 48.440 tisoč evrov in na drugi strani presežek prihodkov nad odhodki pri vseh ostalih izvajalcih za 50.039 tisoč evrov, neto dohodkovni učinek tako znaša 1.600 tisoč evrov presežka.

Tabela 21: Vpliv na poslovanje izvajalcev po povprečnih cenah za vse izvajalce

naziv izvajalca	Skupaj prihodki	Skupaj odhodki	Presežek/primanjkljaj prihodkov nad odhodki	sprememba vrednosti / povprečna cena za vse izvajalce	prihodki/s povprečno ceno za vse	Presežek/prima njkljaj prihodkov nad odhodki
	1	2	3=1-2	5	6=1+5	7=6-2
UKC Maribor	161.123.100,00	160.131.652,00	991.448,00	-6.769.042,95	154.354.057,05	-5.777.594,95
UKC Ljubljana	426.850.828,00	417.006.076,00	9.844.752,00	-47.021.233,38	379.829.594,62	-37.176.481,38
B Onkološki inštitut LJ	86.089.585,00	85.820.952,00	268.633,00	-4.374.306,97	81.715.278,03	-4.105.673,97
Univer. klinika za pljučne bol. Golnik	24.229.754,00	24.377.359,00	-147.605,00	-1.232.563,88	22.997.190,12	-1.380.168,88
SB Jesenice	31.008.423,00	31.965.850,00	-957.427,00	4.205.459,63	35.213.882,63	3.248.032,63
SB Novo Mesto	50.681.254,00	51.675.941,00	-994.687,00	6.564.884,32	57.246.138,32	5.570.197,32
SB Slovenj Gradec	38.053.195,00	38.560.906,00	-507.711,00	4.974.482,05	43.027.677,05	4.466.771,05
SB dr. Franc Derganc Nova Gorica	39.977.690,00	39.965.686,00	12.004,00	5.462.030,72	45.439.720,72	5.474.034,72
SB Celje	88.605.056,00	89.132.753,00	-527.697,00	11.479.849,95	100.084.905,95	10.952.152,95
SB Murska Sobota	43.677.449,00	43.436.127,00	241.322,00	5.666.586,85	49.344.035,85	5.907.908,85
SB Izola	36.981.615,00	37.690.879,00	-709.264,00	4.472.882,16	41.454.497,16	3.763.618,16
SB dr. J. Potrča Ptuj	21.747.478,00	23.509.258,00	-1.761.780,00	2.608.460,72	24.355.938,72	846.680,72
SB Trbovlje	15.076.144,00	15.092.330,00	-16.186,00	1.896.541,95	16.972.685,95	1.880.355,95
SB Brežice	14.221.946,00	14.047.373,00	174.573,00	1.790.851,41	16.012.797,41	1.965.424,41
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	20.467.743,00	21.053.202,00	-585.459,00	3.562.352,66	24.030.095,66	2.976.893,66
Bolnišnica za gin. In porod. Kranj	5.727.045,00	5.757.994,00	-30.949,00	924.941,19	6.651.986,19	893.992,19
Bolnišnica Sežana	7.386.544,00	7.203.239,00	183.305,00	237.387,96	7.623.931,96	420.692,96
Bolnišnica Postojna	6.550.972,00	6.299.237,00	251.735,00	1.122.458,50	7.673.430,50	1.374.193,50
Bolnišnica Topolšica	9.975.145,00	10.975.490,00	-1.000.345,00	1.298.885,75	11.274.030,75	298.540,75
<b>SKUPAJ</b>	<b>1.128.430.966,00</b>	<b>1.123.702.304,00</b>	<b>4.728.662,00</b>	<b>-3.129.091,37</b>	<b>1.125.301.874,63</b>	<b>1.599.570,63</b>

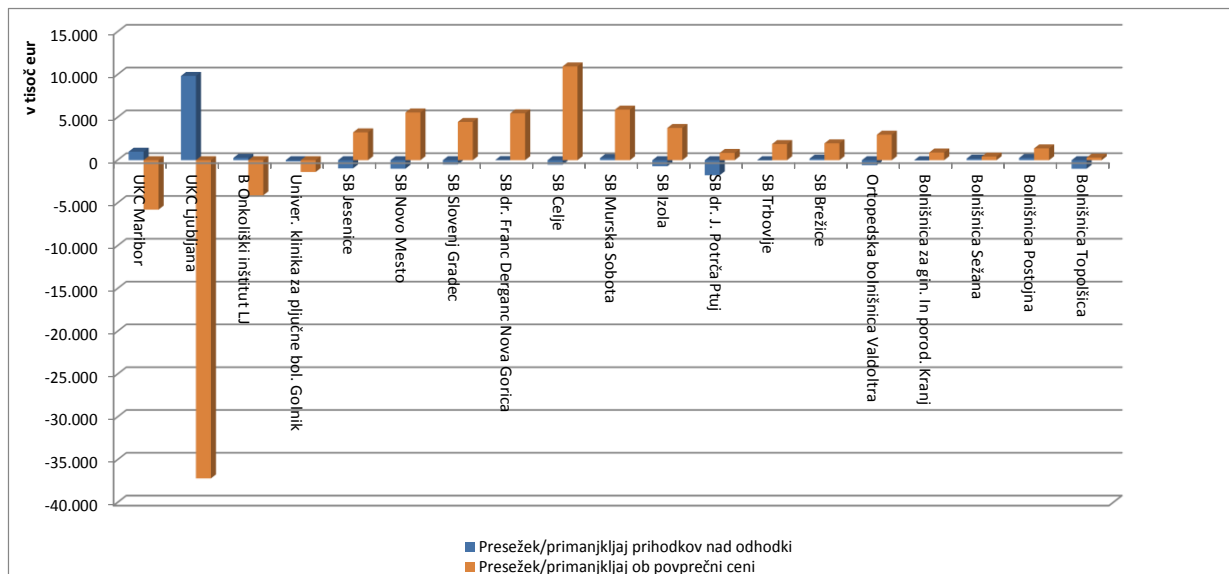
Tabela 22: Poslovni izid v primerjavi s poslovnim izidom ob upoštevanju enotne povprečne cene uteži

	Presežek/primanjkljaj prihodkov nad odhodki	Presežek/primanjkljaj ob povprečni ceni	Razlika med posl.izidom po povprečni ceni in posl.izidom
UKC Maribor	991.448	-5.777.595	-6.769.043
UKC Ljubljana	9.844.752	-37.176.481	-47.021.233
B Onkološki inštitut LJ	268.633	-4.105.674	-4.374.307
Univer. klinika za pljučne bol. Golnik	-147.605	-1.380.169	-1.232.564
SB Jesenice	-957.427	3.248.033	4.205.460
SB Novo Mesto	-994.687	5.570.197	6.564.884
SB Slovenj Gradec	-507.711	4.466.771	4.974.482
SB dr. Franc Derganc Nova Gorica	12.004	5.474.035	5.462.031
SB Celje	-527.697	10.952.153	11.479.850
SB Murska Sobota	241.322	5.907.909	5.666.587
SB Izola	-709.264	3.763.618	4.472.882
SB dr. J. Potrča Ptuj	-1.761.780	846.681	2.608.461
SB Trbovlje	-16.186	1.880.356	1.896.542
SB Brežice	174.573	1.965.424	1.790.851
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	-585.459	2.976.894	3.562.353
Bolnišnica za gin. In porod. Kranj	-30.949	893.992	924.941
Bolnišnica Sežana	183.305	420.693	237.388
Bolnišnica Postojna	251.735	1.374.193	1.122.458
Bolnišnica Topolšica	-1.000.345	298.541	1.298.886
<b>skupaj</b>	<b>4.728.662</b>	<b>1.599.571</b>	<b>-3.129.091</b>

Skupna značilnost izkazane razlike med poslovnim izidom z upoštevanjo enotno povprečno ceno uteži in realnim poslovnim izidom je v tem, da večje kot je odstopanje od povprečne cene uteži, večja je razlika med obravnavanima kategorijama. Bolnišnice, ki izkazujejo pozitivno razliko med novo izračunanim poslovnim izidom in poslovnim izidom, so imele nižjo ceno uteži od povprečja, bolnišnice, ki izkazujejo negativno razliko, pa višjo ceno od

izračunane povprečne. Iz Slike 9 je razvidno največje pozitivno (SB Celje) in največje negativno odstopanje (UKC Ljubljana).

Slika 9: Primerjava med poslovnim izidom in poslovnim izidom z upoštevano povprečno ceno uteži



### 2.3.6 Povzetek analize

Povzemam nekaj ugotovitev iz analiziranih podatkov:

- V primeru, da je priznana cena uteži za vse izvajalce enotna in brez dodatka za izvajanje terciarne dejavnosti (cena storitve 1.146,16 evrov), bi se obseg obračunanih SPP zmanjšal za 123,7 milijonov evrov na račun izpada prihodkov pri izvajalcih zdravstvenih storitev, ki danes prejemajo dodatek k ceni uteži za terciar.
- V primeru izračunane enotne povprečne cene uteži za vse izvajalce, ob predpostavki da se obseg realiziranih SPP ne spremeni (cena uteži 1.386,56 evrov), bi največji del prihodkov izgubil UKC LJ za 16,9 %, Onkološki inštitut Ljubljana za 16 %, Klinika za pljučne bolezni za 7,2 % in UKC Maribor za 6,3 %. Vsi ostali izvajalci bi s povprečno višjo ceno prejeli za 21 % več sredstev.
- S priznano ceno brez dodatka k ceni uteži za izvajanje terciarne dejavnosti ima največji negativni vpliv na poslovni rezultat izvajalcev, ki danes dodatek prejemajo. UKC Ljubljana bi namesto presežka prihodkov na odhodki realiziral primanjkljaj prihodkov nad odhodki v višini 77.242 tisoč evrov, UKC Maribor 23.359 tisoč evrov, Onkološki inštitut Ljubljana 8.078 tisoč evrov in Klinika za pljučne bolezni Golnik 4.146 tisoč evrov.
- Ob predpostavki, da se ohrani obseg storitev SPP in prizna povprečna enotna cena uteži za vse izvajalce (1.386,56 evrov), je vpliv na poslovni rezultat izvajalcev ugoden za vse izvajalce, katerim se je cena zvišala, in obratno.

Iz izvedene analize lahko povzamem, da vsakršna sprememba cene uteži močno vpliva na višino prihodkov oziroma poslovni rezultat izvajalcev zdravstvenih storitev. Ker je obstoječ model financiranja ABO zasnovan tako, da imajo določeni izvajalci na ceno uteži tudi dodatek za izvajanje terciarne dejavnosti, je razumljivo negodovanje tistih izvajalcev, ki tega dodatka k ceni ne prejemajo. Neenakost plačil izvajalcem ima negativne posledice in sicer: izvajalci, ki prejemajo nižjo ceno uteži, si prizadevajo pridobiti izpadla sredstva tudi z neustreznim, napačnim evidentiranjem opravljenih SPP, kar pomeni, da lahko obračunavajo zahtevnejše SPP od dejansko opravljenih. Nasprotno pa lahko pri izvajalcih, ki prejemajo višjo ceno uteži, pride do negospodarnega ravnanja s prejetimi sredstvi. Cilj javnih zdravstvenih zavodov je izvajanje dejavnosti, zaradi katerih so bili ustanovljeni in ne ustvarjanje dobičkov. Obstaja nevarnost, da se z višjimi cenami pri nekaterih izvajalcih spodbuja neučinkovitost oziroma negospodarno ravnanje z razpoložljivimi sredstvi. Diferenciacija plačil je nezaželen stranski učinek tako enim kot drugim izvajalcem.

Za enoten in pravičnejši sistem financiranja ABO po metodi SPP bi morali glede na razpoložljiva sredstva namenjena za financiranje ABO izračunati enotno povprečno ceno uteži, ki bo enaka za vse izvajalce. Če poenostavim, strošek zamenjave kolka (SPP - I03C zamenjava kolka brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) je enak v katerikoli bolnišnici, priznana cena uteži za ta SPP pa se razlikuje in je pri izvajalcih, ki prejemajo dodatek za terciar višja. Financiranje terciarne dejavnosti bi moralo biti drugače urejeno in ne skozi ceno uteži za SPP. Le na ta način bi za enako opravljeno storitev iz seznama SPP vsi izvajalci prejeli enako plačilo. Primernejši način financiranja te dejavnosti bi bil lahko urejen podobno kot se financirajo druge zdravstvene dejavnosti izven sistema SPP (npr. transplantacije). Po opravljeni storitvi iz naslova terciarne dejavnosti bi izvajalec izstavil račun in ga posredoval plačniku te storitve.

Iz prikazanih podatkov in izračunov lahko povzamemo, da so tudi izvajalci, ki ne prejemajo dodatka k ceni uteži, v letu 2013 dosegli presežek prihodkov nad odhodki. Pomeni, da so kljub nižjim prihodkom za opravljene storitve SPP na drugi strani optimizirali porabo sredstev.

V državah, ki imajo uveden SPP sistem je tako, da na podlagi cen referenčnih bolnišnic neodvisna institucija določi enotno ceno, ki nato velja v vseh bolnišnicah. Na ta način postane sistem transparenten in enoten za vse izvajalce zdravstvenih storitev. Glavne prednosti enotno določenih cen so seveda boljša preglednost in primerjava stroškov, optimizacija virov, krajše čakalne dobe, skladno z medicinsko indikacijo, omejevanje stroškov, povečanje konkurenčnosti in nenazadnje končno lahko ponudimo zdravstveni politiki enoten instrument za načrtovanje.



### **3 PREDLOGI IN PRIPOROČILA ZA IZBOLJŠAVO MODELA FINANCIRANJA AKUTNE BOLNIŠNIČNE**

#### **3.1 Pomanjkljivosti plačevanja po sistemu SPP**

Vsak model ima pomanjkljivosti, ki omogočajo možne zlorabe. Pri modelu plačevanja po sistemu SPP je na eni strani možno pretirano zniževanje stroškov z omejevanjem potrebnih preiskav in izborom manj ustreznih zdravil, na drugi strani pa sprejemanje bolnikov, ki hospitalizacije ne potrebujejo ter lažno prikazovanje diagnoz in obravnav z visokimi cenami. Tovrstni model plačevanja usmerja izvajalce k stroškovno učinkoviti obravnavi, ne pa tudi h kakovostni. Te lastnosti nima sam po sebi tudi noben drug način razporejanja sredstev bolnišnicam.

Eno od ključnih področij, ki ga še bo potrebno razvijati v prihodnje je večji in učinkovitejši nadzor nad vsebino kodiranja, kar vključuje tudi nadzor nad ustreznostjo hospitalizacij. V nekaterih državah se je namreč izkazalo, da se je ob uvajanju SPP povečalo število hospitalizacij tudi za tiste oblike bolezni, ki bi se lahko zdravile ambulantno ali v okviru dnevne bolnišnice.

Sistem SPP večinoma izpolnjuje zahteve dobrega modela financiranja, zlasti učinkovitost in pravično alokacijo sredstev med izvajalce. Njegova šibka točka pa je vpliv na kakovost. Zaradi izrazitega spodbujanja učinkovitosti (ista cena za vse enake primere) lahko namreč izvajalce napelje k pretiranemu varčevanju, tudi na škodo bolnikov. Zato je ključnega pomena, da posamezne epizode spremlja vsebinski opis – klinična pot. Klinična pot v obliki protokola opisuje zaporedje vseh postopkov od začetka do konca epizode. S tem se omogoči beleženje tako postopkov kot razlogov, zakaj je do odstopanja od predvidenega postopka sploh prišlo. Sistem SPP v kombinaciji s klinično potjo je tako izvrstno orodje, ki omogoča različne ekonomske analize ter primerjave med bolnišnicami v isti državi oziroma mednarodne primerjave. V tabeli 23 so strnjene prednosti in pomanjkljivosti plačevanja po sistemu SPP.

Večino slabosti SPP imajo tudi predhodni modeli plačevanja, ki pa so imeli poleg skupnih še številno drugih slabosti. Celo pri slabostih ima metoda SPP prednosti pred drugimi modeli, saj jih je zaradi njene preglednosti lažje obvladovati.

Namen sistema SPP je bil sprva plačati enako ceno za enakega bolnika v kateri koli bolnišnici ter s primerjavo med bolnišnicami spodbujati konkurenčnost, zvišati produktivnost, povečati stroškovno zavest izvajalcev in uporabnikov, doseči transparentnost alokacije virov in deliti finančna tveganja med plačnikom in izvajalci zdravstvene oskrbe. Sprva je sistem pokazal pozitivne ekonomske učinke, a so se kmalu pričele kazati tudi pomanjkljivosti. Povečalo se je administrativno delo, za vzdrževanje je sistem potreboval veliko dodatnega kadra in novih institucij. Zaradi vnaprej dogovorjene

cene SPP so pričeli izvajalci zdravstvenih storitev zlorabljeni sistem kot na primer pošiljati zahtevne bolnike od sebe, izbirati cenejše in manj zahtevne bolnike, čezmerno kodiranje posegov in diagnoz, ki so rezultirale v višji ceni SPP, hitro odpuščanje bolnikov ter povečanje števila ponovnih sprejemov. Ob tem pa so naraščali tudi stroški.

*Tabela 23: Prednosti in pomanjkljivosti plačevanja po sistemu SPP*

<b>Prednosti sistema SPP</b>	<b>Pomanjkljivosti sistema SPP</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• velika vzpodbuda izvajalcem za povečanje učinkovitosti (racionalna uporaba zdravil in preiskav, krajšanje čakalne dobe, uvajanje dnevne bolnišnice)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ne vpliva na kakovost in jo lahko brez spremljajočih ukrepov lahko celo poslabša</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pravična in transparentna alokacija sredstev med izvajalci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pretirano varčevanje (opuščanje potrebnih preiskav, izbiranje cenejših zdravil, predčasno odpuščanje bolnikov)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• deljeno finančno tveganje med plačnikom in izvajalcem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• možne zlorabe kodiranja zaradi doseganja višjih cen (uvrščanje bolnikov v dražje SPP)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• možnost primerjav med ustanovami /bolnišnicami</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• večja stroškovna zavest izvajalcev in uporabnikov</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• možnost različnih statističnih obdelav in analiz</li> </ul>	

Model SPP zato tudi dobrih deset let po uvedbi s strani plačnika ni postal v celoti izrabljeno orodje za aktivno kupovanje epizod zdravljenja, ki jih državljeni najbolj potrebujejo, s strani izvajalcev pa so prav tako premalo uporabljeno orodje za spodbujanje stroškovne učinkovitosti.

V nadaljevanju predstavljam področja, katerim je potrebno posvetiti večjo pozornost, če želimo doseči sodoben in učinkovit sistem plačevanja ABO po sistemu SPP.

### **3.2 Področja za izboljšavo obstoječega modela financiranja ABO**

Zaradi omejenih razpoložljivih finančnih sredstev in vse višjih izdatkov za zdravstvene storitve v ABO, ki danes predstavlja več kot 40 odstotkov vseh sredstev namenjenih za zdravstvene storitve, je potrebno nujno pristopiti k čimprejšnjemu reševanju problematike obvladovanja tovrstnih izdatkov. Zaradi omenjene problematike in želje po vzpostavitvi dolgoročne stabilnosti zdravstvenega sistema je Vlada RS uvedla model financiranja v akutni bolnišnični obravnavi po sistemu SPP. Relativno hiter način uvedbe modela SPP je bil za Slovenijo nekoliko tvegan. Negativni odzivi v začetku uvajanja so se izkazali kot posledica slabe informiranosti in pomanjkanja pripomočkov za uspešno in pravilno kodiranje opravljenih zdravstvenih storitev. Uvajanje sistema SPP je pripomoglo k

intenzivnem zavedanju in razmišljanju o kakovosti podatkov in zdravstveni oskrbi bolnikov.

S pomočjo študije meril financiranja po sistemu SPP, poznavanja trenutnega stanja v ABO, izvedenih analiz realizacije storitev v predhodnih poglavjih, bom v nadaljevanju izpostavila določene pomanjkljivosti sistema financiranja po modelu SPP ter podala priporočila za izboljšavo sistema SPP, potrebna za učinkovit razvoj obstoječega modela. Obravnavana področja so: nacionalna stroškovna analiza, kakovost in zanesljivost podatkov, uvedba kliničnih poti ter kazalnikov kakovosti.

### **3.2.1 Nacionalna stroškovna analiza**

Z uvedbo modela financiranja v akutni bolnišnični obravnavi po sistemu SPP v Sloveniji še vedno ni vzpostavljenega primerljivega orodja, ki bi meril primerljivost in uspešnost izvajalcev zdravstvenih storitev v akutni bolnišnični obravnavi. Sistem bi moral omogočati primerjave učinkovitosti zdravljenja po posameznih primerih SPP in po posameznih izvajalcih, kar bi omogočala nacionalna stroškovna analiza. Pomanjkljiva je tudi posodobljena Mednarodna klasifikacija bolezni t.i. MKB-10.

Ob omejenih finančnih sredstvih namenjenih za zdravstvene storitve in ob nespremenjenih pravicah iz naslova zdravstvenega varstva bo mogoče večjo dostopnost do bolnišnične obravnave doseči predvsem z obvladovanjem stroškov. Izvajalci zdravstvenih storitev bi morali višjo vrednost dela doseči z boljšo organizacijo dela, bolj izrabljenim delovnim časom in medicinske opreme. Pri tem ne smemo zanemariti smotrne porabe sanitetnega in zdravstvenega materiala. Za doseganje teh ciljev je potrebno medicinsko osebje ustrezno motivirati, kar pomeni, da je potrebno v ta namen določiti mehanizme stimulacije in kazalnike vrednotenja. Potrebna bi bila uvedba stimulacij izvajalcev za smotrno izvajanje programov, spodbujanje razvoja strokovnosti in čim bolj gospodarnega ravnanja s sredstvi, za kar morajo biti zadolženi in odgovorni vodilni v bolnišnicah. Poleg tega pa bi bilo potrebno vzpostaviti mehanizme vzpodbud za zdravstveno osebje, ki z racionalnim ravnanjem prispevajo k zniževanju stroškov. Omenjene usmeritve bi prišle do izraza ob uvedbi nacionalne stroškovne analize, ko bo izvajalec sprotno in vestno beležil vse stroške, ki so vezane na posamezno obravnavo bolnika oziroma primer SPP.

Na zdravstvenem področju se vsakodnevno uvajajo novi postopki zdravljenja in odkrivajo nove bolezni, zato je nujno potrebna zahteva po neprestanem prilagajanju in dopolnjevanju seznamov primerov SPP, ker bo edino tako odražalo dejansko in realno stanje v zdravstvu.

Če bi bila izdelana nacionalna stroškovna analiza v vseh slovenskih bolnišnicah, bi le ta omogočala primerjavo učinkovitosti zdravljenja posameznih primerov SPP in med posameznimi izvajalci storitev. Za določitev plačila, ki se razlikuje glede na zahtevnosti obravnav, je potrebno opredeliti klasifikacijo SPP, ki predstavlja določeno število SPP, ki temeljijo na različni zahtevnosti obravnav. Le na podlagi znanih rezultatov nacionalne

stroškovne analize bo omogočena posodobitev seznama SPP, ki bo prilagojen slovenskim razmeram v zdravstvu. Obstoječi seznam SPP je potrebno nadgraditi, nekatere SPP izločiti, druge združiti in obratno ter tako izoblikovati nov seznam primerov SPP, ki najbolj ustreza slovenskemu prostoru. V podrobnejši pregled je potrebno uvrstiti uteži posameznih primerov SPP ter ugotoviti njihovo ustrežno vrednost.

V Sloveniji se zaradi uvajanja novih zdravil in novih metod zdravljenja relativno počasi prilagajamo in ne zagotavljamo sproti sprememb uteži posameznih primerov SPP. Ob spremembi tehnike obravnave bolnika, na primer z vključitvijo dragih zdravil na področju onkologije, bi se morala spremeniti tudi utež posameznih SPP.

Čim prej bi se morali soočiti s potrebo po analizi stroškov posameznih primerov SPP, kar bo omogočalo primerjavo o poslovni učinkovitosti posameznega izvajalca. Namreč namen stroškovne analize je, da se v čim večji meri posameznemu bolniku pripišejo dejanski stroški zdravljenja na posameznih stroškovnih mestih. Nato pa se na podlagi teh podatkov natančno določi cena posameznega primera SPP, ki ga bomo lahko primerjali z vrednostjo plačanega SPP s strani ZZS kot plačnika zdravstvenih storitev. Tako bo omogočen transparentni pregled nad dejanskimi stroški, ki pri obravnavi bolnika nastanejo. Preglednejši podatki bi tako olajšali tudi pogajanja partnerjev pri sklepanju vsakoletnih dogovorov o obsegu programov zdravstvenih storitev ter zagotavljali usklajen nadaljnji razvoj modela financiranja po sistemu SPP. Istočasno bodo rezultati stroškovne analize po bolnišnicah podlaga za načrtovanje nadaljnje strategije razvoja SPP v Sloveniji.

Prednost uveljavitve sistema SPP je za Slovenijo predvsem možnost primerjave z evropskimi bolnišnicami in izmenjave izkušenj na področju uvajanja modela financiranja na podlagi vključitve v mednarodno mrežo strokovnjakov, kar je za majhno Slovenijo izrednega pomena. Cilj vsake sodobne bolnišnice bi morala biti kakovostna obravnava bolnika v čim krajšem času in na najbolj racionalen način. S skrajševanjem ležalnih dob, ob nespremenjeni hospitalizaciji, bi se morale potrebe po številu bolnišničnih postelj zmanjševati. Bolnišnice bi zato morale kot dober gospodar prihranjena sredstva uporabiti predvsem za uvajanje novih metod zdravljenja, nove diagnostične postopke in nove tehnologije. Načrtovano zmanjšanje bolnišničnega zdravljenja bi posledično moralo povečati potrebe po specialističnih ambulantah, zato bi bilo potrebno pripraviti strokovne kriterije za sprejem v bolnišnico samo tistih bolnikov, pri katerih diagnostika, zdravljenje in rehabilitacija niso možne brez bolnišnične obravnave.

Glavni razlog za slabo vrednotenje specialističnih ambulant je v tem, da ni bil razvit enakovreden obračunski sistem za ambulantni način zdravstvene oskrbe v primerjavi z bolnišničnim. ZZS ima za podlago pri obračunavanju ambulantnega načina zdravstvene oskrbe Zeleno knjigo, torej točke in količnike, za bolnišnično obravnavo pa primere SPP. Obračunski sistem je po Zeleni knjigi naravnano tako, da je ambulantna obravnava v primerjavi z bolnišnično obravnavo drastično cenejša. Iz tega lahko sklepamo, da se izvajalci zato odločajo za bolnišnično obravnavo bolnika, čeprav bi bil lahko ambulantno

obravnavan. Potrebni bi bili torej določeni ukrepi za vzpodbudo ambulantne, cenejše obravnave. Za takšen korak pa nujno potrebujemo prenovno načina obračunavanja ambulantno specialističnih storitev, da bi bil lahko primerljiv z bolnišničnim. Vsekakor je ambulantni način obravnave bolnika cenejši od bolnišničnega, ne bi pa smel biti toliko cenejši, da destimulira način dela v ambulanti.

Znana problematika zaradi različnih načinov obračunavanja ter precenjevanja oziroma podcenjevanja različnih vrst zdravstvenih storitev kliče po nujni izvedbi nacionalnih stroškovnih analiz, katere ne smejo biti le občasne ali enkratne, ampak morajo postati rutina. Na tem področju je zato potrebno usposobiti ustrezne strokovnjake, kajti le verodostojni rezultati so lahko podlaga za pravilno vrednotenje posameznih SPP. Še posebej bi bili koristni pridobljeni podatki o ležalni dobi in razlike med splošnimi, specialnimi in terciarnimi bolnišnicami.

Prednosti stroškovnih analiz za posameznega izvajalca bodo podatki o povprečnih nacionalnih stroških določene vrste storitev znotraj posameznega SPP. Na takšen način bo izvajalec preveril svojo stroškovno učinkovitost. Če bo na primer strošek operacijske dvorane določenega izvajalca višji od nacionalnega povprečja je smiselno, da izvajalec na podlagi dodatne analize ugotovi razloge za takšno odstopanje (premajhna izkoriščenost, slaba organizacija dela, daljši operativni posegi itd). Zaradi omejenih sredstev, ki jih izvajalec prejme za posamezni primer SPP je pomembno, da so stroškovno intenzivni deli procesa optimizirani. Pomeni, da je smiselno sproti spremljati vse stroške, ki nastajajo pri obravnavi bolnika.

S pomočjo nacionalne stroškovne analize pa bi lahko odgovorili tudi na vprašanje financiranja terciarne dejavnosti, zaradi katere so izvajalci zdravstvenih storitev upravičeni do dodatka k ceni uteži (ceni enke) na podlagi Splošnega dogovora. Terciarna dejavnost namreč vključuje program učenja, program usposabljanja za dodatna specialna znanja, program za razvoj in raziskovanje ter izvedenost v subspecialnih timih, subspecialnih laboratorijih in interdisciplinarnih ekspertnih konzorcijih. Vprašanje financiranja terciarne dejavnosti je ena najzanimivejših področij SPP tudi v drugih državah, ki uvajajo medel financiranja po sistemu SPP. Do natančnejših in dodatnih informacij bo mogoče priti z nacionalno stroškovno analizo. Na tej osnovi bo mogoče kategorizirati ne samo bolnišnice, ampak tudi posamezne oddelke v bolnišnici in temu prilagoditi financiranje.

Stroškovne študije morajo nujno postati rutina, zato je potrebno usposobiti tudi ustrezne strokovnjake v Sloveniji. Šele verodostojni rezultati so lahko osnova za spremembe vrednotenja posameznih sistemov SPP. Koristni bi bili podatki o ležalni dobi, o porazdelitvi v sorodnih skupinah SPP, med drugim tudi razlike med splošnimi, specialnimi in univerzitetnimi bolnišnicami. Transparentni podatki o stroških SPP so predpogoj za postopno povečanje vpliva rezultatov SPP na proračun bolnišnice. Nacionalna stroškovna analiza bi utemeljila tudi potrebe po uvedbi drugih spremljajočih finančnih instrumentov v okviru SPP. Z rezultati analize bo mogoče dobiti tudi podatke, ki bodo uporabni pri

načrtovanju nadaljnje strategije razvoja SPP v Sloveniji, na primer vključevanje psihiatričnih bolnišnic, ambulantnih sistemov SPP ipd.

### **3.2.2 Kakovost in zanesljivost podatkov**

Šifra, ki ob kodiranju nastane, je povratna informacija izvajalcu, da je uporabil pravilne podatke. Zato je smiselno spremljati število in kompleksnost diagnoz za posameznega odpuščenega bolnika, kot tudi števila postopkov in posegov. Ti podatki so v veliko pomoč medicinskemu osebju, ki spremlja kakovost šifriranja. Če šifra ne odraža vsebine obravnave, mora izvajalec razmisliti o ustreznosti vnesenih podatkov. Smiselno je, da izvajalec ponovno preveri vnos glavne diagnoze, dodatnih diagnoz in posegov v razvrščevalnik. Ob neskladnem kodiranju diagnoze oziroma posegov so podani pogoji za vsebinsko napačen prikaz obravnave, ki naj bi jo odražal napačen primer SPP. V teh primerih gre za pogosto beleženje t.i. zmotnih šifer.

Šifra iz skupine zmotnih primerov je lahko tudi sprejemljiva in sicer takrat, ko je neskladje med diagnozo in posegi utemeljeno in dokumentirano. Takšno šifro lahko pričakujemo takrat, ko je zdravljenje pri istem izvajalcu potekalo v več epizodah, po katerih se oblikuje končni primer SPP. Dejstvo je, da do uvrstitve v skupino napak lahko pride kljub korektnemu kodiranju zaradi vgrajenih algoritmov prevzetega od avstralskega razvrščevalnika, kar je po mojem mnenju razlog več za že predlagane usmeritve za prilagoditev modela financiranja slovenskim razmeram.

Na podlagi opravljenih vsakoletnih analiz realiziranih primerov SPP je opazen kakovostni premik pri kodiranju primerov SPP. Kakovostnejše podatke gre torej pripisati dejstvu, da so izvajalci na področju kodiranja pridobili več znanja in izkušenj in dokazali, da se je kakovost podatkov izboljšala.

Pot do kvalitetnejših in zanesljivejših podatkov je tudi izvajanje finančno medicinskih nadzorov, ki jih ZZZS v okviru svojih zmožnosti vsakoletno opravlja. Smiselno je izvajati nadzor tistih primerov SPP, ki sodijo v seznam najpogosteje zabeleženih primerov SPP, izvedbo nadzorov pri določenih izvajalcih, ki v večini izvajajo zahtevne in zapletene primere, izvedbo nadzorov tistih SPP oziroma dejavnosti, ko bi izvajalec bolnika lahko obravnaval tudi v dnevni obravnavi in izvedbo nadzorov evidentiranih zmotnih primerov pri predlaganih izvajalcih.

Po mojem mnenju izvedba predlaganih finančno medicinskih nadzorov pripomore k zavesti izvajalcev k pravilnemu kodiranju opravljenih zdravstvenih storitev, kar bo pot do zanesljivejših in kvalitetnejših podatkov. Predlagam, da ZZZS na podlagi opravljenih nadzorov večkrat letno, npr. vsako trimesečje povzame najpogostejše napake oziroma nepravilnosti kodiranja in izvajalce sprotno obvešča o napakah pri beleženju zdravstvenih storitev.

Kodiranje vpliva na utež in tako se s strani izvajalcev pojavlja želja po višji uteži. V tem primeru govorimo o nadšifriranju. Najlažje je izvajalcu doseči nadšifriranje pri šifriranju diagnoz, ki predstavljajo dodatne bolezni in zaplete, ki spremljajo osnovno bolezen.

Smiselna je kontrola vstopnih podatkov, poročil o realizaciji storitev, ki jih izvajalci preko računalniške izmenjave podatkov mesečno sporočajo ZZZS. Prek takšne obdelave in vnaprej določenih parametrov se pri mesečni obdelavi podatkov izločijo primeri SPP, ki niso sprejemljivi oziroma so za ZZZS kot plačnika nerealni

Z natančno analizo SPP in vseh spremljajočih parametrov lahko vplivamo tudi na ocenjevanje kakovosti dela. Kakovost šifriranja in razvrščanja v skupine je potrebno najprej spremljati in urejati pri vsakem izvajalcu posebej. Z rednimi internimi nadzori znotraj posameznega izvajalca, s katerim bi na enostaven način primerjali različne primere SPP, njihovo kompleksnost in ležalno dobo ter posledično ugotavljali pravilnost kodiranja diagnoz in posegov. Tako je nadzor znotraj bolnišnice sestavni del procesa izvajanja sistema SPP, istočasno pa prispeva k skrbno vodeni medicinski dokumentaciji. Za preverjanje pravilnosti kodiranja je smiselno izbrati nekaj naključnih primerov SPP, ki jih ponovno kodira oseba, ki ni opravila prvotnega kodiranja. Z uporabo točkovanja kakovosti kodiranja, bi lahko primerjali različne oddelke. Pri oceni kodiranja je najbolj pomembna pravilno določena glavna diagnoza, ustreznost kodiranja posegov in kompleksnost medicinske dokumentacije. Oseba, ki ponovno opravi kodiranje, ne sme biti seznanjena s prvotno dodeljeno šifro SPP. Namen internih kontrol je, da po ponovnem kodiranju primerjamo rezultate prvotnega kodiranja. V kolikor pride do spremembe uvrstitve SPP, šifro ponovno pregleda tisti, ki je prvotno določil šifro SPP in ugotovi razloge za odstopanje. Možnosti za napake pri kodiranju lahko nastanejo zaradi pomanjkanja kliničnega znanja koderja, napačne uporabe Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-10) oziroma šifranta kliničnih posegov, pomanjkljive oziroma slabe medicinske dokumentacije, nepoznavanja in neupoštevanja pravilne definicije bolnišnične obravnave itd. Ugotovljene napake je potrebno analizirati in predlagati nadaljnje ukrepe za preprečevanje teh napak v kodiranju v prihodnosti. Z notranjimi nadzori se tako ugotavljajo vsa problematična področja kodiranja in odprava napak pri kodiranju.

### **3.2.3 Uvedba kliničnih poti in kazalnikov kakovosti**

Klinična pot je obrazec, ki opisuje običajni način obravnave za posamezne vrste bolnikov. Z njihovo uvedbo se zmanjša število napak, spodbudi multidisciplinarno skupinsko delo in zagotovi boljše podlage za obveščanje bolnikov in njihovih sorodnikov glede obravnave, ki jo lahko pričakujejo. Klinične poti se po vsem svetu uporabljajo za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev, največ v Avstraliji, Veliki Britaniji, na Irskem, v ZDA, Na Novi Zelandiji, v Franciji in Nemčiji (Ceglar et al, 2008, 70).

Cilj uvedbe kliničnih poti je izboljšanje delovnih procesov v smislu racionalizacije potreb po kadrih za določeno področje dela, racionalizacije porabljenega časa in boljšo oskrbo

bolnikov. Vzpostavitev in uporaba kliničnih poti bistveno vpliva na racionalno porabo sredstev in nadzor nad razporejanjem virov, zato mora biti še toliko večji interes izvajalca, da jih vzpostavi. Z vidika nadzorov, ki jih opravlja ZZZS, je klinična pot temeljni pripomoček za vsebinsko presojo ustreznosti opravljenega dela.

Doslej je pri izvajalcih zaživelo le malo kliničnih poti, čeprav so jih nekateri razvijali vrsto let. Z razvojem kliničnih poti se namreč izboljšuje kakovost zdravstvenih storitev, izboljšanje in skrajšanje celotnega postopka obravnave pacienta v bolnišnici, zmanjšanje postopkovnih in zdravstvenih napak med bolnišnično obravnavo pacienta, kakovostnejši pristop ter učinkovito obveščanje bolnikov in njihovih svojcev pri posamezni obravnavi.

Poudarjam, da se z uporabo kliničnih poti izboljša kakovost obravnave bolnika, odpravljajo nepotrebni zastoji, skrajšuje ležalno dobo pacienta, zmanjšujejo možnost napak in preprečujejo podvajanje dela. Z uporabo kliničnih poti izvajalec racionalno porabi čas in finančna sredstva in ne nazadnje ima boljši nadzor nad razporejanjem virov. Seveda pa je smiselno uvajanje kliničnih poti za tiste bolezni in posege, ki se pogosteje obravnavajo oziroma tam, kjer se izvajalci srečujejo z večjimi težavami in zapleti.

Klinične poti bi morale biti v prihodnosti podlaga za spreminjanje in dopolnitve uteži določenih primerov SPP, hkrati pa tudi podlaga izvajalcem za sklepanje pogodb s plačnikom zdravstvenih storitev. Lahko so tudi podlaga izvajalcem za notranje razporejanje virov za racionalno in stroškovno učinkovito klinično oskrbo posameznega bolnika.

Orodja SPP sistema niso postavljena zato, da bi povečala kakovost, ampak zato, da se poveča stroškovna učinkovitost, produktivnost, preglednost in dostopnost. Za kakovost so potrebni izpostavljeni indikatorji kakovosti, ki morajo biti definirani prospektivno. To pomeni, da se dogovorita plačnik in izvajalec, kako bosta spremljala in kako bosta analizirala. En primer kazalnika je na primer infekcija z MRSA ali čakanje v bolnišnici na CT preiskavo. Kazalniki kakovosti se torej vzpostavijo preko kliničnih poti. V vsakoletnem Dogovoru med izvajalci in plačnikom je dogovorjeno, da mora vsaka bolnišnica vsako leto izdelati vsaj dve klinični poti in voditi določene kazalnike kakovosti. Na spletnih straneh ZZZS so objavljene klinične poti, ki so jih doslej posredovali izvajalci zdravstvenih storitev.

Kakovost v zdravstvu je zagotavljanje primerne zdravstvene oskrbe in težnja k nenehnemu izboljševanju le-te. Kazalec kakovosti kot so nastale preležanine, delež okuženih bolnikov z MRSA, spremljanje bakterijskih in virusnih okužb so izvajalci dolžni že tretje leto spremljati in jih tudi uradno predstaviti na svojih spletnih straneh. S tem v zvezi postaja vse večje zavedanje preprečevanja dejavnikov tveganja, kar posledično pripelje do kakovosti zdravstvene oskrbe.



Dejavnost spremljanja in izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe je glavna prioriteta vseh razvitih držav, skupaj z zagotavljanjem dostopnosti do storitev ter finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema. Slovenija, tako kot večina razvitih držav, je s sprejetjem Nacionalne strategije za kakovost in varnost v zdravstvu pospešila sprejem ukrepov na področju zagotavljanja kakovosti oskrbe in varnosti pacientov – v razmerah ekonomske krize je takšna politika ne le zaželena, ampak tudi nujno potrebna. Le dobro usmerjeni ukrepi na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti dolgoročno vodijo do zmanjševanja stroškov zdravstvene oskrbe. Samo ob takih usmeritvah se lahko pokažejo primeri slabe prakse in sistemski dokazi o ravni kakovosti zdravstvenih storitev. Kazalniki kakovosti predstavljajo mero kakovosti zdravstvenega varstva, ki jih izvajalci izračunavajo zato, da imajo sami pregled in nadzor nad kakovostjo zdravstvenih obravnav v lastnih ustanovah. Ob tem pa kazalniki kakovosti nudijo pacientom informacije o varnosti in kakovosti obravnave po posameznih ustanovah. Tako izvajalce kot paciente zanimajo absolutne vrednosti kazalnikov, še bolj pomembna pa je njihova primerjava v času in med ustanovami.

Kazalniki kakovosti morajo biti postavljeni tako, da se lahko v kar se da veliki meri izračunajo iz že obstoječih podatkov. Namen njihovega zbiranja namreč ni dodatna obremenitev izvajalcev. Ob tem pa ne gre spregledati dejstva, da bo nadaljnji razvoj kazalnikov, ki bo sledil interesu izvajalcev za izboljšanje lastnega dela, v prihodnosti postavljal izzive, ki zahtevajo nova znanja, podatke in prilagoditve informacijskega sistema. Kazalniki kakovosti bodo postavljeni na vseh ključnih točkah zdravstvene obravnave in bodo predstavljali posnetek gibanja pacienta skozi celotni zdravstveni sistem, od preventive do končane rehabilitacije. Ker je primarni vir podatkov za izračun kazalnikov kakovosti prav bolnišnična obravnava, se tako kazalniki npr. za preventivo izračunajo tako, da iz njih razberemo, kdaj bi lahko izven bolnišnična obravnava potencialno preprečila sprejem na bolnišnični oddelek. V razvitem svetu obstaja vedno večji interes za razvoj kazalnikov kakovosti, ki lahko ocenijo kakovost zdravstvenih obravnav na več ravneh - na ravni posameznega zdravnika, bolnišnice, skupin zavarovancev, regij in celo na nacionalni ravni.

ZZZS v vsakoletnem splošnem dogovoru opredeli in določi kazalnike kakovosti, ki jih morajo izvajalci zdravstvenih storitev spremljati v skladu z metodologijo, objavljeno v priročniku o kazalnikih kakovosti. Izvajalci zdravstvenih storitev tudi sodelujejo z Ministrstvom za zdravje pri uvedbi novih kazalnikov, izboljšanju metodologije obstoječih in vrednotenju doseženih rezultatov. Kazalnike kakovosti morajo izvajalci spremljati mesečno in jih objavljati na lastnih spletnih straneh vsake tri mesece. V poročilu izvajalci navedejo podatke o vrednostih kazalnikov kakovosti ter načrte in ukrepe za izboljšave.

### 3.3 Predlogi za izboljšavo modela financiranja po sistemu SPP

Obdobje po uvedbi modela plačevanja po sistemu SPP žal ni bilo izkoriščeno dovolj učinkovito, da bi le ta prikazal vse svoje prednosti. Še vedno uporabljamo avstralska razmerja med cenami posameznih obravnav, kar je v prvih nekaj letih po uvedbi sicer smiselno, vendar pa to ne more biti trajna rešitev. Model se ni dopolnjeval z novimi načini zdravljenja, ki pomembno vplivajo na stroške obravnav. Avstralija, kot država izvora slovenskega modela SPP, je v vmesnem obdobju že večkrat dogradila svoj model z novimi storitvami in obravnavami. Namesto, da bi tudi v Sloveniji nenehno prilagajali svoj model, pa se je probleme reševalo z arbitrarnim priznavanjem aktualnih stroškov, prelivanjem sredstev za terciarno dejavnost v sekundarno in ohranjanjem različnih cen za enake SPP v različnih bolnišnicah. To je bistveno zmanjševalo transparentnost in pravičnost modela SPP. Tako smo se v zadnjem obdobju približali stanju, ki je bilo značilno tudi za prejšnje modele financiranja: plačevanje bolnišnic po modelu SPP vse bolj postaja zgolj način za utemeljitev historičnih proračunskih sredstev izvajalcev, namesto da bi bilo orodje plačnika za nakup izbranih bolnišničnih obravnav.

Partnerji v sistemu dogovarjanja o vsebini in financiranju zdravstvene dejavnosti so nekajkrat ustanavljali delovna telesa, ki so imela za nalogo podati predloge za prenovo sistema SPP. Ta telesa iz različnih razlogov niso bila uspešna, pri čemer je bil ključni razlog dejstvo, da ves čas od uvedbe SPP nihče od strateških partnerjev ni prevzel vloge upravljavca sistema SPP. Zato delovne skupine niso imele pravega sogovornika, še manj pa koordinatorja in nadzornika.

*Tabela 24: Predlogi za razvoj modela financiranja v ABO*

Obstoječe stanje SPP	Predlogi za izboljšavo	Potreben razvoj sistema SPP	izvajalec
neprilagojen model SPP slovenskim razmeram	prilagoditev sistema SPP glede na ponudbo in povpraševanje po zdravstvenih storitvah v Sloveniji	omogočena primerjava med izvajalci glede učinkovitosti zdravljenja	Ministrstvo za zdravje, NIJZ, ZZS
neizdelana stroškovna nacionalna analiza	izvedba nacionalne stroškovne analize	omogočen pregled in analiza stroškov za posamezne SPP in pravičnejše razporejanje sredstev v ABO	Ministrstvo za zdravje, ZZS, Izvajalci ZS
nepravilno in neupravičeno evidentirani primeri SPP	načrtovanje finančno medicinskih nadzorov nad evidentiranjem SPP	učinkovit nadzor nad evidentiranjem SPP z namenom zmanjšanja napak	ZZS
nadšifriranje/podšifriranje	izvedba izobraževanj o pravilnem kodiranju, priprava navodil za pravilno kodiranje	natančno kodiranje	Ministrstvo za zdravje, NIJZ, ZZS
nezanimanje za dolgotrajno dnevno obravnavo	s stroškovno analizo spodbuditi zanimanje za dolgotrajno dnevno in enodnevno obravnavo	povečanje dolgotrajno dnevnih in enodnevnih obravnav	Ministrstvo za zdravje, ZZS
dolge čakalne vrste	izdelati kriterije za sprejem bolnikov v ABO	krajše čakalne dobe in hitrejši dostop do zdravstvenih storitev	Ministrstvo za zdravje, ZZS
zaživel le malo kliničnih poti	priprava in uporaba novih kliničnih poti	klinična pot kot podlaga za določanje kazalnikov kakovosti, presojo ustreznosti opravljenega dela in racionalno ter stroškovno učinkovito klinično oskrbo bolnika	Izvajalci zdravstvenih storitev, Ministrstvo za zdravje
spremljanje kazalcev kakovosti	kazalce kakovosti predstaviti javnosti	kazalci kakovosti kot podlaga za uvrstitev bolnišnice med bolj ali manj kvalitetne ponudnike zdravstvenih storitev	Ministrstvo za zdravje, ZZS, izvajalci ZS
neenakost plačil izvajalcem za enake storitve	enotna povprečna cena uteži za vse izvajalce	primerjava stroškovne učinkovitosti med izvajalci ABO v slovenskem prostoru	Ministrstvo za zdravje, ZZS

Model financiranja po sistemu SPP zato nujno potrebuje določene dopolnitve in posodobitve, ki bi prispevale k boljšemu načinu financiranja zdravstvenih storitev v akutni bolnišnični obravnavi. Prednost modela financiranja v akutni bolnišnični obravnavi po sistemu SPP temelji na metodi plačevanja primera po zahtevnosti obravnave posameznega bolnika. Izvajalci bolnika na podlagi treh skupin podatkov, kot so glavna diagnoza, dodatna diagnoza in pomembni klinični posegi, razvrstijo v skupino SPP. Seznam SPP obsega 650 šifer SPP in je kot priloga naveden v vsakoletnem Splošnem dogovoru. Iz seznama je razvidna šifra in ime oziroma kratek opis primera SPP ter pripadajoča utež. V modelu financiranja po sistemu SPP je zahtevano natančno šifriranje diagnoz, postopkov oziroma posegov, kar seveda vpliva na utež in s tem uvrstitev v določeno skupino SPP. Zato je potrebna dobro vodena medicinska dokumentacija, ki mora biti čitljiva, urejena in pregledna.

Glede na trenutno stanje še ne moremo govoriti o primerjavah med posameznimi izvajalci po učinkovitosti in uspešnosti poslovanja ter izvajanja zdravstvenih storitev. Podlaga za to, bi bila natančna nacionalna stroškovna analiza, ki bi bila smiselna, če bi jo izvedli v vseh slovenskih bolnišnicah. S tako izdelano analizo bi lahko primerjali učinkovitost zdravljenja po posameznih primerih SPP in med posameznimi izvajalci. Namen nacionalne stroškovne analize je, da se posameznemu bolniku v čim večji meri pripišejo dejanski stroški zdravljenja po posameznih stroškovnih mestih.

Model financiranja po sistemu SPP naj bi bil zamišljen kot izračun poštenega razmerja med posameznimi skupinami SPP z izhodiščem, da se za zdravljenje istega primerljivega primera, ki naj bi potekalo na osnovi istih strokovnih smernic, porabi enako ali vsaj primerljivo vsoto finančnih sredstev. Na podlagi ugotovitev s strani finančno medicinskih nadzorov nekateri izvajalci še vedno v določenih primerih ne poznajo pravila kodiranja in ne skrbijo za kvalitetno vodeno medicinsko dokumentacijo, na podlagi česar ne morejo prepoznati dejanskih stroškov zdravljenja. Izvajalci tako ne morejo primerjati dejansko nastale stroške zdravljenja določenega bolnika s sredstvi, ki jih ZZZS kot plačnik storitev nameni za določeno storitev oziroma primer SPP.

Večjo pozornost bi morali nameniti tudi za zagotavljanje zanesljivejših in kvalitetnih podatkov. Izkazalo se je, da izvajalci zdravstvene storitve nepravilno in neupravičeno evidentirajo, beležijo zmotne primere SPP, raje nadšifrirajo kot podšifrirajo in s tem pripomorejo k višji povprečni uteži. Pot do kvalitetnejših podatkov bi dosegli z učinkovitim nadzorom nad obračunavanjem storitev po SPP, s finančno medicinskimi nadzori s strani nadzornih zdravnikov ZZZS in vključenimi avtomatskimi kontrolami vstopnih podatkov realiziranih storitev, ki jih izvajalci mesečno posredujejo ZZZS. Sankcije s strani plačnika storitev lahko izvajalci preprečijo z internimi nadzori ponovnih kodiranj naključnih šifer SPP v okviru bolnišnice in napake čim prej odpravijo. Pobude, predlogi, ugotovitve in dileme s strani izvajalcev so ključni pri pripravi dopolnitev navodil oziroma aktov vezanih na akutno bolnišnično obravnavo.

Kot že omenjeno, so izvajalci dolžni opisati in v proces vpeljati vsaj dve klinični poti. V praksi je zaživel le malo kliničnih poti, zato bi bilo smiselno izvesti posnetek stanja dejanske uporabe klinične poti in poiskati razloge za slabo odzivnost izvajalcev pri vpeljavi novih kliničnih poti. Uporaba kliničnih poti preprečuje podvajanje dela, omogoča nadzor nad razporejanjem sredstev ter je podlaga za racionalno in stroškovno učinkovito klinično oskrbo bolnika. Vzpostavljene klinične poti so podlaga za določanje kazalnikov kakovosti oziroma izidov zdravljenja, pomoč pri presoji o ustreznosti opravljenega dela, podlaga za spremljanje oziroma dopolnitev šifer SPP in navsezadnje pomoč pri sklepanju pogodb o izvajanju zdravstvenih storitev med ZZZS in izvajalci.

Za enoten in pravičnejši sistem financiranja ABO bi morali glede na razpoložljiva sredstva namenjena za financiranje ABO izračunati enotno povprečno ceno, ki bo enaka za vse izvajalce. Financiranje terciarne dejavnosti je potrebno drugače urediti in ne skozi ceno uteži za SPP. Le na ta način bi za enako opravljeno storitev iz seznama SPP vsi izvajalci prejeli enako plačilo. Sistem financiranja raziskovalne dejavnosti je torej v prihodnje potrebno urediti na primerljiv način z vsemi ostalimi dejavnostmi. Danes vloga sredstev, ki jih namenjamo za terciar, ni jasna in se ne namenja za storitve in delo, za katere naj bi bila sredstva namenjena. Današnja shema financiranja terciarja je nepregledna, zavira razvoj raziskovalne dejavnosti pri izvajalcih, ki dodatka na terciar ne prejema in zavira promocijo uspešnih idej ter raziskovalnih projektov.

## **SKLEP**

ZZZS kot plačnik zdravstvenih storitev nima omogočenega celostnega pregleda nad razporejanjem finančnih sredstev namenjenih za akutno bolnišnično obravnavo. Izvajalci so namreč na podlagi zgodovinsko dodeljenih sredstev prešli na izračun sredstev akutne bolnišnične obravnave po modelu SPP. Doseganje oziroma nedoseganje načrtovanih finančnih sredstev se tako regulira v okviru dveh odstotkov načrtovanih sredstev za akutno bolnišnično obravnavo. ZZZS tako še vedno nima pregleda nad financiranjem posameznih primerov SPP, saj ni izdelane nacionalne stroškovne analize, katera bi omogočala pregled nad dejanskimi stroški zdravljenja po posameznih primerih SPP in bila s tem omogočena primerjava med bolnišnicami.

Izvajanje zdravstvenih storitev na podlagi izdelanih kliničnih poti prispeva k zmanjšanju odklonov od najboljšega zdravljenja, kar prispeva k racionalni in stroškovno učinkoviti klinični oskrbi bolnika. Vendar pa uporaba kliničnih poti še ni popolnoma sprejeta pri izvajalcih. Spremljanje kazalcev kakovosti je posledica rezultatov zdravljenja bolnika. Trenutno še vedno ni na voljo dovolj podatkov, ki bi omogočali pregled nad uspešnim zdravljenjem bolnikov po posameznih izvajalcih.

Razlog za zastoj v razvoju sistema SPP so torej pomanjkljive ciljne analize, ki bi razkrivale tako prednosti kot slabosti sistema SPP in služile plačniku ter izvajalcu zdravstvenih storitev za sprejemanje potrebnih ukrepov tako za učinkovito razporejanje in porabo finančnih sredstev.

Ustreznost razdeljevanja sredstev izvajalcem zdravstvene dejavnosti lahko opredelimo z različnih vidikov, med najpomembnejšimi je brez dvoma enakost plačil izvajalcem zdravstvene dejavnosti za enako opravljene storitve. Dokler pa obstaja neenakost med plačili različnim izvajalcem za enake storitve, pa obstaja težnja izvajalcev, da si zagotovijo čim višjo plačilo za opravljeno storitev. Neenakost plačil izvajalcem ima dvojni vpliv. Izvajalci, ki prejemajo nižjo vrednost uteži, si bodo prizadevali za pridobitev večjih sredstev tudi z napačnim evidentiranjem opravljenega dela, to je s prikazovanjem zahtevnejšega dela od dejansko opravljenega, pri čemer bi skušali izničiti učinek nižje cene uteži skozi več opravljenih storitev. Nasprotno pa se lahko pri izvajalcih, ki prejemajo višjo vrednost uteži, pojavi negospodarno ravnanje s prejetimi sredstvi, saj osnovni cilj javnih zdravstvenih zavodov ni ustvarjanje dobička oziroma presežka prihodkov nad odhodki.

Ena izmed slabosti, ki jih bo potrebno v odpraviti je, da je v sistemu premalo ekonomskih in finančnih vzpodbud za izvajalce, da bi bili bolj produktivni in varčnejši. Velja poudariti, da bi za vse udeležence v zdravstvenem sistemu pri odločanju koristilo več znanja s področja zdravstvene ekonomike, strokovno utemeljenih analiz in objektivnih meril, kot osnova za odločanje. Za pripravo le teh pa so potrebna sodobna specializirana informacijska orodja in ustrezno izobražen, strokoven kader.

Nedvomno je, da kvalitetno zdravstveno varstvo pomembno prispeva k zdravju vsake populacije, zdrava populacija pa je največji kapital vsake države, najpomembnejši produktijski tvorec in dejavnik konkurenčnosti nacionalnega gospodarstva. Segment zdravstvenega varstva je večdimenzionalen in zelo kompleksen, nenazadnje je pomemben sestavni del državne potrošnje v porabi BDP ali drugače povedano, del porabe javnega sektorja ali javnih izdatkov. Zmanjševanje javnih izdatkov pa pomeni razbremenitev gospodarstva in prebivalstva, povečanje investicij in zasebne porabe ter možnost za povečanje gospodarske rasti.

Pred področjem zdravstvenega varstva so vedno novi izzivi, ki bodo občutno vplivali na dogajanja v naslednjih letih in posredno tudi na stroške zdravstvenega varstva. Tako kot povsod po svetu se namreč tudi v Sloveniji srečujemo s staranjem prebivalstva, spremenjeno epidemiologijo, spremenjenimi vzorci obolenosti kot posledico klimatskih sprememb, nove metode zdravljenja, nove tehnologije, dražja zdravila ter večjo zahtevnostjo prebivalstva, ki je posledica globalizacije, večje razpoložljivosti informacij in višje izobraženosti prebivalstva. Tako se vedno večje povpraševanje po zdravstvenih storitvah srečuje z omejeno ponudbo, ki je posledica omejenih virov sredstev za zdravstvene storitve. Čeprav je delež sredstev za zdravstvo v bruto domačem proizvodu

vedno odvisen tako od sredstev, ki jih namenjamo za zdravstvo, kot tudi od gospodarskega razvoja države, pa je vendar ravno ta delež tisti, ki kaže prioriteto, ki jo področje zdravstva v državi ima. Ker je zdravje ena glavnih vrednot slovenske družbe, ne bi smeli dovoliti, da delež, ki se področju namenja, kadarkoli upade, ne glede na obdobje gospodarskega razvoja, v katerem se nahajamo.

Vse prej omenjeno je nujno povezano z zahtevami po večjih vlaganjih v zdravstveno varstvo in po večji racionalizaciji in optimizaciji pri porabi razpoložljivih virov za zdravstveno varstvo. Zasnovati stabilen sistem financiranja kakovostnega sistema zdravstvenega varstva, s katerim bodo zadovoljni tako uporabniki kot izvajalci sistema, je zares pomembna naloga ustvarjalcev prihodnje zdravstvene in ekonomske politike v vsaki državi, tudi Sloveniji. Način financiranja vpliva na storilnost izvajalcev in s tem dostopnost do zdravstvenih storitev, transparentnost njihovega dela, na stroške delovanja izvajalcev, zadrževanja obsega storitev in izdatkov za zdravstveno varstvo ter spodbujanje izvajalcev k izvajanju določenih programov.

Namen magistrske naloge je bil predstaviti in analizirati obstoječ model financiranja zdravstvenih storitev izvajalcev, ki izvajajo zdravstvene storitve v ABO s predlogi za izboljšavo ter s tem večjo učinkovitost modela financiranja tako z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev kot plačnika storitev.

Predmet raziskovanja je obstoječi model financiranja zdravstvenih storitev z izdelano analizo realiziranih primerov SPP. V nalogi so bili zastavljeni naslednji cilji:

- poiskati prednosti, slabosti, priložnosti in pasti obstoječega modela financiranja v akutni bolnišnični obravnavi po sistemu SPP,
- preveriti, ali ZZZS razpolaga z zanesljivimi podatki o realiziranih SPP v ABO,
- podati rešitve za pridobitev zanesljivejših oz. kvalitetnejših podatkov v ABO, ki bodo podlaga za pravičnejšo delitev finančnih sredstev izvajalcem zdravstvenih storitev;
- ugotoviti, ali se sredstva, namenjena za ABO, pravično razporejajo med izvajalce zdravstvenih storitev;
- ugotoviti, ali izvajalci ABO, ki jim je priznana višja cena uteži, manj učinkovito porabljajo sredstva v primerjavi z izvajalci ABO, ki imajo nižjo ceno uteži;
- ugotoviti, ali smo se pri nas že soočili s stroškovno analizo posameznih primerov SPP, ki bi bila v pomoč pri primerjavi glede učinkovitosti zdravljenja posameznih primerov SPP med bolnišnicami na državni oz. mednarodni ravni.

Navedeni cilji so bili deloma pojasnjeni s teoretično predstavitevijo modela financiranja v ABO, deloma pa z izvedeno empirično analizo evidentiranih in obračunanih primerov SPP in študijo veljavnih meril financiranja v ABO.

Z izvedbo nacionalne stroškovne analize in posodobitve mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-10) bo model financiranja po sistemu SPP prilagojen slovenskim razmeram. Na podlagi izdelane nacionalne stroškovne analize bo možna primerjava med izvajalci po učinkovitosti in uspešnosti zdravljenja ter pregledu in analizi stroškov, ki pri obravnavi bolnika nastajajo. Posledično bodo na voljo tudi podatki o povprečnih nacionalnih stroških za posamezno šifro SPP. Izvedba stroškovne analize pomeni tudi pospešitev nadgradnje obstoječega zdravstvenega sistema, kakovostnejšo obravnavo bolnikov v čim krajšem možen času s hkratno racionalizacijo stroškov ter nasploh obvladovanjem finančnih izdatkov namenjenih za zdravstvene storitve.

S poznavanjem kodiranja in s sprotim oziroma korektnim beleženjem diagnoz in posegov bodo izvajalci zagotavljali pregledno vodeno medicinsko dokumentacijo. S tem se izognejo nadšifriranju ter zagotovijo zanesljivejše in kvalitetne podatke.

Z uvedbo enotnih cen za enake opravljene storitve tako postane sistem financiranja transparenten in enoten za vse izvajalce zdravstvenih storitev. Glavne prednosti enotno določenih cen je boljša preglednost in primerjava stroškov, optimizacija virov, krajše čakalne dobe, omejevanje stroškov ter povečanje konkurenčnosti.

Za razvoj obstoječega modela financiranja po sistemu SPP je pomembno aktivno vključevanje vseh udeležencev v zdravstvu pri snovanju in nadgradnji zdravstvene politike. Pospešitev nadaljnjega razvoja financiranja zdravstvenih storitev po sistemu SPP in dejanske prilagoditve modela financiranja v ABO slovenskim razmeram kaže med drugim nadgraditi z izboljšanjem pogojev dela in sicer z ustreznimi organizacijskimi spremembami v bolnišnicah ter pospešenim uvajanjem kliničnih poti in kazalcev kakovosti. Z nadgradnjo obstoječega modela financiranja po sistemu SPP bo Slovenija dosegla boljšo učinkovitost poslovanja izvajalcev, preglednost in pravičnost nad razporejanjem finančnih sredstev in primerljivost uspešnosti izvajanja zdravstvenih storitev med izvajalci. Takšen model financiranja bo tako omogočal usmeritev finančnih sredstev k potrebam državljanov, plačilo opravljenih zdravstvenih storitev pa se bo povežalo z zadovoljstvom državljanov in izidi zdravljenja.

Magistrsko nalogo zaključujem z mislijo, da je model plačevanja po sistemu SPP v obstoječem sistemu zdravstvenega varstva eden izmed boljših načinov financiranja akutne bolnišnične dejavnosti. Seveda ima vsak sistem prednosti in slabosti, zato je bilo v nalogi slednjim posvečena posebna pozornost in bili tudi podani predlogi za dopolnitev k obstoječemu modelu financiranja po sistemu SPP. Razvoj zdravstvene tehnologije, naraščajoče potrebe po novih zdravstvenih storitvah ter demografske spremembe zahtevajo sprotno posodabljanje modela financiranja zdravstvenih storitev po sistemu SPP, zato pa je potrebno tesno sodelovanje in hitro ukrepanje vseh poglobitvenih udeležencev zdravstvenega varstva, vključno z zdravstveno politiko.

## LITERATURA IN VIRI

1. Agencija RS za javnopravne evidence in storitve. Najdeno 12. Aprila 2014 na spletnem naslovu <http://www.ajpes.si/>
2. Albreht, T., Česen, M., Hindle, D., Jakubowski, E., Kramberger, B., Kerstin Petric, V., Premik, M., & Toth, M. (2002). *Health Care Systems in Transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
3. Berginc Dolenšek, A., Kersnik, J., Kramar, Z., Ledinek, L., Marušič, D., Mlakar, J., Yazbeck, A.M., & Zorman, I. (2006). *Metodološka priporočila za oblikovanj in uvajanje klinične poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
4. Bohinc, R. (2005) *Osebe javnega prava javni zavodi, javna podjetja, javne agencije, javni skladi*. Ljubljana: GV založba.
5. Ceglar, J. (2004). *Modeli plačevanja izvajalcem bolnišnične dejavnosti v Sloveniji in izbranih državah*. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
6. Ceglar, J., Jelisavčić, S., Jeričinovič, A., Štefotič, V., Marovič, Osredkar, F., Wahl, J., Zorman, I., & Zupanc, I. (2008): *Skupine primerljivih primerov - vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav in financiranju bolnišnic*. Ljubljana: Institut za varovanje zdravja RS.
7. Česen, M. (1997). *Oblike plačevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Institut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
8. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.
9. Česen, M. (2006). *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
10. Došenovič Bonča, P. (2010). *Inovacije kot dejavnik učinkovitosti in uspešnosti bolnišnic v Sloveniji*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
11. Došenovič, P. & Tajnikar, M. (2004, 10. avgust). Skrivnost slovenskih bolnišnic. *Finance*, str. 8 in 9.
12. Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (2007). *The economics of health and health care*. Upper Saddle River (N.J.): Pearson/Prentice Hall.
13. Gapenski, L. (2003). *Understanding healthcare financial management*. Washington (D.C.): Health Administration Press.
14. Healy, J., Dixon, A., Mossialos, E. (2002). *Health care systems in eight countries: trends and challenges*. London: The European Observatory on Health Care Systems.
15. Hoffmeyer, K., McCarthy, R. (1994). *Financing Health Care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
16. Keber, D., Leskovar, B. & Kerstin Petrič, V. (2003). *Zdravstvena reforma*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
17. Keber, D., Markovič, S., Mate, T., Morovič, B., Poplas Susič, T., & Simčič, B. (2010). *Nacionalna strategija razvoja financiranja zdravstvene dejavnosti (2010-2020)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.



18. Kržič, J. (1999). Problemi financiranja zdravstva z vidika prenosa sredstev na izvajalce, Ljubljana: *Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu*, št 4., str.95.
19. Marušič, D., Ceglar, J., & Prevolnik Rupel, V. (2009). Modeli plačevanja zdravstvenih storitev s poudarkom na plačevanju po skupinah primerljivih primerov v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo, letnik 48, številka 4* (str. 177-183). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
20. *Nacionalni inštitut za javno zdravje*. Najdeno 12. junija 2013 na spletnem naslovu <http://www.nijz.si/>
21. Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020. (2011). Ministrstvo za zdravje. Najdeno 18. avgusta 2015 na spletnem naslovu [http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/NZS\\_2020\\_\\_korak\\_naprej\\_200711.pdf](http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/NZS_2020__korak_naprej_200711.pdf)
22. Normand, C., Reinhard, B. (2002): Social health insurance financing. V E. Mossialos, A.Dixon, J. Figueras, J. Kutzin (ur.), *Funding health care: options for Europe* (str. 59-79). Buckingham: Open University Press.
23. Palley, M. (1991). Hospital Information System and DRG Reimbursement: The Adaptation of Large Transaction Processing Systems to Radical Rule Changes. *Information&Management*, str.234.
24. Petrič, D. (1993). Spremembe v financiranju zdravstvene dejavnosti v letu 2003. *Glasilo zdravniške zbornice Slovenije*, 2, 14-19.
25. Rems, M., Pikec, M., Urh, B., Škraba, B. & Savec, S. (2004). *Skupine primerljive primerov – od pacienta do managerja*. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko.
26. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013. (2008). Najdeno 6. marec 2014 na spletnem naslovu <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200872&stevilka=3163>
27. Saltman Richard, B. & Figueras, J. (1997). *European healthcare reform*, Copenhagen: WHO regional publications.
28. Simon, R., Kelšin, N., Morovič, B., Božič, P. & Lavtar, D. (2006). *Spremljanje bolnišničnih obravnav*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
29. Slapničar, S., Bricelj, N., & Ocepek, A. (2011). *Z večjim nadzorom do večje učinkovitosti zdravstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
30. Slaven, L. (2003). Pravičnost, etika in ekonomika v zdravstvu. Metode ekonomskega vrednotenja zdravstva ter njihova uporaba doma in v svetu. *Zbornik 10. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu* (str. 21-29). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
31. Standardi kodiranja – avstralska različica 6, slovenske dopolnitve. (2008). Najdeno 3. avgusta 2014 na spletnem naslovu [http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/b7aba27df8a83cb3c1257dd30039b7fc/\\$FILE/Standardi\\_kodiranja\\_v2.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/b7aba27df8a83cb3c1257dd30039b7fc/$FILE/Standardi_kodiranja_v2.pdf)

32. Stariha, J. (2009). Vpliv cene akutne bolnišnične obravnave na poslovanje bolnišnic. *Zbornik 6. študentske konference Fakultete za management Koper* (str. 891-897). Koper: Fakulteta za management Koper.
33. Stepan, A. (1999). *Sistemi financiranja v zdravstvu*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
34. Svenšek, R. & Wahl, J. (2007). Sistem financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*, 23 (2), 5-16.
35. Tajnikar, M. (2009, 6. junij). Denar naj sledi bolniku: čas za zdravstveno reformo. *Večer*, str. 6 in 7.
36. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*, Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
37. Toth, M. (1999). Možnosti obvladovanja stroškov zdravstvenega varstva v Sloveniji. *Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu*, 15 (7), 4-21.
38. Toth, M. (1999). *Sistem financiranja zdravstvenih programov v Sloveniji*. Adolf, S. *Sistemi financiranja v zdravstvu, Mednarodna primerjava*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
39. Toth, M. (2000). Trendi financiranja bolnišnic v Evropski uniji. *Razvojna konferenca: Financiranje bolnišnic v funkciji obvladovanja izdatkov*. (str. 69-74). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
40. Uran, B. & Wahl J. (2007). Nacionalna stroškovna študija stroškov SPP za akutne bolnišnice v Sloveniji (str. 39-42). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
41. Zaletel Kragelj, L., Premik, M. & Eržen, I. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
42. Wahl, J., Mate, J. & Yazbeck, A M. (2004). Skupine primerljivih primerov v Sloveniji – prvih stopetdeset dni. *Zdravstveni vestnik*, 73, 689-690.
43. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2007). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2007*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
44. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2013a). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2013*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
45. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2013b). *Navodila za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
46. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2013c). *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2013*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
47. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2013d). *Aneks 1 k SD za pogodbeno leto 2013*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
48. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2013e). *Aneks 2 k SD za pogodbeno leto 2013*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
49. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2013f). *Računalniška aplikacija Izdatki zdravstvenih storitev*.

50. *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*. Najdeno 10. junija 2013 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/>
51. *Zakon o zdravstveni dejavnosti*. (1992). *Uradni list RS št.9/1992*.
52. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*. (1992). *Uradni list RS št. 9/1992*.
53. *Zakon o prispevkih za socialno varnost*. (1996). *Uradni list RS št. 5/1996*.
54. *Zakon o zavodih*. (1991). *Uradni list RS št. 12/1991*.
55. *Zdravstveni statistični letopis 2007*. (2007). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
56. Zelman, W. (2005). *Financial management of health care organizations: an introduction to fundamental tools, concepts and applications*. (2<sup>th</sup> ed.) Malden (MA): Blackwell.



## **PRILOGA**



## Priloga 1: Seznam SPP z utežmi

ŠIFRA	SPP	UTEŽ	ŠIFRA	SPP	UTEŽ
A06Z	Traheostomija vse starosti, vsa stanja	22,22	B65Z	Cerebralna paraliza	0,70
A40Z	ECMO brez srčne kirurgije	21,08	B66A	Neoplazma živčnega sistema Starost>64	2,28
A41Z	Intubacija starost<16	4,01	B66B	Neoplazma živčnega sistema Starost<65	1,62
B01Z	Revizija ventrikularnega šanta brez drugih posegov v operacijski dvorani	2,94	B67A	Degenerativne okvare živčnega sistema s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	5,53
B02A	Kraniotomija s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	9,68	B67B	Degenerativne okvare živčnega sistema brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,04
B02B	Kraniotomija z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	5,34	B68A	Multipla skleroza in cerebralna ataksija s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,27
B02C	Kraniotomija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	4,16	B68B	Multipla skleroza in cerebralna ataksija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,53
B03A	Posegi na hrbtenici s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	7,17	B69A	Tranzitorna ishemična ataka (TIA) in precerebralna okluzija s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,92
B03B	Posegi na hrbtenici brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	3,12	B69B	Tranzitorna ishemična ataka (TIA) in precerebralna okluzija z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,26
B04A	Posegi na zunaj lobanjskih žilah s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,05	B69C	Tranzitorna ishemična ataka (TIA) in precerebralna okluzija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,66
B04B	Posegi na zunaj lobanjskih žilah brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,20	B70A	Možganska kap s hudo ali zapleteno diagnozo ali postopki	4,05
B05Z	Sprostitev karpalnega kanala	0,25	B70B	Možganska kap z drugimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,17
B06A	Posegi pri cerebralni paralizi, mišični distrofiji, nevropatiji s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	6,92	B70C	Možganska kap brez drugih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,53
B06B	Posegi pri cerebralni paralizi, mišični distrofiji, nevropatiji brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,96	B70D	Možganska kap, smrt ali premeščen < 5 dni	0,60
B07A	Posegi na perifernih možganskih živcih in drugi posegi na živčnem sistemu s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,56	B71A	Okvare možganskih in perifernih živcev s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,77
B07B	Posegi na perifernih možganskih živcih in drugi posegi na živčnem sistemu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,09	B71B	Okvare možganskih in perifernih živcev brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,42
B40Z	Plazmafereza pri nevroloških boleznih	0,77	B72Z	Infekcije živčnega sistema razen virusni meningitis	2,41
B41Z	Podaljšano spremljanje pri kompleksni epilepsiji	1,53	B73Z	Virusni meningitis	0,76
B60A	Neakutna paraplegija/kvadriplegija s ali brez posegov v operacijski dvorani s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	7,36	B74Z	Netravmatska stupor in koma	0,80
B60B	Ne akutna paraplegija/kvadriplegija s ali brez posegov v operacijski dvorani brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,10	B75Z	Vročinski krči	0,38
B61A	Bolezni hrbtenjače z ali brez posegov v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	7,76	B76A	Napadi Starost<3 ali s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,25
B61B	Bolezni hrbtenjače z ali brez posegov v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,01	B76B	Napadi Starost>2 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,51
B62Z	Sprejem zaradi afereze	0,32	B77Z	Glavobol	0,42
B63Z	Demenca in druge kronične motnje možganskih funkcij	4,07	B78Z	Znotraj lobanjska poškodba	1,67
B64Z	Delirij	1,73	B79Z	Zlom lobanje	0,91
			B80Z	Druge poškodbe glave	0,36
			B81A	Druge okvare živčnega sistema s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,38
			B81B	Druge okvare živčnega sistema brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,83
			C01Z	Postopki pri penetrantnih poškodbah očesa	1,80

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
C02Z	Enukleacije in posegi v orbiti	1,49
C03Z	Posegi na mrežnici	1,05
C04Z	Večji posegi na roženici, beločnici in veznici	1,32
C05Z	Dakriocistorinostomija	0,85
C06Z	Obsežni posegi pri glavkomu	0,81
C07Z	Drugi posegi pri glavkomu	0,80
C08Z	Obsežni posegi na leči	0,47
C09Z	Drugi posegi na leči	0,79
C10Z	Posegi pri strabizmu	0,64
C11Z	Posegi na vekci	0,65
C12Z	Drugi posegi na roženici, beločnici in veznici	0,55
C13Z	Posegi na solznih žlezah	0,47
C14Z	Drugi posegi na očesu	0,47
C60A	Akutne in obsežne okužbe očesa Starost>54	1,65
C60B	Akutne in obsežne okužbe očesa Starost<55	0,94
C61Z	Nevrološke & žilne okvare očesa	0,65
C62Z	Hifema (krvavitev v sprednji očesni prekat) in medicinsko posredovanje pri poškodbi očesa	0,43
C63A	Druge okvare očesa s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,01
C63B	Druge okvare očesa brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,37
D01Z	Kohlearni vsadek	8,81
D02A	Posegi na glavi in vratu s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	6,06
D02B	Posegi na glavi in vratu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,82
D03Z	Kirurški popravek pri diagnozi razcepljene ustnice ali neba	1,97
D04A	Kirurgija zgornje čeljusti s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,41
D04B	Kirurgija zgornje čeljusti brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,41
D05Z	Sialoadenektomija	1,42
D06Z	Posegi na sinusih, mastoidu in zapleteni posegi na srednjem ušesu	1,11
D07Z	Posegi na žlezah slinavkah razen sialoadenektomije	0,74
D08Z	Posegi v ustih	0,69
D09Z	Razni posegi na ušesu, nosu, ustih & grlu	0,74
D10Z	Rinoplastika (z ali brez turbinektomije)	0,84
D11Z	Tonzilektomija ali adenoidektomija	0,62
D12Z	Drugi posegi na ušesu, nosu, ustih & grlu	1,03
D13Z	Miringotomija (paracenteza bobniča) s pritrditvijo tube	0,36
D40Z	Ekstrakcija in poprava zob	0,50

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
D60A	Maligna obolenja ušesa, nosu, ust in grla s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,60
D60B	Maligna obolenja ušesa, nosu, ust in grla brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,09
D61Z	Izguba ravnotežja	0,52
D62Z	Epistaksa (krvavitev iz nosu)	0,47
D63A	Vnetje srednjega ušesa in vnetje zgornjih dihal s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	0,80
D63B	Vnetje srednjega ušesa in vnetje zgornjih dihal brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,43
D64Z	Laringotraheitis in epiglotitis (vnetje grla, sapnika in poklopca)	0,35
D65Z	Poškodba in deformacija nosu	0,39
D66A	Druge diagnoze pri boleznih ušes, nosu, ust in grla spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	0,91
D66B	Druge diagnoze pri boleznih ušes, nosu, ust in grla brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,35
D67Z	Okvare ust in zob razen ekstrakcij in poprav	0,49
E01A	Večji posegi prsnega koša s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	6,69
E01B	Večji posegi prsnega koša brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	3,57
E02A	Drugi posegi v operacijski dvorani na dihalnem sistemu s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,43
E02B	Drugi posegi v operacijski dvorani na dihalnem sistemu z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,82
E02C	Drugi posegi v operacijski dvorani na dihalnem sistemu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,84
E40Z	Diagnoze dihalnega sistema z dihalno podporo	5,68
E60A	Cistična fibroza s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,73
E60B	Cistična fibroza brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,11
E61A	Pljučna embolija s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,29
E61B	Pljučna embolija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,29
E62A	Infekcije/vnetja dihal s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,61
E62B	Infekcije/vnetja dihal z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,48
E62C	Infekcije/vnetja dihal brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,83
E63Z	Apneje (prenehanje dihanja) med spanjem	0,39
E64Z	Pljučni edem in dihalna odpoved	1,67
E65A	Kronična obstruktivna pljučna bolezen s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,78



ŠIFRA	SPP	UTEŽ
E65B	Kronična obstruktivna pljučna bolezen brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,03
E66A	Večje poškodbe prsnega koša Starost>69 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,25
E66B	Večje poškodbe prsnega koša (Starost<70 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ) ali (Starost>69 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	1,40
E66C	Večje poškodbe prsnega koša Starost<70 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	0,67
E67A	Respiratorni znaki in simptomi s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,01
E67B	Respiratorni znaki in simptomi Starost<3 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,48
E67C	Respiratorni znaki in simptomi Starost>2 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,45
E68Z	Pnevmotoraks	1,15
E69A	Bronhitis in astma Starost>49 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,24
E69B	Bronhitis in astma (Starost<50 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ) ali (Starost>49 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	0,77
E69C	Bronhitis in astma Starost<50 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,51
E70A	Lajajoč/ Oslovski kašelj in akutni bronhialitis s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,55
E70B	Lajajoč/ Oslovski kašelj in akutni bronhialitis brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,79
E71A	Neoplazme dihal s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,69
E71B	Neoplazme dihal brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,79
E72Z	Problemi dihal izhajajoči iz neonatalnega obdobja	1,87
E73A	Plevralni izliv s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,46
E73B	Plevralni izliv z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,27
E73C	Plevralni izliv brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,75
E74A	Intersticijska pljučna bolezen Starost>64 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,09
E74B	Intersticijska pljučna bolezen (Starost<65 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (Starost>64 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	1,62
E74C	Intersticijska pljučna bolezen Starost<65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,08
E75A	Ostale diagnoze dihalnega sistema Starost>64 s	1,46

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
	spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	
E75B	Ostale diagnoze dihalnega sistema (Starost<65 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ) ali (Starost>64 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	0,99
E75C	Ostale diagnoze dihalnega sistema Starost<65 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,52
F01Z	Vsaditev ali zamenjava AIKD- avtomatskega implantibilnega kardioverter defibrilatorja, Celotni sistem	14,02
F02Z	Vsaditev/zamenjava sestavnega dela AIKD- avtomatskega implantibilnega kardioverter defibrilatorja	11,39
F03Z	Posegi na srčnih zaklopkah s črpalko/izven telesnim krvnim obtokom z invazivnimi srčnimi preiskavami	14,24
F04A	Posegi na srčnih zaklopkah s črpalko brez invazivnih srčnih preiskav s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	9,81
F04B	Posegi na srčnih zaklopkah s črpalko brez invazivnih srčnih preiskav brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	7,54
F05A	Koronarne premostitev z invazivnimi srčnimi preiskavami s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	10,12
F05B	Koronarne premostitev z invazivnimi srčnimi preiskavami brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	7,41
F06A	Koronarne premostitev brez invazivnih srčnih preiskav s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	6,68
F06B	Koronarne premostitev brez invazivnih srčnih preiskav brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	5,12
F07Z	Ostali posegi srca, prsnega koša ali obtočil s črpalko	8,08
F08A	Obsežni rekonstruktivni žilni posegi brez črpalke s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	8,08
F08B	Obsežni rekonstruktivni žilni posegi brez črpalke brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	4,13
F09Z	Ostali posegi na srcu in prsnem košu brez črpalke	5,46
F10Z	Perkutana koronarna angioplastika z akutnim miokardnim infarktom	2,86
F11A	Amputacija zaradi okvar obtočil razen amputacije zgornjega uda in palca noge s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	9,03
F11B	Amputacija zaradi okvar obtočil razen amputacije zgornjega uda in palca noge brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	4,44
F12Z	Vstavev srčnega spodbujevalca	3,85
F13Z	Amputacija zgornjega uda in palca noge zaradi okvar obtočil	3,45
F14A	Posegi na sistemu obtočil razen obsežnih rekonstrukcij brez črpalke s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,71

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
F14B	Posegi na sistemu obtočil razen obsežnih rekonstrukcij brez črpalke z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,24
F14C	Posegi na sistemu obtočil razen obsežnih rekonstrukcij brez črpalke brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,47
F15Z	Perkutana koronarna angioplastika brez akutnega miokardnega infarkta z vstavitvijo stenta	1,87
F16Z	Perkutana koronarna angioplastika brez akutnega miokardnega infarkta, brez vstavitve stenta	1,51
F17Z	Zamenjava srčnega spodbujevalca	2,71
F18Z	Revizija srčnega spodbujevalca razen zamenjave naprave	2,12
F19Z	Ostali trans-vaskularni perkutani posegi na srcu	2,15
F20Z	Ligacija in flebeksajreza (stripping) ven	0,71
F21A	Ostali posegi na sistemu obtočil v operacijski dvorani s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali (Starost>64 brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	4,01
F21B	Ostali posegi na sistemu obtočil v operacijski dvorani Starost<65 brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,51
F40Z	Diagnoze sistema obtočil z dihalno podporo	4,80
F41A	Okvare obtočil z akutnim miokardnim infarktom z invazivnimi srčnimi preiskavami s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,77
F41B	Okvare obtočil z akutnim miokardnim infarktom z invazivnimi srčnimi preiskavami brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,69
F42A	Okvare obtočil brez akutnega miokardnega infarkta z invazivnimi srčnimi preiskavami z zapleteno diagnozo ali posegom	1,56
F42B	Okvare obtočil brez akutnega miokardnega infarkta z invazivnimi srčnimi preiskavami brez zapletene diagnoze ali posega	0,78
F60A	Okvare obtočil z akutnim miokardnim infarktom brez invazivnih srčnih preiskav s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,25
F60B	Okvare obtočil z akutnim miokardnim infarktom brez invazivnih srčnih preiskav brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,29
F60C	Okvare obtočil z akutnim miokardnim infarktom brez invazivnih srčnih preiskav, umrli	1,26
F61Z	Infekcijski endokarditis	3,86
F62A	Odpoved srca in šok s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,62
F62B	Odpoved srca in šok brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,19
F63A	Venska tromboza s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,94
F63B	Venska tromboza brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,87

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
F64Z	Kožne razjede zaradi okvare obtočil	1,62
F65A	Periferne okvare obtočil s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,02
F65B	Periferne okvare obtočil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,73
F66A	Koronarna ateroskleroza s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	0,85
F66B	Koronarna ateroskleroza brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,48
F67A	Hipertenzija s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,08
F67B	Hipertenzija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,52
F68Z	Prirojena bolezen srca	0,86
F69A	Okvare zaklopk s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,64
F69B	Okvare zaklopk brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,42
F70A	Resna motnja ritma in zastoj srca s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,64
F70B	Resna motnja ritma in zastoj srca brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,73
F71A	Manj resna motnja ritma in motnja prevajanja s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,48
F71B	Manj resna motnja ritma in motnja prevajanja brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,57
F72A	Nestabilna angina s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,34
F72B	Nestabilna angina brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,72
F73A	Nenadna izguba zavesti s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,21
F73B	Nenadna izguba zavesti brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,45
F74Z	Bolečina v prsih	0,44
F75A	Ostale diagnoze sistema obtočil s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,87
F75B	Ostale diagnoze sistema obtočil z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,52
F75C	Ostale diagnoze sistema obtočil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,77
G01A	Resekcija danke s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	8,43
G01B	Resekcija danke brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	4,18
G02A	Obsežni posegi na tankem in debelem črevesu s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	7,01
G02B	Obsežni posegi na tankem in debelem črevesu brez	3,23

ŠIFRA	SPP	UTEŽ	ŠIFRA	SPP	UTEŽ
	katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov		G42A	Ostale gastroskopije pri obsežnih boleznih prebavil	1,60
G03A	Posegi na želodcu, požiralniku in dvanajsterniku zaradi/pri malignega obolenja	7,64	G42B	Ostale gastroskopije pri obsežnih boleznih prebavil, dnevna obravnava	0,30
G03B	Posegi na želodcu, požiralniku in dvanajsterniku zaradi/pri malignega obolenja s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	6,02	G43Z	Kompleksna terapevtska kolonoskopija	0,53
G03C	Posegi na želodcu, požiralniku in dvanajsterniku zaradi/pri malignega obolenja brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,14	G44A	Ostale kolonoskopije s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali zapletenimi postopki	1,96
G04A	Peritonealne adhezioze Starost>49 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,88	G44B	Ostale kolonoskopije brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov ali zapletenimi postopki	1,07
G04B	Peritonealne adhezioze (Starost<50 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ) ali (Starost>49 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	2,53	G44C	Ostale kolonoskopije, dnevna obravnava	0,34
G04C	Peritonealne adhezioze Starost<50 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,39	G45A	Ostale gastroskopije pri ne obširnih boleznih prebavil	1,18
G05A	Manjši posegi na tankem in debelem črevesu s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,09	G45B	Ostale gastroskopije pri ne obširnih boleznih prebavil, dnevna obravnava	0,26
G05B	Manjši posegi na tankem in debelem črevesu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,69	G60A	Maligna obolenja na prebavilih s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,78
G06Z	Piloromiotomija (Ramstedtova operacija)	1,44	G60B	Maligna obolenja na prebavilih brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,84
G07A	Apendektomija s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,32	G61A	Krvavitve iz prebavil (Starost<65 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali Starost>64	0,85
G07B	Apendektomija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,22	G61B	Krvavitve iz prebavil Starost<65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,37
G08Z	Posegi pri trebušni, popkovni in ostalih kilah Starost>0	1,08	G62Z	Zapletena peptična razjeda	1,05
G09Z	Posegi pri ingvinalni in femoralni kili Starost>0	0,74	G63Z	Nezapletena peptična razjeda	0,37
G10Z	Posegi pri kilah Starost<1	0,82	G64Z	Vnetna bolezen črevesa	0,81
G11A	Posegi na zadnjiku in stomah s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,63	G65A	Obstrukcija prebavil s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,40
G11B	Posegi na zadnjiku in stomah brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,59	G65B	Obstrukcija prebavil brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,68
G12A	Ostali posegi na prebavnem sistemu opravljeni v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali z malignimi obolenji	3,77	G66A	Bolečina v trebuhu ali mezenterijski adenitis s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	0,71
G12B	Ostali posegi na prebavnem sistemu opravljeni v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov brez malignih obolenj	1,11	G66B	Bolečina v trebuhu ali mezenterijski adenitis brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,35
G40A	Kompleksna terapevtska gastroskopija pri obsežnih boleznih prebavil s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali zapletenimi postopki	2,92	G67A	Vnetje požiralnika -ezofagitis, gastroenterologija & razne okvare prebavnega sistema Starost>9 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,23
G40B	Kompleksna terapevtska gastroskopija pri obsežnih boleznih prebavil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov ali zapletenimi postopki	1,16	G67B	Vnetje požiralnika -ezofagitis, gastroenterologija & razne okvare prebavnega sistema Starost>9 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,43
G41A	Kompleksna terapevtska gastroskopija pri manj obsežnih boleznih prebavil	2,04	G68A	Gastroenteritis Starost<10 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	0,93
G41B	Kompleksna terapevtska gastroskopija pri manj obsežnih boleznih prebavil, dnevna obravnava	0,30	G68B	Gastroenteritis Starost<10 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,47
			G69Z	Ezofagitis – vnetje požiralnika in razne okvare prebavnega sistema Starost<10	0,51
			G70A	Ostale diagnoze prebavnega sistema s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,17
			G70B	Ostale diagnoze prebavnega sistema brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,37

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
H01A	Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantu s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	9,29
H01B	Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantu z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,63
H01C	Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	3,25
H02A	Obsežni posegi na biliarnem sistemu zaradi malignih obolenj	6,01
H02B	Obsežni posegi na biliarnem sistemu brez malignih obolenj s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	5,18
H02C	Obsežni posegi na biliarnem sistemu brez malignih obolenj brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,01
H03A	Holecistektomija z zaprtim CDE s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	5,01
H03B	Holecistektomija z zaprtim CDE brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,74
H04A	Holecistektomija brez zaprtega CDE s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,90
H04B	Holecistektomija brez zaprtega CDE brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,23
H05A	Hepatobiliarni diagnostični postopki s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,71
H05B	Hepatobiliarni diagnostični postopki brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,43
H06Z	Ostali posegi na hepatobiliarnem sistemu in trebušni slinavki, opravljeni v operacijski dvorani	4,03
H40Z	Endoskopski posegi ob krvavitvi požiralnikovih varic	2,53
H41A	ERCP obsežni terapevtski poseg s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,29
H41B	ERCP obsežni terapevtski poseg brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,19
H42A	ERCP ostali terapevtski posegi s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,17
H42B	ERCP ostali terapevtski posegi brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,95
H60A	Ciroza in alkoholni heptatitis s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,00
H60B	Ciroza in alkoholni heptatitis s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,20
H60C	Ciroza in alkoholni heptatitis brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,63
H61A	Maligna obolenja hepatobiliarnega sistema, trebušne slinavke Starost>69 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,21
H61B	Maligna obolenja hepatobiliarnega sistema, trebušne slinavke (A<70 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (A>69 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov)	1,44
H61C	Maligna obolenja hepatobiliarnega sistema, trebušne	0,95

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
	slinavke Starost<70 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	
H62A	Bolezni trebušne slinavke razen malignih obolenj s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,41
H62B	Bolezni trebušne slinavke razen malignih obolenj brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,98
H63A	Bolezni jeter razen malignih obolenj, ciroza, alkoholni heptatitis s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,85
H63B	Bolezni jeter razen malignih obolenj, ciroza, alkoholni heptatitis brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,60
H64A	Okvare biliarnega sistema s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,26
H64B	Okvare biliarnega sistema brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,57
I01Z	Obojestranski ali številni obsežni posegi na sklepih spodnjih udov	12,36
I02A	Mikrovaskularni prenos tkiva ali (kožni presadek s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti), razen dlani	12,49
I02B	Kožni presadek brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov, razen dlani	3,99
I03A	Revizija kolka s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	10,30
I03B	Zamenjava kolka s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali zamenjava kolka brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	6,00
I03C	Zamenjava kolka brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	4,44
I04A	Zamenjava kolenskega sklepa in ponovna namestitvev s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	6,98
I04B	Zamenjava kolenskega sklepa in ponovna namestitvev brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	4,70
I05Z	Ostale večje zamenjave sklepov in posegi ponovne namestitvev okončine	4,25
I06Z	Učvrstitev hrbtenice pri deformacijah	8,70
I07Z	Amputacija	7,97
I08A	Ostali posegi na kolku in stegenici s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	5,17
I08B	Ostali posegi na kolku in stegenici Starost>54 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	3,20
I08C	Ostali posegi na kolku in stegenici Starost<55 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,84
I09A	Učvrstitev hrbtenice s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	9,40

ŠIFRA	SPP	UTEŽ	ŠIFRA	SPP	UTEŽ
I09B	Učvrstitev hrbtenice brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	4,63	I62A	Zlomi medenice in stegneničnega vratu s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,85
I10A	Ostali posegi na hrbtu in vratu s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,36	I62B	Zlomi medenice in stegneničnega vratu z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,06
I10B	Ostali posegi na hrbtu in vratu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,28	I62C	Zlomi medenice in stegneničnega vratu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,09
I11Z	Posegi podaljševanja okončine	3,87	I63Z	Izvin, izpah in dislokacija kolka, medenice in stegna	0,83
I12A	Infekcije ali vnetja kosti & sklepov s številnimi posegi na mišičnem sistemu in vezivnem tkivu s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji in zapleti	6,80	I64A	Osteomielitis (Starost< 65 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali Starost>64	2,99
I12B	Infekcije ali vnetja kosti & sklepov s številnimi posegi na mišičnem sistemu in vezivnem tkivu z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,12	I64B	Osteomielitis Starost<65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,18
I12C	Infekcije ali vnetja kosti & sklepov s številnimi posegi na mišičnem sistemu in vezivnem tkivu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,68	I65A	Maligna obolenja vezivnega tkiva vključno s patološkimi zlomi Starost>64	1,73
I13A	Posegi na nadlahtnici, golenici, mečnici in gležnju s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,90	I65B	Maligna obolenja vezivnega tkiva vključno s patološkimi zlomi Starost<65	1,20
I13B	Posegi na nadlahtnici, golenici, mečnici in gležnju Starost>59 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,42	I66A	Ostale okvare vezivnega tkiva (Starost<65 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji) ali Starost>64	1,68
I13C	Posegi na nadlahtnici, golenici, mečnici in gležnju Starost<60 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,85	I66B	Ostale okvare vezivnega tkiva Starost<65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,65
I14Z	Revizija kma	1,84	I67A	Septični artritis s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,81
I15Z	Kirurgija obrazno lobanjskega dela	2,76	I67B	Septični artritis brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,16
I16Z	Ostali posegi na ramenu	1,57	I68A	Nekirurška stanja vratu & hrbtenice brez postopkov za obvladovanje bolečine ali mielograma (Starost<75 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ) ali Starost>74	1,42
I17Z	Maksilofacialna kirurgija	2,03	I68B	Nekirurška stanja vratu & hrbtenice brez postopkov za obvladovanje bolečine ali mielograma Starost<75 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,59
I18Z	Posegi na kolenu	1,22	I68C	Nekirurška stanja vratu & hrbtenice s postopki za obvladovanje bolečine ali mielogramom	0,51
I19Z	Ostali posegi na komolcu in podlahti	1,47	I69A	Bolezni kosti in specifične artropatije Starost>74 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,86
I20Z	Posegi na stopalu	1,07	I69B	Bolezni kosti in specifične artropatije Starost>74 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,89
I21Z	Lokalna ekscizija in odstranitev notranjega osteosintetskega materiala iz kolka in stegenice	1,22	I69C	Bolezni kosti in specifične artropatije Starost<75	0,60
I22Z	Večji posegi na zapestju, dlani in palcu	1,07	I70Z	Ne specifične artropatije	0,87
I23Z	Lokalna ekscizija in odstranitev notranjega osteosintetskega materiala razen iz kolka in stegenice	0,46	I71A	Okvare mišic in kit Starost>69 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,38
I24Z	Artroskopija	0,37	I71B	Okvare mišic in kit (Starost<70 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ) ali (Starost>69 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	0,65
I25Z	Diagnostični postopki na kosti in sklepu vključno z biopsijo	2,18	I71C	Okvare mišic in kit Starost <70 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,41
I26Z	Ostali posegi na zapestju in dlani	0,78	I72A	Vnetje kit, mišic in burz (tendinitis, miozitis in bursitis) (Starost<80 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi	1,61
I27Z	Posegi na mehkih tkivih	1,10			
I28A	Ostali posegi na vezivnem tkivu s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,49			
I28B	Ostali posegi na vezivnem tkivu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,18			
I60Z	Zlomi srednjega dela stegenice in odprti kondilarni zlomi stegenice	2,84			
I61Z	Ostali zlomi stegenice	1,47			

ŠIFRA	SPP	UTEŽ	ŠIFRA	SPP	UTEŽ
	bolezenskimi stanji) ali Starost>79			katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	
I72B	Vnetje kit, mišic in burz (tendinitis, miozitis in bursitis) <80 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,57	J04A	Reparacija spodnje okončine s kožnim presadkom ali reznjem v primeru razjede ali celulitisa s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji	4,69
I73A	Skrb za bolnika z boleznijo vezivnega tkiva po odpustu iz bolnišnice Starost>59 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,87	J04B	Zdravljenje spodnje okončine brez kožnega presadka ali reznja pri razjedi ali celulitisu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,62
I73B	Skrb za bolnika z boleznijo vezivnega tkiva po odpustu iz bolnišnice (Starost<60 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (Starost>59 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	1,18	J05Z	Reparacija spodnje okončine brez ulkusa ali celulitisa z drugimi posegi v operacijski dvorani brez kožnega presadka ali reznja	1,27
I73C	Skrb za bolnika z boleznijo vezivnega tkiva po odpustu iz bolnišnice Starost<60 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,50	J06A	Obsežni posegi pri malignih stanjih dojke	1,74
I74A	Poškodbe podlakti, zapestja, dlani ali stopala Starost>74 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,78	J06B	Obsežni posegi pri ne malignih stanjih dojke	1,19
I74B	Poškodbe podlakti, zapestja, dlani ali stopala (Starost<75 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ) ali (Starost>74 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	0,65	J07A	Manjši posegi pri malignih stanjih dojke	0,87
I74C	Poškodbe podlakti, zapestja, dlani ali stopala Starost<75 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,40	J07B	Manjši posegi pri ne malignih stanjih dojke	0,49
I75A	Poškodbe rame, roke, komolca, kolena, noge ali gležnja Starost>64 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,26	J08A	Ostali kožni presadki in/ali nekrektomija (odstranitev nekroz) s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,73
I75B	Poškodbe rame, roke, komolca, kolena, noge ali gležnja (Starost<65 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ) ali (Starost>64 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	0,88	J08B	Ostali kožni presadki in/ali nekrektomija (odstranitev nekroz) brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,88
I75C	Poškodbe rame, roke, komolca, kolena, noge ali gležnja Starost<65 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,44	J09Z	Posegi na zadnjiku in pilonidalni posegi	0,62
I76A	Ostale bolezni vezivnega tkiva Starost>69 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,61	J10Z	Plastika kože, podkožnega tkiva in dojke v operacijski dvorani	0,68
I76B	Ostale bolezni vezivnega tkiva (Starost<70 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ) ali (Starost>69 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	0,90	J11Z	Ostali posegi na koži, podkožnem tkivu in dojki	0,45
I76C	Ostale bolezni vezivnega tkiva Starost<70 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,41	J60A	Kožna razjeda Starost>64	1,82
J01Z	Mikrožilni prenos tkiva pri okvarah kože, podkožja in dojke	6,07	J60B	Kožna razjeda Starost<65	1,24
J02A	Reparacija spodnje okončine s kožnim presadkom ali reznjem v primeru razjede ali celulitisa s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	8,61	J61Z	Hude okvare kože	0,66
J02B	Reparacija spodnje okončine s kožnim presadkom ali reznjem v primeru razjede ali celulitisa brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	3,49	J62A	Maligna obolenja dojke Starost>69 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,93
J03A	Reparacija spodnje okončine s kožnim presadkom ali reznjem brez prisotnosti razjede ali celulitisa s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,41	J62B	Maligna obolenja dojke (Starost<70 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ) ali (Starost>69 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov)	0,75
J03B	Reparacija spodnje okončine s kožnim presadkom ali reznjem brez prisotnosti razjede ali celulitisa brez	1,36	J62C	Maligna obolenja dojke Starost<70 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,36
			J63Z	Ne maligna obolenja dojke	0,52
			J64A	Celulitis Starost>59 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,99
			J64B	Celulitis (Starost>59 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov ) ali Starost<60	0,83
			J65A	Poškodbe kože, podkožnega tkiva in dojke Starost>69	0,92
			J65B	Poškodbe kože, podkožnega tkiva in dojke Starost<70	0,38
			J66A	Zmerne okvare kože s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,66
			J66B	Zmerne okvare kože brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,64
			J67A	Manjše okvare kože s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,28

ŠIFRA	SPP	UTEŽ	ŠIFRA	SPP	UTEŽ
J67B	Manjše okvare kože brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,30		spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	
<b>K01Z</b>	<b>Diabetično stopalo</b>	<b>5,81</b>	L06B	Manjši posegi na mehurju brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,95
K02Z	Posegi na hipofizi	4,19	L07A	Transuretralni posegi razen prostatektomije s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,02
K03Z	Posegi na nadledvični žlezi	3,42	L07B	Transuretralni posegi razen prostatektomije brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,68
K04Z	Večji posegi pri debelosti	6,35	L08A	Posegi na sečnici s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,28
K05Z	Posegi na obščitnici	1,95	L08B	Posegi na sečnici brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,67
K06Z	Posegi na ščitnici	1,67	L09A	Ostali posegi pri boleznih ledvic in sečil s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	6,70
K07Z	Posegi pri debelosti	1,49	L09B	Ostali posegi pri boleznih ledvic in sečil z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,40
K08Z	Posegi na tiroglosnem+C336 vodu	1,01	L09C	Ostali posegi pri boleznih ledvic in sečil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,29
K09Z	Ostali posegi pri endokrinih, prehrabnih in presnovnih boleznih v operacijski dvorani	3,50	L40Z	Ureteroskopija	0,85
K40Z	Endoskopija ali postopki preiskav pri presnovnih boleznih brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,59	L41Z	Cistouretroskopija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,44
K60A	Sladkorna bolezen s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,07	L42Z	ESWL (zunaj telesno drobljenje kamnov) pri ledvičnih kamnih	0,53
K60B	Sladkorna bolezen brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,89	L60A	Odpoved ledvic s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,38
K61Z	Hude prehrabne motnje	3,48	L60B	Odpoved ledvic z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali (Starost > 69 brez resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov)	1,55
K62A	Različne presnovne bolezni s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,37	L60C	Odpoved ledvic Starost<70 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,70
K62B	Različne presnovne bolezni z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali (Starost>74 brez resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov)	1,17	L62A	Neoplastične spremembe ledvic in sečil s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,05
K62C	Različne presnovne motnje brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov Starost < 75	0,62	L62B	Neoplastične spremembe ledvic in sečil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,73
K63Z	Prirojene napake presnove	0,66	L63A	Infekcija ledvic in sečil Starost>69 s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,38
K64A	Bolezni endokrinih žlez s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,94	L63B	Infekcija ledvic in sečil Starost>69 brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,03
K64B	Bolezni endokrinih žlez brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,73	L63C	Infekcija ledvic in sečil Starost < 70	0,72
L02Z	Operativna namestitvev peritonealnega dializnega katetra	3,84	L64Z	Ledvični kamni in obstrukcija	0,45
L03A	Posegi na ledvici, sečevodu in večji posegi na mehurju zaradi neoplastičnih sprememb s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	6,55	L65A	Znaki in simptomi s področja ledvic in sečil s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,27
L03B	Posegi na ledvici, sečevodu in večji posegi na mehurju zaradi neoplastičnih sprememb brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	3,59	L65B	Znaki in simptomi s področja ledvic in seči brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,46
L04A	Posegi na ledvici, sečevodu in večji posegi na mehurju zaradi neoplastičnih sprememb katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	5,06	L66Z	Zožitev sečnice	0,39
L04B	Posegi na ledvici, sečevodu in večji posegi na mehurju zaradi neoplastičnih sprememb brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,29	L67A	Ostale diagnoze s področja ledvic in sečil s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali	2,51
L05A	Transuretralna prostatektomija s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,06			
L05B	Transuretralna prostatektomija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,39			
L06A	Manjši posegi na mehurju s katastrofalnimi ali resnimi	2,85			

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
	zapleti	
L67B	Ostale diagnoze s področja ledvic in sečil z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,15
L67C	Ostale diagnoze s področja ledvic in sečil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,49
M01Z	Večji posegi na moški medenici	3,45
M02A	Transuretralna odstranitev prostate s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,37
M02B	Transuretralna odstranitev prostate brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,24
M03A	Posegi na penisu s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,92
M03B	Posegi na penisu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,94
M04A	Posegi na testisih s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,43
M04B	Posegi na testisih brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,61
M05Z	Obrezovanje (cirkumcizija)	0,42
M06A	Ostali posegi v operacijski dvorani na moškem reprodukcijskem sistemu zaradi malignih obolenj	2,52
M06B	Ostali posegi v operacijski dvorani na moškem reprodukcijskem sistemu razen malignih obolenj	0,75
M40Z	Cistouretroskopija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,30
M60A	Maligna obolenja moškega reprodukcijskega sistema s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,84
M60B	Maligna obolenja moškega reprodukcijskega sistema brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,81
M61A	Benigna hipertrofija prostate s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,53
M61B	Benigna hipertrofija prostate brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,45
M62A	Vnetje moškega reprodukcijskega sistema s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	0,99
M62B	Vnetje moškega reprodukcijskega sistema brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,50
M63Z	Sterilizacija, moški	0,29
M64Z	Ostale diagnoze s področja moškega reprodukcijskega sistema	0,39
N01Z	Evisceracija medenice in radikalna vulvektomija	5,72
N02A	Posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi malignih obolenj na jajčnikih ali jajcevodih s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	5,98
N02B	Posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi malignih obolenj na jajčnikih ali jajcevodih brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,40
N03A	Posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi	4,25

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
	malignih obolenj razen na jajčnikih ali jajcevodih s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	
N03B	Posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi malignih obolenj razen na jajčnikih ali jajcevodih brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,09
N04Z	Histerektomija zaradi ne malignih tvorb	1,70
N05A	Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tvorb s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,56
N05B	Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tvorb brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,37
N06Z	Rekonstruktivni posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	1,28
N07Z	Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi ne malignih tvorb	0,65
N08Z	Endoskopski posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu	0,56
N09Z	Konizacija in posegi na nožnici, materničnem vratu in zunanjem spolovilu	0,43
N10Z	Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija	0,36
N11A	Ostali posegi v operacijski dvorani na ženskem reprodukcijskem sistemu Starost>64 ali z malignimi obolenji ali s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,31
N11B	Ostali posegi v operacijski dvorani na ženskem reprodukcijskem sistemu Starost<65 brez malignih obolenj brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,39
N60A	Maligna obolenja ženskega reprodukcijskega sistema s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,79
N60B	Maligna obolenja ženskega reprodukcijskega sistema brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,77
N61Z	Infekcije ženskega reprodukcijskega sistema	0,55
N62A	Bolezni ženskega reprodukcijskega sistema in motnje menstrualnega ciklusa s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	0,62
N62B	Bolezni ženskega reprodukcijskega sistema in motnje menstrualnega ciklusa brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,26
O01A	Porod s carskim rezom s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	3,05
O01B	Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami	2,11
O01C	Porod s carskim rezom z zmernimi zapletenimi diagnozami	1,96
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenimi diagnozami	1,71
O02Z	Vaginalni porod z zapletenimi posegi v operacijski dvorani	1,56
O03Z	Ektopična nosečnost (zunajmaternična nosečnost)	1,03
O04Z	Po porodu in po splavu s posegi v operacijski dvorani	0,70
O40Z	Splav z D&C, aspiracijska abrazija ali histerotomija	0,37
O60A	Vaginalni porod s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj	1,59



ŠIFRA	SPP	UTEŽ
	ena resna	
O60B	Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami,	1,17
O60C	Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnozami,	1,11
O60D	Vaginalni porod brez zapletenimi diagnozami,	0,91
O61Z	Po porodu in po splavu brez posegov v operacijski dvorani	0,48
O62Z	Grozeči splav	0,30
O63Z	Splav brez D&C (dilatacije in abrazije aspiracijske kiretaže ali histerotomije	0,32
O64Z	Lažni porod	0,33
O65A	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zapletenih diagnoz	0,41
O65B	Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zmernih ali brez zapletenih diagnoz	0,32
P01Z	Novorojenček, umrl ali premeščen <5 dni po sprejemu, s pomembnimi posegi v operacijski dvorani	1,47
P02Z	Kardiorakalni ali vaskularni posegi pri novorojenčkih	12,49
P03Z	Novorojenček, teža ob sprejemu 1000-1499 g s pomembnimi posegi v operacijski dvorani	21,28
P04Z	Novorojenček, teža ob sprejemu 1500-1999 g s pomembnimi posegi v operacijski dvorani	13,35
P05Z	Novorojenček, teža ob sprejemu 2000-2499 g s pomembnimi posegi v operacijski dvorani	12,28
P06A	Novorojenček, teža ob sprejemu > 2499 g s pomembnimi posegi v operacijski dvorani s številnimi obsežnimi težavami	14,18
P06B	Novorojenček, teža ob sprejemu >2499 g s pomembnimi posegi v operacijski dvorani brez številnih obsežnih težav	4,92
P60A	Novorojenček umrl ali premeščen <5 dni po sprejemu, brez pomembnih posegov v operacijski dvorani, rojen tukaj	0,45
P60B	Novorojenček umrl/premeščen <5 dni po sprejemu, brez pomembnih posegov v operacijski dvorani, ni rojen tukaj	0,86
P61Z	Novorojenček, teža ob sprejemu < 750 g	39,38
P62Z	Novorojenček, teža ob sprejemu 750-999 g	27,37
P63Z	Novorojenček, teža ob sprejemu 1000-1249 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani	10,90
P64Z	Novorojenček, teža ob sprejemu 1250-1499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani	8,08
P65A	Novorojenček, teža ob sprejemu 1500-1999 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani s številnimi obsežnimi težavami	8,82
P65B	Novorojenček, teža ob sprejemu 1500-1999 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z obsežnimi težavami	5,92
P65C	Novorojenček, teža ob sprejemu 1500-1999 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z drugimi težavami	4,08
P65D	Novorojenček, teža ob sprejemu 1500-1999 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani brez težav	3,44

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
P66A	Novorojenček, teža ob sprejemu 2000-2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani s številnimi obsežnimi težavami	4,88
P66B	Novorojenček, teža ob sprejemu 2000-2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z obsežnimi težavami	3,70
P66C	Novorojenček, teža ob sprejemu 2000-2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z drugimi težavami	2,31
P66D	Novorojenček, teža ob sprejemu 2000-2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani brez težav	1,21
P67A	Novorojenček, teža ob sprejemu > 2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani s številnimi obsežnimi težavami	4,14
P67B	Novorojenček, teža ob sprejemu > 2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z obsežnimi težavami	2,07
P67C	Novorojenček, teža ob sprejemu > 2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z drugimi težavami	1,09
P67D	Novorojenček, teža ob sprejemu > 2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani brez težav	0,55
Q01Z	Odstanitev vranice (splenektomija)	3,51
Q02A	Ostali posegi v operacijski dvorani na krvotvornih organih in krvi s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji	4,58
Q02B	Ostali posegi v operacijski dvorani na krvotvornih organih in krvi brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj	0,81
Q60A	Bolezni retikuloendotelijskega in imunskega sistema s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,19
Q60B	Bolezni retikuloendotelijskega in imunskega sistema brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,42
Q61A	Bolezni celic rdeče vrste s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,94
Q61B	Bolezni celic rdeče vrste z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	0,94
Q61C	Bolezni celic rdeče vrste brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,36
Q62A	Motnje strjevanja krvi Starost>69	0,95
Q62B	Motnje strjevanja krvi Starost<70	0,54
R01A	Limfom in levkemija z obsežnimi posegi v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	8,61
R01B	Limfom in levkemija z obsežnimi posegi v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,64
R02A	Ostale neoplastične spremembe z obsežnimi posegi v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji	4,81

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
R02B	Ostale neoplastične spremembe z obsežnimi posegi v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj	2,33
R03A	Limfom in levkemija z drugimi posegi v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	7,01
R03B	Limfom in levkemija z drugimi posegi v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,12
R04A	Ostale neoplastične spremembe z drugimi posegi v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,36
R04B	Ostale neoplastične spremembe z drugimi posegi v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj	0,51
R60A	Akutna levkemija s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	7,26
R60B	Akutna levkemija z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,57
R60C	Akutna levkemija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,86
R61A	Limfom in neakutna levkemija s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,38
R61B	Limfom in neakutna levkemija brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,47
R61C	Limfom in neakutna levkemija, dnevna obravnava	0,21
R62A	Ostale neoplastične spremembe s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,73
R62B	Ostale neoplastične spremembe brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,72
R63Z	Kemoterapija	0,21
R64Z	Radioterapija	0,48
S60Z	HIV, dnevna obravnava	0,22
S61Z	S HIV povezane bolezni centralnega živčnega sistema	11,18
S62Z	S HIV povezana maligna obolenja	5,61
S63A	S HIV povezane spremljajoče infekcije s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	11,20
S63B	S HIV povezane spremljajoče infekcije brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	3,82
S64A	Ostali primeri HIV s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	4,64
S64B	Ostali primeri HIV brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,94
T01A	Posegi v operacijski dvorani pri infekcijskih in parazitarnih boleznih s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	6,83
T01B	Posegi v operacijski dvorani pri infekcijskih in parazitarnih boleznih z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,79
T01C	Posegi v operacijski dvorani pri infekcijskih in parazitarnih boleznih brez spremljajočih bolezenskih stanj	1,74

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
	ali zapletov	
T60A	Septikemija s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,57
T60B	Septikemija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,19
T61A	Pooperativne in popoškodbene infekcije s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali (Starost>54 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov )	1,35
T61B	Pooperativne in popoškodbene infekcije Starost<55 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,72
T62A	Vročina neznanega izvora s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,23
T62B	Vročina neznanega izvora brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,52
T63A	Virusna bolezen Starost>59	0,75
T63B	Virusna bolezen Starost<60	0,50
T64A	Ostale infekcijske in parazitarne bolezni s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,02
T64B	Ostale infekcijske in parazitarne bolezni brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,84
U40Z	Psihične motnje, dnevna obravnava, z elektrokonvulzivno terapijo	0,18
U60Z	Psihične motnje, dnevna obravnava, brez elektrokonvulzivno terapija	0,16
U61A	Shizofrenija s pravnim statusom duševne bolezni	5,14
U61B	Shizofrenija brez pravnega statusa duševne bolezni	2,21
U62A	Paranoja & akutne psihiatrične motnje s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali pravnim statusom duševne bolezni	4,58
U62B	Paranoja & akutne psihiatrične motnje brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov brez pravnega statusa duševne bolezni	1,47
U63A	Hude razpoloženske motnje s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali (Starost>69 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov)	4,10
U63B	Hude razpoloženske motnje Starost<70 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,48
U64Z	Ostale razpoloženske in somatoformne motnje	1,20
U65Z	Anksiozne motnje	0,81
U66Z	Motnje hranjenja in obsesivno kompulzivne motnje	4,10
U67Z	Osebnostnem motnje in akutne stresne reakcije	1,03
U68Z	Psihične motnje v otroštvu	1,53
V60Z	Zastrupitev z alkoholom in odtegnitveni sindrom	0,46
V61A	Zastrupitev z zdravili in odtegnitveni sindrom s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,94

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
V61B	Zastrupitev z zdravili in odtegnitveni sindrom brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,05
V62A	Motnja rabe alkohola in odvisnost	0,95
V62B	Motnja rabe alkohola in odvisnost, dnevna obravnava	0,17
V63Z	Motnja rabe opiatov in odvisnost	0,72
V64Z	Ostale motnje rabe zdravil in odvisnost	0,71
W01Z	Predihavanje ali kraniotomija pri težki politravmi	22,43
W02Z	Posegi na kolku, stegnenici in udih pri težki politravmi, vključno z implantacijo	9,29
W03Z	Posegi v trebušni votlini pri težki politravmi	5,93
W04Z	Ostali posegi v operacijski dvorani pri težki politravmi	8,72
W60Z	Politravma, umrl ali premeščen na drugo enoto za akutno obravnavo, ležalna doba <5 dni	1,56
W61Z	Politravma, brez pomembnih posegov	3,10
X01Z	Mikrovaskularni prenos tkiva ali kožni presadki pri poškodbah spodnje okončine	3,79
X02Z	Mikrovaskularni prenos tkiva ali kožni presadki pri poškodbah dlani	1,25
X03Z	Mikrovaskularni prenos tkiva ali kožni presadki pri drugih poškodbah	3,05
X04A	Ostali posegi pri poškodbah spodnje okončine Starost>59 ali s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,60
X04B	Ostali posegi pri poškodbah spodnje okončine Starost<60 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,11
X05Z	Ostali posegi pri poškodbah dlani	0,87
X06A	Ostali posegi pri drugih poškodbah s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	3,32
X06B	Ostali posegi pri drugih poškodbah brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,92
X60A	Poškodbe Starost>64 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,28
X60B	Poškodbe Starost>64 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,49
X60C	Poškodbe Starost < 65	0,34
X61Z	Alergične reakcije	0,37
X62A	Zastrupitve in toksični učinki zdravil ter drugih snovi Starost>59 ali s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	0,89
X62B	Zastrupitve in toksični učinki zdravil ter drugih snovi Starost<60 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,35
X63A	Posledice zdravljenja s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,57
X63B	Posledice zdravljenja brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,58
X64A	Ostale diagnoze poškodb, zastrupitev in toksičnih učinkov zdravil Starost>59 ali s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,11

ŠIFRA	SPP	UTEŽ
X64B	Ostale diagnoze poškodb, zastrupitev in toksičnih učinkov zdravil Starost<60 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,34
Y01Z	Hude globoke opekline	33,88
Y02A	Ostale opekline s kožnimi presadki Starost>64 ali s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali z zapletenimi diagnozami ali postopki	7,69
Y02B	Ostale opekline s kožnimi presadki Starost<65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov brez zapletenih diagnoza ali postopkov	3,13
Y03Z	Ostali posegi pri opeklinah v operacijski dvorani	2,08
Y60Z	Opekline, premestitev v drugo enoto za akutno obravnavo < 5 dni	0,35
Y61Z	Hude opekline	1,20
Y62A	Ostale opekline Starost>64 ali s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali z zapletenimi diagnozami ali postopki	1,62
Y62B	Ostale opekline Starost<65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov brez zapletenih diagnoza ali postopkov	0,57
Z01A	Posegi v operacijski dvorani napotenih iz ostalih zdravstvenih ustanov s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,10
Z01B	Posegi v operacijski dvorani napotenih iz ostalih zdravstvenih ustanov brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,61
Z40Z	Spremljanje po zaključenem zdravljenju z endoskopijo	0,28
Z60A	Rehabilitacija s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	5,89
Z60B	Rehabilitacija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	2,18
Z60C	Rehabilitacija, dnevna obravnava	0,21
Z61Z	Znaki in simptomi	0,64
Z62Z	Spremljanje po zaključenem zdravljenju brez endoskopije	0,22
Z63A	Ostale oblike spremljanja bolnika po odpustu s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	2,07
Z63B	Ostale oblike spremljanja bolnika po odpustu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,67
Z64A	Ostali dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje Starost>79	2,86
Z64B	Ostali dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje Starost<80	0,56
Z65Z	Številne druge neopredeljene prirojene anomalije	1,14
901Z	Ext O.R. Pr Unrel To Pdx	3,74
902Z	Non-Ext O.R. Pr Unrel To Pdx	1,92
903Z	Prostatic O.R. Pr Unrel To Pdx	5,70
960Z	Ungroupable	1,20

