

UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

**POSEBNOSTI POSLOVANJA ZDRAVSTVENIH USTANOV S PRIMEROM  
SPLOŠNE BOLNIŠNICE MURSKA SOBOTA**

Ljubljana, oktober 2006

Goran Sambt

#### IZJAVA

Študent Goran Sambt izjavljam, da sem avtor tega diplomskega dela, ki sem ga napisal pod mentorstvom prof. dr. Metke Tekavčič in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 4. oktobra 2006

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

## KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 UČINKOVITOST V ZDRAVSTVU</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 Posebnosti javnih zdravstvenih zavodov</b> .....	<b>3</b>
<b>2.2 Finančno poslovanje javnih zdravstvenih zavodov</b> .....	<b>4</b>
<b>2.3 Učinkovitost v zdravstveni dejavnosti</b> .....	<b>7</b>
2.3.1 Definiranje učinkovitosti .....	8
2.3.2 Cilji za izboljšanje učinkovitosti .....	9
2.3.3 Učinki uvajanja učinkovitosti .....	9
<b>2.4 Spremljanje učinkovitosti v zdravstvu</b> .....	<b>10</b>
2.4.1 Kazalniki za spremljanje učinkovitosti.....	11
2.4.1.1 Kazalniki poslovanja bolnišnic, ki jih predpisuje Ministrstvo za zdravje.....	11
2.4.1.2 Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe virov .....	12
2.4.1.3 Drugi kazalniki spremljanja učinkovitosti.....	13
<b>3 PREDLOGI IZBOLJŠAV V SEKTORJU ZDRAVSTVA</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1 Predlogi izboljšav na vladni ravni</b> .....	<b>14</b>
<b>3.2 Predlogi izboljšav na bolnišnični ravni</b> .....	<b>15</b>
<b>3.3 Izboljšanje spremljanja izvajanja zdravstvenih storitev</b> .....	<b>16</b>
3.3.1 Določitev osnovnih in spremljajočih storitev .....	17
3.3.2 Opredelitev kazalnikov za spremljanje učinkovitosti storitev.....	19
3.3.2.1 Pomen storitve za bolnišnico .....	19
3.3.2.2 Vrsta zdravstvene storitve .....	19
3.3.2.3 Organiziranost pri izvajanju zdravstvene storitve .....	20
3.3.2.4 Konkurenčni ponudniki zdravstvenih storitev.....	21
<b>3.4 Predlog za spremljanje stroškov izvajanja zdravstvenih storitev</b> .....	<b>21</b>
3.4.1 Pretekli sistem plačevanja storitev .....	22
3.4.2 Orisi novega sistema plačevanja storitev.....	23
3.4.3 Organizacija storitvenega procesa .....	24
3.4.4 Oblikovanje stroškovnih izračunov .....	25
3.4.5 Izboljšanje notranjega nadzora .....	30
<b>3.5 Drugi predlogi za izboljšanje poslovanja</b> .....	<b>32</b>
3.5.1 Stimulativni ukrepi za kadrovske management .....	33
3.5.2 Vlaganje v informacijske sisteme.....	33
3.5.3 Izboljšanje nabave blaga in storitev od ponudnikov .....	34
3.5.4 Oddaja zdravstvenih in podpornih storitev zunanjim ponudnikom.....	36
<b>4 PREDSTAVITEV POSEBNOSTI POSLOVANJA SPLOŠNE BOLNIŠNICE MURSKA SOBOTA</b> .....	<b>37</b>
<b>4.1 Vrednote, poslanstvo in vizija bolnišnice</b> .....	<b>37</b>
<b>4.2 Programski cilji bolnišnice in zastavljene naloge</b> .....	<b>38</b>
<b>4.3 Finančni načrt bolnišnice</b> .....	<b>40</b>
<b>4.4 Poslovanje bolnišnice</b> .....	<b>42</b>
<b>5 SKLEP</b> .....	<b>43</b>
<b>LITERATURA</b> .....	<b>45</b>
<b>VIRI</b> .....	<b>46</b>



## 1 UVOD

V okvirih aktualne javne razprave v zvezi z zdravstveno oskrbo je vse pogosteje slišati kritične besede, kot so »nezmožnost financiranja in finančna destabilizacija, grožnje pred finančnim kolapsom, ogrožanje preskrbe pacientov, neskončne čakalne liste« ter podobne. Navedeni problemi nakazujejo, da je v sistemu zdravstvenega varstva in na drugih področjih, povezanih z zdravstvom, treba izboljšati nekatere dosedanje rešitve ter pospešiti že začete procese izboljšav.

Finančna sredstva, s katerimi izvajalci zdravstvenih storitev razpolagajo, so vedno bolj omejena - takšen trend je zaznan tako na nacionalni kot na mednarodni ravni. Hkrati so vse večje zahteve današnje vrhunske medicine, ki razvija vedno nova znanja in uvaja nove metode zdravljenja. Posledično so večja tudi pričakovanja uporabnikov zdravstvenih storitev, kar pa ima za posledico povečanje porabe finančnih virov.

Permanentno rastoč potencial medicinskih storitev, kot tudi kontinuirano rastoča pričakovana življenjska doba ljudi spodbujata številne politike, ekonomiste in zdravstvene delavce k iskanju odgovorov za zagotavljanje stabilnega zdravstvenega sistema, ki bo pravičen za vse državljane. Že tri leta je od tega, kar je bil objavljen predlog zdravstvene reforme v obliki posebnega dokumenta. V njem je predstavljena analiza stanja zdravstvenega varstva in pripravljen predlog reforme zdravstvene oskrbe. Eden izmed zapisanih ciljev v tako imenovani beli knjigi je tudi večja učinkovitost upravljanja in regulacije sistema zdravstvenega varstva.

Pri izpolnjevanju ciljev zdravstvene reforme je opaziti, da je doseganje učinkovitosti v bolnišnicah, katerim država in zavarovalnice narekujejo pogoje za delo, postavljeno na stranski tir. Bolnišnice so se posledično primarno koncentrirale na uvajanje sistema celovite kakovosti. Učinkovitost je po mojem mnenju sekundarnega pomena. Nekaj več pozornosti je v okviru poslovanja namenjene prihodkovni strani, kjer se bolnišnice zavzemajo za plačilo izvedenih storitev, stroški pa s strani bolnišnic niso natančno opredeljeni.

Cilj diplomskega dela je predstaviti pristope za vrednotenje učinkovitosti izvajanja zdravstvenih storitev. Osredotočil se bom predvsem na odhodkovno stran poslovanja s poudarkom na spremljanju stroškov. Odgovorne zdravstvene delavce želim opozoriti na dejstvo, da bo v prihodnje treba v povečanem obsegu doseči izenačenje dveh nasprotujočih razvojnih tendenc - na eni strani rastoče tehnične sposobnosti nudenja storitev in na drugi strani zmanjševanja finančnih sredstev, pri katerem pa mora ostati preskrba pacientov na najvišjem nivoju in prioritarna, saj se bo s tem prispevalo k učinkovitejšemu delovanju bolnišnic. Vodstvom bolnišnic bom utemeljil, da se morajo zavedati, da so bolnišnice po vstopu v Evropsko unijo del enotnega trga, kjer bodo na trgu ostale le bolnišnice, ki bodo imele jasno izraženo vizijo ter poslanstvo, načrtane strategije in opredeljene cilje. Le tako

bodo lahko učinkovito izvajale svojo dejavnost in nudile kakovostne storitve ne le bolnikom, pač pa tudi širšemu krogu povpraševalcev.

V prvem poglavju je predstavljen način delovanja in financiranja zdravstvenega sistema. Opredeljeni so osnovni akterji in definirani pojmi. V nadaljevanju je prikazan pogled na učinkovitost zdravstvenega sistema. Predstavljeno je, kako različni akterji definirajo učinkovitost in kakšni so pogledi nanjo, pa tudi katere cilje si izvajalci, v mojem primeru bolnišnice, zastavljajo za doseganje učinkovitosti. V nadaljevanju sem se osredotočil na spremljanje učinkovitosti poslovanja, kjer so podlaga različno opredeljeni kazalniki. Pokazano je, kateri so najpogosteje uporabljeni kazalniki, s katerimi se meri učinkovitost, pri čemer so izpostavljeni kazalniki poslovanja, kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe virov (kadrovskih, prostorskih, opremskih) in še nekateri drugi kazalniki, ki služijo spremljanju učinkovitosti (npr. vlaganje v informacijsko tehnologijo, učinkovita raba energije, ...).

Drugo, najboljše poglavje je namenjeno predlogom izboljšav. Le-ti so uporabni v vseh bolnišnicah. V izodišču predstavim predloge ukrepov na vladnem in nadaljujem s predstavitvijo ukrepov na bolnišničnem nivoju. Pokazati želim, da je za uvajanje učinkovitosti potrebno zelo dobro poznati trende, ki se bodo porajali v prihodnosti.

V nadaljevanju predstavljam načine, ki se uvajajo za spremljanje izvajanja zdravstvenih storitev. Na tem mestu ponazorim, kako se razmeji osnovne in spremljajoče storitve ter definira kazalnike, ki se pri tem uporabljajo. Na kratko opišem tudi osnovni način financiranja sistema plačevanja storitev v preteklosti in smernice prihodnosti, pri tem se osredotočam predvsem na obračun izvedenih storitev po skupinah primerljivih primerov, s katerimi dokažem, da je za izboljšanje spremljanja učinkovitosti zdravstvenih storitev ključno določiti, katere so osnovne in katere spremljajoče storitve ter poznati kazalnike za spremljanje učinkovitosti. V naslednjem podpoglavju predstavim sistem plačevanja izvedenih zdravstvenih storitev, razvoj do trenutnega stanja in predvidene premike v prihodnosti. Predstavim izračune, ki se uporabljajo v tujini, kjer je bil že pred leti poseben poudarek namenjen učinkovitemu izvajanju storitev, katerega osnova je spremljanje stroškov storitev. Na podlagi opredeljenih dejavnikov predstavljam ključne elemente, s katerimi lahko bolnišnice izboljšajo svojo učinkovitost. S pomočjo opredelitve ključnih dejavnikov in organizacijskih procesov bralce seznanim s pristopi, s katerimi je moč meriti učinkovitost bolnišnic. Pri tem teoretično definiram, kako se da spremljati stroške, in predstavim kalkulacijo po stroškovnih mestih ter stroškovnih nosilcih in možnosti nadzora. Ostali predlogi za izboljšanje poslovanja se nanašajo na stimulacije za kadrovski management in pomen vlaganja v informacijski sistem. V zaključku obravnavam učinkovito nabavo blaga (materiala), ki ga bolnišnice potrebujejo za izvajanje samih storitev in možnosti oddaje storitev zunanjim izvajalcem. Na tem mestu predstavim račun stroškovne primerljivosti, break-even analizo in analizo občutljivosti. S pomočjo opravljenih izračunov je določljivo, katero storitev se v bolnišnici izvaja stroškovno ter organizacijsko učinkovito in z njo hkrati pokriva potrebe medicinske stoke ter predstavlja perspektivo tudi za prihodnje.

V uvodu tretjega poglavja na praktičnem primeru Splošne bolnišnice Murska Sobota opišem postavljeno vizijo in poslanstvo, cilje, ki jih želi bolnišnica doseči, cilje ter naloge, ki naj bi jo vodile do doseganja postavljenih ciljev in vsebino finančnega plana. Povzamem tudi, kako se trenutno spremlja izvajanje zdravstvenih storitev in poskušam ugotoviti, ali se slednje izvajajo učinkovito ter kako se spremljajo stroški tega izvajanja. Nakažem tudi ključne ovire, ki preprečujejo, da bi bolnišnica spremljala učinkovitost izvajanja svojih storitev in celotnega poslovanja.

V sklepnem, četrtem poglavju, strnem ugotovitve in predlagane rešitve ter podam svoje mnenje glede poslovanja zdravstvenih ustanov, v mojem primeru bolnišnic, njihovega spremljanja učinkovitosti in stroškov, s poudarkom na stroških izvajanja zdravstvenih storitev.

## **2 UČINKOVITOST V ZDRAVSTVU**

V zdravstveni dejavnosti se nenehno dogajajo spremembe, ki so še posebej intenzivne prav v zadnjih letih. Zaradi nakopičenih problemov, katerih reševanje je prav gotovo v interesu tako države kot vseh njenih državljanov, je treba v sistemu zdravstvenega varstva in na drugih področjih, povezanih z zdravstvom, spremeniti dosedanje rešitve ter pospešiti začete procese izboljšav. Pričakovanja in zahteve slovenskih državljanov glede zdravja ter zdravstvenega varstva so primerljive z zahtevami prebivalcev socialno najrazvitejših držav. Pričakujejo ohranjanje solidarnosti, boljšo dostopnost, nove programe, večjo možnost izbire, hitrejšo odzivnost izvajalcev, večjo kakovost in pomembnejšo soudeležbo pri odločanju (Zdravstvena reforma, 2003, str. 17).

Tudi na ravni Evropske unije je dozorelo spoznanje, da se bo nujno soočiti s številnimi izzivi. Oblikovati bo treba strategijo, ki bo pod okriljem skupnosti izboljšala zdravstveno stanje v prihajajočih letih in zdravstvo uvrstiti v sam center skupnih politik Evropske unije. Ključnega pomena bodo tudi investicije na zdravstvenem področju, saj bodo zdravstvene potrebe dolgoročno postale ekonomska prioriteta. Evropska unija sicer ne bo posegala v nacionalne pristojnosti posameznih držav članic, lahko pa se zavzema za izmenjavo dobre prakse med državami (Watson, 2004, str. 8-9).

### **2.1 Posebnosti javnih zdravstvenih zavodov**

Včasih je prevladovalo prepričanje, da mora zakonitosti ekonomike poznati le podjetje, ki se ukvarja z gospodarsko dejavnostjo in posluje na prostem trgu. Danes vemo, da tako pri podjetjih, kot tudi pri zavodih, ne glede na to, s katero dejavnostjo (gospodarsko ali negospodarsko) se ukvarjajo, najdemo enake ekonomske kategorije in skorajda enaka ekonomska stremljenja. Subjekte, ki se ukvarjajo z gospodarsko dejavnostjo, označimo kot podjetja, tiste, ki se ukvarjajo z negospodarskimi dejavnostmi, pa kot zavode.

Pri podjetjih so vedno pomembni gospodarsko pridobitni cilji, medtem ko so pri zavodih pomembni predvsem ostali cilji (katerih rdeča nit je javno dobro). Podjetja pri poslovanju praviloma tvegajo, kar pomeni, da lahko kaj hitro tudi propadejo, medtem ko je trajnost poslovanja zavodov v znatni meri zagotovljena. Podjetja morajo skrbeti za zadosten dobiček, ki omogoča normalno oplajanje kapitala in ohranjanje rezerv, po drugi strani pa so tovrstne potrebe pri zavodih bistveno manjše. Podjetja so pri odločanju tudi bistveno bolj samostojna kot zavodi, v katerih so v organih upravljanja lahko tudi uporabniki njihovih storitev (Turk, 2003, str. 27-29).

## 2.2 Finančno poslovanje javnih zdravstvenih zavodov

Za razliko od pravnih subjektov, ki so razvrščeni med neposredne uporabnike državnega oziroma občinskih proračunov<sup>1</sup>, so zdravstveni zavodi uvrščeni med tako imenovane posredne uporabnike proračuna<sup>2</sup>. Zaradi tega je v skladu z določili Zakona o javnih financah (v nadaljevanju ZJF) tudi finančno poslovanje (in planiranje) drugačno, kar je vidno iz kontnih načrtov in predvsem iz finančnih planov, ki so osnova za prejemanje proračunskih finančnih sredstev.

Medtem ko imajo za neposredne proračunske uporabnike postavke finančnega plana zakonska določila, pomenijo finančni vir za posamezne postavke in imajo le en dokument (finančni plan), gre pri zdravstvenih zavodih bolj za neke vrste odkup delovnega programa. Finančni plan pri slednjih pomeni le finančno ovrednotenje po merilih, ki jih določata Splošni dogovor in Področni dogovor za bolnišnice, ki sta dogovorjena med partnerji dogovarjanja:

- Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- Ministrstvom za zdravje in
- Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Neposredni proračunski uporabniki so državni in občinski organi ter organizacije, vključno z občinsko upravo, ki so ustanovljeni z zakonom, občinskim odlokom ali drugim pravnim aktom, in ožji deli občin, ki so pravne osebe (Pravilnik o določitvi neposrednih in posrednih uporabnikov državnega ter občinskih proračunov, 2003).

<sup>2</sup> Posredni uporabniki državnega oziroma občinskih proračunov so pravne osebe (Pravilnik o določitvi neposrednih in posrednih uporabnikov državnega in občinskih proračunov, 2003),

1. ki so organizirane v pravno organizacijski obliki javni zavod, javna agencija ali javni sklad,
2. katerih ustanovitelj in lastnik je država oziroma občina,
3. ki izvajajo javno službo ali dejavnost v javnem interesu ali druge naloge, s katerimi se izvajajo javne funkcije in
4. ki sredstva za financiranje pridobivajo iz državnega ali občinskih proračunov, ZZZS ali ZPIS in drugih virov.

<sup>3</sup> Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije so ustanovili javni zdravstveni zavodi decembra leta 1992, s čemer so se po sprejemu nove zakonodaje na področju zdravstva v novi samostojni državi odločili imeti svoje združenje, v katerem bi uresničevali skupne interese in s tem nadaljevali s povezovanjem zdravstvenih zavodov v združenje, ki ima svoje začetke že v letu 1965. Članstvo v Združenju je prostovoljno, vanj pa je vključenih 59 zdravstvenih domov, 24 bolnišnic, devet zavodov za zdravstveno varstvo, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino ter tri skupnosti zdravstvenih zavodov, skupno torej 97 javnih zavodov na področju zdravstva (Združenje zdravstvenih zavodov, 2006)



Finančni plani zdravstvenih zavodov so torej bolj podobni planom raznih pravnih subjektov s področja gospodarstva, čeprav tudi to v celoti ne drži, saj so zdravstveni zavodi po svojem delovanju nepridobitni javni zavodi, kar seveda tudi pomeni, da ne morejo planirati npr. dobička (za razliko od pravnih subjektov v gospodarstvu ali javnih zavodov gospodarskega značaja). Skratka, zdravstveni zavodi so tudi glede finančnega planiranja nekje med gospodarskimi pravnimi subjekti in neposrednimi proračunskimi porabniki, torej imajo specifični položaj.

Za javni zdravstveni zavod je najpomembnejši planski akt Pogodba z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) o obsegu delovnega programa, ki se dogovarja z glavnim financerjem ZZZS. Kar dobrih 98 odstotkov vseh prihodkov se financira na podlagi sklenjene pogodbe, le neznatni del, 1 do 2 odstotka vseh prihodkov, pa javni zdravstveni zavod – bolnišnica – planira kot prihodek na trgu<sup>4</sup>, npr. dejavnost kuhinje za zaposlene in zunanje kupce, pranje perila drugim zavodom ter podjetjem, opravljanje hospitalnih in specialističnih ambulantnih samoplačniških storitev ter podobne.

Merila za vrednotenje delovnega programa so v sistemu financiranja zdravstvene dejavnosti dogovorjena z ZZZS. Obseg se vsako leto na novo določi v Področnem dogovoru za bolnišnice, in sicer za vsako dejavnost bolnišnice posebej, torej ločeno za bolnišnično hospitalno dejavnost in ločeno za bolnišnično specialistično ambulantno dejavnost.

V okviru bolnišnično hospitalne dejavnosti razlikujemo med (Sistem financiranja zdravstvene dejavnosti, 2006):

- akutno bolnišnično obravnavo,
- neakutno bolnišnično obravnavo,
- ostalimi dejavnostmi v bolnišnični dejavnosti,
- storitvami na terciarni ravni,
- ločeno zaračunljivimi materiali in storitvami,
- tujimi storitvami in
- dežurno službo.

Najpomembnejša za bolnišnice je akutna bolnišnična obravnava. Osnova za zaračunavanje opravljenega dela akutnih bolnišničnih obravnav temelji na Skupini primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP). Seznam SPP je utežen, kar pomeni, da ima vsak SPP določeno utež. Cena za eno utež je določena v Področnem dogovoru za bolnišnice in se spreminja v skladu z vsakoletnim področnim dogovorom za bolnišnice.

Neakutna bolnišnična obravnava praviloma predstavlja nadaljevanje akutne diagnostične in terapevtske bolnišnične obravnave. Neakutna bolnišnična obravnava obsega podaljšano

---

<sup>4</sup> Iz poslovnih poročil zdravstvenih zavodov je moč videti, da so razlike med njimi glede prihodkov, ki so doseženi s tržnimi dejavnostmi, minimalne.

bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo. Program neakutne bolnišnične obravnave izvajalci Zavodu zaračunavajo na podlagi bolnišnično-oskrbnih dni. Cena bolnišnično-oskrbnega dne je prav tako določena v Področnem dogovoru za bolnišnice.

Ostale dejavnosti v bolnišnici, med katere uvrščamo programe na področju psihiatrije, spremstva oseb na bolnišnični obravnavi (vključno doječe matere) in druge izvajalci obračunavajo kot primere. Za program invalidne mladine pa izvajalci obračunavajo bolnišnično oskrbne dni. (Izvajalci oblikujejo primer in bolnišnično-oskrbni dan kot storitev v okviru bolnišničnega zdravljenja po podskupinah bolnišnične dejavnosti v skladu s šifrantom Zavoda).

Storitve na terciarni ravni po Zakonu o zdravstveni dejavnosti določa Ministrstvo za zdravje. Finančna sredstva za terciarno dejavnost partnerji opredelijo v vsakoletnem Dogovoru.

Ločeno zaračunljive materiale in storitve opredelijo partnerji prav tako z vsakoletnim Dogovorom. Izvajalci zaračunavajo Zavodu ločeno zaračunljiv material in storitve v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov storitve.

»Tuja storitev« je diagnostična storitev (na materialu), ki je bila opravljena v drugem zavodu, ne pa v zavodu, kjer je bila zavarovana oseba pregledana. Naročnik storitve je tudi plačnik le-te, ne glede na to, ali je bil material odvzet ob pregledu ali v drugem zavodu.

V primeru urgentnega – nedogovorjenega sprejema, ko sta potrebna pregled ali intervencija v specialistični ambulanti, se storitve, izvedene v okviru dežurne službe, obračunajo po tako imenovani »Zeleni knjigi«<sup>5</sup>.

Pogoje in načine financiranja specialistične ambulantne dejavnosti prav tako ureja vsakoletni Dogovor. Storitve se obračunavajo v skladu z Zeleno knjigo. Vrednosti točk se določijo za posamezne ožje specialistične ambulantne dejavnosti. Če posamezen izvajalec opravlja več ožjih specialističnih ambulantnih dejavnosti, za vsako pogodbeno dejavnost uporablja veljavno ceno točke. Za posamezne specialistično-ambulantne dejavnosti so v vsakoletnem Dogovoru opredeljeni standardi za delo ambulant. Tako morajo izvajalci doseči standardizirano število točk, da si zagotovijo 100-odstotno plačilo planiranih finančnih sredstev. Partnerji lahko v Dogovoru opredelijo tudi druge elemente za ugotavljanje realizacije programa, kot je na primer število obiskov.

Vendar je v prihodnje pričakovati, da se bo delež prihodkov, ki bodo doseženi na trgu in ne bodo financirani s strani javnih sredstev (ZZZS), povečeval v bolnišnicah, ki bodo pripravljene sprejeti nove izzive ter priložnosti, ki se bodo porodile na trgu. S povečanjem tržnih prihodkov pa se bo povečevala tudi konkurenčnost med bolnišnicami na slovenskem in širšem evropskem prostoru. Prav zato bodo morale bolnišnice načrtno graditi na izboljšanju

---

<sup>5</sup> MKB-10. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene.

učinkovitosti poslovanja in poiskati svoje tržne niše ter ponuditi kakovostne storitve za primerno ceno.

### **2.3 Učinkovitost v zdravstveni dejavnosti**

Mnogi akterji v zdravstvu in zdravstveni oskrbi še niso dojeli, da bodo v prihodnosti morali poiskati in izkoristiti ponujene priložnosti, s katerimi bodo izboljšali ter dopolnili zdravstvene storitve. Namen zdravstvenih storitev ni le ozdraviti, ampak tudi zaščititi ali izboljšati zdravje. Ali je to storjeno na učinkovit način, je odvisno od tega, katere storitve so opravljene in kako so organizirane (World Health Report, 2000, str. 49).

Med mnogimi zdravstvenimi politikami in praksami se pojavlja prepričanje, da je v zdravstvu nemogoče uskladiti načeli zdravstvene pravičnosti in ekonomske učinkovitosti (znižanje stroškov, gospodarnost, donosnost in omejevanje porabe v zdravstvu). K takšnemu prepričanju so močno prispevali tudi nekateri vplivni zdravstveni ekonomisti na zahodu, ki so zagovarjali teze o prostem trgu zdravstvenih storitev in ustvarili predsodek, da sta ekonomska učinkovitost in (zdravstvena) pravičnost radikalno nasprotni načeli, vsaj ko gre za teorijo in prakso.

Današnje reforme javnega sektorja so po mnenju Krambergerja (2006, str. 48) napačno konceptualizirane. Oponašajo namreč tržne cilje. Zavzemajo se, podobno kot velja za tržni podsystem, za večjo ekonomsko učinkovitost in večjo socialno varnost javno-upravnih podsystemov (med njimi tudi zdravstva). Naj spomnim na številna predpisana tržna načela – o kakovosti javnega upravljanja in o novem javnem managementu. Kramberger trdi, da so to lahko le izvorni cilji tržnih organizacij in ljudi, ki so v njih zaposleni. Po njegovem mnenju država ni podjetje, ki bi težilo k parcialni ekonomski učinkovitosti, ampak je predvsem instrument kolektiva, ki z monopolom sile povezuje številna ločena družbena polja, v katerih parcialno delujejo gospodinjstva, poklicne in interesne skupine ter tržne organizacije. Država bi morala po njegovem mnenju le nameščati in nadomeščati primanjkljaje, česar parcialnim ciljem in dejavnostim ni dano dobavljati. Poudarja, da se mora država – v nasprotju s trgom – zavzemati za večjo ekonomsko varnost in večjo socialno učinkovitost.

Prav zato moramo biti pri definiranju učinkovitosti v zdravstveni dejavnosti zelo previdni. Moramo se vprašati ali so lahko zdravstveni sistem in zdravstvena politika ter še zlasti praksa zagotavljanja zdravstvenih storitev, ki so usmerjeni k uresničevanju načela pravičnosti, hkrati etični ter učinkoviti.

Pravilno je treba definirati zdravstveno ekonomiko kot uporabno ekonomsko (znanstveno in strokovno) disciplino, ki uporablja teoretična znanja in veščine, da bi našla odgovore na vprašanja o optimalni razporeditvi redkih zdravstveno-varstvenih virov (resursov) na mikro (pri sprejemanju kliničnih, investicijskih, upravnih in poslovnih odločitev) in makro ravni (pri sprejemanju sistemskih in drugih javno-zdravstvenih in političnih sklepov).

Zdravstveni sektor torej v celoti res ne deluje po enaki (tržni) logiki kot drugi sektorji državne in mednarodne ekonomije (gospodarstva), vendar je del sektorja vseeno mogoče organizirati na način, da bodo redki proizvodni ali storitveni viri (denar, naravni in proizvodni delovni viri, oprema, vodstvene in upravljalne sposobnosti itd.) dosegli maksimalni učinek ali rezultat oziroma najugodnejše razmerje med inputom in outputom, ne da bi pri tem zmanjšali kakovost zdravstvenih storitev (Letica, 2003, str. 21-24).

Etika in učinkovitost torej sta združljiva pojma, potrebno je le poiskati pravilno razmerje med njima. Bolnišnice imajo zahtevno nalogo, da oskrbijo tudi »drage« paciente, nujne primere – nesreče, ki največkrat potegnejo za sabo močno zdravniško ekipo in posebno zdravstveno nego, njihov cilj je zdraviti in zmanjšati trpljenje. Prav v takih (težkih) primerih bolnišnice ne smejo pozabiti, da morajo racionalno ravnati in po potrebi tudi sodelovati z drugimi bolnišnicami, saj je običajno ravno pri kompleksnih posegih mogoče doseči največje prihranke.

### **2.3.1 Definiranje učinkovitosti**

Izvajanje storitev je gospodarno in učinkovito, če je pridobljen definiran output z minimalnim inputom (ovrednoten vložek virov) ali če z definiranim inputom lahko proizvedemo maksimalen output. Učinkovitost pri opravljanju zdravstvenih storitev je vedno zanimivo področje, saj je ne moremo meriti le neposredno z vloženim inputom in dobljenim outputom ali drugimi očitnimi kazalniki dodane vrednosti, ampak je treba postaviti mehanizme za presojanje učinkovitosti in nadalje tudi uspešnosti še na podlagi drugih kriterijev (Musek Lešnik, 2003, str. 27).

Če govorimo o učinkovitosti v zdravstvu, imamo v mislih, da morajo v našem primeru izvajalci zdravstvenih storitev sredstva uporabljati učinkovito, kar pomeni, da morajo ob visoki kakovosti storitev zadovoljiti čim več potreb državljanov. Pravičen način razporejanja virov pa naj bi ustvarjal vzpodbude za spremembe obnašanja izvajalcev in vplival na učinkovitost, enakopravnost ter kakovost rezultatov (Zdravstvena reforma, 2003, str. 20-21).

Učinkovitost je kazalnik, ki nam pove, koliko outputa je doseženo v razmerju do inputa (virov). Logično je, da več outputa za enak input prispeva večjo učinkovitost, kot velja tudi ob enakem outputu z manj inputa. Tipična enota, s katero običajno merimo učinkovitost, je enota stroškov (na primer stroški nabave, stroški zdravil po ambulantnem bolniku), pa tudi delovno razmerje (dnevi hospitalizacije na zdravstveni kader). Večkrat pa se uporablja tudi pojem bolnišnična oskrba, ki zajema širši koncept kot učinkovitost, saj upošteva še številne storitve in njihovo kakovost, seveda pa tudi učinkovitost. Definiranje parametra bolnišnične oskrbe nam pomaga pri oblikovanju in usmerjanju bolnišničnega managementa (Walford, Grant 1998, str. ii).

### **2.3.2 Cilji za izboljšanje učinkovitosti**

Zdravstveni sistem je bil vsa leta usmerjen k izvajalcem in ne k državljanom, premalo je vzpodbujal učinkovitost ter povsem zanemaril pomen dobre klinične prakse. Tako bo treba temeljito definirati cilje, ki bodo vzpodbudili izvajalce, da bodo ob visoki kakovosti težili tudi k povečanju učinkovitosti. Vendar moramo biti pri definiranju ciljev, ki se nanašajo na učinkovitost zdravstvene oskrbe glede na zgoraj navedene argumente, zelo previdni.

V zdravstveni reformi je cilj, ki opredeljuje učinkovitost, upravičeno postavljen na peto mesto izmed šestih ciljev. Lahko bi trdili, da so cilji (Zdravstvena reforma, 2003, str. 24)

- pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo,
- razporejanje sredstev po potrebah državljanov,
- boljša dostopnost do zdravstvenega sistema in
- razvoj sistema celovite kakovosti

predpogoj, da lahko v naslednje koraku za naš cilj postavimo tudi večjo učinkovitost zdravstvenega sistema. Predvsem razvoj celovitega sistema kakovosti je po moji oceni ključni pomemben predpogoj za izboljšanje (dvig) učinkovitosti.

Za izboljšanje učinkovitosti v zdravstvu moramo slediti naslednjim ciljem (Zdravstvena reforma, 2003, str. 24):

- zmanjševanje administrativnih stroškov, ki nastanejo pri zbiranju in razporejanju sredstev zbiralca ter plačnika,
- vzpostavitev popolne preglednosti pri razporejanju sredstev,
- zagotavljanje pravočasne dostopnosti, da se izognemo nepotrebnim zdravstvenim obravnavam,
- zmanjševanje števila nepotrebnih preiskav, posegov, zdravil in
- zmanjševanje stroškov zdravljenja, ki so posledica slabših izidov zdravljenja in zapletov med zdravljenjem, z izboljšanjem kakovosti.

Cilji za povečanje učinkovitost so podani, treba jih bo le v večji meri uresničevati v praksi. Definirane cilje bi lahko dosegli s povečanjem avtonomije izvajalcev in uporabo vzpodbud, ki jih je mogoče prenesti iz podjetništva – vključno z omogočanjem konkurence med izvajalci.

### **2.3.3 Učinki uvajanja učinkovitosti**

Pri bolnišnicah kot izvajalcih zdravstvenih storitev gledamo na vloženi kapital skozi pričakovane splošne koristi. Ne zanima nas (primarno) dobiček, temveč določena količina, kakovost učinkov in njihova razdelitev. To pa seveda še ne pomeni, da je presojanje učinkovitosti v takih poslovnih sistemih, ki gospodarijo s sredstvi v opisanih okoliščinah, odveč (Melavc, 2000, str. 121). Prav tako se mora presoditi pričakovana učinkovitost (tehnična pričakovanja – določena količina in kakovost učinkov).

Boljša izraba virov, njihovo boljše razporejanje med izvajalce po potrebah državljanov naj bi posledično prispevali k povečanju obsega zdravstvenih programov in s tem k povečanju dostopnosti državljanov do zdravstvenih storitev. Spremenjen način financiranja (predvsem izvajalcev) naj bi vzpodbujal k kakovosti zdravstvenih storitev, posledično pa tudi k dvigu učinkovitosti.

Z ukrepi, ki bodo usmerjeni v izboljšanje kakovosti izvedenih storitev in k povečanju učinkovitosti, lahko pričakujemo (Schirmer, 1998, str. 29):

- vpeljavo moderne medicinske tehnike, ki bo zagotovila natančno postavitev diagnoze in optimalno terapijo,
- strožje preverjanje indikatorjev bolnišnične oskrbe,
- racionalno in stroškovno ugodno uporabo razpoložljive medicinske opreme,
- varčno uporabo medicinskih pripomočkov in potrošnih medicinskih materialov,
- natančno načrtovanje delovnega osebja za posamezna delovna mesta (področja) v bolnišnici in
- optimalni potek ter izpeljavo procesov zdravljenja, ki bo dogovorjena med bolnišnico ter zdravniki s ciljem znižanja stroškov.

## **2.4 Spremljanje učinkovitosti v zdravstvu**

Zaradi enostavnosti razumevanja za širšo javnost se v zdravstvu uporabljajo prilagojeni kazalniki za spremljanje učinkovitosti, iz katerih lahko tudi neekonomska javnost razbere njihov pomen. Lahko povemo, da se spremljajo globalni kazalniki poslovanja, ki pa kljub enostavnosti pokažejo finančno »zdravje« izvajalcev.

Izvajanje zdravstvenih storitev je gospodarno oziroma učinkovito, če je pridobljen definiran output z minimalnim inputom (ovrednoten vložek virov) ali če z definiranim inputom lahko proizvedemo maksimalen output. Na zdravstvenem področju lahko govorimo o (Renner, 2001, str. 75):

- »primarnem« outputu (to je ponovna vzpostavitev zdravja pacienta) in
- »sekundarnem« outputu (to so posamezne medicinske in nemedicinske storitve, kot seštevek input faktorjev osebja ter stvari).

Stroškovno ovrednotenje je mogoče le za »sekundarni« output, kjer lahko ugotovimo, koliko inputov smo uporabili za opravljeno storitev. Tako imenovanega »primarnega« outputa, ko je pacientu ponovno vrnjeno zdravje ali izboljšano zdravstveno stanje, pa ni mogoče izmeriti v številkah.

## 2.4.1 Kazalniki za spremljanje učinkovitosti

Zadnjih nekaj let je bilo povsod po svetu veliko sprememb tudi v zdravstvu. Nova vprašanja v zvezi z razvijanjem alternativnih metod zagotavljanja storitev bolnikom v bolnišnicah ter ustreznostjo človeških virov se pojavljajo dnevno. Povečala se je torej potreba po merjenju informacij o uspešnosti bolnišnic in njihovem razkritju v javnosti. To je sprožilo uporabo uravnoteženih kazalcev za ocenjevanje uspešnosti zdravstva s finančnega in kakovostnega vidika.

Cilji, katerim se pri spremljanju kazalnikov sledi, so sledeči (Setnikar-Cankar, Seljak, 2003, str. 142):

- spodbujanje razkrivanja izboljšav, ker objavljanje kazalcev uspešnosti omogoča uspešnejšim organizacijam, da razkrijejo svojo prakso drugim organizacijam, ki lahko na ta način izboljšajo svoje poslovanje,
- povečanje pomena računovodskih informacij, ker dopolnijo druge podatke o opravljanju dejavnosti,
- izboljšanje kakovosti podatkov, ker morajo biti podatki zanesljivi in primerljivi, da lahko managerji ter zdravniki pregledujejo podatke drugih in izboljšujejo kakovost takih podatkov.

Bolnišnice morajo spremljati tudi zakonsko predpisane kazalnike. V kolikor želimo podrobneje analizirati učinkovitost poslovanja bolnišnic, je priporočljivo spremljati kazalnike, ki so razdeljeni v tri osnovne skupine, in sicer (Robida 2006, str. 58):

- kazalniki poslovanja,
- kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe virov in
- drugi kazalniki.

V nadaljevanju so predstavljeni najpomembnejši kazalniki, ki so bili s strani Ministrstva za zdravje<sup>6</sup> predlagani bolnišnicam za izračun. Z izračunom kazalnikov se da spremljati in medsebojno primerjati po skupinah sorodne bolnišnice. Bolnišnice so v tem primeru razporejene v šest skupin, in sicer na bolnišnice s terciarno dejavnostjo, regijske bolnišnice, specialne bolnišnice, porodnišnice, psihiatrije in specialne oddelke.

### 2.4.1.1 Kazalniki poslovanja bolnišnic, ki jih predpisuje Ministrstvo za zdravje

Kazalniki poslovanja bolnišnic, ki jih predpisuje Ministrstvo za zdravje, so:

*Kazalnik gospodarnosti:*

Vpišejo se celotni prihodki in celotni odhodki iz bilance uspeha zavoda - tako se izračuna koeficient celotne gospodarnosti poslovanja zdravstvenega zavoda.

---

<sup>6</sup> Kakovost v zdravstvu: Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice (junij 2006)

*Delež porabljenih amortizacijskih sredstev:*

Vpiše se znesek (višina) naložb (investicij) iz lastnih amortizacijskih sredstev in pogodbeno priznana sredstva s strani ZZZS za amortizacijo. V primeru, da za nabavo določenega osnovnega sredstva najamemo kredit, se v naložbe iz amortizacijskih sredstev v tekočem letu vključi glavnica za odplačilo kredita v obravnavanem letu.

*Stopnja odpisanosti opreme:*

Vpiše se podatek o popravku vrednosti opreme in drugih opredmetenih osnovnih sredstev ter oprema in druga opredmetena osnovna sredstva.

*Koeficient plačilne sposobnosti:*

Pokaže dejansko število dni za plačilo. Je razlika med datumom nastanka dolžniško-upniškega razmerja in dnevom plačila posameznega računa dobavitelju. Tako dobimo dejansko število dni za plačilo dobaviteljem kot izračunano povprečje plačil vsem dobaviteljem.

Povprečno število dogovorjenih dni za plačilo je razlika med datumom nastanka dolžniško-upniškega razmerja in datumom valute. Vpiše se število dni za plačilo kot izračunano povprečje dogovorjenih plačil vsem dobaviteljem.

*Koeficient zapadlih obveznosti:*

Kot zapadle obveznosti navedemo povprečje zapadlih obveznosti na določen datum, izračunamo pa tudi vse obveznosti do dobaviteljev na določen datum.

*Dneve vezave zalog materiala:*

Kazalec, kjer se vpišejo podatki o zalogah iz bilance stanja in stroških materiala iz bilance uspeha.

#### **2.4.1.2 Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe virov**

Učinkovitost izrabe virov spremljamo s kazalniki, ki se nanašajo na:

- kadrovske vire,
- prostorske vire in
- opremske vire.

Kadrovski vir je prav gotovo najpomembnejši vir pri spremljanju učinkovitosti bolnišnic, predvsem iz razloga, ker gre pri njem za delovno silo, katere na trgu primanjkuje. Za izračun produktivnosti kadra vzamemo vse redno zaposlene v zavodu, kakor tudi vse oblike dela zunanjih izvajalcev. Posebnost je, da ne navajamo fizično zaposlenih delavcev, ampak delavce na podlagi delovnih ur. Kazalnike produktivnosti kadrovskih virov se računa posebej za kategorije zdravnikov in kategorije negovalnega kadra. Posebej se računa še produktivnost



na operativnih strokah, kategorije zdravstvenih sodelavcev in nezdravstvenih delavcev pa se spremljajo le evidenčno.

Prostorske vires je priporočljivo spremljati ločeno za hospital, ambulante in dializo. Pri tem se upošteva dejanska funkcionalna površina, na kateri se dejavnost opravlja. Servisne dejavnosti in skupni prostori se prištejejo, tako da je seštevek dejanska površina bolnišnice. Izkoriščenost prostorskih virov se izračuna iz skupne površine in števila primerov oziroma obiskov v ambulanti ali glede na povprečno dnevno število dializ.

Pri virih opreme se za izračun uporabljajo podatki iz knjigovodskih evidenc, ne glede na odpisanost. Za posamezne izbrane aparature se lahko izračunajo kazalniki oziroma njihova izkoriščenost.

#### **2.4.1.3 Drugi kazalniki spremljanja učinkovitosti**

Poleg navedenih lahko spremljamo še druge kazalnike, ki so pomembni za učinkovito poslovanje bolnišnice. V zadnjem času se tako velik pomen pripisuje stroškom vlaganja v informacijsko tehnologijo (v nadaljevanju IT), ki pa ne zajema samo nabave IT (računalniki, strežniki, komunikacijska tehnologija), ampak tudi nabavo sistemske programske opreme (licence za Windows, Aix, Linux), nabavo aplikativne programske opreme (Office, aplikacijekup, vzdrževanje) in druge storitve zunanjih izvajalcev na področju IT ter stroške lastnega IT osebja.

V zdravstveni dejavnosti so pomemben strošek tudi stroški izobraževanja in izplačane dnevnice, kilometrine, kotizacije, literatura, katerim pa je težko pripisati učinkovitost oziroma upravičenost.

Vse več pozornosti je treba posvetiti tudi stroškom energije, kjer se ugotavlja, da so bolnišnice zelo velik porabnik. Ocenjuje se, da so bolnišnice porabniki energije z ekonomskim varčevalnim potencialom, ki je ocenjen na približno 20 do 30 odstotkov, kar ni zanemarljiv delež. (Center za energetska učinkovitost, 2001)

Na podlagi izračunanih kazalnikov bi lahko bila v prihodnje opravljena tudi primerjalna analiza (benchmarking<sup>7</sup>) med bolnišnicami. Vendar se pojavijo težave, ker kazalniki med seboj velikokrat niso primerljivi, saj bolnišnice operirajo z različnimi podatkovnimi bazami.

---

<sup>7</sup> Benchmarking ali primerjalna analiza je ena najbolj mnogostranskih in učinkovitih tehnik za izboljšanje poslovanja, ki so na voljo menedžerjem. Ključno za uspešno primerjalno analizo je najprej to, da poznate sebe, še preden se sestanete z drugim podjetjem. Če ne veste, kako delate, če ne izdelujete prikazov delovnega procesa in ne veste, kako to meriti, nimate ničesar, kar bi lahko delili z drugimi. Benchmarking je dvosmerna pot. Za karkoli prosite drugega, morate biti enako pripravljeni tudi deliti. Naslednja najpomembnejša stvar pa je, da ocenite, kdo ta proces izvaja precej bolje od vas. Ko ste odključali ti dve točki, je primerjalna analiza le še postopek, v katerem zbiramo podatke, razčlenjujemo in izboljšujemo proces. Dve tretjini dela pri primerjalni analizi je opravljenega v prvem koraku - spoznavanju lastnega delovanja (Longmire, 2006).

Vse omenjene kazalnike je torej smiselno spremljati le v primeru, ko bi vse bolnišnice na enak način zajemale podatke in tako primerljivo izračunale posamezne definirane kazalnike.

### **3 PREDLOGI IZBOLJŠAV V SEKTORJU ZDRAVSTVA**

Kljub temu, da se zaposleni zavedajo vedno bolj ali manj velikih stroškov, ki nastajajo v zdravstvu, pa se še vedno sliši mnenje, da so zdravstveni delavci dolžni bolniku nuditi vse, kar medicinska stroka v tistem trenutku premore, kdo bo za to zagotovil finančna sredstva, pa ni njihova skrb. Vendar bi bilo po mojem mnenju poleg strokovno medicinskih razlogov treba pri odločitvi za način zdravljenja v večji meri upoštevati tudi etični in ekonomski vidik.

Mnogokrat zdravstveni delavci tudi vedo, kako bi bilo možno določene postopke diagnostike in zdravljenja poceniti, brez večje škode za bolnika, pa kljub temu na tem področju ne naredijo ničesar ali skoraj ničesar. Sklicujejo se na to, da nimajo ustreznih informacij o finančni plati svojega dela, saj je sistem, v katerem delajo, premalo transparenten. Poleg tega, pravijo, je preveč rigiden, da bi zaposlene postavil v neposredno odvisnost od ekonomskih učinkov njihovega dela. Sami pa lahko ugotovimo, da je po drugi strani ta rigidnost verjetno tudi vzrok, da celo financer njihovega dela ne najde pravega načina, da bi tam, kjer medicinska stroka pokaže pripravljenost za racionalizacijo, naredil odločilen, pa čeprav droben korak v tej smeri (Bertole, 2003, str. 132-134).

Tako kot v preteklosti tudi v prihodnje ni mogoče pričakovati bistveno večjih sredstev za bolnišnično dejavnost. Dosedanji ukrepi velikokrat ne prinašajo rešitev, ki bi bolnišnicam dolgoročno omogočile delovanje brez izgub. Zanimivo je, da plačnik natančno določa obseg dela in sredstva zanj, vsebine dela oz. posameznih storitev ter stroškov zanje, predvsem v bolnišničnem delu, pa natančneje ne analizirajo ter primerjajo, čeprav se od bolnišnice do bolnišnice razlikujejo (Setnikar-Cankar 2003, str. 144).

Prav navedeno bi morale bolnišnice spodbuditi, da bi začele načrtno spremljati učinkovitost izvajanja zdravstvenih storitev. Obseg programa zdravstvenih storitev lahko bolnišnice že sedaj povečajo v okviru razpoložljivih finančnih sredstev. V okviru obstoječega programa zdravstvenih storitev so možna tudi prestrukturiranja med posameznimi dejavnostmi oziroma uvajanje novih programov in celo novih dejavnosti (po odobritvi Ministrstva za zdravje) ob sočasnem opuščanju in zmanjševanju obstoječih programov.

#### **3.1 Predlogi izboljšav na vladni ravni**

Med reformnimi ukrepi je po mnenju Koprivnikarja (2006, str. 42-45) zelo poudarjen umik države iz gospodarstva, pogrešamo pa umik države iz odločanja v vsakodnevnih poslovnih zadevah. V primeru javnih zavodov se to kaže v obliki podrobne in toge regulative, ki preko številnih predpisov ter soglasij praktično onemogoča samostojno poslovanje zavodov.

Poslovanje države je preko predpisov počasno, neučinkovito in neprilagodljivo različnim situacijam. Zato menim, da bo morala država jasno opredeliti temeljne cilje in metode za njihovo doseganje prepustiti vodstvom zavodov. Seveda pa mora lastnik (država) glede na izpopolnjevanje zastavljenih ciljev tudi ukrepati s stimulacijami, sankcijami ali zamenjavo vodstva.

Centralizacija je smiselna in nujna samo v smislu koordiniranega, preglednega in ciljnega izvajanja dejavnosti. Moramo pa paziti, da ne bi bilo centralizirano samo pripravljanje predlogov in izvajanje konkretnih aktivnosti, saj je treba upoštevati specifičnost posamezne situacije. Predvsem pa bi centralizacija izvajalce postavila v pasivno vlogo, nosilec centralne funkcije pa naložila obsežne, zahtevne in drage naloge, katerim brez povečevanja stroškov le-ti ne bi bili kos.

Morda naj nas pri iskanju predlogov spremlja le še ugotovitev Krambergerja (2006, str. 48): »Socialna učinkovitost je vse tisto, kar ekonomska učinkovitost ni.« Pri iskanju predlogov bomo morali paziti, da ne bo obveljala njegova trditev.

### **3.2 Predlogi izboljšav na bolnišnični ravni**

V prihodnosti bodo bolnišnice storitvene organizacije, ki bodo razpolagale s kompleksnim znanjem. V kolikor želimo zgraditi bolnišnico za prihodnost, moramo pristopiti sistematično in na interdisciplinaren način ter si pomagati s pomočjo stalnih analiz.

Uveljaviti bo treba procesno organiziranost, ki bo temeljila na učinkovitejši organizaciji in na soudeležbi zaposlenih. Takšno organiziranost uvaja večina sodobnih organizacij kot odgovor na trende, ki so prisotni v poslovnem svetu. To so racionalizacija poslovanja, usmeritev k zadovoljnemu uporabniku in poslovnemu partnerju (v primeru bolnišnic k naročniku storitev - pacientu), povečanju vrednosti izdelkov oziroma storitev, skrajševanje poslovnega cikla (procesa) in s tem stroškov poslovanja in prilagodljivost (tržnim) potrebam (Zdravstvena reforma, 2003).

Dejavniki, ki bodo vplivali na izdatke za storitve, ki jih opravljajo bolnišnice, lahko delimo na zunanje in notranje. Zunanji dejavniki obsegajo spremembe v starostni strukturi prebivalstva, spremembe v zdravstvenem stanju prebivalstva, razvoj medicinske znanosti, večjo osveščenost prebivalstva, itd. Na izdatke za bolnišnično zdravljenje vplivajo tudi dejavniki kot so notranja organizacija in upravljanje bolnišnice, organizacija dela in produktivnost, razpoložljivost opreme in kadrov, motivacija zaposlenih, itd. Ti dejavniki so v tesni povezavi z modeli plačevanja bolnišnične dejavnosti (Cegler, 2005, str. 49).

**Tabela 1:** Graditev bolnišnice prihodnosti

<b>Bolnišnica danes</b>	<b>Bolnišnica prihodnosti</b>
Osredotočanje na funkcije/specialiste	Osredotočanje na pretok: logistika, pacienti, informacije, proizvodnja in storitve, znanje
Učinkovit oddelek	Učinkovit bolnišnični sistem
Izolirane profesionalne skupine	Interdisciplinarni timi
Introspektivni posamezniki	Ekstravertirani ponudniki storitev
Osredotočenost na stroške	Osredotočenje na potrošnike in kvalitetne cilje
Reaktivni odziv na osnovno oskrbo	Proaktivno sodelovanje z osnovno oskrbo
Neodvisni informacijski sistem	Mrežni informacijski sistem
Razvoj profesionalne/poklicne kompetence/pristojnosti	Razvoj profesionalne/poklicne in organizacijske pristojnosti

Vir: Sundin, 2003, str. 23.

### **3.3 Izboljšanje spremljanja izvajanja zdravstvenih storitev**

Slovenija je z ambicioznim programom reforme zdravstvenega sektorja uvedla tudi nov način financiranja akutnih bolnišničnih obravnav, ki se za izvedeno storitev plačujejo izvajalcem. Odločila se je za avstralski model SPP<sup>8</sup> različice, kar se je pokazalo v izhodišču pametno v smislu stroškov, hitrosti uvajanja in uporabnosti (Hindle, Burchfield 2003, str. 98). Navedena reforma pa bi na drugi strani morala spodbuditi bolnišnice, da bi bolj sistematično začele spremljati nastanek stroškov, saj ima večina bolnišnic že relativno dobro oblikovane informacijske sisteme.

Glede na spremenjen način financiranja so se bolnišnice osredotočale predvsem na osvojitve uvedene klasifikacije diagnoz in posegov, da bi dobile čim več finančnih sredstev. Na drugi strani pa je na stranski tir potisnjeno spremljanje stroškov - tako bolnišnice še vedno ne vedo, ali z izvajanjem določene storitve pokrijejo stroške, oziroma nimajo podatka, koliko stroškov

<sup>8</sup> Avstralska različica SPP (Skupine primerljivih primerov): uporabljajo jo vse agencije zdravstvenega varstva v Avstraliji, tudi v Nemčiji, Novi Zelandiji in Singapurju. V nekaterih drugih državah je v fazi preizkušanja v drugih pa jo uporabljajo na lokalni ravni.

bolnišnica dejansko ima za izvedeno storitev. V nadaljevanju bomo predstavili, kako naj bi se bolnišnica (kljub pomanjkljivim stroškovnim izračunom) odločala, ali naj še naprej izvaja določene storitve za paciente oziroma kdaj naj razmišlja v smeri napotitve pacientov v druge zdravstvene ustanove.

Zanimivo je, da so v zvezi s financiranjem zdravstva ugotovili, da so si sistemi financiranja zdravstva v različnih državah podobni zlasti v tem, da sistemi financiranja storitev in kontrola cen glede na vrsto diagnoze ne spodbujajo kakovosti zdravstvenih storitev (Setnikar-Cankar, 2003, str. 143).

### **3.3.1 Določitev osnovnih in spremljajočih storitev**

Posamezne zdravstvene storitve imajo v bolnišnici različno stopnjo pomembnosti. Tako so nekatere storitve definirane kot osnovne storitve, za opravljanje teh storitev je bila bolnišnica tudi ustanovljena, druge storitve pa se odvijajo v okviru podpornih oziroma spremljajočih storitev in dopolnjujejo osnovno dejavnost.

V kolikšni meri je izvajanje določenih zdravstvenih storitev pomembno za bolnišnico, se lahko oceni glede na pomen storitve za nemoteno opravljanje namena bolnišnice, storitvene dejavnosti pa so definirane tudi na podlagi Zakona o zavodih (Uradni list RS, št. 12I/1991) in Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 36/2004).

Da bi lahko bolnišnica pravilno opredelila svoje osnovne storitve in definirala, katere storitve so bistvenega pomena za njen obstoj, mora dobro poznati poslovni proces v bolnišnici. Pri tem moramo poudariti, da ni univerzalne rešitve oziroma univerzalne kombinacije, ki bi določala, katere so osnovne in katere spremljajoče storitve (je pa mnogo napačnih kombinacij). V pomoč pri določitvi osnovnih in spremljajočih storitev lahko služijo naslednja vprašanja (Puybarand, Hinks, 2002, str. 234-236):

- Katere storitve so osnovne in jih ne morejo začasno izvajati drugi izvajalci?
- Katere so spremljajoče in niso kritične za organizacijo kot celoto, torej se lahko hitro najdejo substituti?
- Katere storitve lahko, če kratek čas delujejo z minimalno pozornostjo (odsotnostjo nadzora), povzročijo odklon od normalnih rezultatov in hitro dosežejo kritično mejo? (To lahko vpliva na natančno opredelitev osnovnih storitev in določa, katere so prioritete storitve.)
- Lokacija in prostorska opredelitev sta prav tako pomembna dejavnika pri opredelitvi. Določi se, ali obstaja možnost, da bi se določena storitev izvajala kje drugje, tudi v drugi organizaciji.

- Komunikacija med samim izvajanjem v organizaciji je prav tako pomemben element, saj je treba določiti, kakšne so komunikacijske poti in kako jih vzpostavimo. Pomanjkanje komunikacije med izvajanjem osnovne in spremljajočih storitev lahko pripelje do konfliktnih situacij ter posledično do velikih težav.
- Kako pomemben (kritičen) je določen produkt (storitev) za organizacijo?

Posamezne bolnišnice imajo glede na svojo opredeljeno vizijo in strategijo različno definirane osnovne storitve, zato ponujajo različno vrsto ter nivoje storitev. Na podlagi izvajanja zdravstvenih storitev so definirane tudi dejavnosti za vsako bolnišnico posebej. Odvisne so od vrste, velikosti, lege in oskrbne naloge bolnišnice. Natančno so opredeljene s statutom in drugimi splošnimi akti, v okviru katerih se ureja organizacija zavoda, organi, njihove pristojnosti in način odločanja ter druga vprašanja, pomembna za opravljanje dejavnosti in poslovanje zavoda.

V bolnišnicah je tako k osnovni dejavnosti v vsakem primeru všteta medicinska storitev in storitev zdravstvene nege, ki se nudi pacientu. Vse ostale storitve, ki niso neposredno povezane s pacientom, lahko uvrščamo k spremljajočim storitvam (Spectaris, 2004). V primeru, ko storitev ni bistvenega pomena za obstoj bolnišnice, lahko pričnemo razmišljati o tem, ali jo bomo sami izvajali – ali je lastna izvedba stroškovno sprejemljiva, ali pa bomo pacienta raje nاپotili v drugo bolnišnico, oziroma bodo preiskavo opravili drugi, ki so za-to specializirani.

Poleg kriterija stroškov za določeno bolnišnico so pomembni še drugi kriteriji, zaradi katerih je osnovnim zdravstvenim storitvam, ki jih izvaja bolnišnica, treba posvečati posebno pozornost (Renner, 2001, str. 30):

- izvajanje storitve zahteva specifična znanja, ki jih je težko pridobiti in katerih izguba bi pomenila poslabšanje kakovosti storitve;
- ponudba in izvajanje podobnih storitev sta omejeni, zato lahko trdimo, da ima storitev za nas tržno vrednost;
- v primeru izvajanja storitve nismo odvisni od drugih izvajalcev.

Koncentracija na izvajanje osnovnih storitev bo omogočila bolnišnicam, da preživijo v konkurenčnem boju. S koncentracijo na osnovni proces se bo povečala gospodarnost (nadzor stroškov) in koncentriralo specifično strokovno znanje. Prav tako bo lažje zagotoviti tehnični napredek in slediti trendom razvoja, ker se bo vsak specialist (zdravnik) osredotočal predvsem na svoje primarno področje, katerega bo v podrobnosti poznal in redno spremljal.

### **3.3.2 Opredelitev kazalnikov za spremljanje učinkovitosti storitev**

Za izvajanje storitev v bolnišnici bi moralo veljati, da je nujno določiti uravnotežen splet kriterijev, na osnovi katerih je lahko sprejeta kvantitativno in kakovostno utemeljena odločitev, ki temelji na skupnem dogovoru različnih interesnih skupin. Čeprav (žal) velja, da je vsaka sprejeta odločitev o izvajanju zdravstvene storitve v bolnišnici v prvi vrsti zdravniška odločitev, šele v drugi liniji pa lahko (v okviru zelo omejenih možnosti) govorimo o gospodarskih oziroma ekonomskih odločitvah.

#### **3.3.2.1 Pomen storitve za bolnišnico**

Tako je v bolnišnicah zaslediti dve osnovni nagnjenji - nekatere bolnišnice dajejo prednost kvantitativnim kriterijem za spremljanje odločitev, kjer je v ospredju spremljanje stroškov, torej so v ospredju kriteriji ekonomičnosti oziroma gospodarnosti (kot jih najdemo bolj v gospodarskem sektorju). Druge bolnišnice pa so se koncentrirale na kakovostne kriterije, kjer je poudarek na skrbno določeni kakovosti posameznih storitev, kar utemeljujejo s tem, da bolnišnica nikakor ni podjetje, ki bi proizvajalo »običajne« proizvode in storitve (Schirmer, 1998, str. 14).

Določitev, kakšen pomen ima zdravstvena storitev za organizacijo, igra posebej pomembno vlogo. Pri tem lahko v osnovi razlikujemo med dvema storitvama. Prvo so storitve, ki so zasidrane v odločitveno »varnem« območju, torej so ključnega pomena za bolnišnico – osnovne storitve (verjetno jih bomo izvajali ne glede na stroške). Na drugi strani pa se znajdejo storitve, ki za delovanje bolnišnice niso bistvenega pomena (spremljajoče storitve, podporne - nemedicinske storitve) in v primeru le-teh začnemo razmišljati, ali je racionalno izvajati storitev v okviru bolnišnice, ali pa bi bilo morda bolje, da bi jih izvajali zunanji ponudniki.

#### **3.3.2.2 Vrsta zdravstvene storitve**

Storitve lahko po kriteriju specifično potrebnega znanja za izvajanje delimo v dve osnovni vrsti, in sicer (Renner, 2001, str. 75):

- O standardni storitvi govorimo, ko gre za storitev, ki jo brez posebnosti lahko izvajajo v mnogih bolnišnicah na sekundarnem nivoju (ni potreben višji nivo strokovnega znanja).
- Specialistična storitev se izvaja na višjem nivoju. Za določeno specialistično storitev je potrebnega več kompleksnega znanja (specialisti za določeno področje) in dodatne opreme, ki je na razpolago le v določenih bolnišnicah.

V istem kontekstu, le da se tokrat kot kriterij postavi kompleksnost izvedenih zdravstvenih storitev, lahko govorimo (Renner, 2001, str. 76) o:

- enostavnih storitvah, kjer za izvajanje niso potrebni zapleteni postopki, koordinacija različnih strokovnjakov in specifična oprema ter
- kompleksnih storitvah, kjer je proces izvajanja na višjem nivoju in zahteva timsko delo širšega kroga zdravnikov ter velikokrat tudi posebno drago medicinsko opremo.

Vsekakor bodo bolj učinkovite in uspešne bolnišnice, ki bodo ekskluzivno ali bolj kakovostno od drugih izvajale izbrane specialistične storitve, ter bolnišnice s širokim spektrom kompleksnih storitev.

### **3.3.2.3 Organiziranost pri izvajanju zdravstvene storitve**

Med funkcijskimi področji v bolnišnicah (to so posamezni oddelki in odseki, katerih storitve so vključene v skupni proces, torej zdravljenje in oskrbo pacienta) nastane pri izvajanju kompleksnih zdravstvenih storitev močna integracijska povezanost vseh zadevajajočih funkcijskih področij. Ravno zaradi tega je zelo pomembno, da se določijo storitvene meje in definirajo kritične točke med posameznimi oddelki, odseki, službami bolnišnice.

Pri sprejemanju organizacijskih sprememb v bolnišnicah sta lahko na tem področju v pomoč:

- klinična pot in
- definiranje kritičnih točk.

Klinična pot opisuje optimalno oskrbo pacienta in nam pove, katero oskrbo bo dobil pacient. V okviru kliničnih poti tako natančno definiramo:

- procese,
- organizacijo in
- odgovornost nosilcev.

V primeru, ko se odločamo za spremembe, lahko ugotovimo, kje v procesu bo prišlo do sprememb in kako bodo le-te vplivale na nadaljnje izvajanje storitev.

V poslovnem procesu je vedno potrebno definirati tudi kritične točke med različnimi oddelki in odseki, tudi z zunanjimi izvajalci storitev. Z definiranjem kritičnih točk odpravimo pomanjkljivost, ki je zaznana pri kliničnih poteh (osredotočenost na osnovni proces). Jasno je, da različne oblike organiziranosti vplivajo na stroškovno situacijo v bolnišnici in tudi na kakovost izvajanja storitev.



### 3.3.2.4 Konkurenčni ponudniki zdravstvenih storitev

Pacienti že dolgo niso več objekt za diagnoze in obravnave, za učenje profesije ali za raziskovalni namen. Pacienti imajo pravice, svobodo izbire in pravico do vplivanja. Oni zahtevajo sodelovanje pri odločitvah pred in po diagnozi, v teku obravnave in nege ter do konca življenja.

Sledeči trendi, ki se pojavljajo, postajajo vsesplošen izziv medicinskim službam v bolnišnicah in povečujejo konkurenčnost med bolnišnicami (Sundin, 2003, str. 23):

- od ekspanzije (širjenja) do varčevanja,
- od centralizacije k decentralizaciji,
- od hvaležnih pacientov k zahtevnim strankam in potrošnikom,
- od odločitvenih organizacij k organizacijam z rezultati,
- od problemsko orientiranih k orientiranim k rešitvam,
- od počasnega normativno planiranega k hitrim tržnim orientacijam,
- od hierarhične organizacije k mrežni organizaciji,
- od omejenih »zaklenjenih« enot k odprtemu sistemu kvalitete,
- od vertikalnih delov k horizontalnim procesom.

Zdravstveni zavodi so ena od najbolj kompleksnih podjetij sedanjosti, kjer bo ravno zaradi navedenega še bolj prišla do izraza konkurenčnost med ponudniki - bolnišnicami. V notranjosti teh organizacij se zahteva, da so organizacijske pristojnosti na ustrezni ravni. Razviti jih moramo sistematično, s pomočjo stalnih analiz in izpeljati na interdisciplinaren način ter zagotavljati fleksibilno delovanje. Le tako bomo lahko konkurenčno nastopili na trgu bolnišnic in dosegli, da bo vedno bolj mobilni pacient izbral ravno našo bolnišnico, saj mu bomo v konkurenci z ostalimi oskrbnimi organizacijami nudili najboljšo kvaliteto (ob za to kvaliteto najbolj sprejemljivih stroškov).

### 3.4 Predlog za spremljanje stroškov izvajanja zdravstvenih storitev

V zadnjih letih je bilo na področju spremljanja izvajanja zdravstvenih storitev marsikaj spremenjenega. Največje premike je prispevalo spremljanje skupin primerljivih primerov (SPP), po katerih za veliko število diagnoz zdravstvena zavarovalnica plačuje opravljene storitve v bolnišnicah. V bolnišnicah je opaziti, da so vso energijo usmerile v natančno pisanje izvedenih diagnoz, kjer poskušajo z evidentiranjem vseh opravljenih storitev pridobiti čim več finančnih sredstev. Na drugi strani pa še nihče ni sistematično pristopil k spremljanju stroškov. Za večino diagnoz tako nihče ne ve povedati in/ali izračunati, kolikšen je dejanski strošek izvedenih storitev.

### 3.4.1 Pretekli sistem plačevanja storitev

Vkolikor bomo želeli sistematično pristopiti k spremljanju stroškov, moramo poznati tudi do danes prehojeno pot. Za financiranje bolnišnične obravnave se je v preteklosti uporabljal model financiranja, po katerem se je proračunski delež bolnišnicam odmerjal na osnovi njihove realizacije. V tem primeru je država določila celoten obseg finančnih sredstev, ki je bil nato proporcionalno razdeljen med bolnišnice na osnovi ciljne ravni dejavnosti. V začetku 90-tih se je dejavnost bolnišnic merila na podlagi zdravstvenih posegov – pri čemer so bile za vsak poseg opredeljene okvirne vrednosti plačil. Leta 1993 so bili ti elementi združeni v enostavno klasifikacijo števila dni bolnišnične obravnave, leta 1999 pa je bila vpeljana enostavna klasifikacija po primeru. Leta 2002 se je začelo vpeljevati plačevanje po primeru za akutno bolnišnično obravnavo na osnovi izpolnjene klasifikacije mešanih primerov, pri tem je sistem SPP najbolj zaželen, saj predstavlja *de facto* mednarodni standard (Hindle, Burchfield, 2003, str. 98-105).

Do leta 1993 je model plačevanja specialističnih bolnišničnih obravnav temeljil na stroškovno ovrednotenih storitvah, katerih skupna količina je bila omejena na letni ravni. Posamezni bolnik je predstavljal seštevek vseh opravljenih storitev. Administrativno nezahtevni model je izvajalce spodbujal k proizvodnji storitev, ki so bile dobro plačane. Količina storitev je bila predvsem odslilkava zmogljivosti izvajalca, zato je plačevanje po storitvah na prvo mesto postavljalo možnosti in potrebe izvajalcev, ne pa potreb bolnikov (Ceglar, Marušič, 2004, str. 73-77).

V letu 1993 uvedeno plačevanje specialističnih bolnišničnih obravnav po bolnišnično oskrbnih dnevih je izvajalce spodbudilo k zmanjšanju storitev med ležanjem v bolnišnici, podaljšanje ležalne dobe pa je morebitni učinek iz naslova zmanjševanja storitev izničilo. Plačevanje bolnišnično oskrbnih dni je zavrlo skrajševanje ležalnih dob v bolnišnicah (Dorijan, Hindle, Mate, 2002, str. 312-347).

Model plačevanja po primerih je bil v Sloveniji uveden v letu 2000. Novi okvir plačevanja po primerih, ki je bil v Sloveniji uveden v letu 2002, postavlja bolnišnicam nove okvire. V prvi vrsti je bolnišnice vzpodbudil k skrajševanju ležalne dobe, kar je nedvomno zmanjšalo stroške ter povečalo učinkovitost izvajalcev. Ob omenjenih prednostih je model ohranil slabosti plačevanja po bolnišnično-oskrbnih dnevih, saj ni upošteval različne teže obravnav bolnikov, bolnišnice pa so bile še naprej neenako plačane za enake opravljene storitve. Poleg tega ni vseboval nadzornih mehanizmov, prav tako pa ni vzpodbujal za razvoj učinkovitejših načinov zdravljenja (Ceglar, Marušič, 2004, str. 73-77). Pomanjkanje nadzora je vplivalo na širjenje moralnega tveganja, kot tudi na pobiranje smetane pri določenih izvajalcih, saj je omogočalo manipulacije, kot so sprejemanje nezapletenih bolnikov, administrativno povečanje števila primerov, premeščanje težkih bolnikov v terciarne ustanove.

### 3.4.2 Orisi novega sistema plačevanja storitev

Pomanjkljivosti modela plačevanja po primerih naj bi odpravili z uvedbo modela po skupinah primerljivih primerov, ki je bil uveden v letu 2003. Pri novem modelu naj bi se plačevalo na podlagi celotnega postopka obravnave bolnika ter sorazmerno stroškom obravnave. Model razvršča vse bolnike v skupine primerov, ki so primerljivi po diagnozah ali standardiziranih tipih obravnav. Model plačevanja je administrativno in izvedbeno najbolj zahteven. Postavitev je povezana z dostopnostjo podatkov o kliničnih obravnavah in stroških.

Vendar naj bi nov model plačevanja zagotavljal pravičnost in primernost razporejanja sredstev med izvajalce. Posamezne izvajalce zdravstvenih storitev naj bi vzpodbujal k optimizaciji stroškov z vzdrževanjem povprečne porabe v obsegu plačila za posamezne skupine primerov (SPP).

**Tabela 2:** Ključni dejavniki pri uvajanju SPP

<b>Izkupiček po primeru</b>	<b>Stroški po primeru</b>	<b>Dobiček/izguba vsote pokritja</b>
Zajemanje/dokumentiranje opravljenih storitev	Stroškovni račun za kontrolo gospodarnosti in za vodenje zavoda	Strateško načrtovanje storitvenega obsega glede na razmere na trgu in stroške pokritja
Popolno in korektno razvrščanje (diagnoza) za obračun storitev	Optimiranje procesa za odstranitev neučinkovitih in nepotrebno visokih stroškov	Storitvena kontrola; kontrola izkupička, kontrola stroškov za vodenje zavoda
Povezovanje informacijskega sistema, izgradnja sistema razpoložljivih podatkov in integracija podatkov	Razvoj organizacijskih struktur za okrepitev storitvene in stroškovne odgovornosti	Razvoj organizacijske strukture in vzpodbujanje k usmerjanju in vodenju zavoda
		Orientiranost na paciente/ Kakovostni management za optimiranje ogleda
Management sprememb; reševanje in premagovanje zahtev s sodelavci s pomočjo akceptiranja in motiviranja	Management sprememb; reševanje in premagovanje zahtev s sodelavci s pomočjo akceptiranja in motiviranja	Uveljavljanje strategije konkurenčnosti (nova poslovanja področja, povezave,...)
		Marketing usmerjen na zunanje povpraševanje in razmere na trgu

Vir: Krankenhaus-Management im DRG-Zeitalter, 2002.

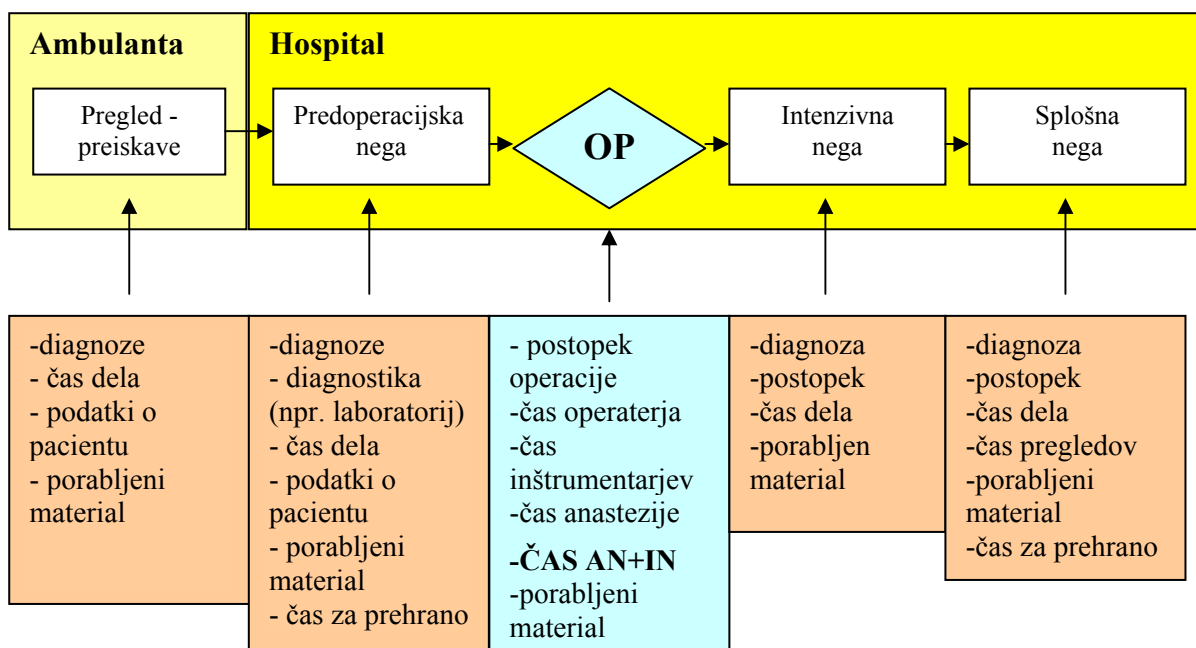
Izvajalci oziroma bolnišnice bodo morale izboljšati kakovost zbranih podatkov, kot tudi učinkovitost izvajanja storitev. Ključni dejavniki in koraki, ki bodo pripomogli k učinkovitosti poslovanja bolnišnic, so prikazani v Tabeli 2.

Tabelo lahko komentiramo kot razliko med izkupičkom po primeru, kateremu smo odšteli stroške po primeru in dobili rezultat, ki je lahko pozitiven (izkupiček oz. prihodki pokrivajo stroške po primeru) ali pa negativen. Večina bolnišnic se še vedno v večji meri ukvarja z zajemanjem podatkov, kjer se trudijo, da bi čim bolj popolno in korektno razvrstili pacienta ter tako dosegli višjo utež in boljše plačilo za opravljeno storitev. V prihodnje pa bo verjetno s pomočjo informacijskega sistema, ki bo omogočal razpolaganje s kvalitetno informacijsko bazo, razvoj šel v smeri spremljanja stroškov in v končni fazi do strateškega načrtovanja ter razvoja organizacijske strukture, ki bo sledila razmeram na trgu.

### 3.4.3 Organizacija storitvenega procesa

V kolikor želimo spremljati pot pacienta v bolnišnici, moramo natančno definirati, skozi katere oddelke gre v času, ko se tam nahaja. Poenostavljeno je zajemanje opravljenih storitev v procesu obravnave predstavljeno v Sliki 1, kot vzorčni primer je predstavljen potek poti v primeru operativnega posega.

**Slika 1:** Zajemanje storitev v procesu obravnave pacienta



- Tehnično zajemanje (npr. s čitalcem) → **1. Infrastruktura**
- Ročno zapisovanje → **2. Motivacija**

Vir: Krankenhaus-Management im DRG-Zeitalter, 2002.

V tem primeru je lahko pacient najprej sprejet na pregled v specialistično ambulanto, kjer se ugotovi diagnoza, lahko pa je sprejet neposredno v hospital. Pri izvajanju same storitve je za bolnišnico bistveno, da se natančno beležijo vse aktivnosti, ki se izvajajo medtem ko gre pacient skozi različne faze v procesu. Tako je potrebno postaviti in zapisati diagnozo, opredeliti, katero osebje je delalo s pacientom in koliko časa (v različnih fazah), kakšen je bil porabljen material, katerih dodatnih (medicinskih in nemedicinskih) storitev je bil deležen pacient in na katerih aparataturah se je opravljala storitev. Bolnišnice bodo veliko lažje spremljale obravnavo pacienta, če imajo dobro oblikovan informacijski sistem (infrastrukturo); v tem primeru se bodo izognile številnim »človeškim« napakam, ki se porajajo pri ročnem zajemanju podatkov.

#### **3.4.4 Oblikovanje stroškovnih izračunov**

Ko bomo natančno definirali proces oziroma postopek poti, skozi katero bo šel pacient v naši bolnišnici, bomo lahko stopili k naslednjemu koraku, oblikovanju stroškovnega računa po stroškovnih nosilcih. Iz spremljanega procesa bo vidno, katere storitve se izvajajo na njegovi poti skozi bolnišnico, v naslednji fazi pa bo mogoče izgraditi tudi sam kontroling, v okviru katerega bomo nadzirali samo izvajanje storitev in oblikovali predloge za izboljšave.

Iz same strukture izvedene zdravstvene storitve se da razdeliti, na katerem oddelku (ambulantni) se je nahajal pacient v določenem trenutku, kakšen je njegov primer za obračun in katere storitve so bile opravljene ter na katerih mestih.

Bolnišnica bo najprej oblikovala stroškovne izračune na podlagi trenutno spremljanih stroškov po direktnih stroškovnih mestih in indirektnih stroškovnih mestih, katera bo prilagajala zahtevam za oblikovanje natančnih stroškovnih izračunov. Direktni (neposredni) stroški so torej tisti stroški, pri katerih lahko definiramo stroškovno mesto, kjer nastajajo, oziroma jih stroškovno mesto povzroča (Soršak, 2005, str. 70).

Indirektni stroški so tisti stroški, katerih ne moremo pripisati določenemu stroškovnemu mestu, ker nastanejo na višjih ravneh in se nanašajo na več stroškovnih mest (Soršak, 2005, str. 70). Indirektni stroški nastanejo na stroškovnih mestih in se prerazporejajo na direktna stroškovna mesta. Razlikujemo med:

- indirektnimi stroškovnimi mesti medicinske dejavnosti (lekarna, centralna sterilizacija, transfuzija, fizioterapija, ...) in
- indirektnimi stroškovnimi mesti nemedicinske dejavnosti (uprava, finančno-računovodstvo, druga administrativna opravila).

**Slika 2:** Kalkulacija stroškovnih nosilcev

Struktura storitve			Opravljeni storitev		
Skupina primera	Delne storitve	Storitvena mesta	Količina	Enota	Obračunsko načelo
K40 Hernia	Ambulanta	Ambulanta	30	Osebjje - min.	0,80
		Splošna kirurgija	20	Zdravniki – min.	1,00
	Sprejem	Administracija	10	Osebjje - min.	0,80
	Funkcijska diagnostika	Rentgen	100	Točke	1,00
		EKG	100	Točke	1,00
	OP	OP	240	Osebjje - min.	0,80
		Splošna kirurgija	160	Zdravniki - min	1,00
		Anestezija	200	Osebjje - min.	1,00
		Sterilizacija	1	Kos	50,00
	Zdravstvena nega	Oddelek	200	PPR - min.	1,00
		Splošna kirurgija	20	Zdravniki - min	1,00
	Obračun	Administracija	20	Osebjje - min.	0,80
	...	...	...	...	...
	Dodani skupni stroški storitev				
Dodani skupni stroški infrastrukture					
<b>Skupaj</b>					

Zbir listin po delih

Kalkulacija dejanskih in planiranih stroškov

Vir: Krankenhaus-Management im DRG-Zeitalter, 2002.

Na vseh stroškovnih mestih se priporoča, da se najprej evidentirajo direktni stroški materiala, ki se tam uporablja. Da se zagotovijo ti podatki, mora vsaka organizacijska enota naročati in prevzemati material posebej. Težave se lahko pojavijo v manjših bolnišnicah, kjer se določeni naročeni material uporablja tako v ambulanti, kot na oddelku. V tem primeru je treba stroške materiala razdeliti na posamezno stroškovno mesto glede na delež porabe na posameznem stroškovnem mestu. Poleg materiala se na posamezno stroškovno mesto vežejo direktno tudi stroški dela. Tudi tu lahko nastanejo težave, če določen delavec dela na več stroškovnih mestih (organizacijskih enotah). V tem primeru je potrebno stroške dela deliti na osnovi opravljenih ur dela po posameznih stroškovnih mestih. Za točen izračun amortizacije moramo prostore in opremo razdeliti po stroškovnih mestih. Tudi pri stroških opreme se pojavljajo podobne težave kot pri stroških delavcev (opremo npr. uporabljajo specialistične ambulante in oddelek).

Pri razporejanju indirektnih stroškov na direktna stroškovna mesta lahko izbiramo med različnimi alternativami. Bistveno je, da bodo indirektni stroški kar se da natančno razporejeni na direktna stroškovna mesta. Predstavljam tri možne načine razporejanja (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2002, str. 12-13):

- **Notranji izračun stroškov**

V okviru notranjega izračuna stroškov so posamezni stroški medicinskih (indirektnih) stroškovnih mest (npr. lekarna, laboratorij, RTG, sterilizacija, služba za obvladovanje bolnišničnih okužb) in nemedicinskih (indirektnih) stroškovnih mest (kuhinja, pralnica, čiščenje, notranji transport, vzdrževanje, upravljanje in vodenje), z indirektnih stroškovnih mest na podlagi opravičenih povzročenih stroškov po ključu ali z obračunom opravljenih storitev<sup>9</sup> razporejeni na direktna stroškovna mesta. Za vsako direktno stroškovno mesto se določi, kakšni so stroški medicinskih in nemedicinskih stroškovnih mest (ali opravljenih storitev) in na koncu so le-ti razporejeni posameznemu direktnemu stroškovnemu mestu.

- **Poenostavljena delitev stroškov**

Stroški indirektnih medicinskih stroškovnih mest so na podlagi opravičenih povzročenih stroškov po ključu razporejeni na direktna stroškovna mesta. Stroški nemedicinskih indirektnih stroškovnih mest pa so v tem primeru razporejeni na skupno osnovo in nato po številu negovalnih dni (ali po drugem ustreznem ključu) razdeljeni na posamezna direktna stroškovna mesta.

- **Kombinirana delitev stroškov**

Kombinacija prve in druge alternative: stroške indirektnih medicinskih stroškovnih mest na podlagi opravičenih povzročenih stroškov po ključu razporejamo na direktna stroškovna mesta, stroški nemedicinskih indirektnih stroškovnih mest pa so delno razporejeni na direktna stroškovna mesta na podlagi opravičenih povzročenih stroškov po ključu ali z obračunom opravljenih storitev. Tisti stroški, katerih ni mogoče dodeliti posameznim stroškovnim mestom, pa so razporejeni na skupno osnovo in nato po številu negovalnih dni (ali po drugem ustreznem ključu) razporejeni na posamezna direktna stroškovna mesta.

Najbolje bi bilo, če bi vsi stroški bili razporejeni po prvi alternativni. Kot kompromisna rešitev se lahko uporabi tudi tretja alternativa, le v posebnih primerih pa naj bi se uporabljala za izračun stroškov tudi druga alternativa, in sicer izključno v bolnišnicah, ki nimajo ustrezne podlage za izračun stroškov po prvi ali tretji alternativni.

---

<sup>9</sup> Za natančnejše spremljanje in razporeditev stroškov je obračun na osnovi internih cen zelo primeren. Na ta način bo stroškovno mesto (na primer hospitalni oddelek), ki je naročil recimo laboratorijsko obravnavo, dejansko obremenjen s stroškom, ki ga je povzročil.

Naslednja delitev stroškov, ki pomembno vpliva na objektivnost pri obračunavanju stroškov, je delitev na (Soršak, 2005, str. 70):

- izvirne (primarne) stroške in
- izpeljane (sekundarne) stroške.

Izvirni ali primarni stroški nastanejo in se pojavijo v svoji prvotni obliki v določeni organizacijski enoti. Kadar pa določena organizacijska enota opravlja storitve za drugo organizacijsko enoto, je to v okviru internega obračuna poslovanja zaračunana storitev, kar predstavlja izpeljane ali sestavljene oziroma sekundarne stroške. V bolnišnicah je veliko sekundarnih stroškov zaradi razvejane dejavnosti, kjer ob glavnih stroškovnih mestih delujejo še številna pomožna stroškovna mesta.

Ko smo natančno definirali stroškovna mesta, nam je znano, kje nastanejo stroški (na katerem direktnem in katerem indirektnem stroškovnem mestu) in ko je definirano, kateri stroški so izvirni ter kateri izvedeni, lahko pristopimo k razporejanju stroškov po stroškovnih nosilcih.

Spremljanje stroškov poslovanja po stroškovnih mestih, kar so v bolnišnicah bolniki, pomeni bistveni kvantitativni korak naprej pri metodiki spremljanja stroškov. Najprej je bilo treba v tem primeru razrešiti vprašanje, kaj je osnovna primerljiva enota dela bolnišnice. Dolgo so se kot osnovna enota dela bolnišnice smatrale opravljene zdravstvene storitve. Vendar so zdravstvene storitve le vložek (input) v proces zdravljenja bolnika. Osnovni produkt dela bolnišnice pa je v bistvu zdravljen, oziroma če je možno ozdravljen bolnik (Soršak 2005, 76). Ker se zdravljenje od bolnika do bolnika razlikuje, kar je povezano z različnimi diagnozami, se zdi nemogoče za vsakega pacienta točno določiti, kateri stroški so nastali pri njegovem zdravljenju. Zato so bile razvite skupine, v katere se razvrščajo pacienti s podobnimi diagnozami (SPP). Tako lahko stroške vseeno razporedimo po stroškovnih nosilcih.

Pri oblikovanju stroškovnega izračuna moramo biti pozorni predvsem na tri korake, ki so bistvenega pomena za natančno delitev stroškov, in sicer (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2002, str. 15):

- Izračun stroškov osebja

Izračun stroškov osebja predstavlja bistveni korak pri oblikovanju stroškovnega računa. Lahko trdimo, da predstavlja osnovo za izpeljavo vseh treh omenjenih alternativ delitve stroškov na direktna stroškovna mesta. Stroški osebja so delno razporejeni na zbirno stroškovno mesto, in sicer v primerih, ko določeni delavci izvajajo opravila (delo) za različna stroškovna mesta. Primer: zdravniki kirurgi so razporejeni na stroškovno mesto »kirurgija«, vendar pa dobro vemo, da opravljajo delo tako na kirurškem oddelku kot tudi v operacijskem bloku (OP), poleg tega pa še v specialistični ambulanti (npr. žilna ambulanta) in na urgenci za nujne primere. V tem primeru je nujno skupno stroškovno mesto »kirurgija« v stroškovnem računu razdeliti na stroškovna mesta »kirurški oddelek«, »OP«, »urgenca«, »žilna ambulanta«. Stroški osebja so v tem primeru razdeljeni na podlagi ustreznih dokumentov, iz



katerih je razvidno delo po mestih (v urah) ali na podlagi ocene<sup>10</sup>. Pri tem ni nujno, da kot osnovo za razporeditev stroškov upoštevamo tudi delo nemedicinskega osebja.

- Razbremenitev indirektnih stroškovnih mest

Stroški, ki so vključeni v računski postopek z posrednih stroškovnih mest, so s pomočjo ključa za obračun razdeljeni na ustrezna neposredna stroškovna mesta. Bolnišnice lahko same definirajo ključe za razporeditev po ključu za obračun. Kot alternativa pa se lahko uporablja obračun na osnovi internih cen.

- Razmejitev stroškov, ki ne zajemajo SPP

V bolnišnici nastanejo tudi stroški, ki niso plačani po SPP, zato jih prikazujemo ločeno. Za njih se lahko oblikuje skupno stroškovno mesto in prav tako oblikuje ustrezna delitev s pomočjo stroškovnega računa.

Vsaka bolnišnica se lahko sama odloči, kako bo delila in izpeljala delitev oziroma stroškovni izračun, predvsem je od vsake bolnišnice odvisno, kako podrobno bo prikazovala stroške po stroškovnih mestih<sup>11</sup>.

Zbiranje stroškov po stroškovnih skupinah je lahko prikazano po sledečih skupinah:

- Skupina 1: stroški zdravniških ur
- Skupina 2: stroški negovalnega osebja
- Skupina 3: stroški pomožnega medicinskega osebja
- Skupina 4: stroški medicinskega materiala
- Skupina 5: stroški implantatov in transplantatov
- Skupina 6: stroški medicinskega potrošnega materiala
- Skupina 7: stroški (osebja in materialni) medicinske infrastrukture
- Skupina 8: stroški (osebja in materialni) nemedicinske infrastrukture.

Da bi vsem bolnišnicam in drugim zdravstvenim zavodom približali spremljanje stroškov, je bil v okviru Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije pripravljen enotni kontni načrt z dodatnimi analitičnimi konti, predvsem za podrobnejši prikaz stroškov in prihodkov. Vendar se bolnišnice niso dogovorile za poenoteni sistem oblikovanja stroškovnih mest in za poenoteni sistem vodenja stroškov na stroškovnih mestih. Vzrok leži v tem, da je poenoten sistem oblikovanja stroškovnih mest težko oblikovati zaradi različne organizacijske strukture bolnišnic, zato bo področje prenosa stroškov (t.i. sekundarnih stroškov) med stroškovnimi mesti (za slovenske bolnišnice) še nekaj časa ostalo nedorečeno in bo vsaka bolnišnica glede na svojo organizacijsko strukturo sama zase oblikovala najustreznejši prenos.

---

<sup>10</sup> Kako pomembna je natančna delitev stroškov dela nam pove podatek, da je v povprečju za slovenske bolnišnice odstotek stroškov dela v celotnem prihodu 54,66 odstotkov (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2005).

<sup>11</sup> Verjetno za manjše bolnišnice ni smiselna (in možna) podrobna delitev stroškov, ker le-ti niso natančno razporejeni na (posredna in neposredna) stroškovna mesta.

### 3.4.5 Izboljšanje notranjega nadzora

Predpogoj za vzpostavitev učinkovitega notranjega nadzora v vsaki bolnišnici je, da je jasno začrtana vizija, zapisane vrednote in poslanstvo ter oblikovane strategije poslovanja. Prav tako mora imeti bolnišnica zastavljene cilje in naloge, katerim bo sledila saj bo le tako uspela zagotoviti transparenten sistem poslovanja, ki bo vključeval tudi sistem kontrol ter notranjega nadzora.

Sistem kontrole mora omogočati preventivno in korektivno delovanje z namenom sprotnega odpravljanja napak ter s tem preprečevanje napak in škod, ki bi povzročale dodatne stroške za bolnišnice. Predstavili bomo pregled najpomembnejših ukrepov in nalog v zvezi z oblikovanjem kontrole delovanja, ki čakajo bolnišnice v prihodnje. Vkolikor bodo bolnišnice želele slediti razvoju financiranja zdravstvenega sistema bodo morale osvojiti plačevanje po sistemu SPP. V nadaljevanju bomo predstavili pregled najpomembnejših ukrepov in nalog, ki čakajo bolnišnice v prihodnje.

V prvi vrsti bo treba organizirati evidentiranje storitev, določiti njihovo natančno šifriranje in razvrščanje v skupine. Del nalog bo verjetno izveden na višji ravni, torej že v okviru zavarovalnic, ki plačujejo izvedene storitve, bolnišnice pa bodo morale v tem primeru izpogajati čim ugodnejše cene, tako da bodo pokrile stroške, ki so nastali z izvajanjem storitev.

Primarno se bodo morale bolnišnice osredotočiti na sam izračun izvedenih storitev, tako da bodo sposobne obračunati storitve, popolno in korektno zajeti in zabeležiti relevantne (bistvene) podatke o izvedenih storitvah (ne le zapisati diagnozo ampak tudi postopek), na koncu pa izvesti še nadaljnjo obdelavo podatkov. Navedeno ne bi smelo predstavljati večjih težav, saj se že sedaj zahteva sistematično spremljanje storitev - treba bo torej le dopolniti in nadgraditi že obstoječe delovanje.

V naslednjem koraku bo treba razviti stroškovni račun, in sicer na taki ravni, da bodo v naslednji fazi stroški lahko natančno razdeljeni na stroškovne nosilce. Navedeno je nujno storiti zato, ker bo v tem primeru lahko v prihodnje posredovan rezultat o učinkovitosti posameznih SPP, za kar bomo potrebovali tudi račun stroškovnih nosilcev, ki bo usmerjen v spremljanje po diagnozah.

Za izpeljavo izboljšav moramo izgraditi kontrolni sistem. Kontrolni sistem je nepogrešljiv instrument tudi v gospodarskih podjetjih, predvsem je v ospredju v kriznem obdobju. Bolnišnice ga potrebujejo, ker omogoča reševanje na prvi pogled nerešljivih nalog z individualnimi ciljnim nalogami in rešitvami, podprto s tehnikami kontrolinga.

Kontrolni sistem lahko v grobem delimo na dva dela (Krankenhaus-Management in DRG-Zeitalter, 2002):

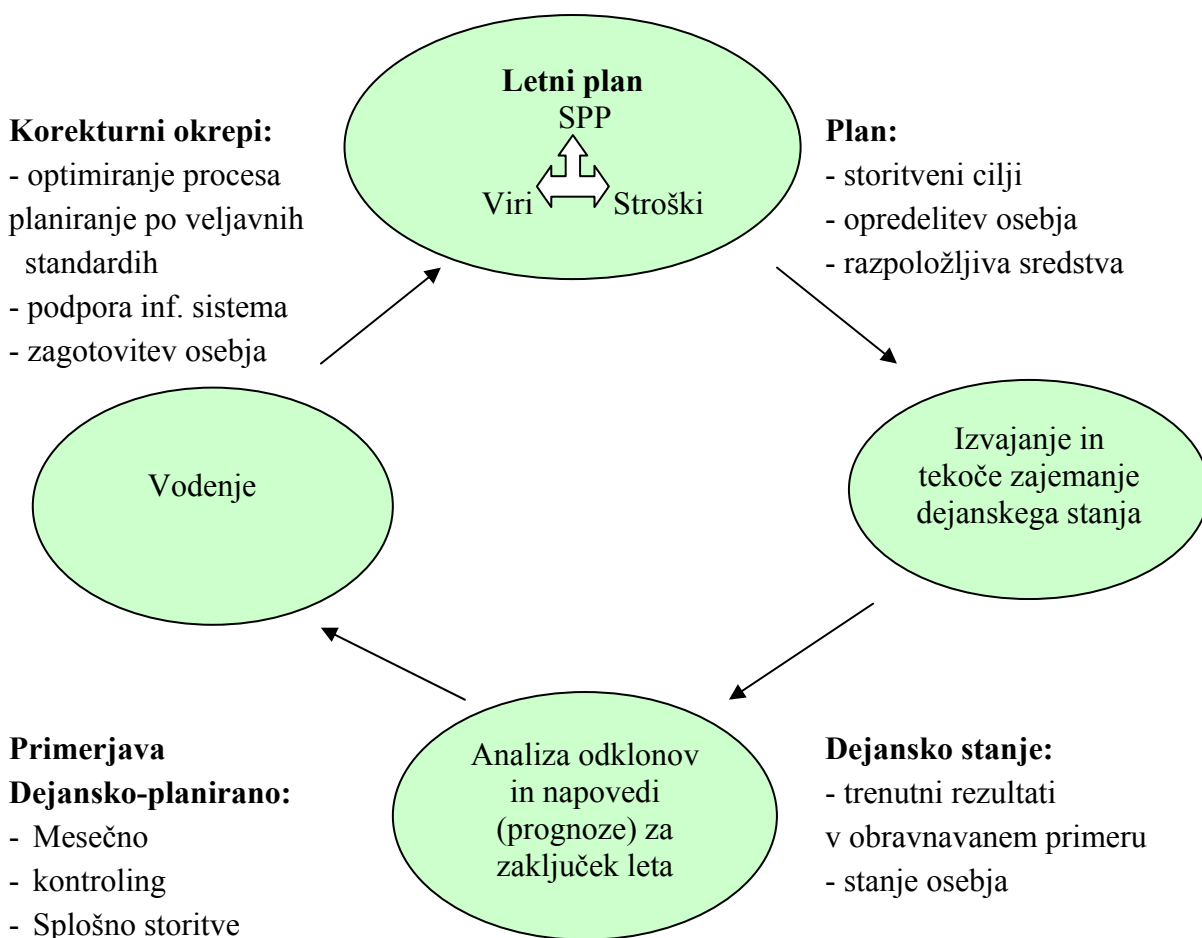
### 1. Kontroling storitev

Že danes bi morala imeti bolnišnica podatke o izvajanju storitev pod nadzorom, kar pomeni da bi poznala ceno (prihodek), ki jo krije zavarovalnica za pacienta (ali pacient sam), in odhodek (strošek), ki je nastal pri opravljanju storitve. V okviru SPP bo bolnišnica vedno morala imeti optimalno kombinacijo rentabilnih in manj rentabilnih primerov. Da pa bi dosegli zastavljeno ciljno kombinacijo (in tudi s tem povezane prihodke - izkupičke), potrebujemo kontrolni sistem za storitve.

### 2. Stroškovni kontroling in kontroling izkupička (prihodkov)

Prav tako mora imeti bolnišnica pod nadzorom svoje stroške in prispevke za pokritje. Učinkovitost se mora dosegati s planiranjem storitvene kombinacije, ki bo omogočala optimalni prispevek za pokritje. Takšen način planiranja se lahko doseže s stroškovnim modelom, ki je naravnani v usmerjanje po storitvah. Za doseganje plana moramo definirati odgovornosti in spremljati tekoče dogajanje o tem, kaj vse je bilo do sedaj doseženega.

**Slika 3: Izvajanje (nadziranje) storitev v začrtanih okvirjih**



Vir: Krankenhaus-Management im DRG-Zeitalter, 2002.

Integrirano letno planiranje naj bi zajemalo mesečne plane po skupinah primerljivih primerov. Pri tem moramo upoštevati razpoložljivost kapacitet in sredstev (viri) in planirati, kakšni bodo stroški pri izvajanju ter možnost kombiniranja v primerih, ko je treba koordinirati različne storitve (SPP).

Osnova za uvedbo učinkovitih kontrol so urejena naslednja bazična področja (Klančar, 2005, str. 88-91):

- transparenten sistem stroškovnih mest,
- transparenten pregled stroškov,
- transparenten pregled virov sredstev in
- jasni mehanizmi za obvladovanje stroškov.

V času izvajanja je treba ves čas spremljati dogajanje in pripravljati poročila o tekočem stanju. Tako se lahko takoj naredi analiza odklonov (dejansko – planirano) in napove, kakšni bi lahko bili pričakovani rezultati. Iz končnih poročil mora biti razvidno, kje se ne dosega in kje se presega planirana vrednost. Celotno spremljanje in nadziranje ne bo smiselno, vkolikor v primeru odstopanj ne bodo sledili korekturni ukrepi.

Torej, vkolikor bomo želeli resnično izboljšati uspešnost bolnišnic, ne bo dovolj samo sedeti za pisalno mizo in zapisovati smernice ter načela, temveč bo treba motivirati vse zaposlene v bolnišnici, jih poučiti o njihovih nalogah (ter posledicah v primeru neizpolnjevanja nalog) in se aktivno vključiti kot moderator.

Urad Republike Slovenije za nadzor proračuna je izdal usmeritve za nadzor kontrole, da bi proračunskim uporabnikom, med katere uvrščamo tudi bolnišnice, olajšal začetne napore pri vzpostavitvi kontrolnih sistemov v skladu z mednarodno sprejetimi standardi, evropsko prakso in evropsko zakonodajo. Namen nadzora naj bi bil zagotoviti smotrno in pravilno finančno poslovanje, učinkovite notranje kontrole in nujno koordinirano ravnanje.

### **3.5 Drugi predlogi za izboljšanje poslovanja**

Poleg natančnega poznavanja organizacijskega procesa izvajanja storitev in oblikovanja stroškovnih izračunov bo treba ustrezno motivirati zaposlene, da bodo sprejeli in izvajali predlagane ukrepe, ter zagotoviti informacijsko bazo, ki bo posredovala uporabne informacije. Nekoliko bolj zakonsko omejene so omejitve na nabavnem področju, zato bo težje doseči pozitivne premike. S pridržkom je v zaključku predstavljen še predlog oddajanja zdravstvenih in podpornih storitev zunanjim ponudnikom.

### **3.5.1 Stimulativni ukrepi za kadrovski management**

Management je ključen pri izvajanju reform zdravstvenega sektorja. Vendar bomo z destimulativnimi ukrepi, katerim smo priča v imenu izvajanja zdravstvene reforme in ki jih bo prinesel novi zakon o javnih uslužbencih, izgubili sposoben management (predvsem vodstveno-upravni kader), na katerem sloni glavna teža.

Za racionalno poslovanje vseh zdravstvenih izvajalcev (ne le bolnišnic) je potrebno določeno specifično znanje, katerega vsi zdravstveni delavci (tudi zdravniki) ne morejo obvladati. Vendar medicinski strokovnjaki na vodilnih mestih morajo poznati zakonitosti zdravstvene ekonomike (lahko zaprosijo tudi za podporo strokovnjakov iz tega področja), zato bo treba izoblikovati posebne izobraževalne programe (npr. podiplomski študij zdravstvenega managementa), ki bodo koncentrirani na posebnosti »managementa v zdravstvu«.

Sodobna teorija in praksa managementa razvitih zahodnoevropskih držav potrjuje, da je razvoj managementa vse bolj ključen tudi za področje zdravstva, ker omogoča učinkovitejšo in bolj smotrno porabo njegovih virov, čeprav je nujno poudariti, da učinkovitost ne more biti edino merilo managerske uspešnosti na tem področju<sup>12</sup>.

Najpomembnejši cilj sodobnega razvoja zdravstvenega managementa je v zagotavljanju ravnotežja med ekonomskimi in socialnimi vidiki. Uresničevanje tega cilja pa je lahko uspešno predvsem s kreiranjem profesionalizma in kakovosti managementa, ki temelji na sistematičnem izobraževanju ter usposabljanju izvajalcev managerskih nalog v zdravstvu. Ustrezna managerska znanja, ki jih izobraževanje in usposabljanje preneseta v organizacijsko prakso, so temeljni pogoj za uspešnejše obvladovanje problemov kakovosti na tem področju (Ritonja, 1998, str. 8).

Za celotni javni sektor velja, da bo prav najbolj sposobne treba stimulirati v obliki večjih pristojnosti, možnosti odločanja o kadrovskih in poslovnih zadevah, pa tudi v finančni obliki. V nasprotnem primeru bodo bolj sposobni posamezniki poiskali druge zaposlitve (predvsem v gospodarstvu), manj sposobni pa ostali v javnem sektorju. Njim pa ni mogoče prepustiti večje odgovornosti, saj se bodo ujeli v začaran krog zmanjševanja pristojnosti managementa in centralizacijo odločanja.

### **3.5.2 Vlaganje v informacijske sisteme**

Informacijski sistemi postajajo vse bolj pomemben podporni sistem vsake organizacije. Potrebe in pričakovanja povprečnega uporabnika informacijskih storitev so v nekaj letih narasle celo hitreje od samega razvoja informacijske tehnologije. Organizacije zdravstva bi

---

<sup>12</sup> Mnogi so prepričani, da bo veliko potrebno vlagati tudi v komunikacijo znotraj zdravstvenih ustanov, med zdravstvenimi sodelavci.

morale veliko vlagati v primerno in odzivno informacijsko tehnologijo, ki bi bila med posameznimi organizacijami kompatibilna (možnost primerjanja podatkov).

Proces dela v le-teh organizacijah, ki zajema diagnostiko, zdravljenje in nego, zajema zgoščeno ogromno znanja. Učinkovita podpora je običajno ključnega pomena pri racionalnosti, učinkovitosti, predvsem pa natančnosti izvedbe glavnih procesov. Zato so velikega pomena dosledna uporaba, nadzor in skupno zavedanje, da učinkovita informacijska podpora ni samopostrežba (Rebec, 2006, str. 67).

Zato se bo treba načrtno ukvarjati z razvojem upravljanja kakovosti informacijskega sistema, saj se zavedamo, da je kakovost informacijskega sistema celota karakteristik vseh virov:

- dataware (podatki in podatkovni viri),
- software (programi, navodila, sistemski SW),
- lifeware (ljudje v informacijskih procesih),
- hardware (računalniki, komunikacije) in
- orgware (organizacija, procedure).

Področja, kjer je kakovost še posebej pomembna so:

- razvoj programske opreme, njeno uvajanje in vzdrževanje,
- nabava strojne in programske opreme,
- vsakodnevni operativni postopki in varovanje ter zaščita,
- upravljanje s človeškimi viri,
- splošna administracija.

Informacijske službe v bolnišnicah se bodo morale vključevati na vseh področjih. Z dvigom kakovosti informacijskega sistema bodo brez dvoma prispevale k dvigu kakovosti poslovanja v bolnišnici. Za kakovostno informacijsko mrežo bo treba zagotoviti permanentno vzdrževanje in nenehno nadgrajevanje ter dopolnjevanje internih standardov, dopolnjevanje postopkov in njihovo izboljševanje.

Posebno skrb bo treba nameniti izobraževanju zaposlenih, da bodo le-ti seznanjeni z možnostmi, ki jih ponuja razpoložljivi informacijski sistem za njihovo področje dela ter tudi upoštevati predloge, ki jih bodo za izboljšanje delovanja informacijskega sistema podali zaposleni.

### **3.5.3 Izboljšanje nabave blaga in storitev od ponudnikov**

Pomanjkljiva sistemska ureditev in strogo predpisani (življenjsko nepraktični) zakonski okvirji povzročajo bolnišnicam težave pri naročanju različnega blaga ter storitev in izvajanju gradenj. Največ nepravilnosti in neučinkovitosti je na področju javnega naročanja zdravil ter medicinsko potrošnega materiala. Le-te so zbrane v Povzetku zbirnega poročila o ugotovitvah

revizij pravilnosti in učinkovitosti nabave zdravil in medicinskega potrošnega materiala v splošnih bolnišnicah (Računsko sodišče, 2003). Za odpravo težav bi morali:

- V notranjih aktih natančno določiti naloge in odgovornosti nosilcev posameznih nalog v procesu izbire dobaviteljev ter zagotoviti strokovno podlago za presojo upravičenosti nabav in s tem zmanjšati vpliv subjektivne presoje na odločitve o nabavah.
- Pri zdravilih in materialu vedno ugotoviti, ali se v bolnišnici uporabljajo, in na tej podlagi oblikovati sezname artiklov, ki se bodo naročali z razpisom ter jih vsako leto ažurirati. Treba bo organizirati strokovna srečanja, na katerih bi obravnavali najpogostejše nepravilnosti in pomanjkljivosti pri predpisovanju zdravil ter druga vprašanja s področja farmakoterapije in farmakoeconomike.
- Z uvedbo ustrezne programske opreme avtomatizirati potek nabave na podlagi izvedenega postopka oddaje javnega naročila, vpeljati potrebne kontrolne mehanizme in hkrati zagotoviti ustrezno bazo za načrtovanje nabavnih aktivnosti v prihodnjih letih.
- V procesu načrtovanja nabave več pozornosti nameniti soodvisnosti predmeta naročanja in izbranega postopka izbire<sup>13</sup>. Prav tako bo ključno posvetiti več pozornosti opisu predmeta javnega naročila, kjer običajno prihaja do največjih težav - predvsem strokovnemu delu komisije, ki bo pripravila sam opis predmeta javnega naročila, je treba pojasniti zahteve, ki izhajajo iz zakona o javnih naročilih.
- Spremljati izvajanje pogodb in obvezno izdelati pisna poročila z oceno in priporočili oziroma predlogi za morebitne spremembe ter izboljšave, ki bi jih bilo priporočljivo uveljaviti pri izvedbi bodočega javnega naročila.
- Ministrstvo za zdravje bo moralo še naprej krepiti svojo vlogo na tem področju z uveljavitvijo enotnih standardov in strokovnih kriterijev presoje kvalitete ter drugih zahtevanih lastnosti zdravil in medicinskega potrošnega materiala. Predvsem na področju obvladovanja izdatkov za zdravila bo treba uveljaviti mehanizme stimuliranja in nadzora za varnejše predpisovanje ter izdajanje zdravil na recept glede na raven ciljne skupine. V ta namen bodo Ministrstvo za zdravje, Agencija RS za

---

<sup>13</sup> Zakon o javnih naročilih ponuja različne možnosti postopkov izvedbe javnega naročila. V okviru predloga novega zakona o javnem naročanju so mogoči sledeči postopki:

- postopek s pogajanjem brez predhodne objave,
- postopek s pogajanjem s predhodno objavo,
- odprti postopek,
- omejeni postopek,
- okvirni sporazum,
- konkurenčni dialog.

zdravila in medicinske pripomočke in ZZZS dvakrat letno obnavljali seznam medsebojno zamenljivih zdravil.

Učinkovitost nabave blaga in storitev ter izvajanje gradenj v zdravstvenih organizacijah se bo lahko izboljšalo le v primeru, ko bodo oblikovane timske skupine, ki dobo sistematično pristopile k reševanju problemov, predvsem pri večjih gradbenih investicijah, pa tudi pri nabavi opreme. Potrebno bi bilo torej v vsakem primeru pripraviti investicijske študije in plane nabav.

### **3.5.4 Oddaja zdravstvenih in podpornih storitev zunanjim ponudnikom**

Bolnišnice se bodo morale prej ali slej vprašati »Quo vadis«? Na dlani je, da v tujini storitvena (medicinska podjetja) ponujajo bolnišnicam velik obseg storitev in še bolj je zanimiv podatek, da je več kot 90 odstotkov bolnišnic s temi storitvami zadovoljnih, zelo zadovoljnih ali pa nimajo nobenih pripomb.

Vzroki za zadovoljstvo so predvsem sledeči (Spectarius, 2004):

- storitve so zelo hitro opravljene,
- zanesljivost pri sami izvedbi storitev je visoka in
- ni nepotrebnih birokratskih ovir pri izvajanju storitve.

Bolnišnice lahko pričakujejo od storitvenih (medicinskih) podjetij v prihodnosti poleg velike cenovne fleksibilnosti tudi izpolnitev individualnih naročil in še boljše svetovanje (predloge za izboljšanje). Ravno zaradi navedenega razloga bo moral vodstveni management v bolnišnicah posebno pozornost nameniti možnosti izvajanja storitev s strani zunanjih ponudnikov.

Za ekonomsko vrednotenje pri odločitvah za oddajo storitev zunanjim izvajalcem najpogosteje uporabljamo:

- račun stroškovne primerjave in
- break-even analizo, ki ju dopolnjujemo z
- analizo občutljivosti.

Račun stroškovne primerjave, kot že sam naziv pove, primerja stroške za posamezne alternative. V računu stroškovne primerjave so postavljeni lastni stroški (prva možnost) nasproti stroškom, ki so v povezavi s tujim izvajanjem (druga možnost). Najbolj smiselno (in enostavno) je v primeru organizacijskih sprememb (odločitev za zunanjega izvajalca) pripraviti stroškovni račun na osnovi stroškovnih mest. Vendar se bodo morale bolnišnice bolj posvetiti še procesnemu stroškovnemu računu, ki vsebuje znanja namenjena obvladovanju procesnih (strukturnih) stroškov. V središču je v tem primeru proces v bolnišnici in ne posamezna stroškovna mesta. Ne gre več le za zajetje stroškov, ampak za stroškovni menedžment, ki je usmerjen v znižanje stroškov, ki lahko nastane ob spremembi strukture



(organizacije) in z vplivom na nastanek stroškov. Procesni stroškovni račun se torej uporablja v primeru, ko se za točno določen postopek ugotavljajo in določajo stroški (Schirmer, 1998, str. 216-217).

Break-even analiza (prag pokritja) nam pokaže točko, pri kateri se cena (stroški) izvajanja storitev v bolnišnici izenači s ceno (ponudbo) zunanjega izvajalca. Break-even analiza se zelo pogosto uporablja v gospodarski dejavnosti. Pri uporabi analize moramo vedeti, koliko storitev bomo izvedli v določenem časovnem obdobju in kakšni so stroški lastnega izvajanja storitve ter ceno, ki nam jo ponuja zunanji izvajalec.

Pomembni vplivni faktorji za sprejemanje odločitve med lastno in tujo izvedbo storitve so običajno senzitivni, spremembe pa predstavljene glede na vplivanje na rezultat. Z analizo občutljivosti torej ugotavljamo, v kolikšni meri je ciljna vrednost pri posamezni »klasični« metodi dovzetna za morebitne odklone vrednosti enega ali več vhodnih parametrov (npr. širina nihanj pri izvajanju storitve, zasedenost kapacitet v primeru oddaje storitve, možnost nastanka ozkih grl, vpliv na delovna mesta v primeru oddaje) oziroma v kolikšni meri bi mogli takšni negativni odkloni vplivati na odločitev (Belak, 1997, str. 185-186). Analiza občutljivosti ni metoda, ki bi omogočala neposredno odločanje, je pa dokaj preprosta metoda, s katero lahko pridobimo koristne podatke in informacije. Ravno pri sprejemanju odločitev v bolnišnicah pa so le-ti veliko bolj pomembni kot goli stroške pri izvajanju storitve.

#### **4 PREDSTAVITEV POSEBNOSTI POSLOVANJA SPLOŠNE BOLNIŠNICE MURSKA SOBOTA**

##### **4.1 Vrednote, poslanstvo in vizija bolnišnice**

**Vrednote** so središče organizacije in določajo prepričanja organizacije, njena pričakovanja, stališča oziroma naravnost in nenazadnje njena ravnanja ter dejanja. Vrednote so v samem jedru filozofije vsake organizacije, so pomemben element kulture organizacije, njihovo poznavanje pa je ključ do njene večje učinkovitosti (Musek Lešnik, 2003, str. 235).

*Vrednote* Splošne bolnišnice Murska Sobota so:

- *skrb,*
- *strokovnost,*
- *humanost,*
- *strpnost in*
- *prijaznost.*

Zaposlenim so z vrednotami zapisana skupna prepričanja in načela organizacije, določena skupna usmeritev ter ponujene smernice za vsakodnevno vedenje.

**Poslanstvo** Splošne bolnišnice Murska Sobota je izraženo z dvema besedama:

*( o ) zdraviti ljudi*

V skromnih dveh besedah ni najbolj jasno opredeljeno poslanstvo. V okviru poslanstva bi bolnišnica lahko jasneje izrazila svojo identiteto, zapisala kaj naj bi bolnišnico ločilo od drugih bolnišnic. Poslanstvo pa bi moralo služiti tudi kot vir navdiha in motivacije zaposlenim.

Uspeh vsake organizacije temelji na ustvarjalnosti, navdušenju in učinkovitemu strokovnemu delu njenih zaposlenih. Zato lahko vabljiva in privlačna vizija uresničljive prihodnosti organizacije, ki vzbudi želje ter motivacijo zaposlenih, močno vpliva na njeno uspešnost.

**Vizija** splošne bolnišnice Murska Sobota se glasi:

*Postati ugledna in mednarodno priznana regionalna bolnišnica.*

Zgolj dejstvo, da so opredeljene vrednote, poslanstvo in vizija, še ne zagotavlja uspešnosti in učinkovitosti. Mnogo bolj pomembno je, kaj bo organizacija storila za njihovo uresničevanje in ali ima na pravih mestih »prave ljudi«, ki so zmožni uresničiti »prave stvari«.

#### **4.2 Programski cilji bolnišnice in zastavljene naloge**

Bolnišnica je v svojih planskih aktih zapisala programske cilje in naloge, ki si jih je prizadeva uresničiti preteklih letih ter so še vedno aktualni tudi v tekočem letu in bodo brez dvoma ostali v planskih aktih še v prihodnjih letih.

Prvi cilj je zaključiti poslovno leto brez bilančne izgube, le ta je tudi dolgoročen. Čeprav je v zadnjih letih tekom leta situacija večinoma neugodna, je do sedaj bolnišnica (razen leta 2005, ko je bila izguba 98 milijonov slovenskih tolarjev) uspevala zaključiti leto blizu pozitivne ničle. Večjo težavo predstavljajo neplačane obveznosti iz preteklih let (znašale naj bi že čez 700 milijonov tolarjev).

Tudi za drugi postavljen cilj lahko povemo, da je dolgoročne narave - govori o zagotavljanju bolnišničnega zdravstvenega varstva na sekundarni ravni vsem prebivalcem oziroma zavarovancem pomurske zdravstvene regije in iz širšega območja. Pri tem so izpostavljene tudi organizacijske izboljšave, kot so izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev z zmanjšanjem čakalnih dob, naročanjem pacientov na uro in boljšo izrabo delovnega časa.

Vsekakor mora biti ciljna naloga bolnišnice zagotavljanje bolnišničnih zdravstvenih storitev na osnovi sklenjene pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, pri tem pa je

treba čim bolj točno dosegati pogodbene plane med letom in na letni ravni, da ne bo prišlo do nedoseganja niti bistvenega preseganja programov fizičnega obsega storitev.

Povečanje odgovornosti vseh zaposlenih v bolnišnici v zvezi z varčnim in pravilnim ravnanjem z opremo in drugimi osnovnimi sredstvi ter ekonomiziranje pri porabi zdravil in medicinsko potrošnega materiala ter drugega materiala in doseganje večje učinkovitosti dela pri izvajanju storitev. V gospodarskih dejavnostih bi se zdel ta cilj sam po sebi umeven, vendar se v bolnišnici, kjer gre za javna sredstva, zaposleni pogosto ne zavedajo načela dobrega gospodarjenja.

Izziv predstavlja postavljen cilj, v okviru katerega želi bolnišnica povečati delo za plačnike izven Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v dejavnostih, kjer je zdravstvene in druge storitve mogoče tudi tržiti, saj je iz bilance vidno, da je do sedaj kar dobrih 98 odstotkov vseh prihodkov pokrito ravno iz navedenega vira.

Na drugi strani pa želi bolnišnica zmanjšati nepotrebno naročanje zdravstvenih storitev pri drugih zdravstvenih zavodih, kar pa verjetno ne bo smiselno in opravičljivo v vsakem primeru, še posebej ne takrat, ko bi bila ogrožena kakovost storitve, ki se izvaja za pacienta.

Prav tako želi zmanjšati obseg storitev laboratorijske dejavnosti z manj naročanja tovrstnih storitev v okviru specialistično ambulantne dejavnosti in hospitalne dejavnosti v okviru hišne medicinske doktrine. Posebej naj bi se preprečilo podvajanje opravljanja posameznih laboratorijskih storitev.

Velik problem bolnišnici predstavlja odliv pacientov, zato si je kot cilj postavila zmanjšanje odliva pacientov v druge zdravstvene zavode v Sloveniji, posebno na oddelkih, kjer je ta večji kot 20 odstotkov. Trenutni je največji odliv opaziti na pediatriji, kirurgiji in na oddelku za bolezni ušes, nosu in grla.

Skupaj z drugimi podobnimi slovenskimi bolnišnicami in po dogovoru z ZZZS in Ministrstvom za zdravje se bo priključila k standardiziranju postopkov in načinov v diagnostiki ter terapiji. Izvajala bo aktivnosti po področjih kakovosti ter akreditacije v zdravstvu, ki je cilj Ministrstva za zdravje in ga zahteva tudi EU. Kot dopolnilo se bo investiralo tudi v »Management v zdravstvu«, da bo mogoče z ustreznimi znanji doseči zastavljene cilje.

Za vsako novo dejavnost si bo prizadevala, da bo pridobila soglasje strokovnih organov Ministrstva za zdravje ter ZZZS glede financiranja storitev. Tako si bo na primer prizadevala razširiti dejavnost patologije še s histopatologijo, kjer bodo v prvi fazi zagotavljali preiskavo mrzlega reza.

Vse bolj aktualen cilj postaja tudi čim hitrejša prilagajanje spremembam v financiranju zdravstva ter načinu in metodologiji evidentiranja ter obračunavanja storitev; posebna

pozornost bo namenjena evidentiranju in šifriranju skupin primerljivih primerov (SPP) oziroma diagnoz.

Kar malce nerealističen se zdi cilj, v okviru katerega si želi bolnišnica razširitev bolnišnične dejavnosti na vseh področjih, sicer s pripombo, kjer je to možno glede na ciljne normative in obstoječe pogoje dela.

Bolj uresničljiv pa je cilj, v okviru katerega si je bolnišnica zadala nalogo, da se mora tudi v prihodnje prijavljati na dodatne razpise Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (operacija sive mreže, ipd.) ter Ministrstva za zdravje, občin in druge razpise (čezmejno sodelovanje, učinkovito preprečevanje bolnišničnih okužb, učinkovito ravnanje z energijo).

V okviru kadrovskega managementa je cilj bolnišnice zmanjšati odsotnost zaposlenih z dela pri tistih vrstah, ki bremenijo sredstva bolnišnice, s povečanjem motiviranosti za kvalitetnejše in uspešnejše delo. Prav tako želi racionalizirati nekatere stroške zaposlenih (prevoz na delo in z dela, malice, ipd.)

Med pomembnejšimi cilji naj omenim še začetek delovanja zdravstvene dejavnosti z namenom dobiti domače strokovnjake in vzpostaviti bazo, ki bo omogočala usposabljanje specializantov ter drugih strokovnjakov.

Splošni cilj, ki naj bi ga bolnišnica uresničila, je izvajanje nadaljnjih organizacijskih sprememb v bolnišnici s ciljem učinkovitega in racionalnega izvajanja zdravstvenih storitev (organiziranje negovalnega oddelka na eni lokaciji ipd.).

Pri določanju obsega in vsebine programa zdravstvenih storitev, zdravstvenih zmogljivosti in pri določitvi obsega finančnih sredstev bolnišnica skupaj s partnerji upošteva postopno uveljavitev določil oziroma usmeritev Nacionalnega programa zdravstvenega varstva Republike Slovenije<sup>14</sup>. Program svojih storitev je zato prestrukturirala v dejavnosti, v katerih je potrebno zagotoviti skrajšanje čakalnih dob, da se prepreči škoda za zdravje ljudi.

### **4.3 Finančni načrt bolnišnice**

Finančni načrt je (Zakon o javnih financah, 1999) akt posrednega proračunskega uporabnika, s katerim le-ta opredeljuje svoje finančno poslovanje, v katerem so predvideni prihodki in drugi prejemki ter odhodki in drugi izdatki za tekoče leto. Finančni načrt je izdelan primerjalno na realizacijo prihodkov in odhodkov iz preteklih let ter je v skladu z Zakonom o računovodstvu (2002).

---

<sup>14</sup> NPVZ (Uradni list RS št. 49/2000).

Finančni načrt<sup>15</sup> je narejen za:

- prihodke in odhodke določenih uporabnikov po bilančnem načelu,
- prihodke in odhodke določenih uporabnikov po vrstah dejavnosti,
- prihodke in odhodke po načelu denarnega toka,
- bilanco stanja,
- finančne kazalnike.

Prihodki in odhodki določenih uporabnikov po bilančnem načelu prikazujejo planirane celotne prihodke v primerjavi s preteklim letom.

A) Celotni prihodki so sestavljeni iz:

- prihodkov od poslovanja (po pogodbah z ZZZS, z Zavodom Republike Slovenije za zaposlovanje za financiranje javnih del, z Ministrstvom za zdravje za plačilo sekundarijev, plače pripravnikov, prihodki drugih javnih zdravstvenih zavodov, ...)
- finančnih prihodkov (obresti, dividende...)
- izrednih prihodkov (donacije, odškodnine, vračila zaradi neizpolnitve pogodbenih obveznosti)

B) Celotni odhodki so sestavljeni iz:

- stroškov materiala (zdravila, strokovna literatura, živila, čistila, pisarniški material, ...)
- stroškov storitev (vzdrževanje, telefon, pošta, ...),
- stroškov dela (plače zaposlenih, nagrade, odpravnine, ...),
- amortizacije,
- drugih stroškov, odhodkov financiranja in izrednih odhodkov.

Po bilančnem načelu je pri prihodkih in odhodkih določenih uporabnikov po vrstah dejavnostih posebej prikazano, ali so slednji za opravljanje javne službe ali za prodajo blaga ter storitev na trgu. Ravno iz tega prikaza se da razbrati, da doseženi tržni prihodki še ne presegajo 1 odstotka celotnih prihodkov, indeks pa le počasi narašča.

Prihodki in odhodki po načelu denarnega toka so prav tako sestavljeni iz:

- prihodkov in odhodkov za izvajanje javne službe ter
- prihodkov in odhodkov od prodaje blaga ter storitev na trgu,

posebnost pa je, da se knjižijo na evidenčnih kontih prihodkov, na strani odhodkov pa brez kontov amortizacije.

V bilanci stanja so prikazana:

A) sredstva:

- dolgoročna sredstva in sredstva v upravljanju (OS in DI) in
- kratkoročna sredstva in aktivne časovne razmejitve (denarna sredstva v blagajni, sredstva na računih, terjatve do kupcev, uporabnikov, finančne naložbe),
- zaloge (zdravil, ostalega zdravstvenega in potrošnega materiala)

---

<sup>15</sup> Navodilo o pripravi finančnih načrtov posrednih uporabnikov državnega in občinskih proračunov (Uradni list RS, št. 91/2000).

B) obveznosti:

- kratkoročne obveznosti in pasivne časovne razmejitve (obveznosti do dobaviteljev, obveznosti iz poslovanja, ...)
- lastni viri in dolgoročne obveznosti.

Obvezni finančni kazalci se izračunavajo po metodologiji iz podatkov prihodkov in odhodkov po bilančnem načelu ter bilance stanja in so sledeči:

- gospodarnost poslovanja,
- celotna gospodarnost,
- odpisanost osnovnih sredstev,
- koeficient obračanja zalog in materiala,
- koeficient obračanja zalog zdravil in sanitetnega materiala,
- dobičkonosnost prihodkov od poslovanja,
- dobičkonosnost prihodkov,
- delež kratkoročnega financiranja,
- delež dolgoročnega financiranja,
- pokritost kratkoročnih obveznosti in pokritost dolgoročnih obveznosti.

Za uresničevanje zastavljenih poslovnih (finančnih) načrtov bo potrebno učinkovito vodenje zavoda. Pri vodenju morajo sodelovati upravni, strokovni in poslovni vodje ter drugi zaposleni, katerih položaj temelji na vodenju. Tako bo treba (v manjši meri) zagotoviti nove vire za delovanje ter (kar je bolj pomembno), gospodarno koristiti obstoječe, se povezovati in usklajevati vse dejavnosti v bolnišnici.

#### **4.4 Poslovanje bolnišnice**

Bolnišnica svoje poslovne ukrepe izvaja v skladu s postavljenimi cilji in nalogami ter po sprejetih finančnih načrtih. Veliko pozornosti posvečajo zagotavljanju bolnišničnega zdravstvenega varstva, kjer je podlaga sklenjena pogodba z ZZZS. V okviru organizacijskih sprememb je vzpostavljen sistem učinkovitega beleženja izvedenih storitev, kar je pripomoglo k izpolnjevanju pogodbenih planov in izboljšanju pogajalske pozicije za novo pogodbeno obdobje ter povečanju prihodkov bolnišnice.

Glavni problem v poslovanju bolnišnice predstavlja obvladovanje stroškov. Indeks stroškov vsa leta rase hitreje od priznane stopnje inflacije. Med najhitreje rastočimi stroški so:

- stroški materiala,
- stroški storitev,
- stroški plač (in nadomestil).

Reševanje tega problema se začne s spremljanjem stroškov in nadaljuje z njihovim analiziranjem, planiranjem ter nadziranjem. Služba za zdravstveno ekonomiko, plan in analize redno pripravlja poročila o gibanju stroškov. Vendar dokler ne bo vzpostavljen kvaliteten sistem za spremljanje stroškov po stroškovnih mestih in v čim večji meri tudi po stroškovnih

nosilcih ne bo mogoče doseči pozitivnih rezultatov. Prvi koraki so že storjeni, saj ima bolnišnica zelo dobro oblikovan stroškovnik in dokaj dobro spremlja stroške po stroškovnih mestih. Bistveno slabša pa je situacija na področju spremljanja stroškov po stroškovnih nosilcih, kar so v bolnišnicah pacienti.

Uvajanje novega obračunskega sistema za financiranje bolnišnic na osnovi SPP od bolnišnice nujno zahteva vzpostavitev sistema za spremljanje stroškov po stroškovnih nosilcih – pacientih. Predlagam, da bolnišnica sledi ukrepom, predstavljenim v drugem poglavju četrtega podpoglavja. S sistemom preteklega plačevanja storitev so dobro seznanjeni, tako da prehod na nov način financiranja ne bi smel biti težaven, potrebno bo le stalno slediti spremembam in jih tudi sprejemati.

Spremlja naj se pot pacienta v bolnišnici, kar je mogoče doseči s poznavanjem organizacijskega procesa. Le-ta predstavlja v naslednji fazi podlago za oblikovanje stroškovnih izračunov, kjer se natančno določi nastanek in delitev stroškov. Poznavanje procesa in nastanka stroškov je brezpredmetno, če ni zagotovljen nadzor oziroma kontrolni sistem. S pomočjo kontrolnega sistema se zaznava odklone od načrtovanih vrednosti in predlaga ukrepe izboljšav.

Brez motiviranja zaposlenega kadra ni mogoče doseči zastavljenih ciljev. Če zaposleni v bolnišnici ne sprejemajo predlaganih izboljšav, ne bo mogoče doseči pozitivnih rezultatov. Velik poudarek pa je tudi na učinkovitem informacijskem sistemu. Razvijanje programske opreme, ki bo omogočala beleženje prihodkov, in spremljanje nastanka stroškov ter njihove delitve po stroškovnih nosilcih je nujno potrebno. Informacijski sistem vsekakor zavzema ključno mesto.

Vodstvo bolnišnice mora v čim krajšem času postaviti jasno strategijo, kako pristopiti k izvajanju opisanih predlogov. V nasprotnem primeru lahko bolnišnica zaostane v razvoju in vse bolj izgublja v konkurenčnem boju s primerljivimi regionalnimi bolnišnicami v državi ter evropskem prostoru.

## **5 SKLEP**

Slovenski zdravstveni sistem, kot tudi drugi zdravstveni sistemi v Evropi in svetu, je bil v zadnjih letih priča korenitim spremembam. Vse večji poudarek je bil posvečen povečanju kakovosti zdravstvenih storitev, medtem ko so se na drugi strani izvajalci srečali z omejenimi finančnimi viri. Ravno slednje dejstvo jih je prisililo, da so začeli razmišljati, kako povečati učinkovitost poslovanja. Za doseganje pozitivnih rezultatov je nujno potrebno poznati cilje in kazalnike. V ospredju so vsekakor kazalniki gospodarnosti, ki največ pripomorejo k izboljšanju učinkovitosti poslovanja, kot tudi kazalniki za spremljanje učinkovitosti izrabe različnih virov.

Za izboljšanje učinkovitosti poslovanja zdravstvenih ustanov je treba stalno spremljati spremembe v načinu financiranja zdravstvenih storitev. Poznati je nujno značilnosti preteklih načinov financiranja, da bi se lahko izučili na napakah, in spremljati spremembe, da bi mogli doseči morebitne prednosti pred drugimi konkurenčnimi zdravstvenimi ustanovami. Iz trenutne osredotočenosti na spremljanje prihodkov in doseganje planov je treba preiti na natančno definiranje procesov izvajanja storitev v okviru postavljenih kazalnikov in spremljanje stroškov.

Pri oblikovanju stroškovnih izračunov se mora natančno opredeliti proces izvajanja storitev, drugače ne bo mogoče natančno definirati stroškovnih mest, v naslednji fazi pa bo še težje razmejiti stroškovne nosilce. Skratka brez natančnega evidentiranja posrednih in neposrednih stroškov, kot tudi primarnih in sekundarnih stroškov ne bo mogoče natančno spremljati nastanka stroškov ter učinkovitosti poslovanja.

Tudi v obravnavanem praktičnem primeru Splošne bolnišnice Murska Sobota je zaznati, da je kot regionalna bolnišnica nenehno podvržena spremembam, ki jih je prinašalo neprestano spreminjanje načinov financiranja. Tako si je kot cilj poslovanja postavila pridobitev čim večjih prihodkov s strani ZZZS. Prevečkrat se bolnišnica strogo drži začrtanih okvirjev (planov), kar ji zmanjšuje možnosti za vnašanje sprememb in izboljšav. Moto bolnišnice je: doseči plan, dobiti plačilo ZZZS, torej izpolniti zastavljene cilje. Vrti se torej v smeri ohranitve doseženega (izpogajanih planov). Koliko jo v resnici stane izvajanje storitev, ali se stroški pokrijejo s plačilom ZZZS, ne ve povedati nihče, saj so stroškovni izračuni nepopolni.

Bolnišnice (ne le za obravnavan primer) se morajo zavedati, da je premalo le razvijati sistem kakovosti – za preživetje bodo morale čim prej vzpostaviti informacijski sistem, ki bo omogočal transparentno spremljanje stroškov (odhodkov) in na drugi strani prihodkov ter bo podpora pri sprejemanju odločitev. Ob tem pa se ne smejo zanemariti še drugi dejavniki, predvsem je treba posebno pozornost posvetiti kadrovske politiki, s poudarkom na medsebojni komunikaciji med zaposlenimi. Vkolikor bo (razširjeno) vodstvo bolnišnic jasno zapisalo poslanstvo, vrednote in vizijo ter postavilo uresničljivo dolgoročno in kratkoročno strategijo, prav gotovo ne bo težav pri doseganju zastavljenih ciljev.



## LITERATURA

1. Belak Janko: Podjetniško planiranje kot orodje managementa. Maribor : Ekonomsko poslovna fakulteta, 1997, 344 str.
2. Bertole Jože: Analiza stroškovne učinkovitosti v primeru termične ablacije maternične sluznice. Metode ekonomskega vrednotenja v zdravstvu ter njihova uporaba doma in v svetu. Zbornik 10. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2003, str.132-135.
3. Ceglar Jakob, Marušič Dorjan: Ocena učinkov modela plačevanja po skupinah primerljivih primerov. Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu. Bilten, Ljubljana, 20 (2004), 4, str. 73-77.
4. Ceglar Jakob: Model plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav na podlagi skupin primerljivih primerov - Ministrstvo za zdravje. Notranje revidiranje v zdravstvenih organizacijah. Ljubljana : Im veritas, 2005, str. 49-65.
5. Hindle Don, Burchfield Kathrine: Uvajanje SPP-jev v Sloveniji: Zakaj je bila izbrana avstralska različica. Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu. Bilten, Ljubljana, 19 (2003), 3, str. 98-105.
6. Klančar Darinka: Nadziranje poslovanja v Zdravstvenem domu dr. Božidarja Lavriča – Cerknica. Notranje revidiranje v zdravstvenih organizacijah. Ljubljana: Im veritas, 2005, str. 82-103.
7. Koprivnikar Boris: Predlog vladnih reform in skupnost javnih zavodov. Neprofitni management, Ljubljana, maj 2006, letnik 4, str. 41-45.
8. Kramberger Anton: Sociološki pogled na zgrešene cilje vladne reforme javnega sektorja. Neprofitni management, Ljubljana, maj 2006, letnik 4, str. 48-49.
9. Letica Slaven: Pravičnost, etika in ekonomika v zdravstvu. Metode ekonomskega vrednotenja v zdravstvu ter njihova uporaba doma in v svetu. Zbornik 10. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2003, str. 21-29.
10. Longmire Laura: Podlage za dobro primerjalno analizo so spoznavanje lastnega podjetja, vključitev zaposlenih, predhodno izobraževanje in podpora vodstva. [URL:<http://www.financeon.net/?MOD=show&id=160183&src=pj110806>], 11. 8. 2006.
11. Marušič Dorjan, Hindle Don, Mate Tanja: Health Care Sistem Situation Analysis – Slovenia. 18th International Case Mix Conference. Innsbruck, 2002, 8-11.
12. Melavc Dane: Kako gospodariti. Kranj : Moderna organizacija v okviru fakultete za družbene vede, 2000. 121 str.
13. Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2006, 58-63 str.
14. Musek Lešnik Kristijan: Od poslanstva do vizije zavoda in neprofitne organizacije. Inštitut za psihologijo osebnosti. Murska Sobota : Solidarnost, 2003, 235 str.
15. Puybarand Marie-Cécile, John Hinks: The Role of Facility Management in Business Continuity Planning and Management. Managing Business Support Services:

- Strategies for Outsourcing & Facilities Management. London : Kogan Page Ltd., 2002. 234-236 str.
16. Rebec Vasja: Učinkovita podpora ne sme biti samopostrežba. *Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*. Bilten letnik 22, številka 2. Ljubljana 2006, str. 67.
  17. Renner Gerhard, Reisinger Günter, Linzatti Audolf: Outsourcing: Entscheidungskriterien und -techniken bei Outsourcing. Edvard Frosch: Outsourcing und Facility Management im Krankenhaus. Wien/Frankfurt : Wirtschaftsverlag Ueberreuter, 2001. 73-102 str.
  18. Renner Gerhard, Reisinger Günter, Linzatti Audolf: Outsourcing: Formen, Ziele, Bereiche, Entwicklungstendenzen, Chancen und Risiken. Edvard Frosch: Outsourcing und Facility Management im Krankenhaus. Wien/Frankfurt, 2001a, 17-72 str.
  19. Ritonja A. Slavica: Razvoj zdravstvenega managementa v državah zahodne in srednje Evrope. *ISIS* 1998, št. 5, str. 8.
  20. Schirmer Herbert: Krankenhaus – Controlling. Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager .Wien: Linde Verlag in Expert Verlag Renningen – Malmsheim, 1998, 14-27 str., 216-217 str.
  21. Setnikar-Cankar Stanka, Janko Seljak: Kako zbrati podatke za postavitev normativov v sekundarnem zdravstvu? *Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*. Bilten, Ljubljana, 19 (2003), 3, str. 142-144.
  22. Soršak Milan: Spremljanje stroškov po stroškovnih mestih in nosilcih v bolnišnicah - Splošna bolnišnica Maribor. Notranje revidiranje v zdravstvenih organizacijah. Ljubljana: Im veritas, 2005, 66-81 str.
  23. Spectaris, Droege & Comp. Service im Krankenhaus – Quo vadis? [URL: [http://www.spectaris.de/downloads/presse/zukunftforum\\_04/KrankenhausstudiePK](http://www.spectaris.de/downloads/presse/zukunftforum_04/KrankenhausstudiePK)], 2004.
  24. Sundin Maj-Len: The medical leadership of Tomorrow. *Hospital*. Letnik 3. št. 3. 2003, 23 str.
  25. Turk Ivan: Uvod v ekonomiko gospodarske družbe. Ljubljana : Slovenski inštitut za revizijo, 2003, 27-29 str.
  26. Walford Veronica, Grant Ken: Helt Sektor Reform: Improving Hospital Efficiency. DFID Health Systems Resource Centre. UK 1998. ii str.
  27. Watson Rory: Public health in Europe. *Hospital – Official Journal of the European*. Brussels, 6 (2004), 4, str. 8-9.

## VIRI

1. Center za energetska učinkovitost. Predstavitev projekta »Učinkovita raba energije v bolnišnicah«. Ljubljana: Institut »Jožef Stefan« 2001.
2. Krankenhaus-Management im DRG-Zeitalter. CMK Partnerschaft 2002. [URL: <http://www.CMKnet.de>], 4. 8. 2006.

3. Mednarodna klasifikacija boleznih in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija. 1. knjiga., Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, 1995.
4. Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije - zdravje za vse do leta 2004. NPZV (Uradni list RS št. 49/2000).
5. GKV - Spitzenverbände der Krankenkassen, PKV- Verband der privaten Krankenversicherungen. Kalkulation von fallkosten. DKG - Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2002, 7-12 str.
6. Navodilo o pripravi finančnih načrtov posrednih uporabnikov državnega in občinskih proračunov (Uradni list RS, št. 91/2000, 122/2000).
7. Pravilnik o določitvi neposrednih in posrednih uporabnikov državnega in občinskih proračunov (Uradni list RS št. 46/2003).
8. Povzetek zbirnega poročila o ugotovitvah revizij pravilnosti in učinkovitosti nabave zdravil in medicinskega potrošnega materiala v splošnih bolnišnicah. Računsko sodišče. [URL:<http://www.rs-rs.si> ], 21.9.2006.
9. Sklep o preoblikovanju Splošne bolnišnice Murska Sobota v javni zdravstveni zavod. Številka 022-03/93-3/24-8, z dne 28. 12. 1994, spremembe in dopolnitve sklepa o preoblikovanju št. 022-03/93-3/33-8, z dne 25. 7. 1996.
10. Planski akti 2006. Splošna bolnišnica Murska Sobota, 2006.
11. Statut javnega zdravstvenega zavoda Splošna bolnišnica Murska Sobota - čistopis. Splošna bolnišnica Murska Sobota, 2005.
12. Health Services: Well Chosen, Well Organized? The World Health Report 2000. WHO - World Health Organization, 215 str.
13. Zakon o javnih financah /ZJF/ (Uradni list. RS, št. 79/1999).
14. Zakon o javnih naročilih /ZJN-1/ (Uradni list RS, št. 36/2004 ).
15. Zakon o računovodstvu /ZR/ (Uradni list RS, št. 23/1999).
16. Zakon o zavodih /ZZ/ (Uradni list RS, št. 12I/1991).
17. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) /ZZDej-UPB1/ (Uradni list RS, št. 36/2004).
18. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. [URL: [http://www.ordinacija.net/members/www-pzs.php?mg\\_pzs\\_id=233&lang=slo](http://www.ordinacija.net/members/www-pzs.php?mg_pzs_id=233&lang=slo)], 21.9.2006.
19. Sistem financiranja zdravstvene dejavnosti. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ZZZS. [<http://www.zzzs.si/> ], 21.9.2006.