

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

MAGISTRSKA NALOGA

USTREZNOST FINANCIRANJA AKUTNE
BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE PO SISTEMU
SKUPIN PRIMERLJIVIH PRIMEROV

JURIJ STARIHA

KOPER, 2009

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

Magistrska naloga

USTREZNOST FINANCIRANJA AKUTNE
BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE PO SISTEMU
SKUPIN PRIMERLJIVIH PRIMEROV

Jurij Stariha

Koper, 2009

Mentor: izr. prof. dr. Franko Milost

Somentor: doc. dr. Ajda Fošner

POVZETEK

Financiranje sistema zdravstvenega varstva zajema zbiranje sredstev in razdeljevanje sredstev izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Pravičnost razdeljevanja sredstev izvajalcem zdravstvene dejavnosti lahko opredelimo z različnih vidikov, med najpomembnejšimi je nedvomno enakost plačil izvajalcem zdravstvene dejavnosti za enake opravljene storitve. V Sloveniji je bilo v letu 2004 uvedeno plačevanje akutne bolnišnične obravnave po sistemu skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju sistem SPP). Sistem SPP lahko poenostavljeno opredelimo kot sistem razvrščanja bolnikov v skupine za katere porabimo podobno količino virov. Seznam SPP primerov je utežen, kar pomeni, da ima vsak SPP primer določeno utež. Cena obravnave posameznega primera določa utež SPP primera in cena ene uteži. V letu 2007 ni bilo enotne cene uteži za vse izvajalce, kar posledično pomeni, da so izvajalci prejeli različno plačilo za obravnavo enakega SPP primera. Zaradi zgodovinskih dejavnikov, se je cena ene uteži v letu 2007 gibala med 1.002 EUR in 1.317 EUR, kar je preko 31 % razlike med cenami iste storitve v različnih bolnišnicah. Ustrezen sistem financiranja bi moral zagotavljati enako plačilo za enako opravljeno storitev, ter imeti vgrajene mehanizme, kateri bi preprečevali zlorabe sistema ter pridobivanje višjih sredstev na račun prikazovanja zahtevnejših storitev, kot so bile dejansko opravljene. V magistrski nalogi bomo analizirali opravljene storitve v okviru akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP in izbrane podatke iz računovodskih izkazov izbranega vzorca bolnišnic z namenom ugotoviti ali je sistem financiranja ustrezen. Ustreznost bomo presojali z dveh vidikov, to je z vidika ustreznega evidentiranja opravljenih storitev in z vidika ekonomičnega ravnanja s prejetimi sredstvi.

Ključne besede: zdravstvo, zdravstveno varstvo, bolnišnice, sistem primerljivih primerov (SPP), akutna bolnišnična obravnava, računovodski izkazi, računovodski kazalniki.

ABSTRACT

Financing the health care system includes fund raising and the distribution of funds to providers of health care services. The fairness of distributing funds to providers of health care services can be defined from various viewpoints; among the most important is definitely the equality of payments to providers of health care services for the same services provided. In 2004 Slovenia introduced the payment of acute hospital care by a system of diagnosis related groups (DRG). The DRG system can be defined as a system of classifying patients into groups, for which a similar amount of resources are spent. The list with DRG cases is weighted, which means that each DRG case has a certain weight. The cost of the care for an individual case is defined by the weight of a DRG case and the price of one weight. In 2007 there was not a unified weight price for all

providers, which consequently means that the providers received different payments for the care of the same DRG case. Due to historical factors, the price of one weight in 2007 ranged between € 1,002 and € 1,317, which adds up to over 31 % difference among the prices for the same services in different hospitals. An appropriate funding system should provide an equal payment for an equal service and should have built-in mechanisms which would prevent abuses of the system and the acquisition of higher funds at the expense of stating more complex services than those actually carried out. The Master's thesis analyses the services provided in the context of acute hospital care according to the DRG system and selected data from the financial statements from a selected sample of hospitals, with a view to determine whether the funding system is appropriate. Its relevance is assessed from two perspectives, that is, in terms of the proper recording of the services provided and in terms of economic handling of the received funds.

Key words: health care, hospital, acute hospital care, financial ratios, diagnosis related groups (DRG).

UDK: 336:61(043.2)

VSEBINA

1	Uvod	1
1.1	Teoretična izhodišča in opis problematike	1
1.2	Temeljna teza in namen ter cilji raziskave	3
1.3	Predstavitev predvidenih metod raziskovanja.....	4
1.4	Predvidene predpostavke in omejitve obravnavanja magistrske naloge.....	7
1.5	Zasnova magistrske naloge	8
2	Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji	9
2.1	Razvoj sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji.....	9
2.2	Pravna ureditev zdravstvenega varstva in načini izvajanja zdravstvenega varstva	10
2.3	Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni	12
3	Akutna bolnišnična obravnava in sistem SPP.....	13
3.1	Opredelitev razvrstitve posamezne obravnave v SPP primer.....	15
3.2	Napačno kodiranje kot način za povečevanje prihodkov	16
3.3	Vključenost izvajalcev v sistem SPP v letu 2007.....	16
3.4	Primerjava sistema SPP v Sloveniji s sistemom SPP v nekaterih drugih evropskih državah	17
3.5	Razmerje med ceno SPP primera in dejanskimi stroški bolnišnic	19
4	Program zdravstvenih storitev v letu 2007.....	21
4.1	Splošni dogovor za pogodbeno leto 2007	21
4.2	Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2007.....	24
5	Računovodstvo, računovodski izkazi in računovodski kazalniki.....	27
5.1	Posebnosti računovodstva javnih zdravstvenih zavodov	27
5.2	Računovodski izkazi	29
5.2.1	Izkaz poslovnega izida.....	30
5.2.2	Bilanca stanja	31
5.2.3	Povezanost med izkazom poslovnega izida in bilanco stanja.....	32
5.3	Računovodski kazalniki	33
5.4	Omejitve računovodskih kazalnikov	35
6	Empirični del.....	39
6.1	Opredelitev vzorca	39

6.2	Pregled realizacije programa akutne bolnišnične obravnave v Sloveniji v letih 2004 do 2007	44
6.3	Analiza ustreznosti kodiranja SPP primerov	45
6.4	Pregled poslovanja izbranega vzorca bolnišnic v letu 2007	60
6.4.1	Pregled izbranih kategorij izkaza poslovnega izida za leto 2007 ter ostalih kazalcev poslovanja	61
6.4.2	Izračun cene ene uteži po izvajalcih	66
6.4.3	Prilagoditev izkaza poslovnega izida za enotno ceno uteži v letu 2007	69
6.5	Povezava med vrednostjo uteži in kodiranjem zahtevnejših stopenj SPP primerov	73
6.6	Izbira računovodskih kazalnikov za analizo poslovanja bolnišnic	75
6.6.1	Kazalniki vodoravnega finančnega ustroja	76
6.6.2	Kazalniki obračanja	77
6.6.3	Kazalniki gospodarnosti	78
6.7	Analiza računovodskih izkazov in računovodskih kazalnikov	79
6.8	Analiza povezave med ceno uteži, poslovnim izidom in preseganjem zakupljenega programa	81
7	Sklep	85
	Literatura	89
	Priloge	93

PONAZORILA

Slika 3.1	Določitev cene akutne bolnišnične obravnave pacienta	14
Slika 4.1	Delež sredstev po posameznih kategorijah.....	24
Slika 5.1	Povezava med bilanco stanja in izkazom poslovnega izida	33
Slika 6.1	Pregled realiziranih SPP primerov v terciarnih ustanovah, pri zasebnih izvajalcih in pri izbranem vzorcu 15 bolnišnic.....	41
Slika 6.2	Pregled števila opravljenih različnih SPP primerov	48
Slika 6.3	Pregled strukture SPP primerov glede na stopnjo zahtevnosti	49
Slika 6.4	Pregled strukture SPP primerov z dvema stopnjama zahtevnosti	51
Slika 6.5	Porazdelitev SPP primerov prve stopnje zahtevnosti (kategorije A) pri SPP z dvema stopnjama.....	53
Slika 6.6	Pregled strukture SPP primerov s tremi stopnjami zahtevnosti.....	54
Slika 6.7	Porazdelitev SPP primerov prve stopnje zahtevnosti (kategorije A) pri SPP s tremi stopnjami	57
Slika 6.8	Pregled strukture SPP primerov s štirimi stopnjami zahtevnosti.....	57
Slika 6.9	Porazdelitev SPP odstotkov prve stopnje zahtevnosti (kategorije A) pri SPP s štirimi stopnjami	60
Slika 6.10	Pregled deleža prihodkov ABO po sistemu SPP v vseh prihodkih obravnavanih bolnišnic	66
Slika 6.11	Primerjava poslovnega izida bolnišnic in poslovnega izida ob enotni ceni uteži	71
Slika 6.12	Razlika med prilagojenim poslovnim izidom in poslovnim izidom bolnišnic.....	72
Slika 6.13	Razsevni diagram <i>cena uteži</i> in <i>presežek prihodkov/prihodki</i>	82
Tabela 1.1	Razvrstitev v SPP skupino	2
Tabela 3.1	Izračun cene izbranih SPP primerov.....	15
Tabela 3.2	Bolnišnice vključene v sistem SPP	17
Tabela 3.3	Pregled financiranja SPP primerov v izbranih evropskih državah	18
Tabela 3.4	Razlike med ceno izbranih SPP primerov in stroškovno ceno na primeru Finske.....	19
Tabela 4.1	Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa, brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah za leto 2007	23
Tabela 4.2	Prelivanje 1 % sredstev med izvajalci iz končnega letnega obračuna za leto 2007	25

Tabela 5.1	Struktura izkaza prihodkov in odhodkov po SRS 36.....	30
Tabela 5.2	Struktura bilanca stanja po SRS 36	31
Tabela 5.3	Struktura bilance stanja.....	32
Tabela 6.1	Pregled realiziranih SPP primerov v terciarnih ustanovah, pri zasebnih izvajalcih in pri izbranem vzorcu 15 bolnišnic.....	41
Tabela 6.2	Pregled zakupljenega in plačanega programa po izvajalcih.....	43
Tabela 6.3	Število realiziranih primerov, število realiziranih uteži in povprečne realizirane uteži v letih 2004 do 2007.....	44
Tabela 6.4	Pregled SPP primerov glede končnico SPP šifre.....	47
Tabela 6.5	Pregled SPP primerov glede števila stopenj	47
Tabela 6.6	Pregled realiziranih SPP primerov glede na število stopenj zahtevnosti....	48
Tabela 6.7	Pregled strukture SPP primerov z dvema stopnjama zahtevnosti	51
Tabela 6.8	Porazdelitev rangov za dvostopenjske SPP med bolnišnicami in Wilcoxonov značni test rangov	52
Tabela 6.9	Pregled strukture SPP primerov s tremi stopnjami zahtevnosti.....	53
Tabela 6.10	Porazdelitev rangov za tristopenjske SPP primere med bolnišnicami in Friedmanov test rangov	55
Tabela 6.11	Wilcoxonov test rangov za razlike med posameznima stopnjama	55
Tabela 6.12	Pregled strukture SPP primerov s štirimi stopnjami zahtevnosti.....	58
Tabela 6.13	Porazdelitev rangov za deleže štiri-stopenjskih SPP med bolnišnicami in Friedmanov test rangov	59
Tabela 6.14	Wilcoxonov test rangov za razlike med posameznima dvema stopnjama pri SPP s štirimi stopnjami	59
Tabela 6.15	Pregled osnovnih kategorij iz izkaza poslovnega izida obravnavanih bolnišnic (v EUR).....	62
Tabela 6.16	Pregled realiziranega in pogodbenega števila primerov za leto 2007	62
Tabela 6.17	Pregled realizirane in pogodbene povprečne uteži za leto 2007.....	63
Tabela 6.18	Pregled pogodbenih in realiziranih uteži obravnavanih izvajalcev v letu 2007	64
Tabela 6.19	Pregled deleža prihodkov ABO po sistemu SPP v vseh prihodkih obravnavanih bolnišnic	65
Tabela 6.20	Pregled cene ene uteži po izvajalcih v letu 2007	67
Tabela 6.21	Pregled pogodbenih in realiziranih uteži obravnavanih izvajalcev v letu 2007	68
Tabela 6.22	Pregled razlike v prihodkih med ceno uteži v letu 2007 in povprečno ceno uteži	68

Tabela 6.23 Pregled prihodkov, odhodkov in poslovnega izida ob upoštevanju enotne cene uteži (v EUR).....	70
Tabela 6.24 Pregled poslovnega izida za leto 2007 in poslovnega izida za leto 2007 ob upoštevanju enotne cene uteži	70
Tabela 6.25 Pregled povprečne vrednosti in standardnega odklona presežka prihodkov	73
Tabela 6.26 Izračun Spearmanovega korelacijskega koeficienta med ceno uteži in posameznimi stopnjami SPP primerov.....	74
Tabela 6.27 Pregled števila opravljenih SPP primerov po različnih stopnjah zahtevnosti	74
Tabela 6.28 Spearmanov korelacijski koeficient med izbranimi kazalniki poslovanja ter ceno uteži za izbranih 15 bolnišnic	80
Tabela 6.29 Pregled dejanske cene uteži in presežka prihodkov / prihodki.....	81
Tabela 6.30 Spearmanov korelacijski koeficient.....	82
Tabela 6.31 Pregled pogodbeno določenega števila primerov, realiziranega števila primerov ter povprečne in dejanske cene uteži.....	83
Tabela 6.32 Spearmanov korelacijski koeficient.....	84

KRAJŠAVE

SRS	Slovenski računovodski standardi
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Sistem SPP	Sistem skupin primerljivih primerov
ABO	Akutna bolnišnična obravnava
SD 2007	Splošni dogovor za pogodbeno leto 2007
PDB 2007	Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2007

1 UVOD

Ustrezen sistem financiranja zdravstvenega varstva mora zagotavljati enako plačilo za enako opravljeno storitev ter imeti vgrajene mehanizme, ki preprečujejo zlorabe sistema ter pridobivanje višjih sredstev na račun prikazovanja zahtevnejših storitev, kot so bile dejansko opravljene.

1.1 Teoretična izhodišča in opis problematike

Financiranje sistema zdravstvenega varstva zajema zbiranje sredstev in razdeljevanje sredstev izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Ustreznost razdeljevanja sredstev izvajalcem zdravstvene dejavnosti lahko opredelimo z različnih vidikov, med najpomembnejšimi je nedvomno enakost plačil izvajalcem zdravstvene dejavnosti za enako opravljene storitve.

V Sloveniji je bilo v letu 2004 uvedeno plačevanje akutne bolnišnične obravnave po sistemu skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju sistem SPP). Sistem SPP lahko poenostavljeno opredelimo kot sistem razvrščanja bolnikov v skupine, za katere porabimo podobno količino virov. Seznam SPP primerov je utežen, kar pomeni, da ima vsak SPP primer določeno utež. Ceno obravnave posameznega primera določata utež SPP primera in vrednost ene uteži. V letu 2007 ni bilo enotne vrednosti uteži za vse izvajalce, kar posledično pomeni, da so izvajalci prejeli različno plačilo za obravnavo enakega SPP primera. Zaradi zgodovinskih dejavnikov se je vrednost ene uteži v letu 2007 gibala med 1.002 EUR in 1.317 EUR, kar je preko 31 % razlike med cenami iste storitve v različnih bolnišnicah.

Razvrstitev bolnika v posamezen SPP primer je odvisna od treh skupin podatkov. Te skupine podatkov so (po Wahl et al. 2004, 689):

- glavna diagnoza, ki je opredeljena kot diagnoza, za katero po končanem zdravljenju menimo, da je bila glavni razlog sprejema bolnika v bolnišnično obravnavo;
- dodatne diagnoze so diagnoze, ki so obstajale že ob sprejemu bolnika ali pa so se v obliki zapletov pojavile med zdravljenjem in so pomembno vplivale na zdravljenje;
- pomembni klinični posegi, ki so bili pri bolniku opravljeni v okviru bolnišnične obravnave. Pomemben klinični poseg je npr. kirurški, zahteva anestezijo, posebej opremljene prostore, ekipo ali usposabljanje.

Vsakemu v bolnišnico sprejetemu pacientu se na podlagi glavne diagnoze, dodatnih diagnoz ter opravljenih posegov določi ustrezen SPP primer. Določanje SPP primera poteka preko t. i. »grouperja«, kar lahko opredelimo kot računalniški sistem, ki na podlagi pravil in vnesenih diagnoz, dodatnih diagnoz in posegov določi ustrezen SPP.

SPP sistem vsebuje 650 SPP primerov, ki so razvrščeni glede na zahtevnost in porabo virov v različne skupine. Zahtevnost in poraba virov se odražata v zadnji črki kode SPP primera. SPP primeri imajo od ene do štirih stopenj zahtevnosti. SPP sistem je sestavljen iz 204 SPP primerov, ki imajo le eno stopnjo zahtevnosti, 145 skupin SPP primerov s po dvema stopnjama zahtevnosti, 44 skupin s po tremi stopnjami zahtevnosti in šest skupin s po štirimi stopnjami zahtevnosti.

Pri SPP primerih z več stopnjami zahtevnosti gre za enako glavno diagnozo, stopnja zahtevnosti SPP primera pa je določena glede na dodatne diagnoze in pomembne klinične posege. Kot primer SPP skupine s štirimi stopnjami zahtevnosti lahko navedemo porod s carskim rezom, ki je razvrščen v naslednje SPP primere (tabela 1.1).

Tabela 1.1 Razvrstitev v SPP skupino

SPP koda	Naziv SPP primera	Utež
O01A	Porod s carskim rezom s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna	3,05
O01B	Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami	2,11
O01C	Porod s carskim rezom z zmernimi zapletenimi diagnozami	1,96
O01D	Porod s carskim rezom brez zapletenih diagnoz	1,71

Vir: Zupanc 2008, 119.

SPP primer O01A ima kar za 78 % večjo utež od primera O001D, kar posledično pomeni, da je tudi za 78 % več vreden. Iz tega lahko sklepamo, da imajo izvajalci razlog za morebitno napačno kodiranje oz. za dodajanje diagnoz in posegov, ki dejansko niso bili opravljeni, s čimer si zagotovijo več sredstev.

V pridobitni organizaciji lahko ugotovimo uspešnost poslovanja na podlagi doseženega dobička. V organizacijah, ki niso ustvarjene z namenom ustvarjanja dobička, pa je merjenje uspešnosti zahtevnejše, saj dobiček ni in ne more biti edini kazalec uspešnosti. Česen (2003, 190) ugotavlja, da je za zdravstvene delavce uspeh ozdravitev bolnika, za management javnega zdravstvenega zavoda in plačnika zdravstvenih storitev pa je uspeh, če je bila ozdravitev dosežena z gospodarno rabo razpoložljivih virov. Bistveni element uspeha je torej gospodarna raba razpoložljivih omejenih virov.

V letu 2007 so bolnišnice za enak opravljen poseg v okviru akutne bolnišnične obravnave prejele različno visoko plačilo. Prav zato se moramo vprašati, ali bolnišnice, ki prejemajo nižje plačilo, izrabijo možnost nepravilnega kodiranja primerov, da bi si pridobile dodatna sredstva. Kot primer lahko navedemo porod s carskim rezom, kjer bi izvajalec dodal dodatne diagnoze in posege, ki niso bili opravljeni, posledično pa bi bila utež in cena opravljenega SPP primera višja. Po drugi strani pa se postavlja vprašanje, ali bolnišnice, ki prejemajo višje plačilo za opravljene storitve, morda poslušajo

neekonomično, saj jim doseganje dobička ni v interesu ter zato dodatna sredstva neekonomično porabijo.

Ustrezen sistem financiranja bi moral zagotavljati enako plačilo za enako opravljeno storitev ter imeti vgrajene mehanizme, ki bi preprečevali zlorabe sistema ter pridobivanje višjih sredstev na račun prikazovanja zahtevnejših storitev, kot so bile dejansko opravljene.

V magistrski nalogi bomo analizirali opravljene storitve v okviru akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP in računovodske izkaze izbranega vzorca bolnišnic ter skušali ugotoviti, ali je sistem financiranja ustrezen. Ustreznost bomo presojali z dveh vidikov, to je z vidika ustreznega evidentiranja opravljenih storitev in z vidika ekonomičnega ravnanja s prejetimi sredstvi.

1.2 Temeljna teza in namen ter cilji raziskave

Osnovna teza naloge je, da se bolnišnice prilagajajo sistemu financiranja tako, da prikazujejo zahtevnejše posege od dejansko opravljenih, če prejemajo podpovprečna finančna sredstva, ter si tako izboljšajo finančni položaj; če pa prejemajo nadpovprečna finančna sredstva, je njihovo poslovanje manj ekonomično, saj njihov cilj ni ustvarjanje dobička.

Namen magistrske naloge je predstaviti financiranje akutne bolnišnične obravnave v letu 2007 ter na podlagi empiričnih podatkov podati zaključek o ustreznosti njenega financiranja.

Namen teoretičnega dela naloge je predstaviti način financiranja slovenskih bolnišnic, predstaviti pomembnejše kategorije iz izkaza poslovnega izida in bilance stanja ter opredeliti računovodske kazalnike, na osnovi katerih bomo v raziskovalnem delu ugotavljali ustreznost financiranja.

Namena raziskovalnega dela naloge sta dva:

- na podlagi podatkov o opravljenih storitvah v akutni bolnišnični obravnavi po sistemu SPP v letu 2007 ugotoviti, ali določene bolnišnice napačno evidentirajo opravljeno delo z namenom pridobivanja višjih finančnih sredstev;
- na podlagi ugotovitev teoretičnega dela (popravek izkazov za anomalije v sistemu financiranja) analizirati računovodske izkaze in izdelati prilagojene računovodske izkaze. Na podlagi analize bomo ugotovili, ali se bolnišnice, ki prejemajo nadpovprečna finančna sredstva, obnašajo manj ekonomično.

Cilj naloge je na podlagi empirične analize ugotoviti, ali bolnišnice dejansko opravijo storitve, ki jih zaračunajo zavarovalnici, ter ali višja prejeta sredstva vplivajo na manjšo ekonomičnost poslovanja bolnišnic.

Ugotovitve in iz raziskave izvedeni zaključki bodo dali teoretični in metodološki prispevek na področju sistema financiranja akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP v Sloveniji.

Raziskava predstavlja znanstveni in strokovni prispevek na področju sistema financiranja akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP v Sloveniji. Po našem vedenju do sedaj take vrste raziskava še ni bila opravljena. V raziskavi so predstavljene metodološke rešitve ter sklepi, ki prispevajo k novemu znanju na obravnavanem področju. Znane metode smo uporabili na novem področju raziskovanja. Prispevek k znanosti predmetnega dela je analiza vpliva sistema financiranja z vidika povezave opravljenega dela v bolnišnicah ter višine prihodkov na ekonomičnost poslovanja bolnišnic. Ustreznost razdeljevanja sredstev izvajalcem zdravstvene dejavnosti lahko opredelimo z različnih vidikov, med najpomembnejšimi je nedvomno enakost plačil izvajalcem zdravstvene dejavnosti za enako opravljene storitve. Dokler obstaja neenakost med plačili različnim izvajalcem za enake storitve, pa obstaja težnja bolnišnic, da si zagotovijo čim višje plačilo za opravljeno storitev. Zato smo v magistrski nalogi raziskali povezavo med ceno storitev in kodiranjem SPP primerov. Raziskali smo povezavo med ceno storitev in poslovnim izidom bolnišnic, ker je z računovodskega vidika cilj bolnišnic poslovanje s pozitivno ničlo. Na ta način smo osvetlili tudi učinkovitost poslovanja bolnišnic oziroma nagnjenje k pretirani, neekonomični porabi v primeru višjih prejetih sredstev.

Hipoteze:

H1: Bolnišnice z nižjo vrednostjo uteži težijo k prikazovanju zahtevnejših primerov od dejansko opravljenih, s čimer si skušajo zagotoviti več sredstev za opravljanje svoje dejavnosti.

H2: Bolnišnice, ki pri obravnavi svojih primerov pridobivajo višje vrednosti uteži, se obnašajo manj ekonomično od bolnišnic z nižjimi vrednostmi uteži, če to merimo s standardiziranimi ekonomskimi kazalci, kot so različna razmerja med ekonomskimi kategorijami iz računovodskih izkazov.

H3: Bolnišnice z višjo vrednostjo uteži ne bodo ustvarjale večjega presežka prihodkov nad odhodki kot bolnišnice z nižjo vrednostjo uteži, ampak bodo dodatna sredstva porabile.

H4: Bolnišnice z višjo vrednostjo uteži bodo težile k opravljanju zakupljenega obsega programa in v primerjavi z bolnišnicami z nižjo vrednostjo uteži ne bodo bolj presegle zakupljenega obsega programa.

1.3 Predstavitev predvidenih metod raziskovanja

Raziskava temelji na uporabi deskriptivnih in analitičnih metod. Za uresničitev postavljenih ciljev bomo uporabili naslednje zaporedje raziskovalnih postopkov:

- pregled razvoja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji;
- pregled stanja na področju akutne bolnišnične obravnave in predstavitev sistema SPP;
- opredelitev programa zdravstvenih storitev v letu 2007;
- pregled sedanjega stanja pri uporabi računovodskih kazalnikov ter teoretična opredelitev vsebinsko najpomembnejših računovodskih kazalnikov;
- oblikovanje zbirke podatkov;
- analiziranje podatkov o opravljenih storitvah v okviru akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP;
- analiziranje računovodskih kazalnikov;
- oblikovanje sklepov, ki izhajajo iz izvedenih empiričnih raziskav.

Pri analizi bomo uporabili podatke o realiziranih SPP primerih in o računovodskih izkazih, pridobljenih iz sekundarnih virov, to je iz različnih javno dostopnih virov na spletnih straneh Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije.

Glede na namen magistrske naloge, ki je, da na osnovi dostopnih podatkov ocenimo ustreznost financiranja bolnišnic v letu 2007, so omejeni tudi izbira in število vzorčnih enot ter čas opazovanja.

Celotno populacijo slovenskih bolnišnic je v letu 2007 sestavljalo 27 bolnišnic (od tega deset splošnih, pet psihiatričnih, sedem specialnih, dva univerzitetna klinična centra, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna in Onkološki inštitut Ljubljana). Psihiatrične bolnišnice, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo in Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna v raziskavo ne bodo zajeti, saj njihovo financiranje ne sodi v okvir sistema SPP.

Akutno bolnišnično obravnavo v sistemu SPP je v letu 2007 izvajalo 19 bolnišnic in sedem zasebnih izvajalcev. Zasebnih izvajalcev ne bomo obravnavali, saj imajo drugačne cilje poslovanja, njihovo poslovanje je zakonsko drugače urejeno, predstavljajo pa tudi zelo majhen delež akutne bolnišnične obravnave; v letu 2007 je njihov delež v celotni realizaciji SPP primerov znašal manj kot 1,6 % (ZZZS 2008, 42).

Vzorec bo zajemal vse splošne in pet specialnih bolnišnic. Vzorec ne bo zajemal univerzitetnih kliničnih centrov, Onkološkega inštituta in ene specialne bolnišnice (Bolnišnica Golnik), ker navedene ustanove izvajajo tudi terciarno dejavnost in njihovo financiranje ni neposredno primerljivo. Iz predstavljenih omejitev izhaja, da bo v vzorec, ki ga bomo obravnavali v magistrski nalogi, vključenih petnajst enot, in sicer:

- Splošna bolnišnica Celje,
- Splošna bolnišnica Novo mesto,
- Splošna bolnišnica Murska Sobota,

- Splošna bolnišnica Nova Gorica,
- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec,
- Splošna bolnišnica Izola,
- Splošna bolnišnica Jesenice,
- Splošna bolnišnica Ptuj,
- Splošna bolnišnica Trbovlje,
- Splošna bolnišnica Brežice,
- Ortopedska bolnišnica Valdoltra,
- Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj,
- Bolnišnica Topolšica,
- Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna ter
- Bolnišnica Sežana.

Proučevano populacijo lahko opredelimo kot »Vse bolnišnice v Sloveniji, organizirane kot javni zavodi, ki so v letu 2007 obračunavale akutno bolnišnično obravnavo po sistemu SPP in niso izvajale terciarnega zdravstvenega varstva«. Opazovano populacijo torej, kot smo že omenili, sestavlja petnajst enot.

Statistična enota je posamezna bolnišnica v Sloveniji, organizirana kot javni zavod, ki je v letu 2007 obračunavala akutno bolnišnično obravnavo po sistemu SPP in ni izvajala zdravstvenega varstva na terciarni ravni.

S pomočjo preučitve domače in tuje strokovne literature s področja zdravstvenega varstva, sistema SPP in računovodstva bomo preučili širše področje problema ter opredelili osnovne pojme in teoretične rešitve. Pri tem bomo uporabili metodo kompilacije. Za preverjanje zastavljenih hipotez bomo uporabili metode opisne statistike, metodo preverjanja hipotez ter ustrezne raziskovalne postopke. Osnovne opisne metode v magistrski nalogi so prikazane kot porazdelitve podatkov v obliki frekvenc in srednjih vrednosti ter mer razpršenosti za zvezne spremenljivke. Za merjenje razpršenosti podatkov bomo uporabili standardni odklon. Definiran je kot kvadratni koren iz variance, ki je prav tako ena izmed mer razpršenosti.

Za testiranje ničelne predpostavke o enaki porazdelitvi deležev različno zahtevnih SPP primerov med bolnišnicami pri H_1 bomo uporabili dve metodi, in sicer glede na število stopenj SPP primerov, pri analizi SPP primerov z dvema stopnjama zahtevnosti bomo uporabili Wilcoxonov značni test rangov, pri analizi SPP primerov s tremi in štirimi stopnjami zahtevnosti pa bomo uporabili Friedmanov test.

Za testiranje ničelne predpostavke (H_1) o enaki porazdelitvi SPP-jev po posameznih dveh stopnjah zahtevnosti glede na bolnišnico bomo uporabili Wilcoxonov značni test rangov. Wilcoxonov značni test rangov se uporablja za primerjavo parnih meritev oziroma dveh meritev na istih podatkih. Uporabimo lahko tudi podatke v deležih ali odstotkih. Osnovna predpostavka testa je, da ni razlik med dvema setoma

opazovanj. Test ne upošteva samo smeri razlik, ampak tudi velikost razlik med rangiranimi spremenljivkama.

Za testiranje ničelne predpostavke (H1) o enaki porazdelitvi SPP-jev po treh stopnjah in štirih stopnjah zahtevnosti glede na bolnišnico bomo uporabili Friedmanov test. S Friedmanovim testom bomo primerjali tri ali več vzorčnih meritev na isti enoti, ki ustreza situaciji deležev SPP po posameznih kategorijah SPP glede na enote oziroma bolnišnice. Običajna osnovna predpostavka je, da ni značilnih razlik med različnimi vzorčnimi meritvami (deleži SPP v stopnjah zahtevnosti po bolnišnicah). Nato bomo izračunali verjetnost, da bodo dejansko opazovane razlike rezultat naključja. V postopku Friedmanovega testa so podatki vzporedno primerjanih spremenljivk najprej rangirani, zato lahko uporabimo tudi odstotke ali deleže. Če je osnovna predpostavka o ničelnih razlikah pravilna, bomo dobili majhne razlike med vsotami rangov posameznih meritev. Če dobimo značilno velike razlike med npr. tremi različnimi meritvami, nas navadno posebej zanimajo samo razlike v določenem paru. V tem primeru izračunamo razlike med katerima koli dvema vzporednima paroma, tako da uporabimo Wilcoxonov značni test rangov.

Za testiranje povezanosti med različnimi kazalniki poslovanja (opredeljenimi v H2, H3 in H4) bomo uporabili Spearmanov test korelacije. Ta test meri vzajemno povezavo med dvema numeričnima spremenljivkama. Neposredna ali pozitivna korelacija obstaja, ko sta padec in porast vrednosti v eni spremenljivki povezana s padcem oziroma porastom v drugi spremenljivki. Inverzna ali negativna korelacija obstaja, ko porast vrednosti v eni spremenljivki spremlja padec vrednosti v drugi spremenljivki in obratno. Spearmanov test korelacije uporablja rangirane vrednosti spremenljivk. Če sta spremenljivki v visoki pozitivni korelaciji, bodo razlike med rangi obeh spremenljivk majhne. Pri testiranju korelacije bomo izhajali iz predpostavke, da ni značilne korelacije med dvema setoma spremenljivk. Nato določimo verjetnost, da bomo naključno dobili razliko med rangoma, ki bo tako majhna oziroma tako velika, kot je razlika rangov med setoma, ki ju opazujemo. Če dobimo zelo majhno verjetnost, potem zavrremo osnovno hipotezo o nepovezanosti in sprejmemo ugotovitev, da sta spremenljivki med seboj povezani. Če obstaja verjetnost, da se razlika lahko pojavi več kot enkrat v 20 primerih ($p > 5\%$), sprejmemo hipotezo o tem, da spremenljivki nista povezani.

Za tabelarični in grafični prikaz podatkov bomo uporabljali program Microsoft Excel, za statistično analizo pa bomo uporabljali programa Microsoft Excel in SPSS za Okna.

1.4 Predvidene predpostavke in omejitve obravnavanja magistrske naloge

Veliko omejitev pri analiziranju poslovanja bolnišnic predstavlja omejeno število bolnišnic, ki opravljajo svojo dejavnosti na območju Slovenije. Čeprav je vzorec omejen na 15 bolnišnic, ki izpolnjujejo določena merila, menimo, da bodo rezultati

analize podali dovolj natančno oceno stanja na obravnavanem področju v obravnavanem letu.

Analizirali bomo poslovanje v letu 2007, kar bo zajemalo tako analizo podatkov o realizaciji programa akutne bolnišnične obravnave kot tudi analizo računovodskih izkazov. Analiza podatkov o realizaciji programa akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP bo izvedena na osnovi predpostavke, da imajo primerljive bolnišnice tudi primerljivo strukturo opravljenih storitev, odstopanje od tega pa kaže bodisi na vsebinske razloge bodisi na nepravilnosti v evidentiranju storitev. Računovodske podatke bolnišnic bomo analizirali na osnovi predpostavke, da so vsi uporabljeni računovodski podatki resnični in odražajo pošteno sliko poslovanja bolnišnice. Analizi ustreznosti kodiranja SPP primerov in kazalnikov poslovanja bosta zasnovani na predpostavki, da sta bodisi nepravilno evidentiranje bodisi neekonomično poslovanje pokazatelja neustreznega sistema financiranja, ki navedene nepravilnosti dopušča in omogoča.

1.5 Zasnova magistrske naloge

V uvodu magistrske naloge so opredeljena izhodišča, namen in cilji pričujočega dela, metode preučevanja, predpostavke in omejitve raziskave.

V teoretičnem delu (drugo do peto poglavje) so postavljena izhodišča za raziskovalni del s tem, ko smo osvetlili vsa področja, ki bodo služila kot osnova za raziskavo. V drugem poglavju je predstavljen sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji s poudarkom na specialistični bolnišnični obravnavi pacientov kot delom sekundarnega zdravstvenega varstva in njeni umestitvi v sistem. V tretjem poglavju predstavljamo sistem skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP), ki je osnova za financiranje akutne bolnišnične obravnave v Sloveniji. V četrtem poglavju je podrobneje opredeljen program zdravstvenih storitev za leto 2007. V petem poglavju so prikazane posebnosti računovodstva javnih zavodov, izkaz prihodkov in odhodkov, bilanca stanja in računovodski kazalniki ter njihove omejitve.

Šesto poglavje je namenjeno empiričnemu delu, v katerem ugotavljamo ustreznost financiranja akutne bolnišnične obravnave v letu 2007. S pomočjo ustreznih metod ugotavljamo, ali bolnišnice ustrezno evidentirajo opravljeno delo ter ali višje plačilo za storitve pomeni manjšo ekonomičnost poslovanja bolnišnic.

Sedmo poglavje je namenjeno zaključku naloge. Tukaj so povzete pogloblitve ugotovitve, do katerih smo prišli na podlagi teoretičnega preučevanja področja financiranja akutne bolnišnične obravnave in empirične analize njenega financiranja v letu 2007.

2 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI

S ciljem zagotavljanja čim boljšega zdravstvenega stanja prebivalstva skušajo države vzpostaviti ustrezen sistem zdravstvenega varstva. Po najširši definiciji sistem zdravstvenega varstva zajema celotno dejavnost človeštva in vse dejavnike okolja, ki vplivajo na zdravje (Letica 1989, 14). Po Česnu (1998, 10) so temeljne prvine sistema zdravstvenega varstva:

- zdravstvena politika,
- zdravstvena dejavnost,
- zdravstveno zavarovanje,
- izobraževanje in usposabljanje,
- medicinska znanost in zdravstvene tehnologije.

Delovanje sistema zdravstvenega varstva je usmerjeno v zadovoljevanje zdravstvenih potreb, zato štejemo prve tri prvine kot jedro, zadnji dve pa kot nujno potrebno podporo sistemu (Česen 1998, 11).

2.1 Razvoj sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji

Začetke sistema zdravstvenega varstva na območju današnje Slovenije lahko zasledimo že v 19. stoletju. Leta 1854 je bil sprejet rudarski zakon v Avstro-Ogrski, po katerem je bil princip solidarnosti prvič uveljavljen. Do tedaj je bila zdravstvena oskrba zagotovljena z neposrednim plačilom uporabnikov zdravstvenih storitev, s tem zakonom pa je zdravstvena oskrba postala predmet zdravstvenega zavarovanja (Albreht et al. 2002, 7). Leta 1888 je bil sprejet zakon o bolniškem zavarovanju delavcev, leto zatem pa je bila, po Bismarckovem vzorcu, ustanovljena prva Okrajna bolniška blagajna v Ljubljani. Omenjeni sistem je z nekaterimi popravki ter nadgraditvami deloval do druge svetovne vojne.

Po drugi svetovni vojni so se zgodile velike spremembe. Socialno zavarovanje je vključevalo pokojninsko zavarovanje, invalidsko zavarovanje, zdravstveno zavarovanje in zavarovanje za rodniški dopust. Po reformah v letu 1954 in 1955 se je zdravstveno zavarovanje ločilo od socialnih zavarovanj, leta 1972 pa so bile izenačene pravice do zdravstvenega zavarovanja za vse prebivalstvo, vključno s kmeti (povzeto po Albreht et al. 2002, 7–9).

Po osamosvojitvi Slovenije leta 1991 so se na področju zdravstvenega varstva zgodile pomembne reforme. V okviru reforme je bila leta 1993 sprejeta nova zakonodaja, ki je uvedla predvsem naslednje pomembne novosti (Gracar 1999, 31):

- uvedba sistema zdravstvenega zavarovanja,
- implementacija obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,

- postavitve Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot javnega zavoda, ki izvaja obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje,
- uvedba zasebne zdravstvene prakse,
- partnerski pristop k oblikovanju obsega in vsebine programov ter elementov cen zdravstvenih storitev.

Zdravstvu namenjeni delež BDP je v letu 1993 znašal 7,7 %, v letu 1999 pa 7,6 %. Pomembno se je spremenila tudi struktura znotraj navedenega odstotka BDP, saj so izdatki za javne izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki so v letu 1993 znašali 7,1 %, v letu 1999 znašali pa 6,5 % (Jakubowski 2002, 5).

2.2 Pravna ureditev zdravstvenega varstva in načini izvajanja zdravstvenega varstva

Ustava Republike Slovenije (1991, 1376) kot temeljni pravni akt Republike Slovenije v 51. členu opredeljuje pravico do zdravstvenega varstva kot: »Vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev. Nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon.«

Iz 51. člena Ustave RS torej izhaja pravica do zdravstvenega varstva, hkrati pa nas za podrobnejši pregled nad ureditvijo napotuje na zakone. Najpomembnejši zakon, ki ureja zdravstveno varstvo v Sloveniji, je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS 9/1992). Zakon je bil sprejet v letu 1992 in je bil od takrat že večkrat spremenjen in dopolnjen, nazadnje leta 2008 (Ur. l. RS 25/2008). Zakon je sestavljen iz treh delov:

- V prvem delu z naslovom »Zdravstveno varstvo« ureja načela zdravstvenega varstva.
- V drugem delu z naslovom »Zdravstveno zavarovanje« ureja področje zdravstvenega zavarovanja, v katerem definira obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. V okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja je podana opredelitev zavarovanih oseb, opredeljene so pravice zavarovanih oseb, prav tako pa so opredeljeni tudi viri sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Opredeljen je način urejanja odnosov med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), zdravstvenimi zavodi in zasebnimi zdravstvenimi delavci. Zakon določa tudi okvir prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Zakon je postavil podlago za ustanovitev ZZZS kot javnega zavoda, zadolženega za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Urejen je način uveljavljanja pravic iz zdravstvenega zavarovanja ter določen način povračila škode.
- V tretjem delu zakona so kazenske in končne določbe.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS 9/92) ureja vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti, javno zdravstveno službo ter povezovanje zdravstvenih organizacij in zdravstvenih delavcev v zbornice oziroma združenja. Zakon obravnava tudi storitve, ki predstavljajo zdravstveno dejavnost na treh ravneh (2. člen):

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

Kot posebna specialistična dejavnost na sekundarni in terciarni ravni poteka tudi socialno-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost.

V magistrski nalogi se bomo ukvarjali z ustreznostjo financiranja akutne bolnišnične obravnave kot dela zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni, zato bomo podrobneje opredelili sekundarno raven, prav tako pa bomo podrobneje opredelili tudi terciarno raven, da bomo lahko z vsebinskega vidika ločili med sekundarno in terciarno obravnavo. Tako bomo lahko vsebinsko utemeljili odločitev, da v analizi ne obravnavamo terciarnih ustanov.

Zakon o zdravstveni dejavnosti v drugem členu loči zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni na specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost, ki je natančneje opredeljena v 15. členu navedenega zakona kot: »Specialistična bolnišnična dejavnost obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego, nastanitev in prehrano v splošnih in specialnih bolnišnicah.«

Nadalje so opredeljeni tudi pogoji za opravljanje dejavnosti, v 16. členu pa so bolnišnice po svojem namenu ločene na splošne in področne.

Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni je opredeljena v 17. in 18. členu, z vidika predmetnega dela pa je pomembna predvsem naslednja opredelitev: »V okviru svoje dejavnosti klinike, klinični inštituti ali klinični oddelki opravljajo najzahtevnejše specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje.«

Poleg navedenih zakonov urejajo področje zdravstvenega varstva tudi drugi zakoni, številni podzakonski akti in drugi predpisi ter mednarodne konvencije, ki zavezujejo Slovenijo. Posebej velja omeniti še Zakon o zavodih, saj predpisuje okvire poslovanja javnih zavodov, kamor sodijo tudi bolnišnice. V prvem členu Zakona o zavodih (Ur. l. RS 21/91) je zapisano: »Zavodi so organizacije, ki se ustanovijo za opravljanje dejavnosti vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička.«

Z vidika te magistrske naloge je bistvena navedena opredelitev, saj iz nje izhaja, da cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička ampak izvajanje določene dejavnosti, za katero je bil zavod ustanovljen.

2.3 Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni

Zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni vključujejo specialistične ambulantne dejavnosti in specialistične bolnišnične dejavnosti. Skladno z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (2005, 23) lahko specialistično ambulantno dejavnosti izvajajo bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki – specialisti posameznih strok, specialistično bolnišnično dejavnost pa opravljajo bolnišnice, ki morajo izpolnjevati z zakonom predpisane pogoje.

Bolnišnice delimo glede na njihov namen na splošne in specialne. Splošna bolnišnica je zdravstveni zavod za zdravljenje več vrst bolezni, ki ima specialistično ambulantno dejavnost in posteljne zmogljivosti najmanj za področje medicine, kirurgije, pediatrije in ginekologije ali porodniške dejavnosti. Specialna bolnišnica je zdravstveni zavod za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje določene bolezni oziroma določene skupine prebivalcev, ki mora izpolnjevati vse pogoje za bolnišnico, le da ima posteljne, diagnostične in druge zmogljivosti prilagojene svojemu namenu (Zakon o zdravstveni dejavnosti 2005).

Iz opredelitve zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni izhaja, da ločimo specialistično ambulantno dejavnost in bolnišnično zdravljenje. V nadaljevanju se bomo osredotočili na bolnišnično zdravljenje, natančneje na akutno bolnišnično obravnavo po sistemu SPP. Sistem SPP lahko poenostavljeno opredelimo kot sistem razvrščanja bolnikov v skupine, za katere porabimo podobno količino virov. Seznam SPP je utežen, kar pomeni, da ima vsak SPP določeno utež. Izvajalci z SPP obračunavajo storitve v akutni bolnišnični obravnavi.

3 AKUTNA BOLNIŠNIČNA OBRAVNAVA IN SISTEM SPP

Akutno bolnišnično obravnavo lahko opredelimo kot skupek aktivnosti (opazovanje, diagnostika, zdravljenje), ki se nanašajo na celotno akutno zdravstveno oskrbo osebe v bolnišnici. Akutna bolnišnična obravnava se začne s sprejemom osebe v prvo od zdravstvenih služb bolnišnice, ki izvajajo akutni tip obravnave. Konča se z odpustom iz bolnišnice, s premestitvijo osebe v zdravstveno službo iste bolnišnice, ki ne izvaja akutnega tipa bolnišnične obravnave, ali s smrtjo osebe (IVZ RS 2006, 11).

V Sloveniji je bilo v letu 2004 uvedeno plačevanje akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP.

Poenostavljeno bi lahko SPP sistem označili kot način razvrščanja bolnikov, za katere porabimo približno enako sredstev. Po Wahl et al. (2004, 689) so se Skupine primerljivih primerov (SPP) (angl. DRG – Diagnostic Related Groups) razvile kot odgovor na naraščajoče stroške bolnišnic in krčenje zdravstvenih proračunov v zgodnjih osemdesetih letih 20. stoletja. Prve študije in poskusna uvajanja so bila narejena s sodelovanjem ameriških (prof. Fetter, Univerza Yale) in avstralskih strokovnjakov, nato pa so se SPP uveljavile v številnih državah sveta. Po sistemu SPP naj bi izvajalci prejeli nek fiksni znesek denarja za določen SPP primer, od izvajalca pa je odvisno, ali bo za njegovo obravnavo porabil več sredstev, kot jih je prejel, ali manj (povzeto po Rus 1996, 134). Od tu izhaja tudi ena izmed prednosti SPP sistema, da je omogočeno spremljanje in primerjanje učinkovitosti bolnišnic. Na tem mestu bomo le opomnili, da v Sloveniji prej navedeno dejstvo, da vsi izvajalci prejmejo enako plačilo za določen SPP primer, ne drži v celoti, podrobneje bomo ta problem predstavili v nadaljevanju.

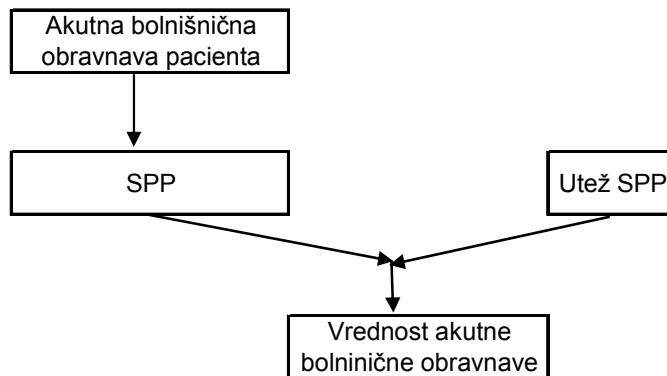
Razvrstitev bolnika v posamezen SPP primer je odvisna od treh skupin podatkov (po Wahl et al. 2004, 689):

- glavne diagnoze, ki je opredeljena kot diagnoza, za katero po končanem zdravljenju menimo, da je bila glavni razlog sprejema bolnika v bolnišnično obravnavo;
- dodatne diagnoze – to so diagnoze, ki so obstajale že ob sprejemu bolnika ali pa so se v obliki zapletov pojavile med zdravljenjem in so pomembno vplivale na zdravljenje;
- pomembni klinični posegi, ki so bili pri bolniku opravljeni v okviru bolnišnične obravnave. Pomembni klinični poseg je npr. kirurški, zahteva anestezijo, posebej opremljene prostore, ekipo ali usposabljanje.

Vsakemu pacientu, ki je sprejet v bolnišnico, se na podlagi glavne diagnoze, dodatnih diagnoz ter opravljenih posegov določi ustrezen SPP primer. Določanje SPP primera poteka preko t. i. »grouperja«, kar lahko opredelimo kot računalniški sistem, ki

na podlagi pravil in vnesenih diagnoz, dodatnih diagnoz in posegov določi ustrezen SPP. Določitev cene akutne bolnišnične obravnave pacienta prikazuje slika 3.1.

Slika 3.1 Določitev cene akutne bolnišnične obravnave pacienta



Posamezna akutna bolnišnična obravnava pacienta je razvrščena v en SPP primer, skupaj z utežjo tega SPP primera in ceno ene uteži pa lahko izračunamo ceno predmetne akutne bolnišnične obravnave.

Pred nadaljevanjem je treba še podrobneje opredeliti pojme utež, povprečna utež, cena uteži in cena primera.

- *Utež.* Vsakemu SPP primeru je dodeljena ustrezna utež. Utež 1 ustreza povprečno zahtevnemu bolniku. Primeri z višjo utežjo so zahtevnejši in zahtevajo večjo porabo virov, primeri z nižjo utežjo pa manj zahtevni. Seznam primerov ter uteži za leto 2007 je objavljen v prilogi 2a PDB 2007.
- *Povprečna utež.* Povprečna utež posameznega izvajalca se izračuna na podlagi seštevka števila primerov in števila uteži. Izvajalci, ki v povprečju obravnavajo zahtevnejše paciente, imajo višjo povprečno utež.
- *Povprečna cena uteži.* Povprečna cena ene uteži za SPP je količnik med vsoto vseh načrtovanih sredstev za akutno bolnišnično obravnavo in načrtovano vsoto uteži za SPP za vse izvajalce v Sloveniji.
- *Cena primera.* Cena primera izračunamo iz uteži posameznega primera in vrednosti uteži.

Kot primer izračuna cene SPP primera vzemimo SPP primera A06Z (Traheostomija vse starosti, vsa stanja) in B80Z (Druge poškodbe glave). SPP primer A06Z ima utež 22,23, SPP primer B80Z pa le 0,37. Ob poznavanju povprečne cene uteži v letu 2007 v Sloveniji, ki je znašala 1.068,07 EUR, lahko izračunamo vrednost posameznega SPP primera, kar prikazujemo v tabeli 3.1.

Tabela 3.1 Izračun cene izbranih SPP primerov

Šifra SPP	SPP	Utež	Cena uteži (v EUR)	Vrednost (v EUR)
A06Z	Traheostomija vse starosti, vsa stanja	22,23	1.068,07	23.743,20
B80Z	Druge poškodbe glave	0,37	1.068,07	395,19

Vir: Zupanc 2008, 77 in 81.

Na podlagi primerov A06Z in B80Z lahko ugotovimo, da so različni primeri različno vrednoteni, in sicer glede na zahtevnost in porabo virov. V nadaljevanju bomo podrobneje opredelili postopek razvrščanja obravnave v SPP primere, saj je, kot vidimo, razvrstitev v določeno SPP skupino ključnega pomena za višino prejetih sredstev izvajalcev.

3.1 Opredelitev razvrstitve posamezne obravnave v SPP primer

Šifra SPP primera je sestavljena iz štirih znakov. Kot primer lahko navedemo npr. C03Z Posegi na mrežnici. Iz primera izhaja, da je šifra SPP sestavljena iz štirih znakov, ki si sledijo kot:

- črka 1,
- številka 1,
- številka 2,
- črka 2.

Prva črka šifre SPP primera predstavlja eno izmed 25 glavnih diagnostičnih kategorij (MDC – Major Diagnostic Categories), v katero se uvršča glavna dokumentirana diagnoza po ICD-10. Razporeditev kategorij MDC poteka predvsem glede na organe in se začne z B pri živčnem sistemu (imenovanem tudi MDC 01) in se nadaljuje čez C očesnega sistema vse do MDC Z (Zupanc 2008, 37).

Številki, ki predstavljata drugi in tretji znak šifre SPP, pomenita postavitev osnovne skupine znotraj v prvem znaku opredeljene kategorije glavnih diagnoz. Številke od 01 do 39 predstavljajo kirurške skupine, od 40 do 59 druge skupine in od 60 do 99 nekirurške skupine (Zupanc 2008, 42).

Zadnja črka pomeni težavnost skupine, kot sledi:

- A – SPP primeri z največjo porabo virov,
- B – SPP primeri z drugo največjo porabo virov,
- C – SPP primeri s tretjo največjo porabo virov,
- D – SPP primeri z najmanjšo porabo virov,
- Z – ni dodatne razdelitve primerov glede na porabo virov.

Glede na to, da je pri določenih SPP primerih razlika med SPP primeri znotraj iste skupine velika, se postavlja tudi vprašanje, ali se bolnišnice poslužujejo različnih

postopkov, s katerimi obravnavane paciente razvrščajo v višje vrednotene SPP primere in si s tem povišujejo prihodke.

3.2 Napačno kodiranje kot način za povečevanje prihodkov

Vsaki ABO posameznega pacienta skozi kodiranje glavne diagnoze, dodatnih diagnoz in postopkov določimo ustrezno šifro SPP-ja. Določanje šifre SPP poteka »avtomatično«, na podlagi zapisa prej navedenih podatkov v informacijski sistem izvajalca se ABO na podlagi določenih klasifikacijskih pravil z razvrščevalnikom (angl. grouperjem), ki je vgrajen v informacijski sistem, razvrsti v določeno skupino.

Izvajalci lahko uporabijo tudi različne zvijače ali nepravilno kodirajo, s čimer želijo prikazati večjo utež posamezne obravnave od dejanske. Na omenjeno temo je bilo v tujini narejenih več raziskav. Napačno kodiranje se pojavlja v dveh smereh. O »prekodiranju« govorimo, ko izvajalec z namenom prikazovanja višjih uteži od dejanskih kodira neustrezne diagnoze in postopke. O »pod-kodiranju« pa govorimo, ko izvajalci slabo evidentirajo diagnoze in postopke, določenih sploh ne evidentirajo in zato prikazujejo SPP primere z nižjimi utežmi od dejanskih. Medtem ko lahko v prvem primeru govorimo predvsem o namernem kršenju predpisov, pa gre v drugem primeru bolj ali manj za neurejenost procesov pri izvajalcih.

Dafny (2003, 32–33), ugotavlja, da vrednotenje posameznih SPP primerov močno vpliva na njihovo kodiranje, nima pa pomembnega vpliva na sprejeme v bolnišnico in na obravnavo bolnika. V kolikor se izkaže, da je določen SPP primer za bolnišnico bolj dobičkonosen, bolnišnice uporabijo možnost prilagojenega kodiranja, da se obravnave uvrstijo v zeleni SPP primer. Na drugi strani pa se zaradi spremenjenih (povečanih) cen posameznih SPP primerov ne poveča število sprejemov v bolnišnico, prav tako ni bistvenih razlik v obravnavi bolnika in v negi. Navedena raziskava je bila opravljena v ZDA, vendar menimo, da lahko določene zaključke prenesemo tudi v druge zdravstvene sisteme, saj si izvajalci povsod prizadevajo za čim višje vrednotenje svojih storitev.

Povprečna utež nam pove, kako zahtevne paciente določen izvajalec obravnava v povprečju. Če ima posamezna bolnišnica višjo povprečno utež kot druga bolnišnica, to pomeni, da v povprečju zdravi zahtevnejše paciente. Če se vsako leto povečuje povprečna utež, pa ne moremo trditi, da se povečuje zahtevnost pacientov, v tem primeru gre lahko za prilagajanje izvajalcev sistemu financiranja. Naveden pojav je prisoten v številnih državah; kot primer navedimo ZDA, kjer se je povprečna utež dvignila z 1,05 v letu 1981 na 1,24 v letu 1987 (Steinwald in Dummit 1989, 38).

3.3 Vključenost izvajalcev v sistem SPP v letu 2007

Sistem SPP se je v letu 2007 uporabljal tako za obračunavanje akutne bolnišnične obravnave pri javnih izvajalcih kot tudi pri zasebnih izvajalcih. Izjeme, ki programa na podlagi SPP v letu 2007 ne načrtujejo, so Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo,

Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični, oddelek za rehabilitacijo invalidne mladine v Splošni bolnišnici Nova Gorica, izvajalci za program transplantacij, psihiatrične dejavnosti ter nekatere druge programe, ki so podrobneje opredeljeni v prilogi 1 PDB 2007 (ZZZS 2007a, 3). Skupaj je bilo v sistem SPP vključenih 25 izvajalcev, od tega 19 javnih zavodov in šest zasebnih izvajalcev, kar prikazujemo v tabeli 3.2. Poleg tega je bila dopuščena tudi možnost drugih zasebnih izvajalcev s koncesijo v akutni bolnišnični obravnavi.

Tabela 3.2 Bolnišnice vključene v sistem SPP

	Zap. št.	Naziv izvajalca
Javni izvajalci	1	Univerzitetni klinični center Ljubljana
	2	Univerzitetni klinični center Maribor
	3	Bolnišnica Golnik – KOPA
	4	Onkološki inštitut Ljubljana
	5	Ortopedska bolnišnica Valdoltra
	6	Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna
	7	Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj
	8	Bolnišnica za zdravljenje in rehabilitacijo kroničnih pljučnih bolnikov in podaljšano splošno-bolnišnično nego Sežana
	9	Bolnišnica Topolšica
	10	Splošna bolnišnica Celje
	11	Splošna bolnišnica Izola
	12	Splošna bolnišnica Jesenice
	13	Splošna bolnišnica Nova Gorica
	14	Splošna bolnišnica Murska Sobota
	15	Splošna bolnišnica Novo mesto
	16	Splošna bolnišnica Trbovlje
	17	Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
	18	Splošna bolnišnica Ptuj
	19	Splošna bolnišnica Brežice
Zasebni izvajalci	20	Kirurški center Toš
	21	Kirurški sanatorij Rožna dolina, d. d.
	22	Medicor, d. d.
	23	Zasebni kirurg Bitenc Marko
	24	Iatros, dr. Košorok
	25	Estetika Fabjan
	26	Drugi zasebni izvajalci s koncesijo v akutni bolnišnični obravnavi.

Vir: ZZZS 2007a, priloga 2.

3.4 Primerjava sistema SPP v Sloveniji s sistemom SPP v nekaterih drugih evropskih državah

Plačevanje akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP je nadomestilo model plačevanja po primerih. Ob prehodu na sistem SPP bi po novem načinu obračunavanja storitev določene bolnišnice izgubile zelo visok del sredstev, spet druge pa bi visok

delež sredstev pridobile. Z izgubo sredstev bi bilo ogroženo poslovanje bolnišnic, ki so po staremu sistemu preveč plačane (glede na opravljene storitve po sistemu SPP). Zato je bil v področnih dogovorih za bolnišnice določen delež sredstev, ki je namenjen prelivanju (natančneje o tem v četrtem poglavju). V letu 2007 so bolnišnice na račun podcenjenosti in precenjenosti lahko pridobile ali izgubile do 1 % sredstev. Posledica tega pa je, da tudi po štirih letih od uveljavitve sistema SPP še vedno nimamo enotne cene uteži za vse izvajalce akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP.

Tudi druge države, ki so prevzele sistem SPP, so se soočile z isto težavo, to je z različno ceno SPP primera po izvajalcih, vendar so se na to odzvale različno. V tabeli 3.3 prikazujemo financiranje SPP primerov v izbranih evropskih državah.

Tabela 3.3 Pregled financiranja SPP primerov v izbranih evropskih državah

Država	Način prehoda na nov sistem	Financiranje SPP primerov in morebitna odstopanja
Avstrija	Brez prehodnega obdobja.	Uteži SPP primerov so enake za celotno državo, cena uteži je različna zaradi različnih sredstev ki jih imajo na razpolago posamezne dežele (federal states).
Belgija	Prehodno obdobje od 1. 7. 2002 do 1. 7. 2005.	SPP sistem temelji na dolžini bivanja pacienta, uporablja se le ena različica SPP sistema, ni razlik na lokalni ravni.
Anglija	Prehodno obdobje do 2008.	Določene so fiksne cene za vse SPP primere, niso pa vsi izvajalci akutne bolnišnične obravnave financirani na takšen način.
Francija	Prehodno obdobje od leta 2004 do 2012.	Uporablja se enotne uteži in cene, dodatna sredstva so namenjena zunanjim (outermost regions) regijam in Parizu.
Nemčija	Prehodno obdobje od leta 2005 do leta 2008.	Uporablja se enoten SPP sistem za celotno državo, cene so določene na zvezni ravni, k tem cenam konvergirajo izvajalci do leta 2009.
Švedska	Različno, odvisno od posameznih okrožij.	Cene so določene za vsako bolnišnico posebej, prav tako so razlike med utežmi SPP primerov med okrožji (counties). Dve okrožji ne uporabljata SPP sistema.

Vir: povzeto po HOPE 2007, 44–49.

Na podlagi podatkov iz tabele lahko zaključimo, da so se opazovane evropske države uvedbe SPP sistema lotile različno. Nekatere, kot npr. Švedska in Anglija, tega niso uvedle v celoti. Redke države niso imele prehodnega obdobja, večina držav pa je uvedla od tri do osem let dolgo prehodno obdobje. Prav tako so razlike med financiranjem SPP primerov; nekatere države imajo enotne uteži in cene uteži, spet v drugih prihaja do razlik med deželami, regijami oz. okrožji. V tem pogledu lahko zaključimo, da je šla Slovenija podobno pot kot nekatere druge evropske države.

3.5 Razmerje med ceno SPP primera in dejanskimi stroški bolnišnic

Cena posameznega SPP primera je določena z utežjo primera ter z vrednostjo ene uteži. Utež SPP primera odraža njegovo zahtevnost in porabo virov. Cena SPP primera je enotna za posamezen SPP primer, vendar pa pacienti znotraj posameznega SPP primera zahtevajo nekoliko (v nekaterih primerih pa zelo) različno oskrbo. V nadaljevanju si bomo ogledali razmerje med ceno SPP primera in dejanskimi stroški bolnišnic iz različnih evropskih držav. Izpostaviti velja, da v evropskem prostoru ni enotne metodologije, po kateri bi lahko izračunali stroške bolnišničnih oddelkov ali storitev (Negrini et al. 2004, 195).

V raziskavi, opravljeni na Finskem (Antikainen et al. 2005, 775) na primeru oddelka za dnevno kirurgijo, so ugotovili, da obstaja velika razlika med cenami posameznega SPP primera in stroški posameznega SPP primera na podlagi spremljanja stroškov aktivnosti poslovnega procesa, kar prikazujemo v tabeli 3.4.

Tabela 3.4 Razlike med ceno izbranih SPP primerov in stroški na primeru Finske

Operacije, ki so bile izvedene vsaj 50 krat v enem letu	Stroški	Cena SPP primera	Razlika
Operacija 1	1.096,00	1.006,00	90,00
Operacija 2	1.074,09	897,00	177,09
Operacija 3	744,88	647,00	97,88
Operacija 4	1.011,13	830,00	181,13
Operacija 5	952,68	830,00	122,68
Operacija 6	1.585,30	741,00	844,30
Operacija 7	518,98	361,00	157,98
Operacija 8	853,16	1.751,00	-897,84
Operacija 9	580,77	830,00	-249,23

Vir: Antikainen et al. 2005, 775.

Ugotovimo lahko, da obstajajo razlike med ceno, ki jo za SPP plača zavarovalnica, in dejansko stroškovno ceno posameznega SPP primera. Razlike gredo tako v prevrednotenje posameznih primerov kot tudi v podvrednotenje posameznih primerov.

Podobna raziskava je bila opravljena tudi na Norveškem (Skeie et al. 2002, 439). Najprej velja izpostaviti, da so bile zdravstvene storitve v času raziskave (1997) na Norveškem le delno financirane na podlagi SPP primerov (35 %), to pomeni, da sistem ni neposredno primerljiv s slovenskim. V navedeni raziskavi so raziskovali razmerje med dejanskimi stroški, priznanimi stroški SPP primera in priznanimi prihodki od zavarovalnice za posamezen primer. Avtorji so ugotovili, da je priznana cena SPP primera za presaditev ledvic višja od dejanske stroškovne cene storitve. Stroškovna cena pa je bila višja od priznane cene.

Na podlagi predstavljenih primerov lahko ugotovimo, da je stroškovna cena oskrbe pacienta znotraj posameznega SPP primera različna. Iz tega izhaja, da na stroške oskrbe pacienta vplivajo tudi drugi dejavniki. To potrjujejo tudi ugotovitve raziskave o vplivu zdravstvenega stanja pacienta na stroške SPP primera in na stroške oskrbe posameznega SPP primera med bolnišnicami (Lynk 2001, 111). Ugotovitve kažejo, da lahko različne stroške oskrbe le v 60 % povežemo z SPP primeri. To pomeni, da 60 % razlik v stroških oskrbe pacientov izražajo ustrezni SPP primeri, v katere so razvrščeni pacienti. Po drugi strani pa lahko bistveno več, kar 80 % razlik v stroških oskrbe pacientov, pojasnimo z SPP primerom in z oceno zdravstvenega stanja pacienta. Čeprav različni pacienti spadajo v isti SPP, pa njihovo zdravstveno stanje ob sprejemu v bolnišnico ni enako in posledično se razlikujejo tudi stroški bolnišnice z njihovo oskrbo.

Na podlagi predstavljenih primerov in izkušenj iz različnih držav lahko zaključimo, da:

- obstajajo bistvena odstopanja tako navzdol kot tudi navzgor med priznano ceno posameznega SPP-ja in dejanskimi stroški, ki jih ima izvajalec s predmetnim SPP-jem;
- obstajajo bistvene razlike med ceno oskrbe pacientov, ki spadajo v isti SPP primer, in te spremenljivosti cene plačevanje storitev po SPP metodologiji ne zajema;
- ne moremo sklepati, da višja cena SPP primera pomeni tudi višje stroške bolnišnice pri njegovi obravnavi.

Če navedene trditve povežemo s ciljem poslovanja bolnišnic, ki ni ustvarjanje dobička, se lahko upravičeno vprašamo, ali višji prihodki pomenijo manjšo ekonomičnost poslovanja bolnišnic. Podrobneje bomo to vprašanje razdelali v aplikativnem delu naloge.

4 PROGRAM ZDRAVSTVENIH STORITEV V LETU 2007

Skladno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ, 63. člen) se ZZZS, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter ministrstvo, pristojno za zdravstvo, za vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določijo obseg sredstev.

Na tej osnovi določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter z zasebnimi zdravstvenimi delavci (ZZVZZ, 63. člen).

V nadaljevanju bomo podrobneje pregledali potek partnerskih pogajanj v letu 2007 s poudarkom na Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2007 in Področnem dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 2007 kot dokumentoma, ki urejata financiranje bolnišnic. Okvir financiranja zdravstvenega varstva v letu 2007 je določen v Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2007. Financiranje akutne bolnišnične obravnave kot dela sekundarnega zdravstvenega varstva pa je opredeljeno v Področnem dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 2007.

4.1 Splošni dogovor za pogodbeno leto 2007

Splošni dogovor za pogodbeno leto 2007 je bil sprejet 22. februarja 2007. K Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2007 so bili sprejeti štiri aneksi. V Splošnem dogovoru so določeni programi zdravstvenih storitev in usmeritve za oblikovanje obsega programov zdravstvenih storitev po posameznih dejavnostih, ki so financirane iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Te usmeritve so se nanašale na naslednje dejavnosti (ZZS 2007b):

- splošna in dispanzerska dejavnost,
- zobozdravstvena dejavnost,
- dejavnost reševalne službe in nujne medicinske pomoči,
- lekarniška dejavnost,
- preskrba z medicinskimi (ortopedskimi) in drugimi pripomočki,
- specialistična ambulantna dejavnost,
- urgentna specialistična ambulantna dejavnost,
- dializna dejavnost,
- specialistična bolnišnična dejavnost,
- terciarna zdravstvena dejavnost,

- zdravstvena dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje,
- zdraviliška zdravstvena dejavnost,
- dejavnost zavodov za zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: ZZV),
- dejavnost Inštituta za varovanje zdravja (v nadaljnjem besedilu: IVZ),
- zdravstveni dom za študente.

Splošni dogovor opredeljuje tudi pomembnejše elemente, ki določajo financiranje bolnišnične dejavnosti. Tako so v 9. členu opredeljeni elementi vrednotenja programov in oblikovanja cen zdravstvenih storitev, ki vključujejo:

- plače,
- materialne stroške,
- amortizacijo,
- druge prejemke zaposlenih po kolektivni pogodbi ter
- zakonsko predpisane obveznosti izvajalcev programov.

V 10. do 22. členu SD 2007 pa so nato natančneje opredeljeni posamezni elementi. Podrobneje si bomo ogledali le še 9. člen, v katerem so opredeljena sredstva za plače. »Sredstva za plače se vračunajo v programe oziroma cene zdravstvenih storitev tako, da se pri tem upošteva (ZZZS 2007b, 10):

- planirano število delavcev posamezne dejavnosti,
- kvalifikacijski količnik,
- višina izhodiščne plače za 1. tarifni razred, ki je določena z zakonom ali s kolektivno pogodbo ali s sklepom Vlade RS,
- dodatek za delovno dobo,
- dodatki po kolektivni pogodbi,
- dodatek za delovno uspešnost.«

Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa iz Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2007 (obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila) brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah znaša v tekočih cenah 1.444.316.278 EUR (ZZZS 2007b, 25. člen, 20). Nadaljnjo razčlenitev celotnega dogovorjenega programa podajamo v tabeli 4.1.

Tabela 4.1 Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa, brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah za leto 2007

Zap. št.	Izvajalci	Tekoče vrednosti 2007 v EUR
1.	Zdravstveni domovi skupaj	262.386.513
1.1.	Program nujne medicinske pomoči	15.614.021
1.2.	Program odvisnosti od drog	2.187.766
2.	Bolnišnice skupaj	832.240.127
2.1.	Sekundarna raven	710.068.999
2.1.	Terciarna raven	110.111.850
3.	Lekarne skupaj	33.355.650
4.	Zdravilišča skupaj	32.525.267
5.	Domovi za starejše občane skupaj	69.985.189
6.	Posebni socialni zavodi skupaj	22.810.742
7.	IVZ in ZZV skupaj	7.787.408
7.1.	IVZ	6.520.505
7.1.1.	Nabava cepiv	4.766.130
7.1.2.	Terciarna raven	1.754.375
7.2.	ZZV skupaj	1.266.903
8.	Zasebniki skupaj	160.403.498
8.1.	Osnovna zdravstvena dejavnost	97.920.352
8.2.	Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost	51.527.238
8.3.	Ostali zasebniki na primarni ravni	10.955.908
9.	Specializacije zdravnikov	22.821.884
	Skupaj	1.444.316.278

Vir ZZS 2007b, 25. člen, 20.

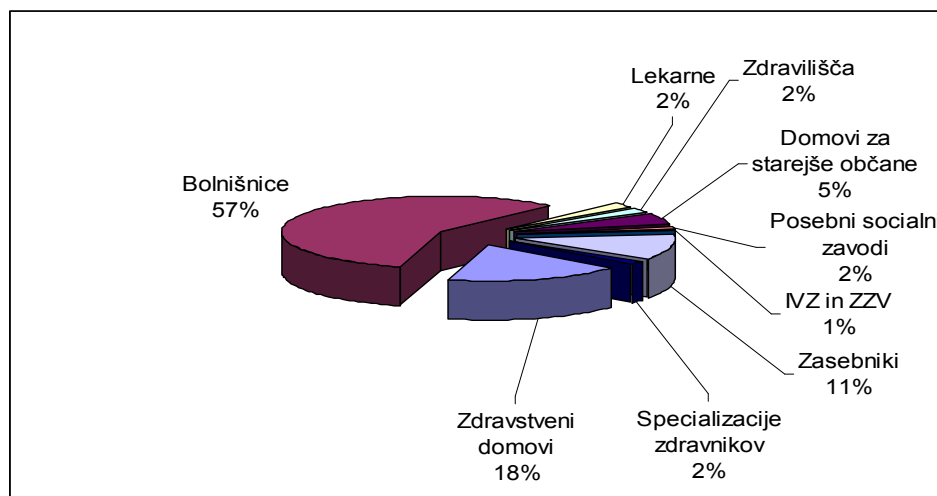
Glede na delež sredstev, namenjen posameznim kategorijam izvajalcev, lahko zaključimo, da je največji delež sredstev namenjen bolnišnicam. Iz prikaza v sliki 4.1 izhaja, da je za bolnišnice namenjenih 57 % vseh sredstev programov zdravstvenih dejavnosti, vendar so tu zajeta vsa bolnišnicam namenjena sredstva, tako za zdravstveno varstvo na sekundarni ravni kot za zdravstveno varstvo na terciarni ravni. Delitev sredstev po posameznih kategorijah prikazujemo v sliki 4.1.

Na nadaljnjo razdelitev sredstev napotuje 28. členu SD 2007, ki določa, da partnerji za natančnejšo opredelitev SD 2007 sprejmejo področne dogovore. V letu 2007 je bilo sprejetih pet področnih dogovorov, in sicer:

- Področni dogovor za bolnišnice,
- Področni dogovor za lekarniško dejavnost,
- Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost,
- Področni dogovor za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč,
- Področni dogovor za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje.

Tematika predmetnega dela je omejena na bolnišnice, zato se bomo v nadaljevanju omejili na Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2007.

Slika 4.1 Delež sredstev po posameznih kategorijah



Vir ZZS 2007b, 20.

4.2 Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2007

Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2007 je bil sprejet 4. aprila 2007. V PDB 2007 so podrobneje opredeljena merila in usmeritve SD 2007 za programe izvajalcev specialistično-ambulantne in bolnišnične dejavnosti. K PDB 2007 sta bila sprejeta dva aneksa. Z vidika predmetnega dela je pomembna predvsem opredelitev akutne bolnišnične obravnave, ki jo najdemo v 10 in 11. členu PDB.

Kot smo že izpostavili, različni izvajalci prejmejo različno visoka sredstva za isti SPP primer. Ker gre za anomalijo v sistemu, se s tem ukvarja tudi PDB v 10. členu, kjer je zapisano: »Z namenom odpravljanja razlik med izhodiščnim finančnim načrtom in finančnim načrtom po metodologiji SPP oz. 100 % uveljavitve plačevanja na podlagi SPP Zavod¹ pri pripravi pogodbe s posameznim izvajalcem dodatno upošteva naslednje usmeritve:

- dodatno povečanje plana akutnih obravnav v okviru obstoječih sredstev, upoštevajoč tudi evidentirane potrebe prebivalcev na nacionalni ravni,
- zmanjšanje vrednosti programa akutnih obravnav ter prenos vrednosti v povečanje plana drugih programov, upoštevajoč tudi evidentirane potrebe prebivalcev na nacionalni ravni, in sicer prioritarno v programe, za katere je značilno preseganje plana v letu 2006.«

Prva točka se nanaša na povečanje programa brez dodatnih sredstev, kar posledično pomeni, da bolnišnica za isti denar opravi več programa. Na ta način lahko izvajalec doseže nižjo ceno ene uteži, kar posledično pomeni, da izniči morebitno precenjenost.

¹ Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Nadalje je prelivanje sredstev opredeljeno v četrtem odstavku priloge 2 kot sledi: »Vrednost programa akutne bolnišnične obravnave temelji na vrednosti programa iz pogodb 2006, določil Dogovora 2007, dodatnih sredstev iz 23. člena tega področnega dogovora in je korigirana za vrednost 1 % prelivanja sredstev med izvajalci iz končnega letnega obračuna za leto 2006.« (ZZZS 2007a, priloga 2)

Zneski prelivanja so prikazani v tabeli 4.2.

Tabela 4.2 Prelivanje 1 % sredstev med izvajalci iz končnega letnega obračuna za leto 2007

Zap. št.	Izvajalec	1 % prelivanje v EUR
1.	Splošna bolnišnica Celje	243.676,71
2.	Splošna bolnišnica Izola	25.990,62
3.	Bolnišnica Sežana	-11.020,90
4.	Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	-29.579,31
5.	Splošna bolnišnica Jesenice	39.630,53
6.	Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	-35.368,05
7.	Bolnica Golnik –KOPA	-107.908,07
8.	Splošna bolnišnica Brežice	39.970,16
9.	Splošna bolnišnica Trbovlje	-70.647,81
10.	Splošna bolnišnica Maribor	333.765,83
11.	Splošna bolnišnica Ptuj	14.548,52
12.	Splošna bolnišnica Murska Sobota	-204.076,49
13.	Splošna bolnišnica Nova Gorica	-17.320,01
14.	Splošna bolnišnica Novo mesto	106.906,17
15.	Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	21.643,47
16.	Bolnišnica Topolšica	39.267,38
17.	Univerzitetni Klinični center Ljubljana	49.106,14
18.	Ortopedska bolnišnica Valdoltra	-151.987,84
19.	Onkološki inštitut Ljubljana	-213.038,77
20.	IATROS, dr. Košorok	-2.209,71
21.	Kirurški sanatorij Rožna dolina	-23.291,40
22.	Kirurški center Toš	-1.488,36
23.	Medicor	-45.806,10
24.	SPCZ BITENC	-5.519,22
25.	Estetika Fabjan	4.756,53
Slovenija skupaj		0,00

Vir: ZZZS 2007a, priloga 2, P-7.

Izhodišče za prelivanje sredstev predstavlja cena ene uteži. Na podlagi končnega obračuna za leto 2006 se določi višina prelivanja sredstev, ki je skladno s PDB 2007 omejeno na 1 % sredstev iz finančnega načrta akutne bolnišnične obravnave posameznega izvajalca. Cilj prelivanja sredstev je, da bi vsi izvajalci dosegli enotno ceno ene uteži.

Izvajalci zdravstvenih storitev med letom prejemajo akontacije za opravljene storitve na podlagi pogodbeno predvidenega obsega storitev. Na koncu leta se naredi

končni obračun, v katerem se dokončno določi obseg sredstev, do katerih je posamezen izvajalec na podlagi opravljenega obsega storitev upravičen. V 11. členu PDB 2007 so določena pravila za končni obračun za leto 2007. V nadaljevanju povzemamo določila za končni obračun iz PDB 2007.

Pri končnem obračunu za leto 2007 se pripravi izračun vrednosti programa akutnih bolnišničnih obravnav na podlagi SPP na ravni Slovenije in posameznega izvajalca ter model prelivanja sredstev od izvajalcev s precenjenim programom k izvajalcem s podcenjenim programom (glede na obstoječo vrednost programa akutnih bolnišničnih obravnav). Izvajalec mora, da bi prejel celotna pogodbeno dogovorjena sredstva, realizirati tako število primerov kot tudi število uteženih primerov, prav tako pa mora realizirati tudi vse dogovorjene prospektivne primere (primere z dolgo čakalno dobo). Podrobnejša opredelitev programov z dolgo čakalno dobo je podana v prilogi 7a PDB 2007, kjer je podan nabor SPP primerov, ki sodijo v posamezen navedeni program. Z vidika predmetnega dela so programi z dolgo čakalno dobo pomembni zaradi posebnosti pri financiranju, saj morajo izvajalci planirane programe z dolgimi čakalnimi dobami izvesti v celoti za vsak program posebej. Vrednost nerealiziranih primerov iz programov z dolgimi čakalnimi dobami se izvajalcu ne plača (ZZZS 2007a, P-28), čeprav izvajalec npr. presega skupno število pogodbeno določenih primerov.

5 RAČUNOVODSTVO, RAČUNOVODSKI IZKAZI IN RAČUNOVODSKI KAZALNIKI

Računovodstvo lahko opredelimo kot dejavnost spremljanja in preučevanja denarno izraženih pojavov, ki so povezani s poslovanjem nekega poslovnega sistema (Milost 1996, 9). Računovodstvo sestavljajo štiri med seboj tesno povezane funkcije (povzeto po Melavc in Milost 2003, 25–31 in Milost 1996, 12–19):

- računovodsko predračunavanje, ki je usmerjeno v prihodnost in gre za vrednostno spremljanje predvidenih sprememb in stanj ter pojavov;
- računovodsko obračunavanje, kjer gre za spremljanje poslovnih dogodkov, ki vplivajo na stanje sredstev in obveznosti do virov sredstev ter na pojav prihodkov in odhodkov; za knjigovodstvo so zanimivi le podatki o že uresničenih poslovnih dogodkih;
- računovodsko nadziranje, ki se ukvarja s presojanjem pravilnosti pri oblikovanju podatkov in njihovem spreminjanju v informacije ter z odpravljanjem pri tem ugotovljenih nepravilnosti;
- računovodsko analiziranje se ukvarja s presojanjem ugodnosti poslovnih procesov in stanj ter s predlaganjem izboljšav.

V magistrski nalogi se bomo omejili na računovodsko analiziranje. Glavni cilj poslovanja zavodov je izvajanje dejavnosti, za katero so bili ustanovljeni, uspešnost pa lahko ugotavljamo glede na število opravljenih storitev za vložena sredstva. Temu pritrjuje tudi Nowicki (2004, 3), ki meni, da je cilj zdravstvenih organizacij zagotavljati družbi ustrezne kakovostne storitve, ki jih družba potrebuje, in to s čim manjšimi stroški. V nadaljevanju si bomo podrobneje ogledali posebnosti računovodstva javnih zdravstvenih zavodov, računovodske izkaze in računovodske kazalnike, s pomočjo katerih bomo presojali uspešnost bolnišnic in ustreznost njihovega financiranja v letu 2007.

5.1 Posebnosti računovodstva javnih zdravstvenih zavodov

Računovodstvo javnih zavodov se v nekaterih posebnostih razlikuje od računovodstva drugih organizacij in podjetij zaradi razlik v lastništvu, pridobivanju prihodkov, organizacijski obliki. Računovodstvo v javnih zavodih je podrobneje urejeno v:

- Zakonu o računovodstvu (Uradni list RS, št 23/99),
- Zakonu o javnih financah (Uradni list RS, št. 79/99),
- Pravilniku o razčlenjevanju in merjenju prihodkov in odhodkov pravnih oseb javnega prava (Uradni list RS, št. 134/03, 34/04 in 13/05),

- Pravilniku o enotnem kontnem načrtu za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava (Uradni list RS, št. 54/02, 117/02, 58/03, 134/03, 34/04, 75/04, 117/04 in 141/04),
- Slovenskih računovodskih standardih (SRS 2006).

Od leta 2000 morajo določeni uporabniki enotnega kontnega načrta pri vrednotenju in merjenju sredstev ter obveznosti do virov sredstev upoštevati Zakon o računovodstvu (1999). Navedeni zakon ureja vodenje poslovnih knjig in izdelavo letnih poročil, ne ureja pa podrobnosti ampak nas napotuje na uporabo izvedbenih predpisov, ki jih izdala Ministrstvo za finance in Slovenski inštitut za revizijo, ter na Slovenske računovodske standarde. Določila Zakona o računovodstvu lahko razdelimo na štiri sklope (Kavčič 2002, 101):

- določila, ki se nanašajo na knjigovodenje v najširšem pomenu, in poročila, ki so rezultat tega knjigovodenja,
- določila, ki se nanašajo na dejavnosti, ki niso sestavni del računovodstva (revidiranje, finančno poslovanje),
- letno poročilo,
- naloge in organizacija računovodstva, pravice in odgovornosti pooblaščenih oseb.

Pravilnik o razčlenjevanju in merjenju prihodkov in odhodkov pravnih oseb javnega prava določa vrste ter priznavanje prihodkov in odhodkov v računovodskih izkazih oseb javnega prava. Pravilnik predpisuje ločevanje prihodkov in odhodkov, ki so pridobljeni od poslovanja s sredstvi javnih financ, od prihodkov in odhodkov, ki so pridobljeni s poslovanjem.

V 13. členu Zakona o računovodstvu (1999) je določeno, da pri vodenju poslovnih knjig proračun, proračunski uporabniki in pravne osebe javnega prava upoštevajo enotni kontni načrt. Pravilnik o enotnem kontnem za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava (2002) v načrtu določa način knjiženja prihodkov ter odhodkov, sredstev in obveznosti do virov sredstev. Pravilnik določa vsebino kontov, kjer konte razčlenjuje na:

- razrede – označeni z enomestno številko,
- skupine – označene so z dvomestno številko,
- podskupine – označene so s trimestno številko,
- konte – označeni so s štirimestno številko,
- podkonte (analitični konti) – označeni so s šestmestno številko.

Če pravila računovodenja z Zakonom o računovodstvu niso natančneje predpisana, zakon napotuje na Slovenske računovodske standarde. Leta 2006 so bili izdani novi

računovodski standardi. Prvih 30 SRS ima splošen značaj, standardi od 31 do 40 pa veljalo le za posamezne vrste organizacij. Računovodske rešitve v nepridobitnih organizacijah – pravnih osebah zasebnega prava obravnava SRS 36. Standard je povezan s splošnimi računovodskimi standardi, posebej ureja le tiste posebnosti vrednotenja in izkazovanja računovodskih kategorij, ki so značilne za nepridobitne organizacije – pravne osebe zasebnega prava, tako da obdeluje:

- posebnosti vrst in izkazovanja sredstev ter obveznosti do virov sredstev,
- posebnosti amortiziranja,
- posebnosti pri razčlenjevanju in izkazovanju stroškov, odhodkov in prihodkov,
- posebnosti ugotavljanja in obravnavanja vrst poslovnega izida.

Značilnosti javnih zavodov z računovodskega vidika so torej (Kavčič 2007, 85):

- upoštevajo načelo poslovnega dogodka in evidenčno spremljajo poslovanje po načelu denarnega toka na istih kontih kot drugi;
- morajo ločeno spremljati poslovanje in prikaz izida poslovanja:
 - s sredstvi javnih financ,
 - z drugimi sredstvi za opravljanje javne službe,
 - s sredstvi, pridobljenimi na trgu.

5.2 Računovodski izkazi

Računovodske izkaze lahko opredelimo kot javnosti dostopne izdelke računovodstva, ki v določeni obliki načrtno in urejeno predstavljajo računovodske podatke: bilanca stanja, izkaz poslovnega izida, izkaz finančnega izida, izkaz sprememb kapitala (Turk 2000, 614). Osnovni namen računovodskih izkazov je zadovoljiti informacijske potrebe uporabnikov računovodskih informacij. Po Bergantu (1997, 366) izhodišče za oblikovanje informacij ni več podatek, ki omogoča oblikovanje informacije, temveč poslovna odločitev, ki zahteva določeno informacijo.

Ekonomske kategorije, ki jih spremlja računovodstvo, so lahko opredeljene statično ali dinamično. Po Milostu (1997, 27) so statično opredeljene ekonomske kategorije tiste, ki jih lahko dojamemo le v določenem trenutku, sem sodijo sredstva in obveznosti do virov sredstev. Navedeni ekonomski kategoriji sta izkazani v bilanci stanja. Dinamično opredeljene ekonomske kategorije so tiste, ki jih lahko dojamemo v določenem obdobju, sem sodijo stroški, prihodki, odhodki in poslovni izid. Prihodki, odhodki in poslovni izid so izkazani v izkazu poslovnega izida. V nadaljevanju bomo podrobneje opredelili izkaz poslovnega izida in bilanco stanja.

5.2.1 Izkaz poslovnega izida

Pojmovnik računovodstva, financ in revizije (Turk 2000, 160) opredeljuje izkaz poslovnega izida kot »računovodski izkaz, v katerem so predstavljeni prihodki in odhodki v izbranem obdobju ter poslovni izid v njem, ki je glede na svojo obliko lahko bilanca poslovnega izida ali stopenjski izkaz poslovnega izida; razlikovati je treba skupinski izkaz poslovnega izida, predračunski izkaz poslovnega izida in obračunski izkaz poslovnega izida; razdelitev čistega dobička in poravnava izgube nista prikazana v izkazu poslovnega izida, temveč v izkazu sprememb kapitala.«

V predmetnem delu bomo obravnavali obračunske izkaze poslovnega izida. Turk in Melavc (1998, 467) opredeljujeta obračunski izkaz poslovnega kot izkaz, ki prikazuje obračunske informacije o prihodkih, odhodkih in poslovnem izidu določenega poslovnega sistema. Navedene informacije nam omogočajo spoznanja o obsegu uresničenih sprememb sredstev in obveznosti do virov sredstev, izraženih v prihodkih in odhodkih. Računovodske rešitve v nepridobitnih organizacijah – pravnih osebah zasebnega prava podrobneje ureja SRS 36. V tabeli 5.1 prikazujemo strukturo izkaza prihodkov in odhodkov, kot jo opredeljuje SRS 36.

Tabela 5.1 Struktura izkaza prihodkov in odhodkov po SRS 36

A. Poslovni prihodki od opravljanja dejavnosti negospodarskih javnih služb (1+2+3-4)
1. Prihodki iz sredstev javnih financ
2. Drugi prihodki od opravljanja dejavnosti negospodarskih javnih služb
3. Povečanje vrednosti zalog proizvodov in nedokončane proizvodnje
4. Zmanjšanje vrednosti zalog proizvodov in nedokončane proizvodnje
B. Poslovni prihodki od opravljanja lastne dejavnosti (1+2-3)
1. Poslovni prihodki od opravljanja lastne dejavnosti
2. Povečanje vrednosti zalog proizvodov in nedokončane proizvodnje
3. Zmanjšanje vrednosti zalog proizvodov in nedokončane proizvodnje
C. Finančni prihodki
Č. Drugi prihodki
D. Celotni prihodki (A+B+C+Č)
E. Stroški blaga, materiala in storitev
1. Nabavna vrednost prodanega blaga
2. Stroški materiala
3. Stroški storitev
F. Stroški dela
1. Plače in nadomestila plač
2. Prispevki za socialno varnost zaposlencev
3. Drugi stroški dela
G. Amortizacija
1. Amortizacija, nadomeščena v breme dolgoročno odloženih prihodkov
2. Druga amortizacija
H. Rezervacije
I. Drugi stroški

Tabela 5.1 – nadaljevanje

J. Finančni odhodki
K. Drugi odhodki
L. Celotni odhodki (E+F+G+H+I+J+K)
M. Presežek prihodkov (D-L)
N. Davek od dohodkov pridobitne dejavnosti
O. Čisti presežek prihodkov obračunskega obdobja (M-N)
P. Presežek odhodkov obračunskega obdobja (L+N-D)
R. Presežek prihodkov iz prejšnjih let, namenjen pokritju presežka odhodkov ali izbranih stroškov obračunskega obdobja

Vir: SRS 36 2006, 5.

Medtem ko SRS 19 opredeljuje poslovni izid kot dobiček ali izgubo, pa SRS 36 navaja, da so splošne vrste poslovnega izida v organizaciji kot celoti in po posameznih dejavnostih presežek prihodkov, čisti presežek prihodkov in presežek odhodkov.

5.2.2 Bilanca stanja

Pojmovnik računovodstva, financ in revizije (Turk 2000, 26) opredeljuje bilanco stanja kot »dvostranski izkaz, v katerem je na eni strani stanje sredstev, na drugi strani pa v enakem znesku obveznosti do virov sredstev oziroma na eni strani stanje aktive in na drugi pasive; je lahko obračunska bilanca stanja, predračunska bilanca stanja, skrajšana bilanca stanja, skupinska bilanca stanja itd.« Melavc in Milost (2003, 137) opredeljujeta obračunsko bilanco stanja kot izkaz uresničenih ciljev, ki jih je posamezen poslovni sistem dosegel na področju sredstev in obveznosti do virov sredstev. Računovodske rešitve v nepridobitnih organizacijah – pravnih osebah zasebnega prava podrobneje ureja SRS 36, bilanco stanja prikazujemo v tabeli 5.2.

Tabela 5.2 Struktura bilanca stanja po SRS 36

Sredstva	Obveznosti do virov sredstev
A. Dolgoročna sredstva	A. Ustanovitveni vložek
I. Neopredmetena sredstva	1. Ustanovitveni vložek
1. Neopredmetena sredstva in dolgoročne aktivne časovne razmejitev	2. Presežek iz prevrednotenja
2. Predujmi za neopredmetena sredstva	
II. Opredmetena osnovna sredstva	B. Presežek prihodkov oziroma odhodkov
1. Zemljišča	1. Presežek prihodkov
2. Zgradbe	2. Presežek odhodkov
3. Oprema	3. Presežek iz prevrednotenja
4. Druga opredmetena osnovna sredstva	
5. Opredmetena osnovna sredstva v gradnji oziroma izdelavi	
6. Predujmi za opredmetena osnovna sredstva	

Tabela 5.2 – nadaljevanje

III. Dolgoročne finančne naložbe	C. Rezervacije in dolgoročne pasivne časovne razmejitev
1. Dolgoročne kapitalske naložbe	1. Rezervacije
2. Dolgoročno dana posojila	2. Dolgoročne pasivne časovne razmejitev
3. Dolgoročni depoziti	
IV. Dolgoročne poslovne terjatve	
1. Dolgoročne poslovne terjatve do kupcev	
2. Druge dolgoročne poslovne terjatve	
B. Kratkoročna sredstva	Č. Poslovne obveznosti
I. Zaloge	1. Dolgoročne poslovne obveznosti
1. Material	2. Kratkoročne obveznosti do dobaviteljev
2. Proizvodi	3. Kratkoročne obveznosti do zaposlencev
3. Nedokončani proizvodi in storitve	4. Druge kratkoročne poslovne obveznosti
4. Trgovsko blago	
5. Predujmi za zaloge	
II. Kratkoročne poslovne terjatve	D. Finančne obveznosti
1. Kratkoročne poslovne terjatve do kupcev	1. Dolgoročna posojila finančnih organizacij
2. Druge kratkoročne poslovne terjatve	2. Dolgoročna posojila drugih pravnih oseb
III. Kratkoročne finančne naložbe	3. Kratkoročna posojila finančnih organizacij
1. Kratkoročne kapitalske naložbe	4. Kratkoročna posojila drugih pravnih oseb
2. Kratkoročno dana posojila	
3. Kratkoročni depoziti	
IV. Denarna sredstva	
C. Kratkoročne aktivne časovne razmejitev	E. Kratkoročne pasivne časovne razmejitev

Vir: SRS 36 2006, 3–4.

5.2.3 Povezanost med izkazom poslovnega izida in bilanco stanja

Izkaz poslovnega izida in bilanca stanja sta dva temeljna računovodska izkaza, prvi prikazuje poslovanje podjetja v določenem obdobju, drugi pa stanje sredstev in obveznosti do virov sredstev na določen dan. Oba izkaza imata skupno točko, to je dobiček. Dobiček kot ekonomska kategorija iz izkaza poslovnega izida se pojavi v bilanci stanja, kar prikazujemo v naslednji tabeli 5.3.

Tabela 5.3 Struktura bilance stanja

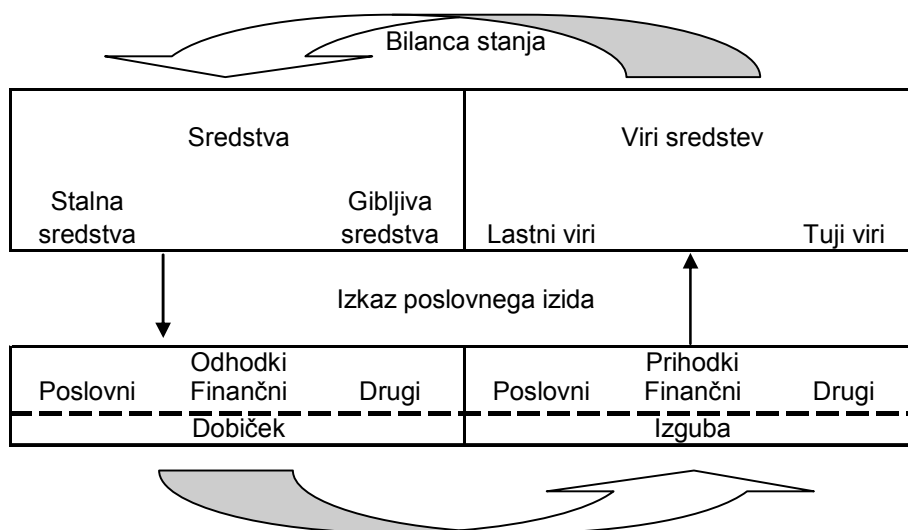
Aktiva	Pasiva
Sredstva	Dolgovi Kapital
Povečanje sredstev za dobiček (ali zmanjšanje za izgubo) iz izkaza poslovnega izida	Povečanje kapitala za dobiček (ali zmanjšanje za izgubo) iz izkaza poslovnega izida

Vir: Bojnec et al. 2007, 221.

V kolikor podjetje posluje z dobičkom, se za znesek slednjega poveča vrednost sredstev podjetja. Ker mora biti bilanca stanja vedno v ravnovesju, se za navedeni

znesek poveča tudi stanje obveznosti do virov sredstev. Če pa podjetje posluje z izgubo, se za ta znesek zmanjša vrednost sredstev in obveznosti do virov sredstev. Ker ima pravico do dobička lastnik, ki je vložil v podjetje kapital, njemu pripada tudi dobiček oziroma izguba. To pomeni, da se za znesek dobička ali izgube spremeni kapital kot ekonomska kategorija v obveznostih do virov sredstev. Podrobneje to opredeljuje Koletnik (1997, 98) z grafičnim prikazom kot sledi.

Slika 5.1 Povezava med bilanco stanja in izkazom poslovnega izida



Vir: Koletnik 1997, 98.

5.3 Računovodski kazalniki

Računovodske izkaze lahko interpretiramo s pomočjo različnih računovodskih kazalnikov. SRS 29 (2006, 4) opredeljuje kazalnike kot relativna števila, dobljena s primerjavo določene gospodarske kategorije z drugo, in imajo spoznavno moč, ki omogoča oblikovati sodbo o poslovanju. Opredeljeni so lahko kot stopnje udeležbe, indeksi ali koeficienti. Turk et al. (2004, 654) opredeljuje stopnjo udeležbe kot relativno število, ki izraža razmerje med dvema istovrstnima velikostma, od katerih se prva nanaša na del, druga pa celoto istega pojava. Hočevar et al. (2000, 406) opredeljujejo indeks kot relativno število, ki izraža razmerje med istovrstnima velikostma. Indekse torej dobimo s primerjanjem istovrstnih podatkov, ki kažejo različne, toda med seboj sorodne procese in stanja. Koeficient pa lahko opredelimo kot relativno število, ki izraža razmerje med raznovrstnima velikostma, ki pa sta med seboj primerljivi. Izpostaviti velja, da različni avtorji za kazalnike uporabljajo različne izraze. V slovenski literaturi najpogosteje zasledimo pojem računovodski kazalniki, določeni avtorji uporabljajo pojem finančni kazalniki, ta je najpogosteje uporabljen v angleški literaturi, saj se tam srečujemo s pojmom »financial ratios« in ne »accounting ratios«. V nadaljevanju bomo uporabljali oba pojma, odvisno od citiranih avtorjev.

Računovodski kazalnik opredelimo kot razmerje med dvema številoma (Fleming in Mackinstry 1995, 105). Kot primer lahko vzamemo računovodski kazalnik dobičkonosnost kapitala, kjer primerjamo dobiček s kapitalom. Fraiser in Ormiston (2001, 258) računovodske kazalnike podrobneje opredelita kot izračune, ki so izdelani z namenom standardiziranja, analiziranja in primerjave računovodskih podatkov in izraženih bodisi kot razmerja bodisi kot odstotki ali mnogokratniki. Kazalnike lahko razdelimo na računovodske in druge. Razlog za uporabo nefinančnih kazalnikov poslovanja je v njihovi sposobnosti, da odsevajo in razlagajo finančne kazalnike (Kaplan in Atkinson 1998, 443). Milost (2003, 824) izpostavlja, da nefinančni kazalniki ne morejo nadomestiti pojasnjevalne moči finančnih kazalnikov, lahko pa jo pomembno dopolnijo. Fraser in Ormiston (2001, 161) izpostavljata, da je pri uporabi kazalnikov potrebna določena mera previdnosti, saj sama vrednost kazalnika pogosto ni zadostna. Marshall et al. (2005, 68) pa izpostavljajo, da je bistveno bolj smiselno analizirati trend posameznega kazalnika kot le vrednost posameznega kazalnika v določenem letu. Na ta način poleg vrednosti kazalnika dobimo tudi njegovo gibanje, iz česar lahko bolje sklepamo o njegovem nadaljnjem gibanju.

Z drugimi kazalniki mislimo predvsem na kazalnike, ki ne izhajajo iz računovodskih kategorij in z njimi merimo različne kategorije v poslovanju bolnišnic. Tukaj lahko izpostavimo kazalnike, ki se nanašajo na zasedenost aparatur, izkoriščenost prostorov, zasedenost postelj, zasedenost kadra. Navedeni kazalniki so zelo uporabni kot dodatna informacija o poslovanju bolnišnice. Prav tako so primerni za primerjavo med posameznimi bolnišnicami. Na ta način dobimo dodatne informacije, s pomočjo katerih enostavneje pojasnimo poslovanje bolnišnice ter odkrijemo vzroke za obstoječe stanje. Pomen spremljanja računovodskih in drugih kazalnikov v bolnišnicah je jasen, tako lahko v področnem dogovoru za bolnišnice za leto 2008 zasledimo nabor kazalnikov, ki jih bolnišnice morajo spremljati ter o njih poročati ZZZS in MZ. V predmetnem delu obravnavamo leto 2007, za katero je veliko bolnišnic spremljalo omenjene kazalnike, čeprav so ti postali obvezni šele z letom 2008.

Slovenski računovodski standardi (SRS) obravnavajo kazalnike v SRS 29 Računovodsko preučevanje (računovodsko analiziranje). SRS razvrščajo računovodske kazalnike v naslednje sklope (SRS 29):

- temeljni kazalniki stanja financiranja (vlaganja),
- temeljni kazalniki stanja investiranja (naložbenja),
- temeljni kazalniki vodoravnega finančnega ustroja,
- temeljni kazalniki obračanja,
- temeljni kazalniki gospodarnosti,
- temeljni kazalniki dobičkonosnosti (v primeru izgube negativne dobičkonosnosti),

- temeljni kazalniki dohodkovnosti,
- glede na izhodišče v izkazu denarnih tokov se pojavljajo še računovodski kazalniki denarne tokovnosti.

Preučili smo računovodske kazalnike, podane v SRS. Pri odločanju o uporabi posameznega kazalnika za analizo poslovanja bolnišnic smo se osredotočili na izrazno moč kazalnika z vidika cilja magistrske naloge. Skladno s ciljem magistrske naloge, to je ugotoviti, ali je bila v letu 2007 akutna bolnišnična obravnava po sistemu SPP ustrezno financirana, smo se osredotočili na tri skope kazalnikov, to so kazalniki vodoravnega finančnega ustroja, kazalniki obračanja in kazalniki gospodarnosti. Izbira in utemeljitev izbire računovodskih kazalnikov bomo opravili v raziskovalnem delu naloge.

5.4 Omejitve računovodskih kazalnikov

Računovodski kazalniki nam prikažejo razmerja med različnimi kategorijami iz računovodskih izkazov. Nekritična uporaba kazalnikov pa je lahko tudi podlaga za napačne odločitve, zato je treba pri uporabi kazalnikov presoditi, ali so ustrezni za namen, za katerega jih uporabljamo. Vause (2005, 117–120) meni, da je pri uporabi kazalnikov treba upoštevati določena »pravila«, ki jih navajamo v nadaljevanju.

- Nikoli se ne smemo zanašati samo na posamezen kazalnik, saj je nemogoče ocenjevati podjetje le na podlagi enega kazalnika, ki je izračunan le na podlagi dveh računovodskih kategorij.
- Treba je izračunati kazalnike za čim več let. Več let kot vključimo v analizo, boljšo sliko si lahko ustvarimo o podjetju ter o trendih. V kolikor izračunavamo kazalnike le za eno leto, dobimo statično sliko poslovanja, v kolikor pa uporabljamo podatke iz več zaporednih let, dobimo tudi informacijo o trendih. Tako je lahko podjetje, katerega kazalniki imajo trend naraščanja, obravnavano drugače, kot če ima trend padanja.
- Bilanca stanja je izkaz, ki se sestavi na določen dan. Pri kazalnikih, pri katerih uporabljamo podatke iz bilance stanja, se moramo zavedati, da slednji izražajo stanje v določenem trenutku in kot taki lahko prikrivajo dejansko stanje. Po eni strani lahko podjetje z »agresivno« bilančno politiko prireja izkaze npr. s prodajo osnovnih sredstev (ter ponovnim nakupom po bilančnem datumu), po drugi strani pa je lahko poslovanje ciklično in bilanca odraža le določen del cikla.
- Uporaba različnih statističnih izračunov, kot so npr. povprečje, mediana ali modus, vpliva na izkazane kazalnike. Kot primer lahko navedemo obravnavo več podjetij ter izračune povprečnih vrednosti kazalnikov. Če so ti izračunani različno, med seboj niso primerljivi.

- Prikaz podatkov v grafih je zelo koristen, še posebej, ko imamo podatke za več let. Z uporabo široko dostopnih programskih orodij izdelamo ustrezne grafe ter tako jasno prikažemo vrednosti kazalnikov, hkrati pa je razviden tudi trend njihovega gibanja.
- Preveriti je treba skladnost podatkov. Podjetja imajo na voljo različne tehnike, s katerimi lahko olepšajo resnico. Kot najbolj preprosto lahko opredelimo uporabo različnih meril pri grafih, s čimer lahko dosežemo, da je rast dobička videti bistveno večja kot je v resnici in obratno.
- Ne smemo se zanašati na analize drugih, predvsem če je te pripravilo podjetje, ki ga preučujemo.
- V primerih, ko je poslovno leto različno dolgo od koledarskega leta (npr. zaradi spojitvev, prevzemov itd.), je treba prilagoditi izkaze na obdobje 12 mesecev ter na tej osnovi izdelati ustrezne kazalnike.

S tem se strinjajo tudi drugi avtorji, pogosto zasledimo tudi povezovanje med računovodskimi kazalniki in drugimi razpoložljivimi podatki. Tako Igličar in Hočevar (1997, 219–220) izpostavljata, da nam sami računovodski izkazi ali kazalniki o poslovanju ne povejo toliko, kot izvemo, če jih primerjamo z naslednjimi opisanimi kategorijami.

- Primerjava s preteklim poslovanjem podjetja. Primerjava s preteklim poslovanjem podjetja nam pove absolutno spremembo in stopnjo rasti posameznih ekonomskih kategorij. Če opazujemo daljše obdobje, lahko opazujemo trend spreminjanja ekonomskih kategorij.
- Primerjava z načrtovanim poslovanjem podjetja. Za notranje potrebe je pomembna primerjava z načrtovanim poslovanjem podjetja, saj tako izvemo, ali je bilo podjetje pri svojem delovanju uspešno in ali je doseglo zastavljene cilje.
- Primerjava s poslovanjem podjetij v isti gospodarski panogi. Običajno se podjetja primerjajo z najboljšimi v panogi ter na tej podlagi ugotavljajo lastne prednosti in slabosti. V praksi je primerjava z najboljšimi v panogi pogosto težka, saj bodisi ne vemo, kdo je najboljši, ali pa ima panoga le malo primerljivih podjetij.

Mnenju, da za pojasnjevanje stanja in uspešnosti poslovanja navadno ne uporabljamo le enega računovodskega kazalnika, ampak več računovodskih kazalnikov ali določene sisteme kazalnikov, se pridružuje tudi Duhovnik (2003, 228), ki izpostavlja, da je sistem kazalnikov celota na logično-deduktiven način urejenih kazalnikov, ki nam posredujejo smiselno predstavitev poslovanja podjetja in/ali njegovih delov. S sistemom kazalnikov računsko ali smiselno združimo nepovezane

kazalnike v sistem medsebojno odvisnih in dopolnjujočih se kazalnikov kot urejeno celoto. Kot primer enega najstarejših sistemov medsebojno povezanih kazalnikov lahko navedemo Du Pontov sistem kazalnikov. Osrednja točka tega sistema kazalnikov je kazalnik čiste donosnosti sredstev, v katerem je ta pojasnjena z zmnožkom stopnje donosnosti prihodkov in koeficienta obračanja vseh sredstev.

6 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu bomo osvetlili ter empirično raziskali dva dejavnika, ki vplivata na financiranje in poslovanje bolnišnic. Prvi je vpliv različne cene uteži na poslovanje bolnišnic, drugi pa je ustreznost evidentiranja opravljenega dela.

Predstavili smo sistem SPP, po katerem so bolnišnice plačane glede na težo posameznih primerov. Zaradi zgodovinskih anomalij imajo bolnišnice različne cene ene uteži. To pomeni, da je enak poseg v eni bolnišnici manj vrednoten kot v drugi bolnišnici. Posledično imajo bolnišnice za enako opravljeno delo na razpolago različna sredstva. Če to ugotovitev povežemo s ciljem poslovanja bolnišnic, ki ni ustvarjanje dobička,² lahko sklepamo, da si bodo bolnišnice prizadevale za poslovanje s pozitivno ničlo. Iz tega izhaja, da se morajo bolnišnice obnašati različno gospodarno, da bi dosegle pozitivno ničlo. Analizirali bomo poslovanje bolnišnic v letu 2007, naredili bomo simulacijo poslovanja bolnišnic v primeru, da bi bile vse bolnišnice financirane skozi enotno ceno ene uteži in ne bi bilo razlike med izvajalci, ter poskusili ugotoviti, ali se bolnišnice, ki prejemajo višja sredstva, obnašajo manj ekonomično.

Izvajalci se prilagajajo obstoječemu sistemu financiranja na različne načine. Ker so razpoložljiva sredstva za zdravstvo omejena, povečanje sredstev za enega izvajalca posledično pomeni znižanje sredstev drugih. Kot primer lahko navedemo arbitražni postopek, v katerem so v letu 2007 določene bolnišnice uspele povečati število zakupljenih primerov in/ali povprečno utež. Ob končnem obračunu pa je to pomenilo, da je cena ene uteži nižja, saj je treba z enakimi sredstvi plačati več uteži. Prav zato se lahko pojavijo težnje bolnišnic po napačnem, previsokem, kodiranju SPP primerov. Višja realizirana povprečna utež sama po sebi bolnišnici ne prinese dodatnih sredstev, lahko pa jo uporabijo pri arbitraži ter tako morda pridobijo višjo utež. Prav tukaj se skriva motiv za morebitno napačno, višje kodiranje SPP primerov. Na podlagi podatkov o realizaciji SPP primerov za leto 2007 bomo ugotavljali, ali pri določenih izvajalcih obstajajo anomalije v strukturi obravnavanih primerov, ki kažejo na napačno evidentiranje opravljenega dela z namenom prikazati zahtevnejše opravljene posege kot so bili dejansko opravljeni.

Na za raziskovalni del postavljenih izhodiščih bomo v nadaljevanju opredelili vzorec, ki ga bomo uporabili za raziskavo ustreznosti kodiranja SPP primerov in ekonomičnosti poslovanja bolnišnic ob različni ceni uteži.

6.1 Opredelitev vzorca

V Sloveniji smo imeli v letu 2007 27 bolnišnic (od tega deset splošnih, pet psihiatričnih, sedem specialnih, dva univerzitetna klinična centra, Inštitut Republike

² V Zakonu o zavodih je izrecno napisano, da cilj poslovanja zavodov ni ustvarjanje dobička.

Slovenije za rehabilitacijo, Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna in Onkološki inštitut Ljubljana). Psihiatrične bolnišnice, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo in Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna niso financirani po sistemu SPP, zato jih v raziskavo ne bomo vključili. Poleg bolnišnic pa je v letu 2007 ABO izvajalo tudi sedem zasebnih izvajalcev. Celotna populacijo izvajalcev akutne bolnišnične obravnave v Sloveniji v letu 2007 tako obsega 26 enot, od tega je 19 javnih zdravstvenih zavodov (bolnišnic) in sedem zasebnih izvajalcev akutne bolnišnične obravnave. V vzorec bomo zajeli le javne zdravstvene zavode, ki izvajajo le zdravstveno varstvo na sekundarni ravni. V vzorcu ne bodo zajeti izvajalci, ki izvajajo tudi zdravstveno varstvo na terciarni ravni. To pomeni, da v vzorcu ne bodo zajeti UKC Ljubljana, UKC Maribor, Bolnišnica Golnik KOPA in Onkološki inštitut. Kot izhaja iz opredelitve zdravstvenega varstva na terciarni ravni, izvajalci tega v okviru svoje dejavnosti opravljajo najzahtevnejšo bolnišnično zdravljenje, kar posledično pomeni, da imajo tudi višjo realizirano povprečno utež. Odstopanja od ostalih izvajalcev glede zahtevnosti primerov in financiranja so prevelika, po drugi strani pa ni mogoče izločiti zdravstvenega varstva, ki ga izvajajo na terciarni ravni, in tako pridobiti podatke le za sekundarno raven. Zato smo se odločili, da navedenih bolnišnic ne vključimo v vzorec. Prav tako v vzorec ne bomo vključili zasebnih izvajalcev, saj poslujejo z nekoliko drugačnimi cilji kot javni zdravstveni zavodi. Zasebni izvajalci ABO so drugače organizirani kot javni izvajalci, prav tako njihov glavni ekonomski cilj ni poslovanje s pozitivno ničlo. Zasebni izvajalci ABO predstavljajo le 1,6 % vseh akutnih bolnišničnih obravnav.

Na podlagi predstavljenih omejitev izhaja, da ima vzorec, ki ga bomo obravnavali v magistrski nalogi, 15 enot, in sicer so vanj vključeni naslednji zdravstveni zavodi:

- Splošna bolnišnica Celje,
- Splošna bolnišnica Novo mesto,
- Splošna bolnišnica Murska Sobota,
- Splošna bolnišnica Nova Gorica,
- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec,
- Splošna bolnišnica Izola,
- Splošna bolnišnica Jesenice,
- Splošna bolnišnica Ptuj,
- Splošna bolnišnica Trbovlje,
- Splošna bolnišnica Brežice,
- Ortopedska bolnišnica Valdoltra,
- Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj,
- Bolnišnica Topolšica,
- Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna,
- Bolnišnica Sežana.

Analizirali bomo poslovanje bolnišnic v letu 2007. Pogodbeno leto, za katero izvajalci sklepajo pogodbe z ZZS, ni enako koledarskemu letu, temveč se začne 1. aprila in konča 31. marca naslednje leto. Obseg poslovanja bolnišnic v letu 2007 temelji na pogodbah z ZZS za pogodbeno leto 2006 (od 1. 1. 2007 do 31. 3. 2007) in pogodbah za pogodbeno leto 2007 (od 1. 4. 2007 do 31. 12. 2007).

Za boljšo predstavbo, kolikšen delež akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP predstavljajo v vzorec zajete bolnišnice, v tabeli 6.1 podajamo prikaz opravljenih storitev po izvajalcih.

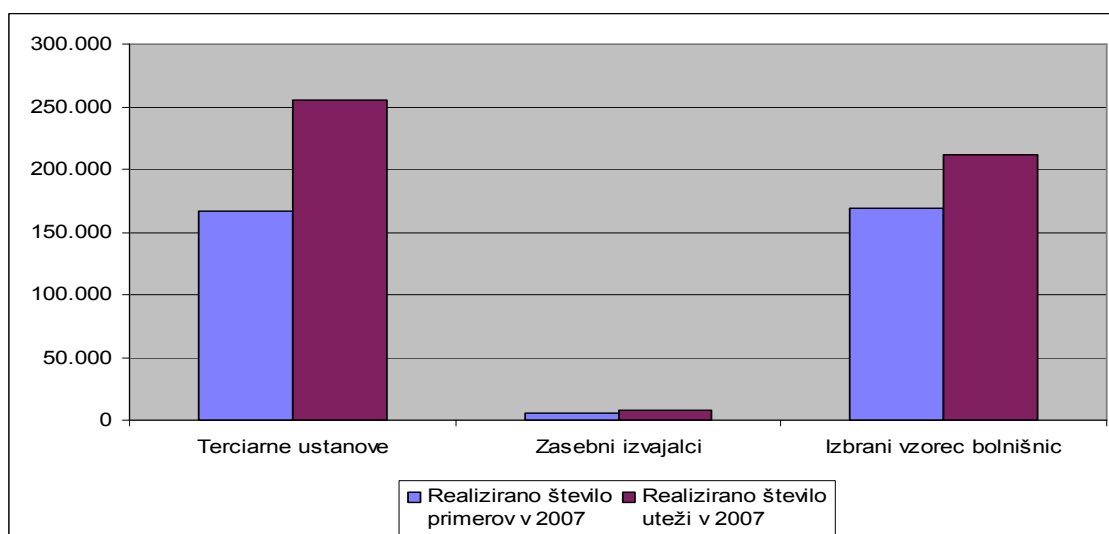
Tabela 6.1 Pregled realiziranih SPP primerov v terciarnih ustanovah, pri zasebnih izvajalcih in pri izbranem vzorcu 15 bolnišnic

	Število primerov	Število uteži	Povprečna utež	Delež primerov	Delež uteži
Zasebni izvajalci	5.384	7.900	1,47	2 %	2 %
Terciarnе ustanove	167.152	254.807	1,52	49 %	54 %
Sekundarne ustanove	169.382	211.096	1,25	50 %	45 %
Skupaj	341.918	473.803	1,39	100 %	100 %

Vir: ZZS 2008, 42.

Izbrani vzorec bolnišnic je v letu 2007 realiziral 50 % vseh SPP primerov, realiziranih v Sloveniji. Izbrani vzorec bolnišnic je realiziral nižjo povprečno utež kot terciarne ustanove in zasebni izvajalci. Delež realiziranih uteži v izbranem vzorcu bolnišnic znaša 45 % vseh realiziranih uteži v Sloveniji v letu 2007. Na sliki 6.1 prikazujemo realizacijo programa po vrsti izvajalcev.

Slika 6.1 Pregled realiziranih SPP primerov v terciarnih ustanovah, pri zasebnih izvajalcih in pri izbranem vzorcu 15 bolnišnic



Vir: ZZS 2008, 42.

Iz slike izhaja, da so terciarne ustanove opravile podobno število primerov kot izbrani vzorec bolnišnic, hkrati pa so opravile bistveno večje število uteženih primerov, iz česar izhaja, da v povprečju obravnavajo zahtevnejše paciente. Zasebni izvajalci predstavljajo zelo majhen, manj kot 2 % delež realiziranih primerov in realiziranih uteži. Obstajajo razlike v velikosti med posameznimi izvajalci, zato v nadaljevanju prikazujemo realizacijo programa ABO v letu 2007 pri vseh izvajalcih.

Iz tabele 6.2 izhaja, da so izvajalci akutne bolnišnične obravnave v letu 2007 presegli planirano število primerov za 2,72 % in planirano število uteži za 6,67 %. To po eni strani pomeni, da so sprejeli več pacientov, kot je bilo pogodbeno določeno, po drugi strani pa so imeli sprejeti pacienti v povprečju višjo utež, kot je bila predvidena v pogodbi. Zato prihaja do razhajanja med indeksom realizacije primerov in indeksom realizacije uteži. ZZS plačuje izvajalcem pogodbeno dogovorjeno število primerov po pogodbeno dogovorjeni povprečni uteži. Morebitnega preseganja programa ZZS ne plača, izjema je plačevanje preseganja porodov. V 3. členu SD 2007 je navedeno, da se plan porodov oblikuje ločeno ter da bo ZZS porode plačeval na osnovi njihove realizacije. V prilogi 2 PDB 2007 je podrobneje določeno, da se v končnem letnem obračunu upošteva celotna realizacija porodov, če izvajalec preseže plan porodov, pa se presežek obračuna v višini 30 % cene poroda. Slednja se izračuna na podlagi najpogostejše uteži za porod, ki znaša 0,91, in povprečne cene uteži na primer iz končnega letnega obračuna (ZZS 2007a, priloga 2, P-9).

Iz navedenega lahko ugotovimo, da izvajalci nimajo ekonomskega razloga, da bi presegali zakupljeni program. Temu pritrjuje tudi Česen (1998, 14), ko pravi, da izvajalci zdravstvenih storitev stremijo k širjenju zdravstvenih programov in zmotno mislijo, da bodo tako dobili več denarja, kar pa je nemogoče zaradi objektivno omejenih sredstev plačnikov. Nekoliko drugače je pri porodih, pri katerih se plačuje tudi preseganje, vendar le 30 % cene najnižje vrednotenega poroda. Razpon uteži porodov se giblje od 0,91 uteži do 2,11 uteži, kar pomeni, da lahko izvajalec dobi plačanega le 13 % cene dejanskega poroda. Vendar moramo vedeti, da pri porodih, prav tako pa tudi pri vseh drugih nujnih primerih, izvajalec ne more vplivati na realizacijo navedenih primerov v posameznem letu z ustvarjanjem čakalnih vrst, saj morajo biti primeri obravnavani takoj. Obstajajo razlike med izvajalci. Vsi izvajalci sekundarne in terciarne ABO so v celoti realizirali tako plan primerov kot tudi plan uteži. Med zasebnimi izvajalci plana primerov ni realiziral en izvajalec, plana uteži pa trije izvajalci.

Največji delež tako primerov kot tudi uteži opravijo v terciarnih ustanovah. Sledijo ostale bolnišnice, ki so organizirane kot javni zdravstveni zavodi, relativno majhen delež, pa predstavljajo zasebni izvajalci ABO.

Tabela 6.2 Pregled zakupljenega in plačanega programa po izvajalcih

Izvajalci, ki izvajajo ABO	Izvajalec	PRIMERI			UTEŽI			
		Pogodbeni plan primerov 2007	Realizacija primerov 2007	Indeks Realizacija / Pogodba	Pogodbeni plan uteži 2007	Realizacija uteži 2007	Indeks Realizacija / Pogodba	
na terciarni ravni	Univerzitetni klinični center Ljubljana	96.318	99.488	103,3	142.648	157.819	110,6	
	Univerzitetni klinični center Maribor	45.586	47.026	103,2	66.083	68.624	103,8	
	Onkološki inštitut Ljubljana	12.776	13.120	102,7	16.408	16.760	102,1	
	Bolnišnica Golnik	7.098	7.518	105,9	10.078	11.605	115,1	
	Splošna bolnišnica Celje	33.305	33.789	101,5	43.473	43.769	100,7	
na sekundarni ravni	Splošna bolnišnica Novo mesto	20.049	20.447	102,0	24.850	25.402	102,2	
	Splošna bolnišnica Murska Sobota	18.331	18.347	100,1	20.684	22.515	108,9	
	Splošna bolnišnica Nova Gorica	16.132	16.511	102,3	18.607	20.074	107,9	
	Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	14.189	14.317	100,9	16.688	17.692	106,0	
	Splošna bolnišnica Izola	13.714	14.649	106,8	15.150	17.001	112,2	
	Splošna bolnišnica Jesenice	11.302	11.312	100,1	14.757	15.432	104,6	
	Splošna bolnišnica Ptuj	9.429	9.647	102,3	9.545	10.356	108,5	
	Splošna bolnišnica Trbovlje	6.081	6.151	101,2	6.610	6.784	102,6	
	Splošna bolnišnica Brežice	5.757	5.815	101,0	6.396	6.496	101,6	
	Ortopedska bolnišnica Valdoltra	5.604	5.667	101,1	11.541	11.910	103,2	
	Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	4.263	4.439	104,1	3.219	3.425	106,4	
	Bolnišnica Topolšica	3.510	3.512	100,1	5.444	5.538	101,7	
	Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	3.473	4.125	118,8	2.872	3.683	128,2	
	Bolnišnica Sežana	634	653	103,0	950	1.018	107,2	
	Zasebni izvajalci na sekundarni ravni	Kirurški sanatorij Rožna dolina	2.801	2.801	100,0	2.201	2.215	100,6
		MC Medicor Lj	1.226	1.254	102,3	4.672	4.472	95,7
		Iatros	565	615	108,8	413	413	100,0
Estetika Fabjan		250	252	100,8	153	151	99,2	
Marko Bitenc		235	212	90,3	519	440	84,6	
Kirurški center Toš		197	199	101,3	154	163	105,9	
Artros		53	51	97,1	45	45	100,8	
Skupaj	332.874	341.918	102,7	444.160	473.803	106,7		

Vir: ZZZS 2008, 42.

V nadaljevanju bomo obravnavali 15 izvajalcev ABO na sekundarni ravni, ki so organizirani kot javni zdravstveni zavodi. Teh 15 izvajalcev lahko dodatno razdelimo na deset splošnih bolnišnic in pet specialnih bolnišnic. Skupaj so obravnavani izvajalci v letu 2007 obravnavali 50 % vseh primerov ABO v Sloveniji, realizirali so 45 % vseh

uteži. Deset splošnih bolnišnic lahko nadalje razdelimo na tri manjše regijske bolnišnice (SB Brežice, SB Ptuj, SB Trbovlje) in na sedem regijskih bolnišnic (SB Nova Gorica, SB Novo mesto, SB Jesenice, SB Slovenj Gradec, SB Izola, SB Celje in SB Murska Sobota).

6.2 Pregled realizacije programa akutne bolnišnične obravnave v Sloveniji v letih 2004 do 2007

Skupine primerljivih primerov so bile v Sloveniji delno uvedene v letu 2003, v celoti pa v letu 2004. Prvi podatki o realizaciji SPP primerov, ki smo jih uspeli pridobiti, so iz obdobja od aprila do decembra 2004. Navedeno razhajanje med koledarskim letom in obdobjem april–december izhaja iz obdobja, za katero se sklepajo pogodbe med izvajalci in ZZZS. ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev sklepajo pogodbe za obdobje enega leta, pogodbe veljajo od 1. aprila tekočega leta do 31. marca prihodnjega leta.

Omenili smo v tujini večkrat obravnavan pojav povečevanja povprečne uteži skozi čas (v angleškem jeziku tako imenovani »DRG creep«). Čeprav predmetno delo obravnava poslovanje izvajalcev v letu 2007, pa je za odgovor na vprašanje, ali izvajalci akutne bolnišnične obravnave povečujejo povprečno utež skozi čas, treba upoštevati tudi podatke predhodnih let. Ti bodo dali dodatno težo analizi ustreznosti kodiranja v letu 2007, saj bomo spoznali izhodišča, ki so pripeljala do obstoječega stanja v letu 2007. V Sloveniji lahko opazujemo štiri leta beleženja (čeprav leto 2004 le delno, devet mesecev) akutne bolnišnične obravnave, tako da lahko preverimo, ali se povprečna utež povečuje skozi čas tudi v Sloveniji (tabela 6.3).

Tabela 6.3 Število realiziranih primerov, število realiziranih uteži in povprečne realizirane uteži v letih 2004 do 2007

	Število realiziranih primerov	Število realiziranih uteži	Povprečna realizirana utež
2004*	238.849,00	312.911,33	1,31
2005	322.772,00	444.871,07	1,38
2006	332.712,00	461.555,24	1,39
2007	341.918,00	473.803,32	1,39

*V letu 2004 obdobje 4-12

Vir: ZDRZZ 2008.

Opazimo lahko, da se je od leta 2004 do 2007 povprečna realizirana utež povečala za skoraj 6 %. Kot zanimivost lahko navedemo, da je do podobne vrednosti, to je 2,2 % letno (v opazovanem primeru Slovenije pa 2 % letno), prišel tudi Seiber (2007, 92) ob opazovanju realiziranih povprečnih uteži v Južni Karolini (ZDA).

Na podlagi podatka, da se povprečna realizirana utež v Sloveniji v zadnjih štirih letih povečuje, bi lahko prišli do treh zaključkov:

- bolnišnice boljše evidentirajo obravnavane primere, kar ima za posledico dvig povprečne uteži;
- bolnišnice v povprečju obravnavajo težje paciente, kar ima za posledico dvig povprečne uteži;
- bolnišnice namerno napačno evidentirajo opravljene posege, kar ima za posledico dvig povprečne uteži.

Za odgovor na vprašanje, kateri od treh razlogov prevladuje, je potrebna natančnejša analiza. Vsekakor je bilo v letu 2004 evidentiranje slabše, vsako nadaljnje leto pa se izboljšuje, saj se je v letu 2004 sistem šele uvajal, pa tudi vsi izvajalci niso prepoznali pomembnosti evidentiranja in njegov vpliv na njihove prihodke in posledično na njihovo poslovanje.

Do zadnjih dveh trditev, to je, ali bolnišnice dejansko obravnavajo težje paciente oz. ali napačno evidentirajo opravljeno delo, pa se bomo opredelili v nadaljevanju. Odgovor na zastavljeni vprašanji bomo dobili z analizo skupin SPP primerov, ki imajo več kot eno stopnjo zahtevnosti. Če bolnišnice dejansko obravnavajo težje paciente, se je vsem bolnišnicam podobno spremenil »case-mix«¹ pacientov, in sicer od lažjih primerov k težjim primerom. Eden od razlogov za takšno spremembo obravnavanih pacientov bi lahko pripisali npr. starajočemu se prebivalstvu. Po drugi strani pa lahko domnevamo, da gre zelo verjetno za napačno evidentiranje, če se je povprečna utež bistveno povečala le v določenih bolnišnicah. Podrobno analizo ustreznosti kodiranja bomo opravili v nadaljevanju.

6.3 Analiza ustreznosti kodiranja SPP primerov

Prihodki ABO so izračunani iz pogodbenega števila primerov, pogodbeno priznane povprečne uteži in iz cene ene uteži. Na osnovi navedenih podatkov lahko izračunamo število uteži, kar je pomnoženo s ceno ene uteži prihodek bolnišnice. Bolnišnica dobi skladno z določili PDB plačane le realizirane uteži. Pravila za končni obračun za leto 2007 so določena v 10. in 11. členu priloge 2 Področnega dogovora za bolnišnice za pogodbeno leto 2007, kar smo podrobneje pojasnili že v poglavju 4.2 Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2007.

Pogodbeno število primerov in povprečna utež za leto 2007 sta temeljila na navedenih podatkih iz pogodb za leto 2006. Izvajalci tako ne morejo poljubno spreminjati povprečne uteži, lahko pa to dosežejo na arbitraži. Na arbitražo kot na postopek za reševanje sporov pri sklepanju pogodb napotuje 32. člen PDB 2007, ki se glasi: »Spore glede izbire izvajalcev in sklepanja pogodb razrešuje arbitraža po določilih zakona in Dogovora 2007.«

Kot primer izvajalca, ki je uspel v letu 2007 na arbitraži doseči povečanje povprečne uteži, posledično pa tudi povečanje števila uteženih primerov, lahko

navedemo Bolnišnico za ginekologijo in porodništvo Kranj, ki je uspela povečati pogodbeno priznano povprečno utež z 0,71 na 0,77.

Torej na prvi pogled ni razloga za napačno kodiranje primerov, če ima izvajalec ustrezno priznano povprečno utež. Pod napačnim kodiranjem mislimo na kodiranje, katerega cilj je dodelitev napačne SPP šifre z višjo utežjo, kot jo ima dejanski SPP primer. V angleščini obstaja poseben izraz za takšno neustrezno kodiranje, in sicer »DRG creep«. Če bi bolnišnica dobila plačane vse realizirane primere po dejanski uteži, bi bil motiv bolnišnic za napihovanje vrednosti primerov (v utežeh) večji, saj so zdravstvu namenjena sredstva omejena. Posledično bi to ob večanju števila realiziranih uteži pomenilo nižjo ceno ene uteži. Bolnišnica pa bi lahko pridobila več sredstev le, če bi povečala svoj obseg in zahtevnost programa bolj kot ostale bolnišnice. V trenutnem sistemu, ko je ABO plačan po pogodbenem številu primerov in pogodbeni povprečni uteži, pa je »napihovanje« uteži lahko le argument v postopku arbitraže pri sklepanju letnih pogodb z ZZZS, neposredno pa bolnišnica zaradi tega ne dobi dodatnih sredstev. Če pa bolnišnica ne dosega pogodbenega števila uteži (ki se izračuna iz pogodbenega števila primerov pomnoženo s pogodbeno povprečno utežjo), pa »napihovanje« uteži pomeni, da pridobi dodatna sredstva, do katerih dejansko ni upravičena (do pogodbeno določenih).

Kot primer različno vrednotenih SPP primerov znotraj ene skupine SPP lahko pogledamo kodiranje SPP skupine O01. SPP primer O01A ima kar 78 % večjo utež od primera O01D, kar posledično pomeni, da je tudi 78 % več plačan. Iz tega lahko sklepamo, da imajo izvajalci razlog za morebitno napačno kodiranje oz. za dodajanje diagnoz in posegov, ki dejansko niso bili opravljeni.

Sistem SPP je imel v letu 2007 650 SPP šifer (priloga 2a Področnega dogovora za bolnišnice za pogodbeno leto 2007, P-11), od tega so se štiri začele z začetnico 9, kar pomeni, da se ali glavna diagnoza ne ujema s pomembnim posegom ali zaradi drugih vzrokov razvrstitev ni mogoča.

SPP sistem vsebuje 650 SPP primerov, ki so glede na zahtevnost in porabo virov razvrščeni v različne skupine. Zahtevnost in poraba virov se odražata v zadnji črki kode SPP primera. Pomen posameznih končnic smo že opisali, zato v nadaljevanju (tabela 6.4) podajamo pregled števila SPP primerov s posameznimi končnicami.

Tabela 6.4 Pregled SPP primerov glede končnico SPP šifre

Končnica SPP skupine	Število SPP primerov
A	195
B	195
C	50
D	6
Z	204
Skupaj	650

Vir: povzeto po Zupanc 2008, 77–132.

Iz tabele izhaja, da imamo 204 SPP primere z le eno stopnjo zahtevnosti. Da bi lahko izračunali število ostalih skupin SPP primerov po zahtevnosti (dve tri ali štiri stopnje), izvedemo še dodaten izračun, rezultate katerega prikazujemo v naslednji tabeli 6.5.

Tabela 6.5 Pregled SPP primerov glede števila stopenj

Število SPP primerov v skupini	Število SPP skupin
1	204
2	145
3	44
4	6

Vir: povzeto po Zupanc 2008, 77–132.

Poleg že navedenih 204 SPP primerov, ki imajo le eno stopnjo zahtevnosti, je sistem SPP sestavljen še iz 145 skupin SPP primerov s po dvema stopnjama zahtevnosti, 44 skupin s po tremi stopnjami zahtevnosti in šestimi skupinami s po štirimi stopnjami zahtevnosti.

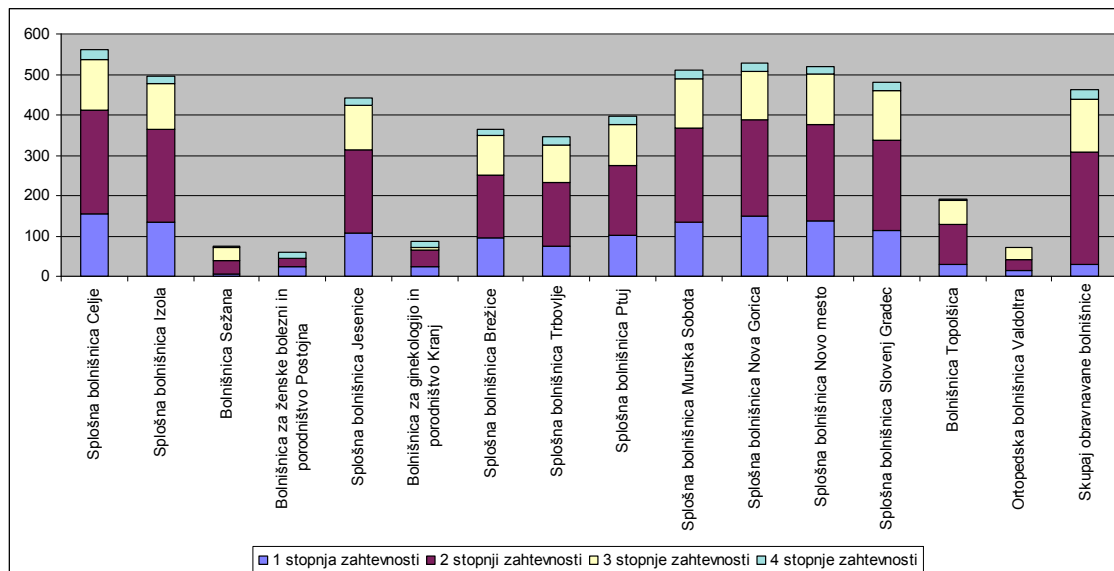
Posamezne skupine SPP primerov imajo zelo različno število realiziranih primerov v letu 2007. Tako ima največ realiziranih SPP primerov skupina O60 z 9.536 primeri, najmanj primerov pa so imele F04, F05, F06 in S63, ki niso imele nobenega primera.

V izbranem vzorcu je pet specialnih bolnišnic in deset splošnih bolnišnic. Splošne bolnišnice imajo širši spekter delovanja, kar pomeni, da obravnavajo več področij kot specialne bolnišnice, posledično je tudi spekter SPP primerov širši. Navedeno potrjuje tudi slika 6.2.

Iz slike 6.2 jasno izhaja odstopanje med številom opravljenih različnih SPP primerov med petimi specialnimi bolnišnicami ter desetimi splošnimi bolnišnicami. Prav tako je razvidno manjše število opravljenih različnih SPP primerov v treh manjših regijskih bolnišnicah (SB Brežice, SB Trbovlje in SB Ptuj). S pregledom števila različnih SPP primerov, ki jih obravnavajo v posamezni bolnišnici, smo prikazali širino programa, ki ga posamezna bolnišnica izvaja. Za pregled nad obsegom programa, to je

številom opravljenih primerov, pa bomo v nadaljevanju pregledali število opravljenih SPP primerov glede na število stopenj zahtevnosti.

Slika 6.2 Pregled števila opravljenih različnih SPP primerov



Vir: ZDRZZ 2008.

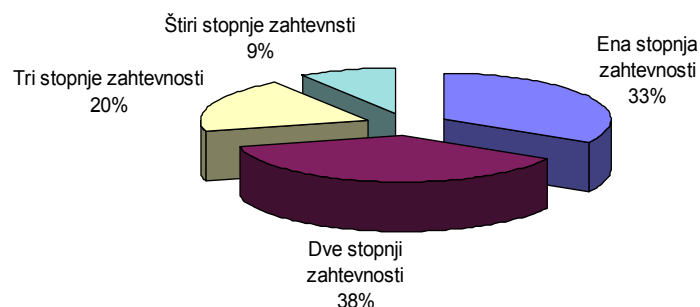
Tabela 6.6 Pregled realiziranih SPP primerov glede na število stopenj zahtevnosti

	Ena stopnja zahtevnosti	Dve stopnji zahtevnosti	Tri stopnje zahtevnosti	Štiri stopnje zahtevnosti	Skupaj
Splošna bolnišnica Celje	11.325	13.384	5.908	3.172	33.789
Splošna bolnišnica Izola	4.884	6.277	2.621	867	14.649
Bolnišnica Sežana	135	259	247	12	653
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	1.464	775	0	1.886	4.125
Splošna bolnišnica Jesenice	3.499	4.391	2.565	857	11.312
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	2.148	561	10	1.720	4.439
Splošna bolnišnica Brežice	1.706	2.280	1.234	595	5.815
Splošna bolnišnica Trbovlje	2.121	2.371	1.035	624	6.151
Splošna bolnišnica Ptuj	3.278	3.586	1.673	1.111	9.648
Splošna bolnišnica Murska Sobota	5.827	7.845	3.415	1.260	18.347
Splošna bolnišnica Nova Gorica	5.592	6.511	3.128	1.280	16.511
Splošna bolnišnica Novo mesto	8.071	7.283	3.715	1.378	20.447
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	4.618	5.974	2.594	1.131	14.317
Bolnišnica Topolšica	285	1.713	1.501	13	3.512
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	1.410	807	3.449	1	5.667
Skupaj	56.363	64.017	33.095	15.907	169.382

Vir: ZDRZZ 2008.

V nadaljevanju se bomo osredotočili le na SPP primere, ki imajo več kot eno stopnjo zahtevnosti. V sliki 6.3 prikazujemo strukturo SPP primerov glede na stopnjo zahtevnosti.

Slika 6.3 Pregled strukture SPP primerov glede na stopnjo zahtevnosti



Vir: ZDRZZ 2008.

V obravnavanih bolnišnicah so v letu 2007 obravnavali 67 % SPP primerov z več kot eno stopnjo zahtevnosti.

V nadaljevanju bomo obravnavali SPP primere z različnim številom stopenj zahtevnosti po izvajalcih. Stopnje zahtevnosti so označene z zadnjo črko v SPP kodi, pri čemer pomeni črka A najvišjo stopnjo porabe virov, B nižjo stopnjo zahtevnosti in porabe virov ter D najnižjo stopnjo zahtevnosti in porabe virov. V nadaljevanju bomo označili stopnje s številkami, pri čemer bo 1 najvišja zahtevnost (torej enakovredna črki A), 4 pa najnižja zahtevnost (torej enakovredna črki D).

Za testiranje ničelne predpostavke o enaki porazdelitvi deležev različno zahtevnih SPP primerov med bolnišnicami pri H1 bomo uporabili dve metodi, in sicer glede na število stopenj SPP primerov, pri analizi SPP primerov z dvema stopnjama zahtevnosti bomo uporabili Wilcoxonov značni test rangov, pri analizi SPP primerov s tremi in štirimi stopnjami zahtevnosti pa bomo uporabili Friedmanov test. Wilcoxonov značni test rangov sodi med neparametrične preizkuse za numerične spremenljivke, kjer primerjamo dve spremenljivki (Cencič 2006, 36). Friedmanov test sodi med neparametrične preizkuse za numerične spremenljivke, kjer primerjamo več kot dve spremenljivki (Cencič 2006, 36).

Za testiranje ničelne predpostavke (H1) o enaki porazdelitvi SPP-jev po posameznih dveh stopnjah zahtevnosti glede na bolnišnico bomo uporabili Wilcoxonov značni test rangov. Wilcoxonov značni test rangov se uporablja za primerjavo parnih meritev oziroma dveh meritev na istih podatkih. Uporabimo lahko tudi podatke v deležih ali odstotkih. Osnovna predpostavka testa je, da ni razlik med dvema setoma opazovanj. Test ne upošteva samo smeri razlik, ampak tudi velikost razlik med rangiranima spremenljivkama. Način, po katerem sta smer in velikost opazovanih razlik

lahko upoštevani, zahteva dva koraka: najprej določimo range različno velikim razlikam med parom spremenljivk, nato določimo pozitivne in negativne predznake. Če značilne razlike v resnici ne obstajajo, bosta skupno število pozitivnih in skupno število negativnih predznakov približno enaka.

Za testiranje ničelne predpostavke (H1) o enaki porazdelitvi SPP-jev po treh stopnjah in štirih stopnjah zahtevnosti glede na bolnišnico bomo uporabili Friedmanov test. S tem testom bomo primerjali tri ali več vzorčnih meritev na isti enoti, ki ustreza situaciji deležev SPP po posameznih kategorijah SPP glede na enote oziroma bolnišnice. Friedmanov test uporabimo kot ponovljene meritve v naslednjem modelu: n -bolnišnic ocenjuje vrednosti deležev svojih primerov po posameznih stopnjah SPP. Ali so njihove ocene konsistentne?

Osnovna predpostavka je, da ni značilnih razlik med različnimi vzorčnimi meritvami (deleži SPP v stopnjah zahtevnosti po bolnišnicah). V postopku Friedmanovega testa podatke vzporedno primerjanih spremenljivk najprej rangiramo in pri tem ni pomembno, ali gre za absolutna števila, odstotke ali deleže. V našem primeru bomo uporabili deleže. Rangiramo vsak posamezen delež v bloku med dvema ali več stopnjami SPP. Izračunamo razlike rangov, nato vsoto rangov in povprečni rang. Izračunamo statistiko Q , ki je količnik vsote kvadratov rangov znotraj iste enote opazovanja (bolnišnice) in vsote povprečnih kvadratov rangov med bolnišnicami. Če je osnovna predpostavka o ničelnih razlikah pravilna, bo statistika Q relativno majhna, kar predstavlja relativno majhne razlike med vsotami rangov posameznih deležev med bolnišnicami in teoretično pričakovanimi razlikami (ki jih dobimo na podlagi povprečja). Ničelna porazdelitev statistike Q je pri vzorcu velikosti 15 in več približek chi-kvadrat porazdelitve. Večja vrednost Q statistike predstavlja večjo verjetnost, da so razlike med vzorčnimi meritvami statistično značilne.

Pri nadaljnjih analizah, tako Wilcoxonovem testu kot tudi Friedmanovem testu, smo kodirali posamezne stopnje SPP primerov z dvema številka. Prva številka pomeni število stopenj zahtevnosti SPP primerov, druga številka pa pomeni stopnjo zahtevnosti skupine SPP primerov, pri čemer so s številko 1 označeni najbolj zahtevni primeri. Na primer koda *dve_ena* pomeni, da obravnavamo SPP primere z dvema stopnjama zahtevnosti, znotraj teh pa najbolj zahtevne primere. V tabeli 6.7 podajamo pregled strukture SPP primerov z dvema stopnjama zahtevnosti.

Večina bolnišnic je v sklopu primerov z dvema stopnjama opravila večji delež primerov nižje stopnje zahtevnosti. V dvostopenjski SPP je bilo v drugi stopnji kodirano 70,6 % primerov. Po deležu zahtevnejših primerov najbolj izstopata Bolnišnica Sežana in Bolnišnica Topolšica, saj imata 57 in 53 odstotkov zahtevnejših primerov. Po deležu manj zahtevnih primerov pa izstopajo Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna, Bolnišnica Valdoltra in Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, saj imajo 92, 97 in 80 odstotkov manj zahtevnih primerov. Glede na opazovana razmerja

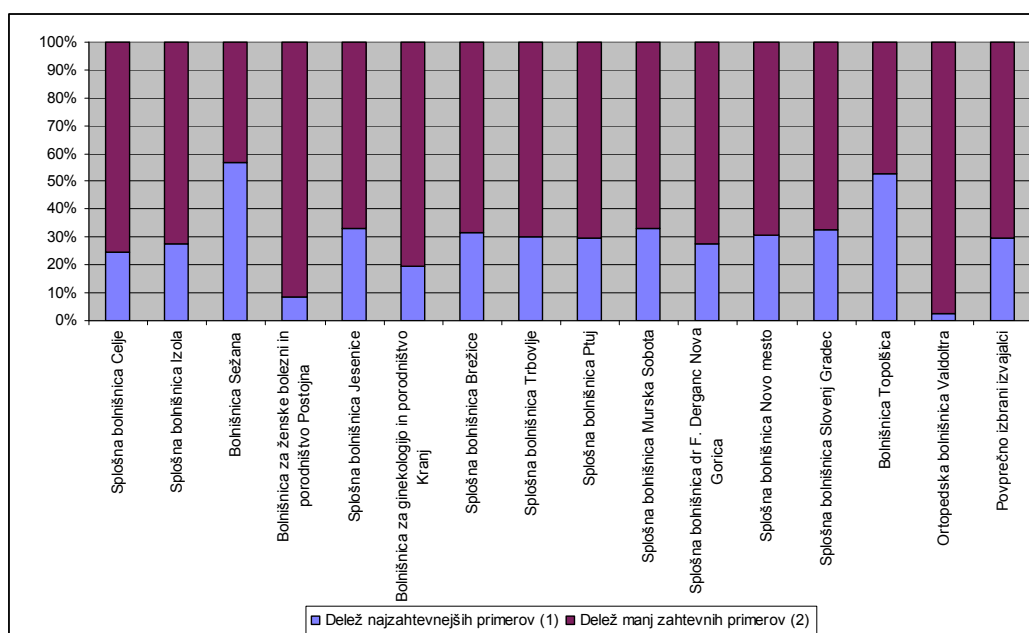
deležev med višjo in nižjo stopnjo zahtevnosti lahko ugotovimo, da so bolnišnice največkrat opravile manj zahtevne primere v sklopu SPP z dvema stopnjama zahtevnosti, kar je razvidno tudi iz slike 6.4.

Tabela 6.7 Pregled strukture SPP primerov z dvema stopnjama zahtevnosti

	Stopnja zahtevnosti		Skupaj	Delež najzahtevnejših primerov (1)	Delež manj zahtevnih primerov (2)
	1	2			
Splošna bolnišnica Celje	3.296	10.088	13.384	25 %	75 %
Splošna bolnišnica Izola	1.746	4.531	6.277	28 %	72 %
Bolnišnica Sežana	147	112	259	57 %	43 %
B. za ženske bolezni in porodništvo Postojna	65	710	775	8 %	92 %
Splošna bolnišnica Jesenice	1.454	2.937	4.391	33 %	67 %
B. za ginekologijo in porodništvo Kranj	111	450	561	20 %	80 %
Splošna bolnišnica Brežice	724	1.556	2.280	32 %	68 %
Splošna bolnišnica Trbovlje	713	1.658	2.371	30 %	70 %
Splošna bolnišnica Ptuj	1.059	2.527	3.586	30 %	70 %
Splošna bolnišnica Murska Sobota	2.594	5.251	7.845	33 %	67 %
Splošna bolnišnica Nova Gorica	1.814	4.697	6.511	28 %	72 %
Splošna bolnišnica Novo mesto	2.233	5.050	7.283	31 %	69 %
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	1.953	4.021	5.974	33 %	67 %
Bolnišnica Topolšica	906	807	1.713	53 %	47 %
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	22	785	807	3 %	97 %
Skupaj	18.837	45.180	64.017	29 %	71 %

Vir: ZDRZZ b. 1.

Slika 6.4 Pregled strukture SPP primerov z dvema stopnjama zahtevnosti



Vir: ZDRZZ 2008.

Z vsebinskega vidika lahko navedenim bolnišnicam pripišemo drugačno strukturo primerov zaradi njihove specializacije. Vse ostale v vzorcu zajete bolnišnice so splošne bolnišnice, kar pomeni, da obravnavajo širši krog pacientov. V naslednji tabeli (6.8) podajamo porazdelitev rangov za dvostopenjske SPP med bolnišnicami in Wilcoxonov značni test rangov.

Tabela 6.8 Porazdelitev rangov za dvostopenjske SPP med bolnišnicami in Wilcoxonov značni test rangov

	Število	Povprečni rang	Vsota rangov	Z	p
Negativni rangi	2	1,5	3		
Pozitivni rangi	13	9	117		
Skupaj	15		114	-3,24	0

Za izračun Wilcoxonovega značnega testa rangov smo uporabili program SPSS za Okna. V programu izberemo možnost Analize – Nonparametric tests – 2 Related Samples. Postopek izračuna je naslednji: izračunamo razlike med deležem primerov prve stopnje in deležem primerov druge stopnje in jih pretvorimo v absolutne razlike, ki jih nato rangiramo po velikosti od najmanjše do največje. V naslednjem koraku rangom določimo predznake (minus, plus), in sicer tako, da negativni predznak dobijo tisti rangi, katerih razlike med deleži primerov prve in druge stopnje glede na izračun v prvem koraku so negativne. Pozitivni predznak pa dobijo tisti rangi, katerih razlike glede na račun v prvem koraku so pozitivne. Nadalje izračunamo vsoto vseh rangov. Števili pozitivnih in negativnih rangov ter vsota vseh rangov sta prikazani v tabeli 6.8.

Vsoti rangov rečemo tudi vzorčna statistika W , ki ima svoj standardni odklon. Standardni odklon statistike W izračunamo po enačbi:

$$\sigma_w = \sqrt{\frac{N(N+1)(2N+1)}{6}},$$

ki je torej funkcija števila primerov N . Iz vsote rangov W povprečja rangov ter standardnega odklona izračunamo z statistiko:

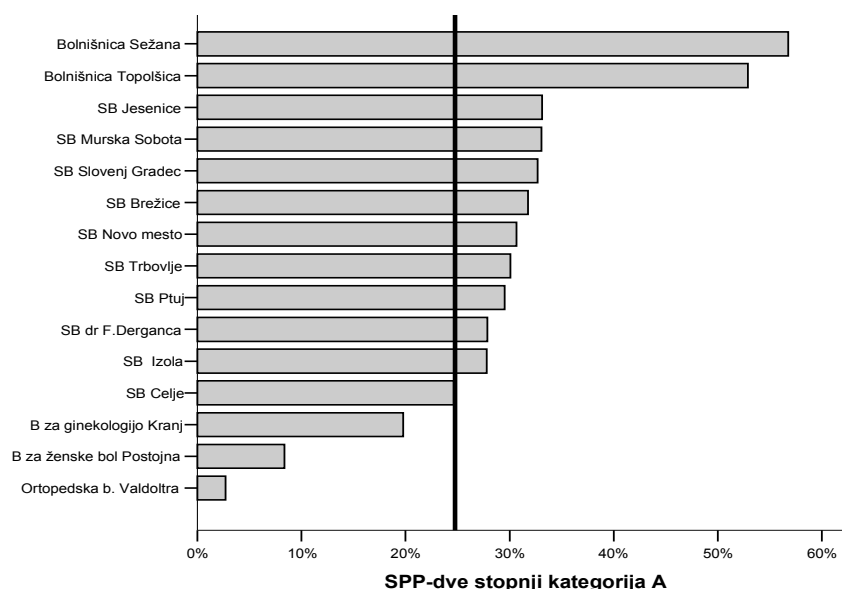
$$z = \frac{(W - \mu_w)}{\sigma_w}.$$

Kritična vrednost standardizirane normalne porazdelitve za 5 % verjetnost je 1,96. V tem primeru smo izračunali $z=3,24$, za katero odčitamo obojestransko verjetnost $p=0,000$. Ugotovimo torej, da so razlike v kodiranju dvostopenjskih SPP med bolnišnicami statistično značilne. Porazdelitev (razlik) deležev med prvo in drugo stopnjo zahtevnosti pri SPP-2 po bolnišnicah ni naključna.

Izračunamo, da na podlagi podatkov dobimo dva negativna ranga s povprečno vrednostjo 1,5 in vsoto rangov 3 ter 13 pozitivnih rangov s povprečno vrednostjo 9 in vsoto rangov 117. Da bi lahko sprejeli zaključek, da ne obstajajo razlike med opazovanimi razporeditvami, bi morali biti vsoti pozitivnih in negativnih rangov enaki ali podobni, kar v danem primeru ne drži.

Dvosmerna verjetnost za razlike vrednosti odstotkov primerov prve in druge stopnje zahtevnosti je nižja od 0,05, kar pomeni, da se razlike v kodiranju nanašajo ne samo na velikost deležev v posamezni stopnji zahtevnosti, ampak tudi na smer oziroma stopnjo zahtevnosti. Iz tega izhaja, da nekatere bolnišnice statistično značilno bolj težijo h kodiranju primerov 1. stopnje zahtevnosti kot druge. Porazdelitev SPP primerov prve stopnje zahtevnosti prikazujemo na sliki 6.5.

Slika 6.5 Porazdelitev SPP primerov prve stopnje zahtevnosti (kategorije A) pri SPP z dvema stopnjama



Prikazana referenčna črta v grafu je geometrična sredina za srednjo vrednost odstotkov. Največja odstopanja od referenčne črte so pri petih specialnih bolnišnicah. V nadaljevanju si bomo ogledali še SPP primere s tremi in s štirimi stopnjami zahtevnosti. V tabeli 6.9 prikazujemo strukturo SPP primerov s tremi stopnjami zahtevnosti.

Tabela 6.9 Pregled strukture SPP primerov s tremi stopnjami zahtevnosti

	Stopnja zahtevnosti			Skupaj	Delež najzahtevnejših primerov (1)	Delež srednje zahtevnih primerov (2)	Delež manj zahtevnih primerov (3)
	1	2	3				
Splošna bolnišnica Celje	970	2.218	2.720	5.908	16 %	38 %	46 %
Splošna bolnišnica Izola	422	1.049	1.150	2.621	16 %	40 %	44 %
Bolnišnica Sežana	89	116	42	247	36 %	47 %	17 %

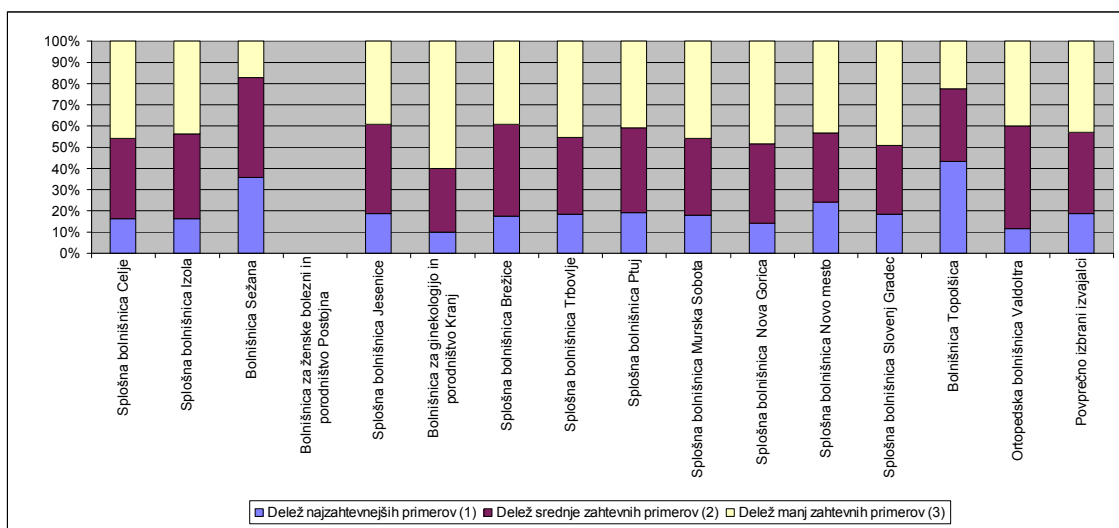
Tabela 6.9 – nadaljevanje

Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	0	0	0	0	0 %	0 %	0 %
Splošna bolnišnica Jesenice	482	1.080	1.003	2.565	19 %	42 %	39 %
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	1	3	6	10	10 %	30 %	60 %
Splošna bolnišnica Brežice	215	536	483	1.234	17 %	43 %	39 %
Splošna bolnišnica Trbovlje	191	374	470	1.035	18 %	36 %	45 %
Splošna bolnišnica Ptuj	320	670	683	1.673	19 %	40 %	41 %
Splošna bolnišnica Murska Sobota	618	1.237	1.560	3.415	18 %	36 %	46 %
Splošna bolnišnica Nova Gorica	447	1.173	1.508	3.128	14 %	38 %	48 %
Splošna bolnišnica Novo mesto	904	1.197	1.614	3.715	24 %	32 %	43 %
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	478	846	1.270	2.594	18 %	33 %	49 %
Bolnišnica Topolšica	648	515	338	1.501	43 %	34 %	23 %
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	402	1.666	1.381	3.449	12 %	48 %	40 %
Skupna vsota	6.187	12.680	14.228	33.095	19 %	38 %	43 %

Vir: ZDRZZ 2008.

Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna ni obravnavala SPP primerov, ki imajo tri stopnje zahtevnosti, kar je razvidno tudi iz naslednje slike 6.6.

Slika 6.6 Pregled strukture SPP primerov s tremi stopnjami zahtevnosti



Vir: ZDRZZ 2008.

Tako kot v primeru SPP primerov z dvema stopnjama zahtevnosti tudi v skupini SPP primerov s po tremi stopnjami zahtevnosti izstopajo že navedene specialne bolnišnice. V tabeli 6.10 prikazujemo porazdelitev rangov za tristopenjske SPP primere in Friedmanov test rangov.

Tabela 6.10 Porazdelitev rangov za tristopenjske SPP primere med bolnišnicami in Friedmanov test rangov

SPP s tremi stopnjami	Povprečni rang	Chi-kvadrat	sp	p
1. stopnja	1,27			
2. stopnja	2,27	13,286	2	0,001
3. stopnja	2,47			

S Friedmanovim testom smo podatke vzporedno primerjanih spremenljivk (delež bolnišničnih primerov) najprej rangirali. Izračunali smo razlike rangov, nato vsoto rangov in povprečni rang. Izračunamo statistiko Q, ki je količnik vsote kvadratov rangov znotraj iste enote opazovanja (bolnišnice) in vsote povprečnih kvadratov rangov med bolnišnicami. Če je osnovna predpostavka o ničelnih razlikah pravilna, bo statistika Q relativno majhna, kar predstavlja relativno majhne razlike med vsotami rangov posameznih deležev med bolnišnicami in teoretično pričakovanimi razlikami (ki jih dobimo na podlagi povprečja). Velikost izračunane statistike Q, ki se porazdeljuje po chi-kvadrat porazdelitvi, odloča o tem, ali bomo ničelno hipotezo sprejeli ali zavrnili. Ničelna porazdelitev statistike Q je pri vzorcu velikosti 15 in več približek chi-kvadrat porazdelitve. Večja vrednost Q statistike predstavlja večjo verjetnost, da so razlike med vzorčnimi meritvami statistično značilne.

Deleži opravljenih SPP s tremi stopnjami zahtevnosti se med bolnišnicami statistično značilno razlikujejo (chi-kvadrat=13,268, sp=2, p=0,001). Glede na rezultat Friedmanovega testa rangov lahko ugotovimo, da razlike v deležih po stopnjah zahtevnosti med bolnišnicami niso naključne. V tem primeru lahko izvedemo še medsebojne primerjave posameznih stopenj s pomočjo Wilcoxonovega testa rangov (tabela 6.11), da bi ugotovili, katere stopnje zahtevnosti znotraj SPP-3 so tiste, po katerih se bolnišnice značilno razlikujejo.

Tabela 6.11 Wilcoxonov test rangov za razlike med posameznima stopnjama

	1. stopnja	2. stopnja
2. stopnja	Z=-3,170; p=0,002	
3. stopnja	Z=-2,982; p=0,003	Z=-1,099; p=0,272

Izračunamo razlike med posameznimi pari, npr. najprej med deležem primerov prve stopnje in deležem primerov druge stopnje, in jih pretvorimo v absolutne razlike, ki jih nato rangiramo po velikosti od najmanjše do največje. V naslednjem koraku rangom določimo predznake (minus, plus), in sicer tako, da negativen predznak dobijo tisti rangi, katerih razlike med deleži primerov prve in druge stopnje glede na izračun v prvem koraku so negativne, pozitiven predznak pa dobijo tisti rangi, katerih razlike

glede na račun v prvem koraku so pozitivne. Nadalje izračunamo vsoto vseh rangov. Vsoti rangov rečemo tudi vzorčna statistika W , ki ima svoj standardni odklon.

Standardni odklon statistike W izračunamo po enačbi:

$$\sigma_w = \sqrt{\frac{N(N+1)(2N+1)}{6}},$$

ki je torej funkcija števila primerov N . Iz vsote rangov W povprečja rangov ter standardnega odklona izračunamo z statistiko:

$$z = \frac{(W - \mu_w)}{\sigma_w}.$$

Kritična vrednost standardizirane normalne porazdelitve za 5 % verjetnost je 1,96.

V testu razlik v paru 1. stopnja – 2. stopnja smo izračunali $z=3,17$, za katero odčitamo obojestransko verjetnost $p=0,002$. Ugotovimo torej, da so razlike v kodiranju med 1. in 2. stopnjo tristopenjskih SPP med bolnišnicami statistično značilne. Porazdelitev (razlik) deležev med prvo in drugo stopnjo zahtevnosti pri SPP-3 po bolnišnicah ni naključna (tabela 6.11).

V testu razlik v paru 1. stopnja – 3. stopnja smo izračunali $z=2,98$, za katero odčitamo obojestransko verjetnost $p=0,003$. Ugotovimo torej, da so razlike v kodiranju med 1. in 3. stopnjo tristopenjskih SPP med bolnišnicami statistično značilne. Porazdelitev (razlik) deležev med prvo in tretjo stopnjo zahtevnosti pri SPP-3 po bolnišnicah ni naključna (tabela 6.11).

V testu razlik v paru 2. stopnja – 3. stopnja smo izračunali $z=1,1$, za katero odčitamo obojestransko verjetnost $p=0,272$. Ugotovimo, da so razlike v kodiranju med 2. in 3. stopnjo tristopenjskih SPP med bolnišnicami naključne. Porazdelitev razlik v deležih med drugo in tretjo stopnjo SPP-3 je enakomerna (tabela 6.11). Porazdelitev SPP primerov prve stopnje zahtevnosti prikazujemo na sliki 6.7. Pojem enakomernosti lahko pojasnimo kot teoretično enako razporejene deleže SPP med bolnišnicami. Pojem enakomernosti povezujemo s porazdelitvijo velikosti deležev posameznega SPP in njegove stopnje zahtevnost.

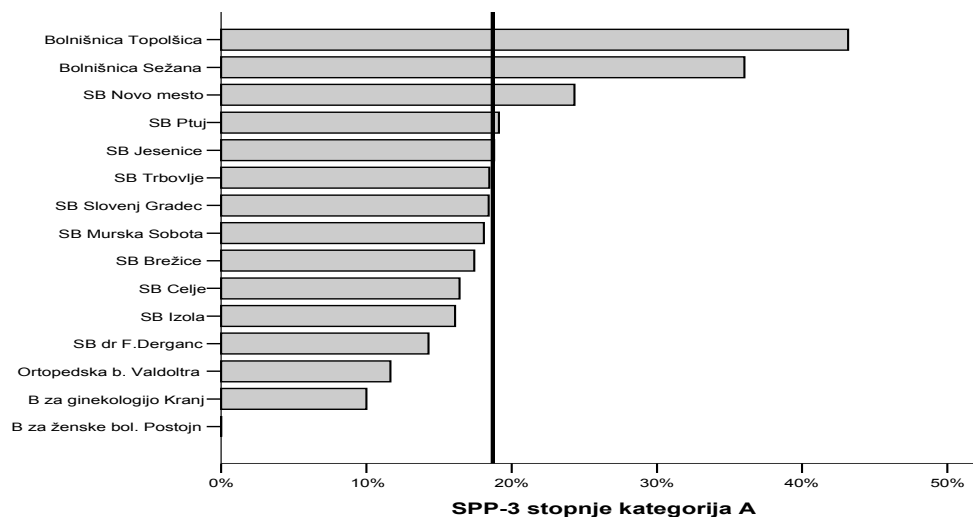
Referenčna črta je geometrična sredina za srednjo vrednost odstotkov. Največja odstopanja od referenčne črte so pri petih specialnih bolnišnicah.

V nadaljevanju bomo preučili tudi strukturo SPP primerov s po štirimi stopnjami zahtevnosti (tabela 6.12), ter porazdelitev rangov za deleže štiri stopenjskih SPP med bolnišnicami in Friedmanov test rangov prikazujemo v tabeli 6.13.

Skupina SPP primerov s štirimi stopnjami zahtevnosti zajema možganske kapi, porode in bolne novorojenčke, tako da se navedene obravnave ne izvajajo v vseh bolnišnicah. Tako ima Ortopedska bolnišnica Valdoltra le en primer, Bolnišnica Sežana 12 primerov, Bolnišnica Topolšica pa 13 primerov. Zato tudi najbolj odstopajo od

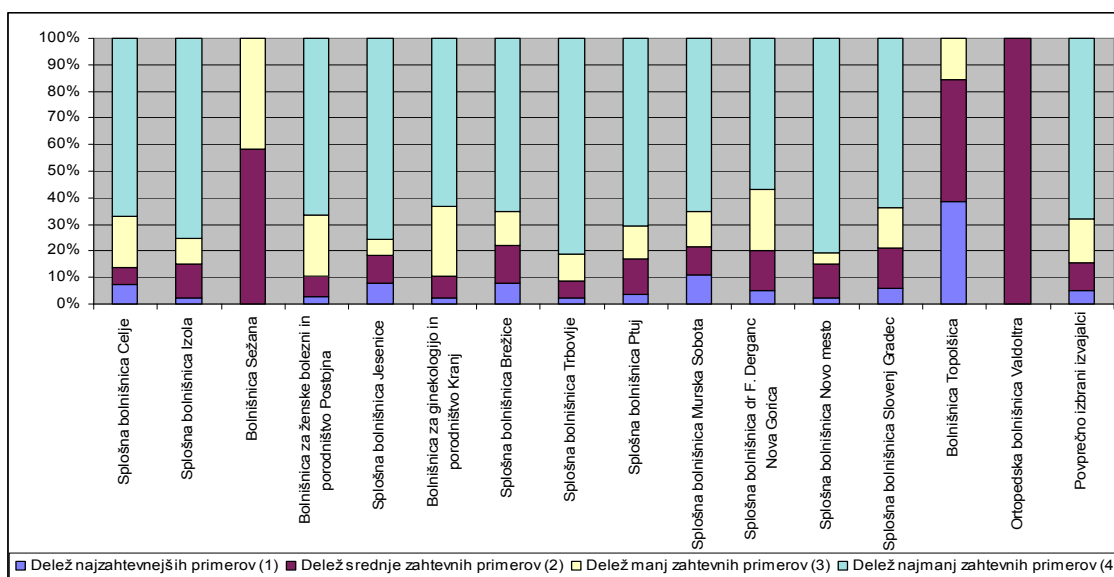
povprečja. Razlog za odstopanje je vsebinske narave, saj ne obravnavajo (oz. le izjemoma) pacientov iz skupin SPP-jev s po štirimi stopnjami težavnosti.

Slika 6.7 Porazdelitev SPP primerov prve stopnje zahtevnosti (kategorije A) pri SPP s tremi stopnjami



Pri SPP primerih s po dvema in tremi stopnjami zahtevnosti smo ugotovili, da specialne bolnišnice odstopajo, saj obravnavajo ožji spekter primerov kot splošne bolnišnice. Na naslednji sliki (6.8) prikazujemo strukturo SPP primerov s štirimi stopnjami zahtevnosti.

Slika 6.8 Pregled strukture SPP primerov s štirimi stopnjami zahtevnosti



Vir: ZDRZZ 2008.

Tabela 6.12 Pregled strukture SPP primerov s štirimi stopnjami zahtevnosti

	Stopnja zahtevnosti				Skupaj	Delež najzahtevnejših primerov (1)	Delež srednje zahtevnih primerov (2)	Delež manj zahtevnih primerov (3)	Delež najmanj zahtevnih primerov (4)
	1	2	3	4					
Splošna bolnišnica Celje	232	198	619	2.123	3.172	7 %	6 %	20 %	67 %
Splošna bolnišnica Izola	18	114	84	651	867	2 %	13 %	10 %	75 %
Bolnišnica Sežana	0	7	5	0	12	0 %	58 %	42 %	0 %
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	48	150	432	1.256	1.886	3 %	8 %	23 %	67 %
Splošna bolnišnica Jesenice	66	92	50	649	857	8 %	11 %	6 %	76 %
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	37	147	449	1.087	1.720	2 %	9 %	26 %	63 %
Splošna bolnišnica Brežice	46	85	77	387	595	8 %	14 %	13 %	65 %
Splošna bolnišnica Trbovlje	14	41	62	507	624	2 %	7 %	10 %	81 %
Splošna bolnišnica Ptuj	39	151	135	786	1.111	4 %	14 %	12 %	71 %
Splošna bolnišnica Murska Sobota	139	132	171	818	1.260	11 %	10 %	14 %	65 %
Splošna bolnišnica Nova Gorica	62	198	293	727	1.280	5 %	15 %	23 %	57 %
Splošna bolnišnica Novo mesto	30	176	61	1.111	1.378	2 %	13 %	4 %	81 %
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	66	173	173	719	1.131	6 %	15 %	15 %	64 %
Bolnišnica Topolišica	5	6	2	0	13	38 %	46 %	15 %	0 %
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	0	1	0	0	1	0 %	100 %	0 %	0 %
Skupna vsota	802	1.671	2.613	10.821	15.907	5 %	11 %	16 %	68 %

Vir: ZDRZZ 2008.

Pri SPP primerih s štirimi stopnjami zahtevnosti pa Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna ter Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj obravnavata večji del SPP primerov s po štirimi stopnjami zahtevnosti (porodi in bolni novorojenci), redno ne obravnavata le primerov možganskih kapi.

Tabela 6.13 Porazdelitev rangov za deleže štiristopenjskih SPP med bolnišnicami in Friedmanov test rangov

SPP s štirimi stopnjami	Povprečni rang	Chi-kvadrat	sp	p
1. stopnja	1,43			
2. stopnja	2,63	20,250	3	0,000
3. stopnja	2,43			
4. stopnja	3,50			

S Friedmanovim testom smo podatke vzporedno primerjanih spremenljivk (deleže bolnišničnih primerov v skupini SPP primerov s štirimi stopnjami zahtevnosti) najprej rangirali. Izračunali smo razlike rangov, nato vsoto rangov in povprečni rang. Izračunali smo statistiko Q, ki je količnik vsote kvadratov rangov znotraj iste enote opazovanja (bolnišnice) in vsote povprečnih kvadratov rangov med bolnišnicami. Če je osnovna predpostavka o ničelnih razlikah pravilna, bo statistika Q relativno majhna, kar predstavlja relativno majhne razlike med vsotami rangov posameznih deležev med bolnišnicami in teoretično pričakovanimi razlikami (ki jih dobimo na podlagi povprečja). Velikost izračunane statistike Q, ki se porazdeljuje po chi-kvadrat porazdelitvi, odloča o tem, ali bomo ničelno hipotezo sprejeli ali zavrnil. Tudi v analizi SPP primerov s štirimi stopnjami zahtevnosti se je izkazalo, da je porazdelitev deležev primerov med bolnišnicami statistično značilno različna glede na stopnje zahtevnosti.

Tabela 6.14 Wilcoxonov test rangov za razlike med posameznima dvema stopnjama pri SPP s štirimi stopnjami

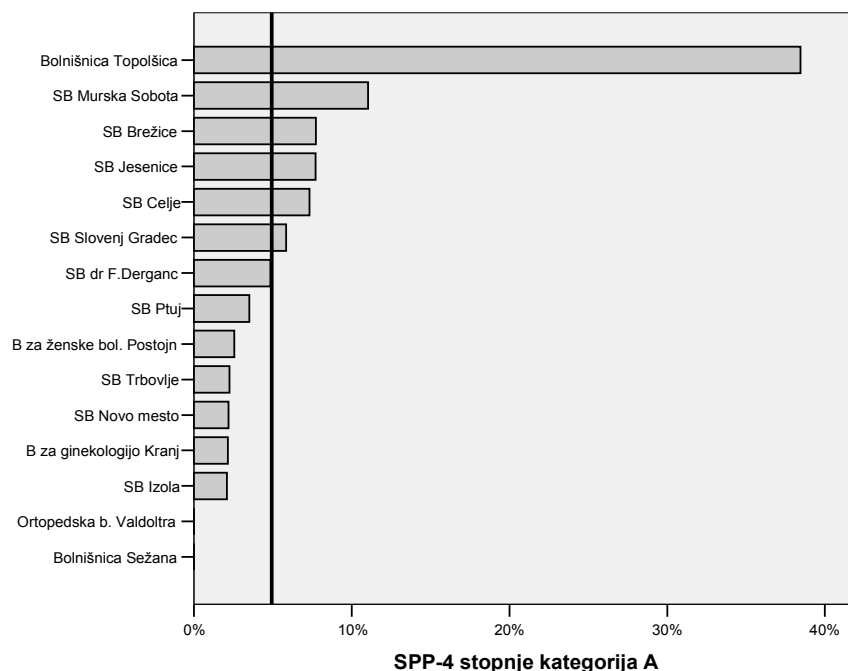
	1. stopnja	2. stopnja	3. stopnja
1. stopnja			
2. stopnja	Z=-3,237; p=0,001		
3. stopnja	Z=-2,480; p=0,013	Z=-0,471; p=0,638	
4. stopnja	Z=-3,110; p=0,002	Z=-1,988; p=0,047	Z=-2,982; p=0,003

Postopek izračuna smo podrobneje opisali že pri SPP primerih s tremi stopnjami zahtevnosti, zato v nadaljevanju podajamo le ugotovitve za SPP primere s štirimi stopnjami zahtevnosti.

Razlike v deležih med drugo in tretjo stopnjo zahtevnosti so slučajne. Podobno kot pri analizi tri-stopenjskih SPP, ko smo ugotovili enakomerno porazdelitev srednje zahtevnih primerov, se tudi pri štiri-stopenjskih SPP bolnišnice ne razlikujejo.

Nesorazmernost v deležih med stopnjami zahtevnosti je posebej prisotna v skupini bolnišnic, ki nadpovprečno pogosto vrednotijo svoje primere kot najbolj zahtevne v primerjavi z bolnišnicami, ki imajo najbolj zahtevnih primerov malo ali celo nič.

Slika 6.9 Porazdelitev SPP odstotkov prve stopnje zahtevnosti (kategorije A) pri SPP s štirimi stopnjami



Referenčna črta je geometrična sredina za srednjo vrednost odstotkov. Največja odstopanja od referenčne črte so pri petih specialnih bolnišnicah in Splošni bolnišnici Murska Sobota.

Na podlagi analize SPP primerov z več kot eno stopnjo zahtevnosti lahko zaključimo, da obstajajo statistično značilne razlike med strukturo SPP primerov med bolnišnicami. Del razlik lahko pripišemo različnim področjem delovanja bolnišnic, saj specialne bolnišnice opravljajo bistveno manjši obseg različnih SPP primerov kot splošne bolnišnice. To ugotovitev bomo dodatno razdelali v nadaljevanju, ko bomo ugotavljali korelacijo med ceno uteži in kodiranjem različno zahtevnih primerov, saj bomo izračunali korelacijo na izbranem vzorcu 15 bolnišnic.

6.4 Pregled poslovanja izbranega vzorca bolnišnic v letu 2007

Izkaz poslovnega izida nam prikazuje podatke o prihodkih, odhodkih in poslovnem izidu obravnavane organizacije. V veliki večini zasebnih podjetij je eden izmed glavnih ciljev poslovanja dobiček. Tako tudi Mramor (2000, 15) izpostavlja kot enega izmed petih ciljev, ki jim podjetja sledijo, maksimiranje dobička, ostali cilji so maksimiranje

prodaje, maksimiranje tržnega deleža, preživetje in doseganje zadovoljive ravni dobičkov. Kot vidimo, sta med petimi glavnimi cilji podjetja dva vezana na dobiček, to je maksimiranje dobička in doseganje zadovoljive ravni dobičkov. Pri poslovanju bolnišnic maksimiranje dobička ni glavni cilj, prav tako je vprašljiva smiselnost sledenju ostalih po Mramorju prikazanih ciljev, saj že iz Zakona o zavodih izhaja, da glavni cilj javnih zavodov ni ustvarjanje dobička. Čeprav glavni cilj bolnišnic ni ustvarjanje dobička, pa je njihov cilj nedvomno poslovanje s pozitivno ničlo.

V nadaljevanju si bomo najprej s pomočjo osnovnih kategorij iz izkaza poslovnega izida ogledali poslovanje izbranega vzorca bolnišnic v letu 2007. Nato bomo izračunali enotno ceno uteži ter pripadajoče prihodke bolnišnic ob upoštevanju enotne cene uteži. Tako bomo lahko tudi izdelali prilagojene izkaze poslovnega izida. S pomočjo izkazov poslovnega izida in prilagojenih izkazov poslovnega izida bomo skušali ugotoviti, ali se bolnišnice z višjo ceno uteži obnašajo manj ekonomično in obratno.

6.4.1 Pregled izbranih kategorij izkaza poslovnega izida za leto 2007 ter ostalih kazalcev poslovanja

V vzorcu je zajetih 15 bolnišnic, prikazovanje vseh kategorij iz izkaza poslovnega izida pa ne bi bilo potrebno; osredotočili se bomo predvsem na kategorije, s pomočjo katerih bomo presojali ekonomičnost poslovanja. To so predvsem osnovne kategorije iz izkaza poslovnega izida – celotni prihodki, celotni stroški in presežek prihodkov. Navedene kategorije bodo pomembne v nadaljevanju pri izdelavi prilagojenih računovodskih izkazov, saj se bo prav na prilagojenih vrednostih celotnih prihodkov in presežka prihodkov odražala sprememba v poslovanju ob upoštevanju enotne cene uteži, zato jih prikazujemo v tabeli 6.15.

Izmed 15 obravnavanih bolnišnic jih je pet poslovalo negativno, ostalih deset pa pozitivno, skupaj so ustvarile 234 tisoč EUR presežka odhodkov nad prihodki.

Izkaz poslovnega izida nam pove, ali je bolnišnica poslovala s presežkom prihodkov ali s presežkom odhodkov, realiziranega obsega programa pa iz izkaza poslovnega izida ne dobimo.

Tabela 6.15 Pregled osnovnih kategorij iz izkaza poslovnega izida obravnavanih bolnišnic (v EUR)

	Celotni prihodki	Celotni odhodki	Presežek prihodkov
Splošna bolnišnica Celje	69.948.047	69.720.574	227.473
Splošna bolnišnica Izola	28.781.419	29.138.687	-357.268
Bolnišnica Sežana	4.211.910	4.187.370	24.540
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	4.728.327	4.656.047	72.280
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	19.375.385	19.310.151	65.234
Splošna bolnišnica Jesenice	24.696.705	24.336.101	360.604
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	4.916.936	4.914.400	2.536
Splošna bolnišnica Brežice	10.241.367	10.222.467	18.900
Splošna bolnišnica Trbovlje	11.750.456	11.477.000	273.456
Splošna bolnišnica Ptuj	17.565.867	17.973.576	-407.709
Splošna bolnišnica Murska Sobota	33.875.781	34.519.274	-643.493
Splošna bolnišnica Nova Gorica	33.268.751	34.003.825	-735.074
Splošna bolnišnica Novo mesto	41.325.996	41.325.885	111
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	31.916.662	30.832.982	1.083.680
Bolnišnica Topolšica	7.442.242	7.662.207	-219.965
Skupaj navedeni izvajalci	344.045.851	344.280.546	-234.695

Vir: ZDRZZ 2008, 7–8.

V nadaljevanju si bomo podrobneje ogledali realizirano število primerov (tabela 6.16), realizirano povprečno utež (tabela 6.17) in realizirano število uteži (tabela 6.18) v obravnavanih bolnišnicah. Podatke o realizaciji bomo primerjali s pogodbenimi vrednostmi ter tako ugotovili, ali so bolnišnice izpolnile svoje pogodbene obveznosti. Če pogodbeno določenega obsega programa niso izpolnile, so bolnišnice dobile plačan le realiziran program, ne pa pogodbeno dogovorjenega obsega.

Tabela 6.16 Pregled realiziranega in pogodbenega števila primerov za leto 2007

Izvajalec	Pogodbeni plan primerov	Realizacija primerov	Indeks Realizacija / Pogodba
1 Splošna bolnišnica Celje	33.305	33.789	101
2 Splošna bolnišnica Novo mesto	20.049	20.447	102
3 Splošna bolnišnica Murska Sobota	18.331	18.347	100
4 Splošna bolnišnica Nova Gorica	16.132	16.511	102
5 Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	14.189	14.317	101
6 Splošna bolnišnica Izola	13.714	14.649	107
7 Splošna bolnišnica Jesenice	11.302	11.312	100
8 Splošna bolnišnica Ptuj	9.429	9.647	102
9 Splošna bolnišnica Trbovlje	6.081	6.151	101

Tabela 6.16 – nadaljevanje

10	Splošna bolnišnica Brežice	5.757	5.815	101
11	Ortopedska bolnišnica Valdoltra	5.604	5.667	101
12	BGP Kranj	4.263	4.439	104
13	Bolnišnica Topolšica	3.510	3.512	100
14	BŽBP Postojna	3.473	4.125	119
15	Bolnišnica Sežana	634	653	103

Vir: ZDRZZ 2008, 169.

Vse obravnavane bolnišnice so realizirale pogodbeno število primerov. Najmanj so plan primerov presegle Bolnišnica Topolšica, Splošna bolnišnica Jesenice in Splošna bolnišnica Murska Sobota, saj imajo indeks realizacije glede na plan malenkost nad sto. Najvišji indeks, to je 119, pa beleži Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna. Na podlagi realizacije primerov ne moremo ugotoviti, koliko uteži je posamezen izvajalec realiziral. Indeks nad 100 še ne pomeni, da je bolnišnica v celoti realizirala zakupljeni program. V kolikor je realizirala nižjo povprečno utež od dogovorjene, ni dosegla pogodbeno dogovorjenih uteži. Da bi ugotovili število realiziranih uteži, v naslednji tabeli (6.17) podajamo povprečne pogodbene in realizirane uteži.

Tabela 6.17 Pregled realizirane in pogodbene povprečne uteži za leto 2007

	Pogodbena povprečna utež	Realizirana povprečna utež	Indeks Realizirana / Pogodbena utež
Splošna bolnišnica Celje	1,31	1,30	99
Splošna bolnišnica Novo mesto	1,24	1,24	100
Splošna bolnišnica Murska Sobota	1,13	1,23	109
Splošna bolnišnica Nova Gorica	1,15	1,22	106
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	1,18	1,24	105
Splošna bolnišnica Izola	1,10	1,16	105
Splošna bolnišnica Jesenice	1,31	1,36	104
Splošna bolnišnica Ptuj	1,01	1,07	106
Splošna bolnišnica Trbovlje	1,09	1,10	101
Splošna bolnišnica Brežice	1,11	1,12	101
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	2,06	2,10	102
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	0,76	0,77	101
Bolnišnica Topolšica	1,55	1,58	102
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	0,83	0,89	107
Bolnišnica Sežana	1,50	1,56	104

Vir: ZDRZZ b. l.

Iz tabele 6.17 izhaja, da imajo izvajalci povprečno pogodbeno utež primera med 0,76 in 2,06, povprečno realizirano utež pa imajo med 0,77 in 2,10. Vse obravnavane

bolnišnice z izjemo Splošne bolnišnice Celje imajo višjo realizirano utež od pogodbene uteži, kar pomeni, da so v povprečju obravnavale težje primere, kot je bilo dogovorjeno v pogodbi z ZZS (z izjemo bolnišnice Celje). Iz tega izhaja, da so vse bolnišnice dosegle in presegle pogodbeno število uteži, kar prikazujemo v tabeli 6.18.

Tabela 6.18 Pregled pogodbenih in realiziranih uteži obravnavanih izvajalcev v letu 2007

Izvajalec	Pogodbeno število uteži	Realizirano število uteži	Indeks realizacija / pogodba
Splošna bolnišnica Celje	43.473,33	43.768,64	101
Splošna bolnišnica Izola	15.150,31	17.000,96	112
Bolnišnica Sežana	949,74	1.017,67	107
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	2.872,24	3.682,76	128
Splošna bolnišnica Jesenice	14.756,81	15.431,66	105
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	3.218,87	3.424,66	106
Splošna bolnišnica Brežice	6.395,97	6.495,87	102
Splošna bolnišnica Trbovlje	6.610,24	6.783,96	103
Splošna bolnišnica Ptuj	9.545,00	10.356,40	109
Splošna bolnišnica Murska Sobota	20.684,05	22.515,38	109
Splošna bolnišnica Nova Gorica	18.606,88	20.074,11	108
Splošna bolnišnica Novo mesto	24.850,47	25.401,55	102
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	16.687,75	17.691,54	106
Bolnišnica Topolšica	5.443,63	5.538,12	102
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	11.540,57	11.910,13	103
Skupaj navedeni izvajalci	200.785,83	211.093,41	105
Skupaj Slovenija	444.159,62	473.801,07	107

Vir: ZDRZZ b. l.

Ugotovimo lahko, da so obravnavani izvajalci v povprečju presegle pogodbeno število uteži za 5 %, posamezne bolnišnice pa so presegle plan od 1 % do 28 %. Število pogodbenih uteži vseh izvajalcev v Sloveniji je bilo preseženo za 7 %.

Cene ene uteži kot osnovne enote, v kateri se meri zahtevnost SPP primerov, se med izvajalci razhajajo. Da bi lahko prilagodili računovodske izkaze izvajalcev, moramo upoštevati določene predpostavke:

- V letu 2007 je bilo za namen ABO namenjenih 474.637.234 EUR. V primeru prerazporejanja prihodkov med izvajalci je treba upoštevati navedeni znesek.
- Plačilo za opravljene storitve v letu 2007 ima podlago v pogodbi za leto 2006 (plačilo storitev od 1. januarja do 31. marca) in v pogodbi za leto 2007 (za plačilo storitev od 1 aprila do 31. decembra 2007).
- Predpostavljamo, da so prejeti podatki o prihodkih ABO izvajalcev točni.

Da bi laže ocenili vpliv različnih cen uteži na poslovanje bolnišnic, v tabeli 6.19 prikazujemo znesek sredstev, namenjenih za ABO po sistemu SPP ter njegovo razmerje do vseh prihodkov bolnišnice.

Tabela 6.19 Pregled deleža prihodkov ABO po sistemu SPP v vseh prihodkih obravnavanih bolnišnic

Izvajalec	Skupni prihodki	Prihodki iz naslova ABO po metodologiji SPP v EUR	Delež prihodkov za ABO po metodologiji SPP
Splošna bolnišnica Celje	69.948.047	45.414.277	65 %
Splošna bolnišnica Izola	28.781.419	16.104.567	56 %
Bolnišnica Sežana	4.211.910	1.064.903	25 %
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	4.728.327	3.018.722	64 %
Splošna bolnišnica Jesenice	24.696.705	15.962.987	65 %
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	4.916.936	3.566.256	73 %
Splošna bolnišnica Brežice	10.241.367	6.563.165	64 %
Splošna bolnišnica Trbovlje	11.750.456	7.172.518	61 %
Splošna bolnišnica Ptuj	17.565.867	10.044.952	57 %
Splošna bolnišnica Murska Sobota	33.875.781	20.723.848	61 %
Splošna bolnišnica Nova Gorica	33.268.751	19.738.086	59 %
Splošna bolnišnica Novo mesto	41.325.996	26.727.908	65 %
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	31.916.662	17.256.410	54 %
Bolnišnica Topolšica	7.442.242	5.547.735	75 %
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	19.375.385	15.204.605	78 %
Skupaj navedeni izvajalci	344.045.851	214.110.938	62 %

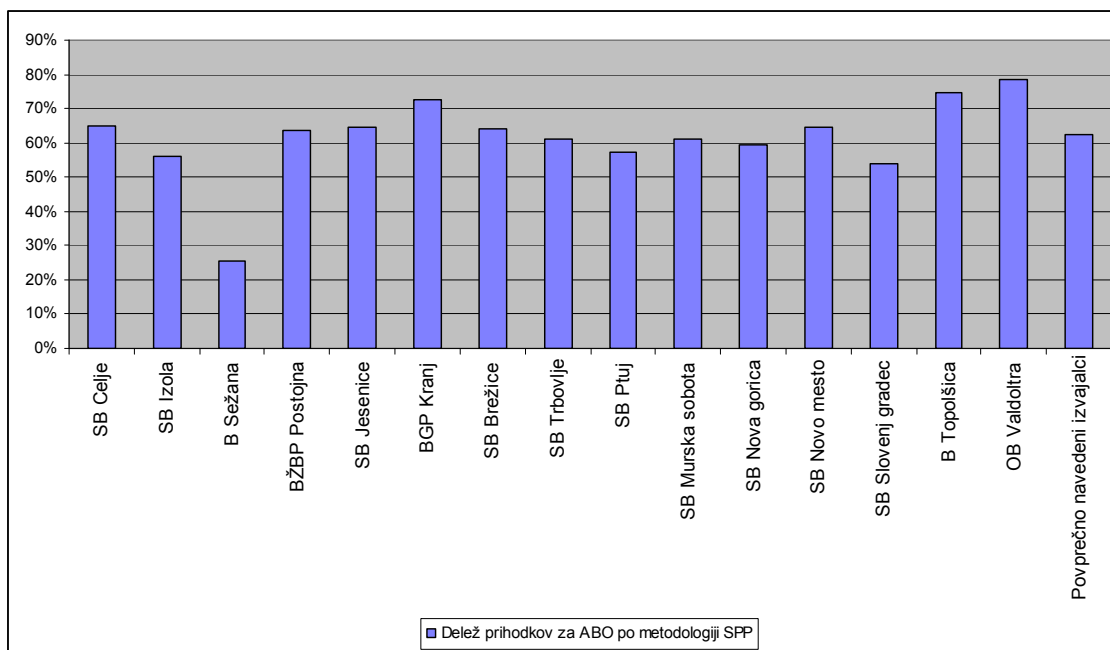
Vir: ZDRZZ b. l.

Ugotovimo lahko, da se pri večini bolnišnic delež prihodkov za ABO po sistemu SPP giblje med 54 % in 78 %, močno odstopa le Bolnišnica Sežana, v kateri omenjeni prihodki predstavljajo le 25 %. Delež prihodkov ABO po sistemu SPP prikazujemo na sliki 6.10.

Pri tem je treba izpostaviti posebnost bolnišnice Sežana, saj že iz njenega polnega imena, to je Bolnišnica za zdravljenje in rehabilitacijo kroničnih pljučnih bolnikov in podaljšano – splošno bolnišnično nego Sežana izhaja, da se bolnišnica ukvarja predvsem s podaljšanim bolnišničnim zdravljenjem, ki ni financirano po sistemu SPP. Čeprav se delež prihodkov ABO po sistemu SPP razlikuje med izvajalci, menimo, da to z vidika naše raziskave ni bistveno. Velja namreč izpostaviti, da so ostali prihodki bolnišnic za zdravstveno varstvo na primarni in sekundarni ravni (tu gre predvsem za dispanzersko dejavnost in specialistično ambulantno dejavnost) enaki, kar pomeni, da so storitve plačane po enaki ceni za vse izvajalce. Prav zato smo se osredotočili na sistem

SPP, saj so bile enake storitve pri različnih izvajalcih v letu 2007 plačane po različnih cenah.

Slika 6.10 Pregled deleža prihodkov ABO po sistemu SPP v vseh prihodkih obravnavanih bolnišnic



Vir: ZDRZZ b. l.

6.4.2 Izračun cene ene uteži po izvajalcih

V letu 2007 so bile cene ene uteži akutne bolnišnične obravnave med izvajalci različne. Skladno s PDB 2007 so precenjeni izvajalci izgubili do 1 % sredstev, podcenjeni izvajalci pa so prejeli dodaten 1 % sredstev. Izračun cene ene uteži bomo naredili na osnovi pogodbenega števila uteži v letu 2007 in sredstev iz izhodiščnega finančnega načrta za leto 2007. Pri tem velja izpostaviti, da smo izračune opravili na podlagi dostopnih podatkov in v cenah iz izhodiščnih finančnih načrtov. Pri uporabi finančnih načrtov iz različnih datumov prihaja do različne cene ene uteži, vendar se razmerje med izvajalci ne spreminja bistveno. Zato menimo, da so uporabljeni podatki za namene tega magistrskega dela ustrezni. Izračune cene ene uteži bomo opravili za vse izvajalce akutne bolnišnične obravnave, ki so financirani po sistemu SPP. Pri izvajalcih, ki so hkrati tudi izvajalci terciarne obravnave, bomo upoštevali le sredstva za sekundarno obravnavo. Izračun cene uteži prikazujemo v tabeli 6.20.

Tabela 6.20 Pregled cene ene uteži po izvajalcih v letu 2007

Izvajalec	Pogodbeno število uteži	Prihodki iz naslova ABO po metodologiji SPP v EUR	Cena povprečne uteži
1 Splošna bolnišnica Celje	43.473,33	45.414.277	1.044,65
2 Splošna bolnišnica Izola	15.150,31	16.104.567	1.062,99
3 Bolnišnica Sežana Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	949,74 2.872,24	1.064.903 3.018.722	1.121,26 1.051,00
5 Splošna bolnišnica Jesenice Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	14.756,81 3.218,87	15.962.987 3.566.256	1.081,74 1.107,92
7 Splošna bolnišnica Brežice	6.395,97	6.563.165	1.026,14
8 Splošna bolnišnica Trbovlje	6.610,24	7.172.518	1.085,06
9 Splošna bolnišnica Ptuj	9.545,00	10.044.952	1.052,38
10 Splošna bolnišnica Murska Sobota	20.684,05	20.723.848	1.001,92
11 Splošna bolnišnica Nova Gorica	18.606,88	19.738.086	1.056,19
12 Splošna bolnišnica Novo mesto	24.850,47	26.727.908	1.075,55
13 Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	16.687,75	17.256.410	1.034,08
14 Bolnišnica Topolšica	5.443,63	5.547.735	1.019,13
15 Ortopedska bolnišnica Valdoltra	11.540,57	15.204.605	1.317,49
Skupaj navedeni izvajalci	200.785,83	214.110.938	1.066,36
Skupaj Slovenija	444.159,62	474.392.477	1.068,07

Večkrat smo že omenili, da ZZZS plača pogodbeno dogovorjeno število storitev. Način končnega obračuna je določen v PDB. V pogodbi je opredeljeno tako število primerov kot tudi število uteži. Prav zato je treba za izračun povprečne cene uteži upoštevati pogodbeno število uteži, ne pa realizirano število uteži. Ker na mnogih področjih ni mogoče ustvarjati čakalnih vrst (npr. urgenca, porodi), izvajalci pogosto presežejo pogodbeno število uteži. Navedeno preseganje dobijo plačano le, če je tako določeno v PDB. V PDB 2007 je v prilogi 2 določeno, da izvajalci dobijo za preseganje porodov plačano 30 % cene »osnovnega« porod. Navedeno preseganje pa ni majhno, zato v nadaljevanju prikazujemo pogodbeno in realizirano število uteži v letu 2007. Iz tabele 6.20 izhaja, da je v letu 2007 povprečna cena uteži znašala 1.068,07 EUR. Pri izračunu smo upoštevali pogodbeno dogovorjene uteži vseh bolnišnic, saj so sredstva za ABO omejena in ne bi bilo pravilno določiti povprečno ceno uteži le na vzorcu bolnišnic. Navedena cena bi bila za 1,71 EUR nižja, vendar bi bil takšen izračun nepravilen. Prihodke na podlagi enotne cene uteži prikazujemo v tabeli 6.21.

Tabela 6.21 Pregled pogodbenih in realiziranih uteži obravnavanih izvajalcev v letu 2007

Izvajalec	Pogodbeno število uteži	Povprečna cena uteži	Prihodki iz naslova ABO po povprečni ceni uteži v EUR
1 Splošna bolnišnica Celje	43.473,33	1.068,07	46.432.453
2 Splošna bolnišnica Izola	15.150,31	1.068,07	16.181.549
3 Bolnišnica Sežana	949,74	1.068,07	1.014.385
4 Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	2.872,24	1.068,07	3.067.741
5 Splošna bolnišnica Jesenice	14.756,81	1.068,07	15.761.270
6 Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	3.218,87	1.068,07	3.437.971
7 Splošna bolnišnica Brežice	6.395,97	1.068,07	6.831.323
8 Splošna bolnišnica Trbovlje	6.610,24	1.068,07	7.060.180
9 Splošna bolnišnica Ptuj	9.545,00	1.068,07	10.194.699
10 Splošna bolnišnica Murska Sobota	20.684,05	1.068,07	22.091.963
11 Splošna bolnišnica Nova Gorica	18.606,88	1.068,07	19.873.399
12 Splošna bolnišnica Novo mesto	24.850,47	1.068,07	26.541.978
13 Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	16.687,75	1.068,07	17.823.647
14 Bolnišnica Topolšica	5.443,63	1.068,07	5.814.159
15 Ortopedska bolnišnica Valdoltra	11.540,57	1.068,07	12.326.108
Skupaj navedeni izvajalci	200.785,83	1.068,07	214.452.826
Skupaj Slovenija	444.159,62	1.068,07	474.392.477

Skupni znesek je v obeh primerih enak, kar je skladno z metodologijo, saj je za akutno bolnišnično obravnavo namenjen določen obseg sredstev, ki ga ni mogoče spreminjati oz. povečevati. Posamezni izvajalci bi pridobili dodatna sredstva oz. bi izgubili sredstva glede na njihovo obstoječo ceno uteži. Vsi izvajalci, ki so imeli v tabeli 6.20 ceno ene uteži nižjo od 1.068,07 EUR, bi prejeli dodatna sredstva. Izvajalci, ki so imeli ceno ene uteži višjo od 1.068,07 EUR, pa bi izgubili določen del sredstev. Razlike prikazujemo v tabeli 6.22.

Tabela 6.22 Pregled razlike v prihodkih med ceno uteži v letu 2007 in povprečno ceno uteži

Izvajalec	Prihodki iz naslova ABO v EUR	Prihodki iz naslova ABO po povprečni ceni uteži v EUR	Razlika med prihodki
1 Splošna bolnišnica Celje	45.414.277	46.432.453	1.018.177
2 Splošna bolnišnica Izola	16.104.567	16.181.549	76.982
3 Bolnišnica Sežana	1.064.903	1.014.385	-50.519
4 Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	3.018.722	3.067.741	49.019
5 Splošna bolnišnica Jesenice	15.962.987	15.761.270	-201.717

Tabela 6.22 – nadaljevanje

6	Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	3.566.256	3.437.971	-128.285
7	Splošna bolnišnica Brežice	6.563.165	6.831.323	268.158
8	Splošna bolnišnica Trbovlje	7.172.518	7.060.180	-112.338
9	Splošna bolnišnica Ptuj	10.044.952	10.194.699	149.748
10	Splošna bolnišnica Murska Sobota	20.723.848	22.091.963	1.368.115
11	Splošna bolnišnica Nova Gorica	19.738.086	19.873.399	135.313
12	Splošna bolnišnica Novo mesto	26.727.908	26.541.978	-185.930
13	Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	17.256.410	17.823.647	567.238
14	Bolnišnica Topolšica	5.547.735	5.814.159	266.424
15	Ortopedska bolnišnica Valdoltra	15.204.605	12.326.108	-2.878.497
	Skupaj navedeni izvajalci	214.110.938	214.452.826	341.888
	Skupaj Slovenija	474.392.477	474.392.477	0

Obravnani izvajalci bi, če bi bili plačani po povprečni ceni uteži, prejeli 341.888 EUR več, kot so prejeli v letu 2007. Največ sredstev bi izgubila Ortopedska bolnišnica Valdoltra, in sicer skoraj 2,9 milijona EUR, največ pa bi pridobila Splošna bolnišnica Murska Sobota.

6.4.3 Prilagoditev izkaza poslovnega izida za enotno ceno uteži v letu 2007

Na podlagi izračunane enotne cene uteži se lahko navežemo na predhodne izračune in prikazane tabele, predvsem na tabelo 6.15, v kateri smo predstavili osnovne kategorije iz izkaza poslovnega izida – celotne prihodke, celotne odhodke in presežek prihodkov. Prikazane celotne prihodke bomo korigirali za razliko med prihodki, izračunanimi v tabeli 6.22, to je za razliko med pogodbeno ceno uteži in povprečno ceno uteži. Celotni odhodki ostanejo nespremenjeni, spremeni pa se presežek odhodkov, kot je prikazano v tabeli 6.23.

Ob upoštevanju enake cene uteži za vse izvajalce je seštevek presežkov prihodkov navedenih bolnišnic pozitiven. To pomeni, da so bile navedene bolnišnice v povprečju plačane po nižji ceni uteži kot je bila povprečna cena uteži v Sloveniji. Znotraj obravnavanih bolnišnic pa obstajajo velike razlike med ceno uteži v letu 2007 in korigirano ceno, uporabljeno v tem prikazu. Če povzamemo, lahko ugotovimo, da v korigiranem izkazu negativno posluje sedem od 15 obravnavanih bolnišnic.

Tabela 6.23 Pregled prihodkov, odhodkov in poslovnega izida ob upoštevanju enotne cene uteži (v EUR)

	Celotni prihodki	Celotni odhodki	Presežek prihodkov
Splošna bolnišnica Celje	70.966.224	69.720.574	1.245.650
Splošna bolnišnica Izola	28.858.401	29.138.687	-280.286
Bolnišnica Sežana	4.161.391	4.187.370	-25.979
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	4.777.346	4.656.047	121.299
Splošna bolnišnica Jesenice	24.494.988	24.336.101	158.887
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	4.788.651	4.914.400	-125.749
Splošna bolnišnica Brežice	10.509.525	10.222.467	287.058
Splošna bolnišnica Trbovlje	11.638.118	11.477.000	161.118
Splošna bolnišnica Ptuj	17.715.615	17.973.576	-257.961
Splošna bolnišnica Murska Sobota	35.243.896	34.519.274	724.622
Splošna bolnišnica Nova Gorica	33.404.064	34.003.825	-599.761
Splošna bolnišnica Novo mesto	41.140.066	41.325.885	-185.819
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	32.483.900	30.832.982	1.650.918
Bolnišnica Topolšica	7.708.666	7.662.207	46.459
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	16.496.888	19.310.151	-2.813.263
Skupaj navedeni izvajalci	344.387.739	344.280.546	107.193

Vir: ZDRZZ 2008, 7–9.

Dejanski izkazi poslovanja za leto 2007 izkazujejo presežek odhodkov v petih od petnajstih obravnavanih bolnišnic, kar prikazujemo v tabeli 6.24. Ker pa so bile obravnavane bolnišnice v povprečju plačane po nižji ceni uteži od povprečne, so v prilagojenih izkazih poslovnega izida skupaj izkazovale presežek prihodkov, v dejanskih izkazih pa presežek odhodkov.

Tabela 6.24 Pregled poslovnega izida za leto 2007 in poslovnega izida za leto 2007 ob upoštevanju enotne cene uteži

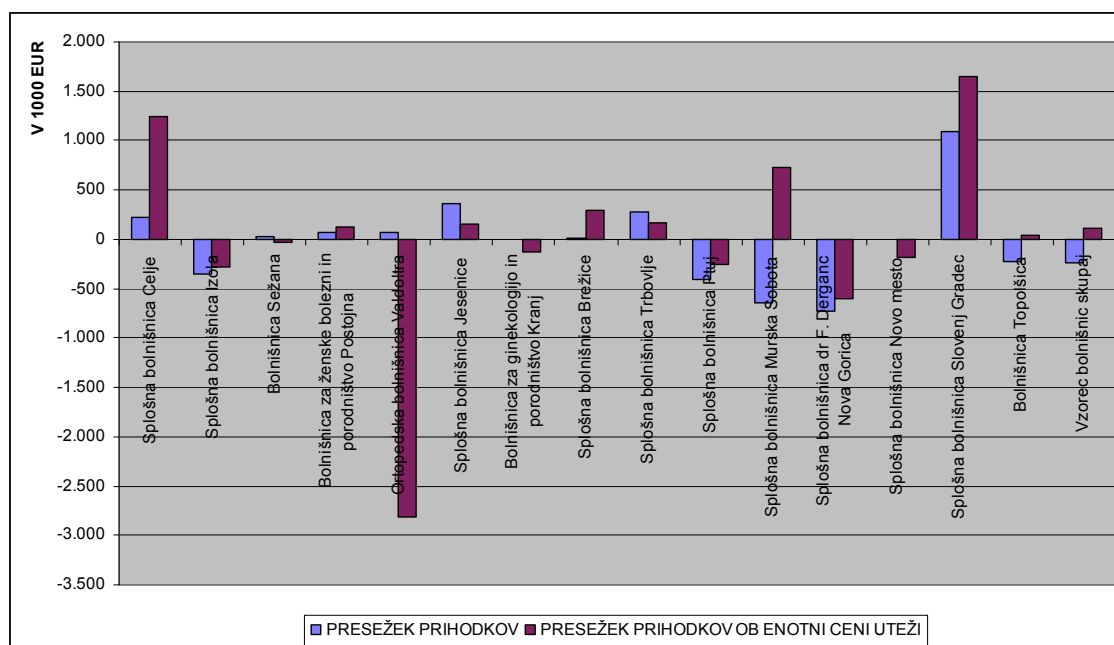
	Presežek prihodkov	Presežek prihodkov ob enotni ceni uteži	Razlika med prilagojenim presežkom prihodkov in presežkom prihodkov
Splošna bolnišnica Celje	227.473	1.245.650	1.018.177
Splošna bolnišnica Izola	-357.268	-280.286	76.982
Bolnišnica Sežana	24.540	-25.979	-50.519
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	72.280	121.299	49.019
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	65.234	-2.813.263	-2.878.497
Splošna bolnišnica Jesenice	360.604	158.887	-201.717
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	2.536	-125.749	-128.285

Tabela 6.24 – nadaljevanje

Splošna bolnišnica Brežice	18.900	287.058	268.158
Splošna bolnišnica Trbovlje	273.456	161.118	-112.338
Splošna bolnišnica Ptuj	-407.709	-257.961	149.748
Splošna bolnišnica Murska Sobota	-643.493	724.622	1.368.115
Splošna bolnišnica Nova Gorica	-735.074	-599.761	135.313
Splošna bolnišnica Novo mesto	111	-185.819	-185.930
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	1.083.680	1.650.918	567.238
Bolnišnica Topolšica	-219.965	46.459	266.424
Vzorec bolnišnic skupaj	-234.695	107.193	341.888

Enotna cena uteži zelo različno vpliva na poslovanje bolnišnic. Tako npr. Splošna bolnišnica Celje kljub nižji ceni uteži od povprečne posluje pozitivno, ob upoštevanju enotne cene uteži pa se presežek prihodkov še poveča. Največja vrednostna sprememba poslovnega izida nastane pri Ortopedski bolnišnici Valdoltra, saj iz 65 tisoč EUR presežka prihodkov ob upoštevanju povprečne cene uteži poslujejo z 2.813 tisoč EUR presežka odhodkov. Razlika med poslovnim izidom in prilagojenim poslovnim izidom je še bolj očitna, če navedeni kategoriji med seboj odštejemo, kar je prikazano v sliki 6.11.

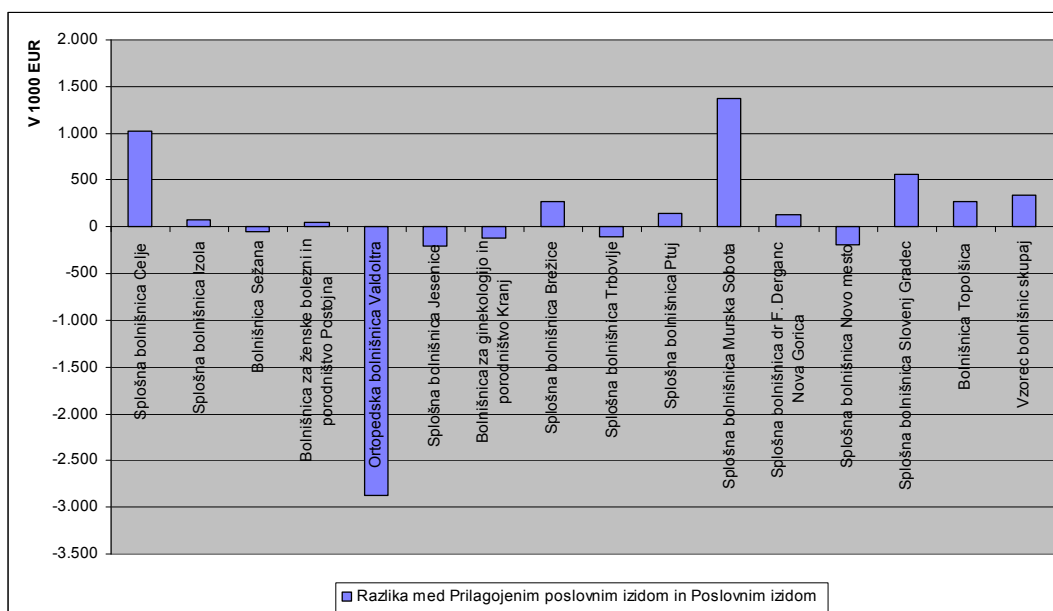
Slika 6.11 Primerjava poslovnega izida bolnišnic in poslovnega izida ob enotni ceni uteži



Skupna značilnost prikazane razlike med prilagojenim poslovnim izidom in poslovnim izidom je v tem, da večje kot je odstopanje od povprečne cene uteži, večja je tudi razlika med navedenima kategorijama. Upoštevanje enotne cene uteži ter s tem povezane spremembe prihodkov zelo različno vplivajo na presežek prihodkov bolnišnic.

V naslednjem grafu (slika 6.12) prikazujemo razliko med prilagojenim poslovnim izidom in poslovnim izidom.

Slika 6.12 Razlika med prilagojenim poslovnim izidom in poslovnim izidom bolnišnic



Bolnišnice, ki izkazujejo pozitivno razliko med prilagojenim poslovnim izidom in poslovnim izidom, so imele nižjo ceno uteži od povprečja, bolnišnice, ki izkazujejo negativno razliko, pa višjo ceno od povprečja. Največji negativni vpliv na poslovni izid nastane pri Ortopedski bolnišnici Valdoltra, presežek prihodkov se zmanjša za 2.878 tisoč EUR, kar ima za posledico presežek odhodkov v višini 2.813 tisoč EUR. Med bolnišnicami, pri katerih ima prilagoditev prihodkov pozitiven vpliv, je ta največji v Splošni bolnišnici Murska Sobota v višini 1.368 tisoč EUR in Splošni bolnišnici Celje v višini 1.018 tisoč EUR.

Da bi dobili boljše podatke o tem, kakšne spremembe povzroči enotna cena uteži, smo za izračun uporabili kazalnik presežek prihodkov/prihodki ter tako standardizirali podatke. Izračunali smo povprečno vrednost navedenega kazalnika in njegov standardni odklon v izvornih podatkih in prilagojenih podatkih za enotno ceno uteži, kar prikazujemo v tabeli 6.25.

Tabela 6.25 Pregled povprečne vrednosti in standardnega odklona presežka prihodkov

	N	Minimum	Maksimum	Povpr. vrednost	Standard. odklon
Presežek prihodkov	15	-0,028534	0,033360	-0,000139	0,017907
Presežek prihodkov ob enotni ceni uteži	15	-0,170532	0,050822	-0,005452	0,049991

Prikazane vrednosti so zelo nizke, pri bolnišnici z največjim presežkom prihodkov je slednji znašal le 3,3 % prihodkov. Za nas je zanimiv standardni odklon, ki je pri prilagojenih podatkih 2,8 krat večji kot pri izvornih podatkih. Glede na predpostavko sistema SPP, da uteži posameznih primerov predstavljajo njihovo zahtevnost in porabo virov, bi lahko predpostavljali, da bosta poslovanje bolnišnic in njihov poslovni izid bolj primerljiva (enotna), če bodo veljale enake cene uteži za vse izvajalce. Podatki o poslovanju v letu 2007 pa kažejo na to, da so bolnišnice poslovale bistveno bolj »enotno« in da je bil poslovni izid bolj razporejen okoli pozitivne ničle ob različnih cenah uteži.

6.5 Povezava med vrednostjo uteži in kodiranjem zahtevnejših stopenj SPP primerov

Ugotovili smo, da med bolnišnicami obstajajo značilne razlike v kodiranju SPP primerov. V nadaljevanju bomo s pomočjo izračuna korelacijskih koeficientov (tabela 6.26) ugotavljali, ali se bolnišnice z nižjo vrednostjo uteži nagibajo k kodiranju zahtevnejših SPP primerov. Za preveritev hipoteze H1: »Bolnišnice z nižjo vrednostjo uteži težijo k prikazovanju zahtevnejših primerov od dejansko opravljenih, s čimer si skušajo zagotoviti več sredstev za opravljanje svoje dejavnosti,« smo oblikovali ničelno ter alternativno domnevo. Ničelna domneva je, da ne obstaja statistično značilna korelacija med ceno uteži in deležem opravljenih zahtevnejših primerov. Alternativna domneva je, da obstaja statistično značilna korelacija med ceno uteži in deležem opravljenih zahtevnejših primerov.

Iz izračunanih korelacijskih koeficientov izhajajo statistično značilna povezava med ceno uteži in kodiranjem najzahtevnejših primerov v skupini SPP primerov s štirimi stopnjami zahtevnosti. Korelacija je negativna in zelo močna (-0,842). Zaključimo lahko, da bolnišnice z nižjo ceno uteži pogosteje kodirajo SPP primere s štirimi stopnjami zahtevnosti kot najzahtevnejše. Da bi lahko ocenili vpliv tega na poslovanje bolnišnic, si pogledjmo strukturo opravljenih primerov bolnišnic (tabela 6.27).

Tabela 6.26 Izračun Spearmanovega korelacijskega koeficienta med ceno uteži in posameznimi stopnjami SPP primerov³

		Cena uteži (v EUR)
dve_ena	Korelacijski koeficient	-0,282
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,308
dve_dve	Korelacijski koeficient	0,282
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,308
tri_ena	Korelacijski koeficient	-0,107
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,704
tr_dve	Korelacijski koeficient	0,268
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,334
tri_tri	Korelacijski koeficient	-0,054
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,850
stiri_ena	Korelacijski koeficient	-0,842
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,000
stiri_dve	Korelacijski koeficient	0,114
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,685
stiri_tri	Korelacijski koeficient	-0,171
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,541
stiri_stiri	Korelacijski koeficient	0,022
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,939

N=15

Tabela 6.27 Pregled števila opravljenih SPP primerov po različnih stopnjah zahtevnosti

		Število stopenj SPP primerov			Skupaj	
		2 stopnji	3 stopnje	4 stopnje		
Stopnja zahtevnosti	1. stopnja	Število	18.837	6.187	802	25.826
		Delež	29,4 %	18,7 %	4,4 %	22,4 %
	2. stopnja	Število	45.180	12.680	1.671	59.531
		Delež	70,6 %	38,3 %	9,3 %	51,7 %
	3. stopnja	Število	0	14.228	4.274	18.502
		Delež	0,0 %	43,0 %	23,7 %	16,1 %
	4. stopnja	Število	0	0	11.304	11.304
		Delež	0,0 %	0,0 %	62,6 %	9,8 %
	Skupaj	Število	64.017	33.095	18.051	115.163
		Delež	100 %	100 %	100 %	100 %

³Skupine SPP primerov smo označili z dvema številkama, pri kateri prva pomeni število stopenj zahtevnosti, druga pa stopnjo zahtevnosti. Tako koda »dve_ena« pomeni, da gre za SPP primere z dvema stopnjama zahtevnosti (prvi del kode) in da gre za najzahtevnejše primere (druge del kode).

Ugotovimo lahko, da so kot najzahtevnejši primeri znotraj skupine SPP primerov s štirimi stopnjami zahtevnosti kodirani v 4,4 % primerov. V celotni strukturi opravljenih SPP primerov z več kot eno stopnjo zahtevnosti v opazovanih bolnišnicah pa predstavljajo le 0,7 % vseh opravljenih primerov. Na podlagi te ugotovitve ne moremo zavrniti ničelne domneve, da ne obstaja statistično značilna korelacija med ceno uteži in deležem opravljenih zahtevnejših primerov.

6.6 Izbira računovodskih kazalnikov za analizo poslovanja bolnišnic

Duhovnik (2002, 125) poudarja, da ni splošne teorije, ki bi pojasnjevala, kateri računovodski kazalniki so za posamezne odločitvene modele in posamezna področja poslovanja najboljši. S tem se strinjajo tudi mnogi domači in tuji avtorji, prav to pa izhaja tudi iz dejstva, da je poslovanje bolnišnic tako specifično področje, da ne more biti s kazalniki neposredno primerljivo npr. z avtomobilsko industrijo ali npr. s hotelirstvom.

Česen (1998, 18) meni, da morajo vsi organizacijski sistemi pri svojem delovanju upoštevati načelo gospodarjenja, to je dosežati maksimalne učinke pri minimalni porabi virov. Avtor tukaj izpostavlja dve pomembni razliki med gospodarstvom in negospodarstvom, ki jih dobimo z izpeljavo omenjenega načela (Česen 1998, 18):

- Načelo čim večjega učinka z danimi viri ustreza nedobičkonosnim subjektom v negospodarstvu, ki izvajajo in financirajo vnaprej določen zdravstveni program z vnaprej določenimi omejenimi viri.
- Načelo enakega učinka pri čim manjši porabi virov pa je bližje gospodarskim subjektom, ki trajno znižujejo stroške na enoto ter si tako povečujejo dobiček.

Nowicki (2004, 284) pa izpostavlja, da je dobiček za neprofitne zdravstvene ustanove »dvorezni meč«, saj prevelika dobičkonosnost potegne za sabo kritiko družbene skupnosti, premajhen dobiček oz. izguba pa pomeni kritiko lastnikov oz. upravljavcev.

Skladno z usmeritvami Ministrstva za zdravje glede izdelave finančnih načrtov, v katerih je izpostavljeno, da finančni načrti ne smejo predpostavljati izgube pri poslovanju, lahko zaključimo, da je cilj poslovanja bolnišnic z računovodskega vidika poslovanje s pozitivno ničlo. S tem smo prišli do določene omejitve pri uporabi računovodskih kazalnikov. Visoka vrednost kazalnikov, ki v števcu uporabljajo dobiček, ni nujno zelena. Po drugi strani pa ni zelena negativna vrednost navedenih kazalnikov, kar pomeni, da je bolnišnica ustvarjala izgubo.

Cilj analize kazalnikov poslovanja bolnišnic je ugotoviti, ali se poslovanje bolnišnic z višjo ceno uteži razlikuje od bolnišnic z nižjo ceno uteži. Da bi dosegli ta cilj, smo z vsebinskega vidika analizirali računovodske kazalnike, ki jih navajajo SRS v standardu 29, ter tudi nekatere druge pogosto uporabljene kazalnike. Skladno z namenom analize

smo se odločili, da bomo v analizo vključili izbrane kazalnike vodoravnega finančnega ustroja, kazalnike obračanja in kazalnike gospodarnosti.

6.6.1 Kazalniki vodoravnega finančnega ustroja

Po SRS (standard 29) ločimo devet kazalnikov vodoravnega finančnega ustroja. Zaradi dejstva, da imajo bolnišnice nizek delež dolgoročnih dolgov, smo se osredotočili na kazalnike, ki prikazujejo likvidnostni položaj bolnišnice. Likvidnost razumemo kot premoženjski in finančni položaj podjetja na dan bilanciranja (Koletnik 1997, 213). Po Koletniku (1997, 212) o absolutni likvidnosti govorimo kot o preoblikovalnosti stvarnih in obračunskih sredstev v denarno obliko. Podjetje pri svojem poslovanju porabo sredstev povrne s prodajo učinkov, čemur pravimo naravna likvidnost. Če pa likvidnost ustvarja z unovčitvijo nedenarnih sredstev, govorimo o umetni likvidnosti. Relativna likvidnost je sposobnost pravočasnega usklajevanja plačil in izplačil. Statično likvidnost ugotavljamo s primerjavo bilančnih postavk, dinamično likvidnost pa z izkazi denarnih in finančnih tokov (povzeto po Koletnik 1997, 212). S pomočjo kazalnikov likvidnosti ugotavljamo, ali (in v kolikšni meri) je podjetje sposobno pokrivati tekoče obveznosti s sredstvi.

Kazalniki likvidnosti

Med kazalniki likvidnosti bomo obravnavali naslednje kazalnike (SRS 29 2006, 6):

$$\text{kratkoročni koeficient} = \frac{\text{kratkoročna sredstva}}{\text{kratkoročne obveznosti}}$$

$$\text{pospešeni koeficient} = \frac{\sum \text{likvidnih sredstev in kratkoročnih terjatev}}{\text{kratkoročne obveznosti}}$$

$$\text{hitri koeficient} = \frac{\text{likvidna sredstva}}{\text{kratkoročne obveznosti}}$$

Kratkoročni koeficient izračunamo tako, da kratkoročna sredstva delimo s kratkoročnimi obveznostmi. Igljčar in Hočevar (1997, 238) menita, da moramo biti pri uporabljanju tega kazalnika in pri njegovem razlaganju previdni. Ne moremo namreč trditi, da se je plačilna sposobnost podjetja povečala, če se je povečala tudi vrednost kazalnika. Za to trditev obstajata najmanj dva razloga, in sicer:

- v števcu kazalnika so celotna kratkoročna sredstva podjetja ne glede na njihovo obliko; razumljivo je, da bo z denarnimi sredstvi podjetje lažje poravnalo svoje obveznosti kot na primer z zalogami;
- poslovodstvo lahko izboljša vrednost izračunanega koeficienta (če je bil večji od 1) tako, da na koncu leta poravna del kratkoročnih obveznosti; zmanjšata se imenovalac in števec, vendar se celotna vrednost kazalnika poveča.

Pri proizvodnih podjetjih je priporočljiva vrednost kazalnika 2, pri podjetjih z nižjimi zalogami pa je sprejemljiva tudi nižja vrednost (Fleming in Mackinstry 1995, 110). Pri bolnišnicah je torej sprejemljiva tudi nižja vrednost kazalnika. Po Flemingu in Mackinstryju (1995, 110) je največja težava pri kratkoročnem koeficientu, da vključuje tudi zaloge, ki jih ni mogoče hitro prodati, zato priporoča uporabo hitrega koeficienta. Pri hitrem koeficientu v števcu zajamemo le likvidna sredstva. Hitri koeficient izračunamo na podoben način kot pospešeni koeficient, le da od vrednosti kratkoročnih sredstev brez zalog odštejemo še poslovne terjatve, torej v števcu uporabimo le najbolj likvidno premoženje podjetja.

6.6.2 Kazalniki obračanja

Kazalniki obračanja nam povedo, koliko prihodkov ustvari podjetje z določenimi sredstvi oz. kolikokrat letno se določena sredstva v podjetju obrnejo v denar. Večja vrednost kazalnika predstavlja hitrejša obračanja sredstev in zato posledično kakovostnejše ravnanje in poslovanje s sredstvi. Hitrejša obračanja sredstev pomeni, da podjetje potrebuje manj sredstev za svoje poslovanje, manjši obseg sredstev ob enakem dobičku pa pomeni tudi boljšo dobičkonosnost sredstev. Glede značilnosti poslovanja bolnišnic, ki niso proizvodna podjetja in imajo posledično tudi nižje zaloge, smo se omejili na štiri kazalnike obračanja (prilagojeno po SRS 29 2006, 6–7):

$$\text{koeficient obračanja obratnih sredstev} = \frac{\text{poslovni odhodki v letu dni}}{\text{povprečno stanje obratnih sredstev}}$$

$$\text{koeficient obračanja OS} = \frac{\text{amortizacija v letu dni}}{\text{povprečno stanje OS (po neodpisani vrednosti)}}$$

$$\text{koeficient obračanja obv. do dobav.} = \frac{\text{izdatki za dobavitelje v letu dni}}{\text{povprečno stanje obveznosti do dobaviteljev}}$$

$$\text{koeficient obračanja zalog} = \frac{\text{poslovni prihodki v letu dni}}{\text{povprečno stanje zalog}}$$

Koeficient obračanja obveznosti do dobaviteljev naj bo čim nižji, bolnišnici je v interesu čim pozneje poravnati obveznosti do dobaviteljev ter se tako brezplačno financirati. Koeficient obračanja sredstev kaže število obratov sredstev v letu dni. Po Igličarju in Hočevarju (1997, 243) je koeficient obračanja sredstev odvisen od panoge, saj bo v primeru visokega deleža stalnih sredstev koeficient nižji kot v primeru nižjega deleža stalnih sredstev.

6.6.3 Kazalniki gospodarnosti

Medtem ko je cilj domala vsakega podjetja čim večji dobiček, to v primeru obravnavanih bolnišnic, ki so organizirane kot javni zavodi, ne velja. Z vidika poslovnega izida je bistveno, da bolnišnica ne ustvarja izgube, visok dobiček pa ni »posebej zaželen«. Medtem ko lahko za podjetja trdimo, da so kazalniki dobičkonosnosti pomembni, saj se v njih odraža delovanje, sposobnost in učinkovitost posloводства, pa je pri analiziranju bolnišnic bistveno, da obravnavani kazalniki nimajo negativnih vrednosti. Negativne vrednosti kazalnikov dobimo takrat, ko podjetje posluje z izgubo.

Opazovanje višine poslovnega izida samo po sebi ne da odgovora o morebitni uspešnosti ali neuspešnosti, oblikovati je treba relativno merilo uspešnosti, ki poslovodstvo podjetja opozarja na morebitne nepravilnosti in večje spremembe v poslovanju. S kazalniki dobičkonosnosti želimo pojasniti, kaj je bilo doseženo z določenim vložkom, ki se pojavlja v imenovalcu kazalnika (SRS 29 2006, 7 in 8).

$$\text{koeficient gospodarnosti poslovanja} = \frac{\text{poslovni prihodki}}{\text{poslovni odhodki}}$$

$$\text{stopnja tehnične stroškovnosti poslovnih prihodkov} = \frac{\text{stroški amortizacije}}{\text{poslovni prihodki}}$$

$$\text{stopnja delovne stroškovnosti poslovnih prihodkov} = \frac{\text{stroški dela}}{\text{poslovni prihodki}}$$

$$\text{stopnja materialne stroškovnosti poslovnih prihodkov} = \frac{\text{stroški materiala}}{\text{poslovni prihodki}}$$

$$\text{stopnja storitvene stroškovnosti poslovnih prihodkov} = \frac{\text{stroški tujih storitev}}{\text{poslovni prihodki}}$$

Koeficient gospodarnosti poslovanja nam pove, koliko poslovnih prihodkov ustvari bolnišnica na eno enoto poslovnih odhodkov. Če je vrednost kazalnika manjša od ena, pomeni, da ustvarja presežek odhodkov. Stopnja tehnične stroškovnosti poslovnih prihodkov nam prikaže delež amortizacije v poslovnih prihodkih. Na podlagi stopnje delovne stroškovnosti poslovnih prihodkov ugotovimo, kolikšen delež prihodkov je namenjen za plačilo stroškov dela. Stopnja materialne stroškovnosti poslovnih prihodkov pa nam prikaže delež prihodkov, namenjenih za plačilo stroškov materiala.

6.7 Analiza računovodskih izkazov in računovodskih kazalnikov

Ob enotni ceni uteži v letu 2007 bi bili poslovni izidi bolnišnic bistveno drugačni, bili bi bolj oddaljeni od pozitivne ničle tako v pozitivno kot tudi v negativno smer. To nakazuje tudi standardni odklon poslovnega izida, ki je v primeru enotne cene uteži več kot dvakrat večji. Poslovanje pa lahko opazujemo tudi skozi računovodske kazalnike. Izračunali smo vrednosti izbranih računovodskih kazalnikov, ki so prikazani v prilogi 3.

Vrednosti kazalnikov so zelo različne. Bolj kot same vrednosti pri posameznih izvjalcih nas zanima povezava med vrednostmi posameznih koeficientov in ceno uteži ter poslovnim izidom. Za izračun korelacije med opazovanimi kazalniki poslovanja smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient. Korelacijski koeficient nam prikazuje moč in smer povezave med dvema spremenljivkama (Hair 2006, 171). Korelacijski koeficienti se gibljejo med -1 in +1 in kažejo stopnjo negativne in pozitivne povezanosti, razpolovišče, ničla, pa ne nakazuje nobene povezanosti (Esterby-Smith, Thorpe in Lowe 2005, 175).

Formula za izračun Spearmanovega korelacijskega koeficienta je (Bedward 1999, 210):

$$r_{rank} = \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)},$$

pri čemer je

r = Spearmanov korelacijski koeficient,

n = število parov rangov,

d = razlika med rangi za vsak set spremenljivk.

Hipotezo H2 smo opredelili kot: »Bolnišnice, ki pri obravnavi svojih primerov pridobivajo višje vrednosti uteži, se obnašajo manj ekonomično od bolnišnic z nižjimi vrednostmi uteži, če to merimo s standardiziranimi ekonomskimi kazalci, kot so različna razmerja med ekonomskimi kategorijami iz računovodskih izkazov.« Za preveritev hipoteze H2 bomo oblikovali ničelno in alternativno domnevo.

Ničelna domneva je, da ne obstaja statistično značilna korelacija med ceno uteži in standardiziranimi ekonomski kazalci. Alternativna domneva je, da obstaja statistično značilna korelacija med ceno uteži in standardiziranimi ekonomski kazalci.

V nadaljevanju prikazujemo korelacijske koeficiente med izračunanimi vrednostmi kazalnikov in ceno uteži ter poslovnim izidom. Vrednosti izbranih računovodskih kazalnikov po izvjalcih so prikazane v prilogi 3.

Tabela 6.28 Spearmanov korelacijski koeficient med izbranimi kazalniki poslovanja ter ceno uteži za izbranih 15 bolnišnic

		Cena uteži (v EUR)
Koeficient obračanja obratnih sredstev	Korelacijski koeficient	0,24
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,39
Koeficient obračanja osnovnih sredstev	Korelacijski koeficient	0,07
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,80
Koeficient obračanja zalog	Korelacijski koeficient	-0,06
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,82
Koeficient obračanja obveznosti do dobaviteljev	Korelacijski koeficient	-0,17
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,54
Tekoči koeficient	Korelacijski koeficient	-0,05
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,85
Pospešeni koeficient	Korelacijski koeficient	-0,10
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,73
Hitri test	Korelacijski koeficient	-0,09
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,76
Stroški dela / prihodki	Korelacijski koeficient	-0,29
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,30
Stroški storitev/ prihodki	Korelacijski koeficient	0,08
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,79
Stroški materiala / prihodki	Korelacijski koeficient	0,16
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,58
Stroški amortizacije / prihodki	Korelacijski koeficient	0,06
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,82

Korelacija med opazovanimi kazalniki in ceno uteži je zelo šibka in statistično ni značilna. Koeficienti obračanja sredstev (v tem primeru osnovnih in obratnih) nam prikazujejo, kako uspešno bolnišnica uporablja sredstva za ustvarjanje prihodkov. Korelacija med navedenima kazalnikoma in ceno uteži je šibka in statistično ni značilna. Iz tega izhaja, da ne obstaja statistično značilna povezava med obračanjem sredstev in ceno uteži. Višina cene uteži ima zelo nizko in negativno korelacijo s kazalniki likvidnosti (tekoči koeficient, pospešeni koeficient in hitri test), ki pa ni statistično značilna. Na prvi pogled je ta ugotovitev paradoksalna, saj za enako opravljeno delo dobijo več denarja, kar naj bi se posledično odražalo v večji likvidnost bolnišnic in posledično višjih koeficientih likvidnosti. Ker pa se bolnišnice prilagodijo na ceno uteži, ki jo prejemajo, in porabijo vsa sredstva, ne obstaja povezava med ceno uteži in kazalniki likvidnosti. Korelacija med kazalniki, ki prikazujejo strukturo posameznih vrst stroškov v prihodkih (stroški dela/prihodki, stroški storitev/prihodki,

stroški materiala/prihodki in stroški amortizacije/prihodki) in ceno uteži je zelo nizka in statistično ni značilna.

Spearmanov korelacijski koeficient kot oceno povezanosti med spremenljivkami smo izračunali na podlagi parnih primerjav dveh spremenljivk na setu 15 bolnišnic po predhodnem rangiranju spremenljivk, tako da smo originalne podatke spremenili v range in izračunali razliko rangov. Ničelne hipoteze o nepovezanosti cene uteži z drugimi ekonomskimi kazalniki na danem vzorcu ne moremo zavrniti, saj so vse izračunane verjetnosti povezav med ceno uteži in ostalimi ekonomskimi kazalci večje od 0,05.

6.8 Analiza povezave med ceno uteži, poslovnim izidom in preseganjem zakupljenega programa

Ob predpostavki enako ekonomičnega poslovanja bi morale bolnišnice z višjo ceno uteži ustvariti tudi višji pozitivni presežek prihodkov nad odhodki glede na prihodke. Ceno uteži in presežek prihodkov glede na odhodke prikazujemo v naslednji tabeli 6.29.

Tabela 6.29 Pregled dejanske cene uteži in presežka prihodkov/prihodki

Izvajalec	Cena uteži	Presežek prihodkov/prihodki
Splošna bolnišnica Celje	1.044,65	0,00
Splošna bolnišnica Izola	1.062,99	-0,01
Bolnišnica Sežana	1.121,26	0,01
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	1.051,00	0,02
Splošna bolnišnica Jesenice	1.081,74	0,01
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	1.107,92	0,00
Splošna bolnišnica Brežice	1.026,14	0,00
Splošna bolnišnica Trbovlje	1.085,06	0,02
Splošna bolnišnica Ptuj	1.052,38	-0,02
Splošna bolnišnica Murska Sobota	1.001,92	-0,02
Splošna bolnišnica Nova Gorica	1.056,19	-0,02
Splošna bolnišnica Novo mesto	1.075,55	0,00
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	1.034,08	0,03
Bolnišnica Topolšica	1.019,13	-0,03
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	1.317,49	0,00
Skupaj navedeni izvajalci	1.066,36	0,00

Namesto absolutnih vrednosti presežka prihodkov smo uporabili kazalnik presežek prihodkov/prihodki, ki ga imenujemo tudi dobičkonosnost prihodkov. Kazalnik je za analizo primernejši, saj nam prikaže relativna razmerja med poslovnim izidom in prihodki in je neposredno primerljiv med različnimi izvajalci, česar za v vrednosti izražen presežek prihodkov ne moremo trditi. Za testiranje povezanosti med ceno uteži in kazalnikom presežek prihodkov/prihodki bomo uporabili Spearmanov test korelacije

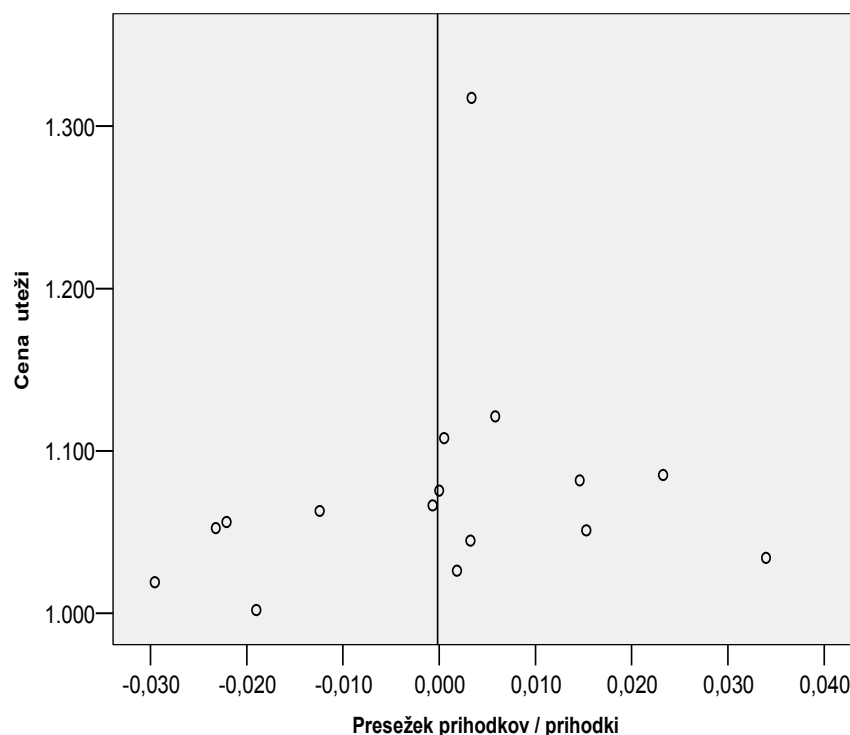
(tabela 6.30). Za preizkušanje hipoteze H3: »Bolnišnice z višjo vrednostjo uteži ne bodo ustvarjale večjega presežka prihodkov kot bolnišnice z nižjo vrednostjo uteži, ampak bodo dodatna sredstva porabile,« smo oblikovali ničelno in alternativno domnevo. Ničelna domneva je, da cena uteži in kazalnik presežek prihodkov/prihodki nista statistično značilno povezana. Alternativna domneva je, da sta cena uteži in kazalnik presežek prihodkov/prihodki statistično značilno povezana.

Tabela 6.30 Spearmanov korelacijski koeficient

		Cena uteži (v EUR)	Prihodki/odhodki
Cena uteži (v EUR)	Korelacijski koeficient	1,000	0,335
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	.	0,204
	N	16	16
Prihodki/odhodki	Korelacijski koeficient	0,335	1,000
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,204	.
	N	16	16

Korelacija med opazovanima spremenljivkama je šibka (0,335) in ni statistično značilna. Na sliki 6.13 prikazujemo razporeditev bolnišnic glede na ceno uteži in kazalnik presežek prihodkov/prihodki.

Slika 6.13 Razsevni diagram *cena uteži* in *presežek prihodkov/prihodki*



Na podlagi tega lahko ugotovimo, da višja vrednost uteži ne prispeva bistveno k pozitivnemu poslovanju bolnišnice. Tako ne moremo zavrniti ničelne domneve o nepovezanosti *cene uteži* in kazalnika *presežek prihodkov/prihodki*.

Po Česnu (1998, 18) morajo vsi organizacijski sistemi pri svojem delovanju upoštevati načelo gospodarjenja, to je dosegati maksimalne učinke pri minimalni porabi virov. Če to trditev apliciramo na akutno bolnišnično obravnavo, bi ob dejstvu, da višja vrednost uteži ne vpliva na presežek prihodkov nad odhodki, bolnišnice, ki imajo višjo ceno uteži, morale opraviti več programa in bolj presegati pogodbeno določen obseg programa kot bolnišnice z nižjo ceno uteži.

Za preizkušanje hipoteze H4: »Bolnišnice z višjo vrednostjo uteži bodo težile k opravljanju zakupljenega obsega programa in v primerjavi z bolnišnicami z nižjo vrednostjo uteži ne bodo bolj presegale zakupljenega obsega programa,« bomo oblikovali ničelno in alternativno domnevo. Ničelna domneva je, da ne obstaja statistično značilna povezava med preseganjem zakupljenega obsega programa in vrednostjo uteži. Alternativna domneva je, da obstaja statistično značilna povezava med preseganjem zakupljenega obsega programa in vrednostjo uteži. V tabeli 6.31 podajamo pregled pogodbeno določenega števila primerov, realiziranega števila primerov ter povprečne in dejanske cene uteži.

Tabela 6.31 Pregled pogodbeno določenega števila primerov, realiziranega števila primerov ter povprečne in dejanske cene uteži

Izvajalec	Pogodbeno št. uteži	Realizirano št. uteži	Indeks real./pog	Cena uteži	Povpr. cena uteži	Indeks cena / povpr. cena
Splošna bolnišnica Celje	43.473,33	43.768,64	101	1.044,65	1.068,07	98
Splošna bolnišnica Izola	15.150,31	17.000,96	112	1.062,99	1.068,07	100
Bolnišnica Sežana	949,74	1.017,67	107	1.121,26	1.068,07	105
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	2.872,24	3.682,76	128	1.051,00	1.068,07	98
Splošna bolnišnica Jesenice	14.756,81	15.431,66	105	1.081,74	1.068,07	101
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	3.218,87	3.424,66	106	1.107,92	1.068,07	104
Splošna bolnišnica Brežice	6.395,97	6.495,87	102	1.026,14	1.068,07	96
Splošna bolnišnica Trbovlje	6.610,24	6.783,96	103	1.085,06	1.068,07	102
Splošna bolnišnica Ptuj	9.545,00	10.356,40	109	1.052,38	1.068,07	99
Splošna bolnišnica Murska Sobota	20.684,05	22.515,38	109	1.001,92	1.068,07	94

Tabela 6.31 – nadaljevanje

Splošna bolnišnica Nova Gorica	18.606,88	20.074,11	108	1.056,19	1.068,07	99
Splošna bolnišnica Novo mesto	24.850,47	25.401,55	102	1.075,55	1.068,07	101
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	16.687,75	17.691,54	106	1.034,08	1.068,07	97
Bolnišnica Topolšica	5.443,63	5.538,12	102	1.019,13	1.068,07	95
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	11.540,57	11.910,13	103	1.317,49	1.068,07	123
Skupaj navedeni izvajalci	200.785,83	211.093,41	105	1.066,36	1.068,07	100

Vsi izvajalci so presegli pogodbeno število uteži, cena ene uteži pa se je gibala od 95 % do 123 % povprečne cene uteži.

Da bi ugotovili, ali bolnišnice z višjo ceno uteži tudi bolj presegajo pogodbeni obseg programa, bomo izračunali korelacijski koeficient med ceno uteži in preseganjem pogodbenega obsega uteži, kar prikazujemo v tabeli 6.32.

Tabela 6.32 Spearmanov korelacijski koeficient

		Indeks realizacija/pogodba	Indeks cena/povprečna cena
Indeks realizacija/pogodba	Korelacijski koeficient	1,000	0,014
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	.	0,959
	N	15	15
Indeks cena/povprečna cena	Korelacijski koeficient	0,014	1,000
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,959	.
	N	15	15

Korelacija med opazovanima spremenljivkama je zelo šibka (0,014) in ni statistično značilna. Na podlagi tega ne moremo zavrnila ničelne domneve, da ne obstaja statistično značilna povezava med preseganjem zakupljenega obsega programa in vrednostjo uteži.

7 SKLEP

Financiranje sistema zdravstvenega varstva zajema zbiranje sredstev in razdeljevanje sredstev izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Ustreznost razdeljevanja sredstev izvajalcem zdravstvene dejavnosti lahko opredelimo z različnih vidikov. Med najpomembnejšimi je nedvomno enakost plačil izvajalcem zdravstvene dejavnosti za enako opravljene storitve.

V Sloveniji je bilo v letu 2004 uvedeno plačevanje akutne bolnišnične obravnave po sistemu skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju sistem SPP). Sistem SPP lahko poenostavljeno opredelimo kot sistem razvrščanja bolnikov v skupine, za katere porabimo podobno količino virov. Seznam SPP primerov je utežen, kar pomeni, da ima vsak SPP primer določeno utež. Ceno obravnave posameznega primera določata utež SPP primera in vrednost ene uteži. V letu 2007 ni bilo enotne vrednosti uteži za vse izvajalce, kar posledično pomeni, da so izvajalci prejeli različna plačila za obravnavo enakega SPP primera. Zaradi zgodovinskih dejavnikov se je vrednost ene uteži v letu 2007 gibala med 1.002 EUR in 1.317 EUR, kar je preko 31 % razlike med cenami iste storitve v različnih bolnišnicah.

Navedena neenakost plačil izvajalcem ima lahko dve posledici. Izvajalci, ki prejema nižjo vrednost uteži, si bodo prizadevali za pridobitev ustreznih sredstev tudi z napačnim evidentiranjem opravljenega dela, to je s prikazovanjem zahtevnejšega dela od dejansko opravljenega, s čimer bi skušali izničiti učinek nižje cene uteži skozi več opravljenih uteži. Nasprotno pa se lahko pri izvajalcih, ki prejema višjo vrednost uteži, pojavi neekonomično ravnanje s prejetimi sredstvi, saj je osnovni cilj javnih zdravstvenih zavodov izvajanje dejavnosti, za katero so ustanovljeni, in ne ustvarjanje dobička. Drugače povedano – obstaja nevarnost, da bodo dodatna sredstva porabili neekonomično.

Da bi dobili odgovor na zastavljeni dilemi, smo v empiričnem delu osvetlili ter empirično raziskali dva dejavnika, ki vplivata na financiranje in poslovanje bolnišnic. Prvi je vpliv različne cene uteži na poslovanje bolnišnic, drugi pa ustreznost evidentiranja opravljenega dela.

V vzorec smo zajeli vse bolnišnice, ki izvajajo akutno bolnišnično obravnavo na sekundarni ravni, brez terciarne ravni, ter so financirane po sistemu SPP. Te pogoje izpolnjuje petnajst bolnišnic, ki jih lahko nadalje razdelimo na deset splošnih bolnišnic in pet specialnih bolnišnic.

Za testiranje ničelne predpostavke o enaki porazdelitvi deležev različno zahtevnih SPP primerov med bolnišnicami smo uporabili dve metodi, in sicer glede na število stopenj SPP primerov, pri analizi SPP primerov z dvema stopnjama zahtevnosti smo uporabili Wilcoxonov značni test rangov, pri analizi SPP primerov s tremi in štirimi stopnjami zahtevnosti pa smo uporabili Friedmanov test.

Analiza kodiranja SPP primerov je pokazala, da obstajajo med izvajalci statistično značilne razlike v deležih primerov različnih stopenj zahtevnosti. Del razlik lahko pripišemo vsebinskim razlogom, saj specialne bolnišnice opravljajo manjši nabor storitev. S pomočjo Spearmanovega testa korelacije smo analizirali povezavo med kodiranjem različno zahtevnih SPP primerov in ceno uteži. Ugotovili smo, da obstaja statistično značilna povezava le pri eni skupini SPP primerov, ki predstavlja v vseh obravnavanih SPP primerih le 0,7 %. Tako smo zavrnili hipotezo, da bolnišnice z nižjo vrednostjo uteži težijo k prikazovanju zahtevnejšega dela od dejansko opravljenega.

Za testiranje povezanosti med različnimi kazalniki poslovanja smo prav tako uporabili Spearmanov test korelacije. S tem testom smo merili vzajemno povezavo med dvema numeričnima spremenljivkama.

Korelacija med ceno uteži ter presežkom prihodkov je šibka in ni statistično značilna. To pomeni, da višje vrednotenje storitev ne prispeva bistveno k pozitivnemu poslovanju bolnišnice. Visok presežek prihodkov nad odhodki ni posebej zaželen, saj so javni zdravstveni zavodi ustanovljeni z namenom opravljanja svoje dejavnosti in ne za ustvarjanje dobička. Zato javni zdravstveni zavodi prejeta sredstva porabijo na različne načine. V kolikor so sredstva namenjena za investicije v osnovna sredstva in opremo ter znanje z namenom kakovostnejše oskrbe pacientov, je njihova uporaba smotrna. Obstaja pa nevarnost, da se z višjimi cenami storitev financira le neučinkovitost določenih izvajalcev zdravstvenih storitev. In to je neželen stranski učinek diferenciacije plačil različnim izvajalcem.

Povezava med preseganjem zakupljenega programa in višino cene uteži je zelo šibka in ni statistično značilna, iz česar izhaja, da višja cena uteži ne pomeni več opravljenih storitev. Izvajalci zdravstvenih storitev nimajo ekonomskega razloga za opravljanje storitev nad pogodbeno določenim obsegom.

Iz opravljene analize kodiranja SPP primerov ter kazalnikov poslovanja izhaja, da vrednost uteži ni neposredno povezana z uspešnostjo poslovanja bolnišnic. Različne vrednosti uteži so posledica prehoda iz prejšnjega sistema financiranja akutne bolnišnične obravnave. Vrednosti uteži vsako leto konvergirajo k enotni ceni, v letu 2007 so izvajalci z nižjo vrednostjo uteži pridobili 1 % vrednosti, izvajalci z višjo vrednostjo uteži pa zgubljali 1 % vrednosti. Navedeni proces je prepočasen, saj še vedno obstaja razlika med najnižjo in najvišjo ceno uteži, ki je v letu 2007 znašala 31 %.

Nepovezanost cene uteži z različnimi kazalniki poslovanja nakazuje na dejstvo, da trenutni sistem financiranja ni optimalen. Bolnišnice se prilagajajo na vrednost uteži, ki jo prejema. To kažejo tudi presežki prihodkov bolnišnic, katerih standardni odklon je 2,8 krat nižji, kot bi bil ob upoštevanju enotne cene uteži.

Glede na dejstva in rezultate raziskave lahko zaključimo, da je treba uvesti enotno plačilo za enake opravljene storitve. To lahko privede do kratkoročnih težav bolnišnic,

ki trenutno prejemajo višjo vrednost uteži, vendar je dolgoročno to edina smotrna rešitev. Osnova za določitev enotne cene bi morala izhajati iz ustrezne stroškovne analize in ne bi smela temeljiti le na matematičnem izračunu vrednosti uteži iz obstoječih sredstev in realiziranih uteži. V kolikor bi le matematično izračunali povprečno vrednost uteži, bi to pomenilo, da bi med izvajalce razdelili obstoječa sredstva. Pozitivno poslovanje nekaterih izvajalcev, ki so v letu 2007 prejeli podpovprečno vrednost uteži, pa kaže na možnost pozitivnega poslovanja izvajalcev ob nižjih prihodkih. Ob upoštevanju načela čim večjega učinka z danimi viri, ki ustreza nedobičkonosnim subjektom v negospodarstvu, bi lahko namesto zniževanja plačil izvajalcem od slednjih zahtevali več opravljenega programa za isti denar ter na ta način izenačili ceno uteži.

Na področju financiranja bolnišnic je še veliko možnosti za izboljšave ter za nadaljnje raziskave. Glede na majhnost Slovenije bi bilo zanimivo raziskati povezavo med učinkovitostjo bolnišnic in njihovo specializacijo. Majhnost Slovenije namreč omogoča večjo specializacijo bolnišnic, saj imamo na majhnem geografskem prostoru (pre)veliko koncentracijo posameznih dejavnosti. Glede na to, da ima veliko držav zelo podoben sistem financiranja akutne bolnišnične dejavnosti, bi bila zanimiva primerjava učinkovitosti bolnišnic med različnimi državami, seveda ob upoštevanju razlik v ekonomskem okolju in pravnih okvirih, znotraj katerih bolnišnice v posameznih državah delujejo.

LITERATURA

- Albreht, Tit, Marjan Česen, Don Hindle, Elke Jakubowski, Boris Kramberger, Vesna Kerstin Petrič, Marjan Premik in Martin Toth. 2002. *Health care systems in transition: Slovenia*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Antikainen Katja, Tarja Roivainen, Mirva Hyvarinen, Juhani Toivonen in Timo Karri. 2005. Activity-based costing process of a day-surgery unit – from cost accounting to comprehensive management. V *Frontiers of e-business research 2005*, ed. Marko Seppä et al., 775–758. [Http://www.ebrc.fi/pages_9FE48B1F-58F5-4600-B18A-749ED6AB14D6.asp](http://www.ebrc.fi/pages_9FE48B1F-58F5-4600-B18A-749ED6AB14D6.asp) (julij 2006).
- Bedward, Diana. 1999. *Quantitative methods: a business perspective*. Oxford: Butterworth – Heinemann.
- Bergant, Živko. 1997. Izrazna moč računovodskih izkazov. V *Zbornik referatov*, ur. Ivan Turk, 365–379. Ljubljana: Zveza ekonomistov Slovenije: Zveza računovodij, finančnikov in revizorjev Slovenije.
- Bojnec, Štefan, Žiga Čepar, Tanja Kosi in Bojan Nastav. 2007. *Ekonomika podjetja*. Koper: Fakulteta za management.
- Cencič, Maja. 2006. *Pedagoška metodologija*. Koper: Pedagoška fakulteta.
- Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
- Dafny, Leemore S. 2003. *How do hospitals respond to price changes?* NBER Working Paper No. W9972. [Http://ssrn.com/abstract=447260](http://ssrn.com/abstract=447260) (20. 9. 2008).
- Duhovnik, Meta. 2003. *Obračunski in denarni tokovi kot podlaga za ugotavljanje uspešnosti*. Ljubljana: Zveza računovodij, finančnikov in revizorjev Slovenije.
- Duhovnik, Metka. 2002. *Uspešnost in učinkovitost poslovanja podjetja na podlagi ekonomskih in finančnih kazalnikov*. Doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta
- Esterby-Smith, Mark, Richard Thorpe in Andy Lowe. 2005. *Raziskovanje v managementu*. Koper: Fakulteta za management.
- Fleming, Iain in Sam Mackinstry. 1995. *Accounting for business management*. London: Routledge.
- Fraiser, Lyn M. in Aileen Ormiston. 2001. *Understanding financial statements*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Gracar, Ivan. 1999. *Analiza socialnih in ekonomskih neskladij v sistemu zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji*. Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Hair, Joseph F. 2006. *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hočevar, Marko, Aleksander Igličar in Maja Zaman. 2000. *Osnove računovodstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

- HOPE – European Hospital and Healthcare Federation. 2006. *HOPE report on DRGs as a financing tool*. [Http://www.hope.org](http://www.hope.org) (20. maj 2008).
- Igličar, Aleksander in Marko Hočevar. 1997. *Računovodstvo za managerje*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Inštitut za varovanje zdravja RS. 2006. *Informacijski sistem bolnišničnih obravnjav*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Jakubowski, Elke. 2002. European observatory on health care systems. *Euro Observer* 4 (1): 5–7.
- Kaplan, Robert S. in Anthony A. Atkinson. 1998. *Advanced management accounting*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Kavčič, Slavka. 2002. Pomen računovodstva za pripravo in spremljanje uresničevanja finančnih načrtov uporabnikov proračuna.. V *Dvoletni državni proračun in izvajanje zakona o računskem sodišču*, ur. Neven Borak in Helena Kamnar, 99–116. Ljubljana: Zveza ekonomistov Slovenije.
- Kavčič, Slavka. 2007. Računovodski vidik javnih sredstev. V *Javna sredstva – različni vidiki*, ur. Helena Kamnar, 81–94. Ljubljana: Zveza ekonomistov Slovenije.
- Koletnik, Franc. 1997. *Analiziranje računovodskih izkazov (bilanc)*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.
- Letica, Slaven. 1989. Zdravstvena politika u doba krize: evropsko iskustvo kao jugoslavenska perspektiva. Zagreb: Naprijed.
- Lynk, William J. 2001. One DRG, one price? The effect of patient condition on price variation within DRGs and across hospitals. *International journal of health care finance and economics* 1 (2): 111–137.
- Marshall, David H. 2005. *Accounting: what the numbers mean*. Boston: McGraw Hill Irwin.
- Melavc, Dane in Franko Milost. 2003. *Računovodstvo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Milost, Franko. 1996. *Računovodstvo in finance*. Portorož: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za pomorstvo in promet.
- Milost, Franko. 1997. *Računovodstvo in poslovne finance*. Portorož: Visoka šola za hotelirstvo in turizem.
- Milost, Franko. 2003. Uporabnost nefinančnih kazalnikov poslovanja. V *Management and organisational development*, ur. Jože Florjančič, 820–824. Kranj: Moderna organizacija.
- Mramor, Dušan. 2000. *Teorija poslovnih financ*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Negrini, D., A. Kettle, L. Sheppard, G. H. Mills in D. L. Edbrooke. 2004. The cost of a hospital ward in Europe. Is there a methodology available to accurately measure costs?. *Journal of health organization and management* 18 (3): 195–206.
- Nowicki, Michael. 2004. *The financial management of hospitals and healthcare organization*. Chicago: Health Administration.

- Pravilnik o enotnem kontnem načrtu za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava. *Uradni list RS*, št. 54/02, 117/02, 58/03, 134/04, 75/04, 117/04 in 141/04.
- Pravilnik o razčlenjevanju in merjenju prihodkov in odhodkov pravnih oseb javnega prava. *Uradni list RS*, št. 134/03, 34/04 in 13/05.
- Rus, Veljko. 1996. *Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Seiber, Eric E. 2007. Code Creep: evidence in medicaid and state employee health insurance billing. *Physician health care financing review* 28 (4): 83–93.
- Skeie, Bjorn, Mishra Vinod, Vaaler Sein in Amlie Einar. 2002. A comparison of actual cost, DRG-based cost, and hospital reimbursement for liver transplant patients. *Transplant international* 15 (9/10): 439–445.
- Steinwald, Bruce in Laura A. Dummit. 1989. Hospital case-mix change: sicker patients or DRG creep? *Health affairs* 8 (2): 37–47.
- Turk, Ivan in Dane Melavc. 1998. *Računovodstvo*. Kranj: Moderna organizacija.
- Turk, Ivan, Slavka Kavčič, Majda Kokotec Novak. 2004. *Poslovodno računovodstvo*. Dopolnjena izdaja. Ljubljana: Slovenski inštitut za revizijo.
- Turk, Ivan. 2000. *Pojmovnik računovodstva, financ in revizije*. Ljubljana: Slovenski inštitut za revizijo.
- Ustava Republike Slovenije. *Uradni list RS*, št 33/1991.
- Vause, Bob. 2005. *Guide to analysing companies*. London: Profile Books.
- Wahl, Jana, Tanja Mate, Anna-Marie Yazbeck. 2004. Skupine primerljivih primerov v Sloveniji – prvih sto petdeset dni. *Zdravniški vestnik* 73 (9): 689–690.
- Zakon o javnih financah. *Uradni list RS*, št. 79/99, 124/00, 79/01, 30/02, 56/02 in 110/02.
- Zakon o računovodstvu. *Uradni list RS*, 23/99 in 30/02.
- Zakon o zavodih. *Uradni list Republike Slovenije*, št. 12/1991.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list Republike Slovenije*, št. 72/2007.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS*, št. 72/2007.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS*, št 23/2005.
- ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2008. *Poslovno poročilo zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2007*. Poslovni dokumenti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- ZDRZZ – Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. 2008. *Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2007 – za interno uporabo*. Interno gradivo, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.

Literatura

- ZDRZZ – Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. B.1. *Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije*. Povzeto iz informacijskega sistema ZDRZZ – Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.
- Zupanc, Irena (urednik). 2008. *SPP: skupine primerljivih primerov: vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav (SPP) in financiranju bolnišnic*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Zveza računovodij, finančnikov in revizorjev Slovenije. 2007. *Slovenski računovodski standardi 2006*. Ljubljana: Zveza računovodij, finančnikov in revizorjev Slovenije.
- ZZZS. 2007a. *Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2007*. [Http://www.zzss.si/zzss/info/egradiva.nsf/0/a3842389111dbec2c12572b9002e87f6/\\$FILE/PDB %20-%20-%20 %C4 %8Distopis %20-p2.pdf](http://www.zzss.si/zzss/info/egradiva.nsf/0/a3842389111dbec2c12572b9002e87f6/$FILE/PDB%20-%20-%20%C4%8Distopis%20-p2.pdf) (15. maj 2008).
- ZZZS. 2007b. *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2007*. [Http://www.zzss.si/zzss/info/egradiva.nsf/0/36c5c4c79cadb667c125729e0041f4ba/\\$FILE/splosni %20dogovor %202007.pdf](http://www.zzss.si/zzss/info/egradiva.nsf/0/36c5c4c79cadb667c125729e0041f4ba/$FILE/splosni%20dogovor%202007.pdf) (15. maj 2008).

PRILOGE

- Priloga 1: Pregled pozitivnih in negativnih rangov pri SPP primerih s tremi stopnjami zahtevnosti
- Priloga 2: Pregled pozitivnih in negativnih rangov pri SPP primerih s štirimi stopnjami zahtevnosti
- Priloga 3: Pregled izbranih računovodskih kazalnikov in cene uteži ter poslovnega izida

**PREGLED POZITIVNIH IN NEGATIVNIH RANGOV PRI SPP PRIMERIH
S TREMI STOPNJAMI ZAHTEVNOSTI**

Ranks		N	Mean Rank	Sum of Ranks
tr_dve - tri_ena	Negative Ranks	1(a)	2,00	2,00
	Positive Ranks	13(b)	7,92	103,00
	Ties	1(c)		
	Total	15		
tri_tri - tri_ena	Negative Ranks	2(d)	2,50	5,00
	Positive Ranks	12(e)	8,33	100,00
	Ties	1(f)		
	Total	15		
tri_tri - tr_dve	Negative Ranks	5(g)	7,00	35,00
	Positive Ranks	9(h)	7,78	70,00
	Ties	1(i)		
	Total	15		

a tr_dve < tri_ena

b tr_dve > tri_ena

c tr_dve = tri_ena

d tri_tri < tri_ena

e tri_tri > tri_ena

f tri_tri = tri_ena

g tri_tri < tr_dve

h tri_tri > tr_dve

i tri_tri = tr_dve

**PREGLED POZITIVNIH IN NEGATIVNIH RANGOV PRI SPP PRIMERIH
S ŠTIRIMI STOPNJAMI ZAHTEVNOSTI**

Ranks		N	Mean Rank	Sum of Ranks
stiri_dve - stiri_ena	Negative Ranks	2(a)	1,50	3,00
	Positive Ranks	13(b)	9,00	117,00
	Ties	0(c)		
	Total	15		
stiri_tri - stiri_ena	Negative Ranks	2(d)	6,50	13,00
	Positive Ranks	12(e)	7,67	92,00
	Ties	1(f)		
	Total	15		
stiri_stiri - stiri_ena	Negative Ranks	1(g)	1,00	1,00
	Positive Ranks	12(h)	7,50	90,00
	Ties	2(i)		
	Total	15		
stiri_tri - stiri_dve	Negative Ranks	8(j)	7,50	60,00
	Positive Ranks	6(k)	7,50	45,00
	Ties	1(l)		
	Total	15		
stiri_stiri - stiri_dve	Negative Ranks	3(m)	8,33	25,00
	Positive Ranks	12(n)	7,92	95,00
	Ties	0(o)		
	Total	15		
stiri_stiri - stiri_tri	Negative Ranks	2(p)	2,50	5,00
	Positive Ranks	12(q)	8,33	100,00
	Ties	1(r)		
	Total	15		

a stiri_dve < stiri_ena	j stiri_tri < stiri_dve
b stiri_dve > stiri_ena	k stiri_tri > stiri_dve
c stiri_dve = stiri_ena	l stiri_tri = stiri_dve
d stiri_tri < stiri_ena	m stiri_stiri < stiri_dve
e stiri_tri > stiri_ena	n stiri_stiri > stiri_dve
f stiri_tri = stiri_ena	o stiri_stiri = stiri_dve
g stiri_stiri < stiri_ena	p stiri_stiri < stiri_tri
h stiri_stiri > stiri_ena	q stiri_stiri > stiri_tri
i stiri_stiri = stiri_ena	r stiri_stiri = stiri_tri

PREGLED IZBRANIH RAČUNOVODSKIH KAZALNIKOV IN CENE UTEŽI TER POSLOVNEGA IZIDA

	Koeficient obratovanja obratnih sredstv	Koeficient obratovanja osnovnih sredstv	Koeficient obratovanja zalog	Koeficient obratovanja obveznosti do dobaviteljev	Tekoči koeficient	Pospešeni koeficient	Hitri test	Prhodki/ odhodki	Stroski dela / prhodki	Stroski storitev/ prhodki	Stroski materiala / prhodki	Stroski amortizacije / prhodki	Cena uteži (v EUR)	Presežek prihodkov/ prhodki	Poslovni izid (v EUR)
Splošna bolnišnica Celje	12,76	0,09	15,86	9,11	1,13	0,95	0,07	1,00	0,55	0,10	0,30	0,05	1.044,65	0,00	227.473
Splošna bolnišnica Izola	10,87	0,10	7,85	1,62	0,40	0,28	0,14	0,99	0,53	0,13	0,28	0,05	1.062,99	-0,01	-357.268
Bolnišnica Sežana	14,23	0,06	26,05	3,58	0,48	0,40	0,08	1,01	0,55	0,09	0,30	0,03	1.121,26	0,01	24.540
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	8,27	0,07	19,82	10,71	2,38	2,26	0,43	1,02	0,45	0,27	0,21	0,05	1.051,00	0,02	72.280
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	11,14	0,16	19,54	5,27	1,67	1,58	0,76	1,00	0,40	0,15	0,37	0,07	1.317,49	0,00	65.234
Splošna bolnišnica Jesenice	22,55	0,13	8,35	2,05	0,29	0,19	0,00	1,01	0,55	0,16	0,21	0,04	1.081,74	0,01	360.604
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	26,41	0,13	9,97	7,72	0,84	0,70	0,57	1,00	0,60	0,20	0,15	0,05	1.107,92	0,00	2.536
Splošna bolnišnica Brežice	11,26	0,14	14,78	5,35	1,43	1,33	0,34	1,00	0,60	0,17	0,20	0,03	1.026,14	0,00	18.900
Splošna bolnišnica Trbovlje	5,53	0,13	18,53	5,51	1,67	1,55	0,30	1,02	0,55	0,10	0,28	0,04	1.085,06	0,02	273.456
Splošna bolnišnica Ptuj	12,67	0,07	12,85	5,64	0,79	0,64	0,31	0,98	0,58	0,14	0,27	0,04	1.052,38	-0,02	-407.709
Splošna bolnišnica Murska Sobota	16,64	0,09	11,54	3,48	0,47	0,36	0,18	0,98	0,60	0,11	0,25	0,05	1.001,92	-0,02	-643.493
Splošna bolnišnica Nova Gorica	22,53	0,09	7,19	5,05	1,24	0,91	0,64	0,98	0,61	0,09	0,26	0,05	1.056,19	-0,02	-735.074
Splošna bolnišnica Novo mesto	21,12	0,07	4,58	2,72	0,49	0,19	0,04	1,00	0,57	0,10	0,28	0,04	1.075,55	0,00	111
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	8,88	0,14	11,15	4,04	1,04	0,86	0,25	1,04	0,52	0,07	0,33	0,05	1.034,08	0,03	1.083.680
Bolnišnica Topolšica	8,28	0,12	26,59	6,55	1,16	1,06	0,80	0,97	0,58	0,11	0,28	0,04	1.019,13	-0,03	-219.965
Vse bolnišnice skupaj	12,56	0,10	9,83	3,76	0,78	0,61	0,21	1,00	0,55	0,12	0,28	0,05	1.066,36	0,00	-234.695