

MODELI PLAČEVANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV S POUDARKOM NA PLAČEVANJU PO SKUPINAH PRIMERLJIVIH PRIMEROV V SLOVENIJI

REIMBURSEMENT OF HEALTH CARE SERVICES WITH SPECIAL ATTENTION PAID TO DRG REIMBURSEMENT SYSTEM IN SLOVENIA

Dorjan Marušič¹, Jakob Ceglar¹, Valentina Prevolnik-Rupel¹

Prispelo: 23. 5. 2009 - Sprejeto: 14. 9. 2009

Pregledni znanstveni članek
UDK 614.2

Izvleček

Plačevanje zdravstvenih storitev izvajalcem zdravstvene dejavnosti v Sloveniji poteka po modelu skupin primerljivih primerov, ki je bil uveden leta 2003. Pred tem so se v Sloveniji uporabljali različni modeli plačevanja, od plačevanja po storitvah, po bolnišničnooskrbnih dnevih in po primerih. Prav zaradi slabosti in pomanjkljivosti, ki so jih različni sistemi prinesli, se je v Sloveniji uveljavil sistem skupin primerljivih primerov (SPP), ki je trenutno v veljavi. Namen članka je pregledati in klasifikirati sisteme financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji glede na izbrane kriterije ter izpostaviti prednosti in slabosti posameznih skupin modelov. V nadaljevanju članek opisuje in analizira prednosti in pomanjkljivosti modela plačevanja po skupinah primerljivih primerov ter prikaže njegov zgodovinski razvoj in uporabo. Članek zaključuje z zgodovinskim pregledom uveljavljanja sistema SPP v Sloveniji.

Ključne besede: skupine primerljivih primerov, sistem financiranja, izvajalci, primeri, potrebe, izidi, financiranje, zdravstveno varstvo, bolnišnice

Review article
UDC 614.2

Abstract

The reimbursement of inpatient health care in Slovenia is based on the diagnosis related groups model (DRG), which was introduced in 2003. In earlier days in Slovenia different reimbursement models were used, like fee for service model, payment according to hospital days and payment per number of inpatient cases. The DRG system was introduced to Slovenia in order to address the shortcomings and weaknesses of the previous reimbursement systems. The purpose of this article is to classify and analyze the health care reimbursement systems in Slovenia according to the selected criteria and determine the pros and cons of each group of systems. Further on, the article describes the development and use of DRG reimbursement model and presents its implementation and developmental path in Slovenia.

Key words: diagnosis-related groups, reimbursement, health care providers, case, needs, outcome assessment, financing, health care, hospitals

1 Uvod

Financiranje sistema zdravstvenega varstva zajema zbiranje sredstev in razdeljevanje sredstev (oz.

plačevanje) izvajalcem zdravstvene dejavnosti. Modeli plačevanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti so različni. Razlike izhajajo iz opravljanja različnih vrst zdravstvenih dejavnosti. Modeli plačevanja se lahko

¹Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva 24, 1000 Ljubljana
Kontaktni naslov: e-pošta: valentina.prevolnik-rupel@zzzs.si

razlikujejo tudi v okviru posamezne zdravstvene dejavnosti, izbran model plačevanja pa je odvisen od oblikovalcev zdravstvene politike.

Dosedanji modeli plačevanja izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti so temeljili na plačevanju po storitvah, bolnišnično oskrbnih dnevih in primerih. Medtem ko je model plačevanja po storitvah usmeril izvajalce v množitev storitev, je model plačevanja po bolnišničnooskrbnih dnevih spodbujal izvajalce v kopičenje bolnišničnooskrbnih dni in podaljševanje ležalne dobe. Omenjeni slabosti naj bi odpravil model plačevanja po primerih, ki je bil uveden v letu 2000. V letu 2003 je bil uveden nov model plačevanja, in sicer model plačevanja po skupinah primerljivih primerov. Najpomembnejša prednost pred obstoječim modelom plačevanja predstavlja bistveno bolj razčlenjena klasifikacija storitev, ki omogoča diferencirano plačevanje izvajalcem glede na zahtevnost opravljenih storitev.

2 Vrste modelov plačevanja

V razvitem svetu se za plačevanje izvajalcev uporabljajo različni načini plačevanja zdravstvenih storitev, katerih prednosti in pomanjkljivosti so analizirane in opisane v številnih znanstvenoraziskovalnih in analitičnih publikacijah. Namen tega članka ni predstaviti posamezne modele, niti ne prikazati njihove prednosti in pomanjkljivosti, pač pa poskusi klasificiranja modelov po določenih skupnih značilnostih, ki jih imajo.

Modele plačevanja zdravstvenih storitev lahko klasificiramo na različne načine. Ena od teh je delitev *na podlagi temelja, po katerem storitve financiramo*. Glede na to ločimo naslednje načine plačevanja (1):

- **Plačevanje na podlagi potreb** zagotavlja izvajalcu plačilo, ki je sorazmerno zdravstvenim potrebam prebivalcev določenega področja. Pri določanju zdravstvenih potreb določene populacije ali območja se uporabljajo demografsko-socialno-ekonomska merila (npr. starost, spol in socialnoekonomski status določene skupine ali področja). Tako se zmanjšujejo razlike v zdravstvenem stanju prebivalcev, vendar pa model preprečuje prosto izbiro izvajalca, zmanjšuje dostopnost in le delno zmanjšuje demografsko-ekonomske vplive.
- **Plačevanje na podlagi vnosa** zagotavlja izvajalcu plačilo njegovih zmogljivosti za izvajanje zdravstvene dejavnosti. Sredstva za prihodnje plačilno obdobje se dodelijo na podlagi izdatkov preteklega obdobja, možne so delne prilagoditve s spremembo količine

oziroma vsebine programov. Ta metoda zagotavlja plačevanje obstoječih zmogljivosti. Pri izračunu potrebnih sredstev za posameznega izvajalca se uporabljajo različni načini (na primer bolnišnično oskrbni dnevi, bolniške postelje, zdravstveni timi). Ta način se je uveljavil v državnih zdravstvenih sistemih in se danes opušta. Administrativno je zelo preprosto, vendar ne zagotavlja poštenega plačila izvajalcev in ne spodbuja stroškovne učinkovitosti ter dobre klinične prakse. Ohranja se le še pri plačevanju oskrbe na domu.

- **Plačevanje na podlagi storitev** temelji na natančno opredeljenih zdravstvenih storitvah in njihovih relativnih cenah. Učinkovitost metode je odvisna od števila postavljenih osnovnih storitvenih enot in vzpostavljenega nadzora. Plačevanje na podlagi storitev omogoča pregledno in pravičnejše razporejanje sredstev po opravljenem delu in nudi spodbude za stroškovno učinkovitost, vendar tudi za opravljanje čim večjega števila storitev. Prodornost metode je odvisna od števila osnovnih enot (pregled, bolnišničnooskrbni dan, primer, poseg, zdravila, ...), združevanja v kategorije (skupina primerov, epizoda, sveženj, ...), relativne cene posamezne enote ali kategorij enot in nadzora opravljenega obsega storitev. Metoda je zato tehnološko zahtevna. Želi si jo večina zdravnikov, zdravstvenih delavcev in sodelavcev.
- **Plačevanje na podlagi izidov** zagotavlja izvajalcem dodatno plačilo, če njihovi izidi zdravljenja presega povprečje primerljivih izvajalcev. Izid zdravljenja je odvisen od vpliva celotnega poteka obravnave na zdravstveno stanje bolnika. Gre za izjemno zahteven pristop, saj je težko meriti izide za številne zdravstvene storitve, zahtevnost obravnave. Zato so tudi plačila zdravljenja različna (pljučnica, operacija žolčnih kamnov, presaditev jeter). Navkljub temu mora ta sistem predstavljati vizijo razvoja sistema financiranja, ki je usmerjen v potrebe državljana.

Modele plačevanja zdravstvenih storitev delimo tudi po merilu (ne)predvidljivosti na (1):

- **Retrospektivni model**, to je model, pri katerem plačnik za višino izdatkov izve takrat, ko mu izvajalec pošlje račun za opravljene zdravstvene storitve. Plačnik tako vnaprej ne more oceniti ali celo določiti velikosti izdatkov zdravstvene dejavnosti v poslovnem obdobju. Na izdatke plačnik ne more vplivati, saj so ti že nastali. Retrospektivno plačevanje ima pomembno pomanjkljivost, saj se celotno tveganje obvladovanja stroškov zdravljenja prenese na plačnika, medtem ko za

izvajalca ni spodbud za iskanje načinov izvajanja dejavnosti, ki bi bile ob enaki kakovosti stroškovno ugodnejše. Retrospektivni modeli plačevanja tako najbolj ustrezajo interesom izvajalcev, saj le-ti v tem primeru dobijo plačilo za vse opravljene storitve. Posledici sta dobra kakovost zdravstvene oskrbe (v središču pozornosti je bolnik in njegova celovita zadovoljitev zdravstvenih potreb, nekatere opravljene storitve so zato tudi nepotrebne) ter močno naraščanje izdatkov za zdravstveno varstvo, slednje pa ob omejenih virih financiranja za plačnika ni sprejemljivo.

- **Prospektivni modeli**, s katerimi lahko vplivamo na velikost prihodnjih izdatkov zdravstvene dejavnosti, saj so v normalnih okoliščinah izdatki vnaprej predvidljivi. Prospektivni modeli plačevanja omogočajo, da se izvajalci in plačnik vnaprej dogovorijo za določeno plačilo za izvedbo dogovorjenega zdravstvenega programa. Bistvo prospektivnih modelov je v tem, da tako izvajalec kot plačnik vnaprej vesta, pri čem sta. Pomembno je, da izvajalec še pred začetkom poslovnega obdobja ve, s kolikšnimi prihodki bo razpolagal in kaj bo moral za to narediti. Prospektivno plačevanje sili izvajalce v obvladovanje stroškov.

Modele plačevanja zdravstvenih storitev delimo tudi po (ne)omejenosti. **Modeli z omejitvami** uravnotežijo tveganja plačnikov in izvajalcev pri poračunih realiziranih storitev. Omejitve so finančne (od celotnega proračuna do posamezne enote), časovne (od celotnega leta do posamezne časovne obračunske enote) in količinske (število izvajalcev, postelj, storitev).

Izjemnega pomena pri sistemu financiranja zdravstvenih storitev je **porazdelitev finančnega tveganja** med plačniki in izvajalci ob posameznem modelu. Sama omejitev programov in časovnega razporejanja sredstev pomembno vpliva in spremeni porazdelitev finančnega tveganja. Vselej je potrebno upoštevati retrospektivnost oziroma prospektivnost razporejanja sredstev ob omejevanju programov z določitvijo količine osnovnih enot ali finančnih sredstev. Od celotne postavitve modela plačevanja je namreč odvisno, ali bo morebitna izguba ostala pri plačniku ali pri izvajalcu. Obvladovanje stroškov poteka na ravni celotnega proračuna, posameznega izvajalca ali programa. Ker je celotno plačilo zmnožek količine storitev in cene storitev, je obvladovanje stroškov mogoče doseči bodisi z omejevanjem števila storitev ali njihovih stroškov. Plačnik seveda praviloma vztraja pri enakem (ali večjem) obsegu programa in zahteva zmanjševanje stroškov.

Če plačnik razporeja sredstva izvajalcem retrospektivno s priznavanjem dejanskih stroškov, prevzame sam celotno tveganje za preseganja stroškov. Ob retrospektivnem razporejanju sredstev izvajalcem po prospektivno določenih cenah se tveganje porazdeli. Ob preseganju celotnega programa prevzema breme izgube plačnik, ob preseganju stroškov pri posameznem primeru breme izgube ostane neučinkovitemu izvajalcu. Prospektivno razporejanje sredstev ob prospektivno določenih cenah in omejenem obsegu programa prenese celotno tveganje na izvajalce. Tako preseganje omejenega programa (in s tem stroškov) kot preseganje stroškov pri posameznem bolniku povečuje stroške in izgubo izvajalca. Prospektivni model ob omejenem programu spodbuja izvajalce k doseganju planiranega obsega programa, kar lahko vodi v porast števila neustreznih obravnav. Plačnik mora imeti predvidene rezervne sklade le za pokrivanje presežkov dogovorjenih programov ob nepredvidenem porastu bolezni.

Retrospektivni način plačevanja storitev je značilen za tržno naravnane zdravstvene sisteme. Ob prospektivni omejitvi cen je uporaben za plačevanje zahtevnih obravnav ali obravnav, ki so nacionalna prioriteta.

3 Sistem plačevanja zdravstvenih storitev po modelu SPP

Za bolnišnično raven se najpogosteje uporablja metoda plačevanja po zahtevnosti primera. Pri tem modelu plačilo storitev opredeli celoten postopek obravnave bolnika (2). Tako se za različne primere zagotovi različno plačilo, ki je sorazmerno stroškom. V svetu je najbolj razširjena metoda SPP, ki se od leta 1982 uporablja za sistem financiranja zdravstvene dejavnosti v okviru programa Medicare v ZDA (3). Sistem je razvila skupina strokovnjakov z univerze Yale v ZDA (Hospital Administration on Yale University) s postavitvijo 23 glavnih diagnostičnih skupin, ki so vsebovale 467 diagnoz. Po prilagoditvi svojim nacionalnim okoljem so ga prevzele tudi druge države. Danes je število diagnostičnih skupin med državami različno in večinoma ne presega 700. Tak sistem pozna in uporablja večina držav Evrope in sveta (ZDA, Kanada, Avstralija, skandinavske države, Francija, Italija, Avstrija, Nemčija ..). Velika Britanija uporablja podoben sistem (Healthcare Resource Groups), Nizozemska pa je uvedla bolj zapleteno razvrščanje (Diagnosis and Treatment Combinations). V Sloveniji smo leta 2003 uvedli skupine primerljivih primerov (SPP) po zgledu v Avstraliji uporabljenega modela.

Na ta način se plačilni model zanesljivo preusmeri na bolnika in njegove potrebe. Model tako sledi osnovnemu načelu, da "denar sledi bolniku". Zahtevnost primera namreč določajo klinične diagnoze, opravljeni posegi in trajanje obravnave. Modeli razvrščajo vse bolnike v skupine primerov, ki so primerljivi po diagnozah ali standardiziranih tipih obravnav. V uporabljenem modelu v Avstraliji je med najdražjimi primeri presaditev jeter, ki je 30,13-krat dražja od povprečnega primera. Med cenejšimi pa je opravljena kolonoskopija v dnevni obravnavi, ki predstavlja 0,3 vrednosti povprečnega primera. Ob tem imajo zdravstvene storitve v posamezni skupini podobno stroškovno strukturo. Določitev posamezne obtežitve je ponavljajoči se proces kliničnih in statističnih ocenjevanj. Obtežitev posameznih skupin najpreprosteje določimo po načelu povprečnih stroškov. Stroške povprečnega primera dobimo tako, da delimo celotna sredstva za bolnišnične primere z vsemi bolnišničnimi primeri. Po enakem postopku za celotna sredstva in vse primere znotraj posamezne skupine pridobimo tudi povprečne stroške za vsako skupino. Obtežitev posamezne skupine primerov nato predstavlja kar razmerje med povprečnimi stroški skupine in ceno povprečnega primera. Tako se različna zahtevnost obravnave dokončno prikaže z razponom med najcenejšimi in najdražjimi primeri, ki je lahko tudi več kot stokratno, med 0,15- in 30-kratniki povprečnega primera. Pri določanju obtežitev lahko uporabimo zahtevnejše pristope s standardnimi ali dejanskimi stroški oziroma stroške, povezane z dobro klinično prakso. Vselej pa relativno ceno posamezne skupine primerov dobimo z obtežitvijo skupine in ceno povprečnega primera. Proračun izvajalca je sestavljen iz relativnih plačil za vse primere. Ta metoda je seveda administrativno in izvedbeno najbolj zahtevna. Postavitev je povezana z dostopnostjo podatkov o kliničnih obravnavah in stroških. Metoda zagotavlja pravičnost in primerljivost razporejanja sredstev med posamezne izvajalce. Olajšano je načrtovanje prednostnih obravnav ter nadzor delovanja in stroškov izvajalcev. Posamezne izvajalce spodbuja k optimiziranju stroškov z vzdrževanjem povprečne porabe v obsegu plačila za posamezne skupine primerov. Metoda potrebuje izdelan nadzor nad zlorabo (pretirano beleženje višjih obtežitev, neupravičene diagnoze in posegi), ki težijo k večjemu plačilu za primere (4).

Izkušnje držav, ki so na bolnišnični ravni uvedle prospektivno plačevanje po obteženih primerih z omejitvijo proračuna, potrjujejo uspešnost z dvigom učinkovitosti. Ob tem pa je vpliv na samo kakovost obravnave negotov. Zato v obstoječe sisteme

vgrajujejo načela plačevanja dobre klinične prakse s podpiranjem medicine, podprte z dokazi, ter uvajanjem kliničnih poti in smernic. Ob visoki preglednosti pa uveljavljeni modeli razvrščanja obteženih akutnih obravnav v bolnišnicah ne morejo v celoti predstaviti vse kompleksnosti organizacijskega ustroja bolnišnice. Zato seveda ne presenečajo stalne nadgradnje modelov razvrščanja. Njihov cilj je preglednejši in pravičnejši sistem razporejanja sredstev, kar je možno preko ločenih proračunov za gravitacijsko področje, intenzivne enote, raziskovalno in izobraževalno dejavnost ter opredelitvami napotovanj in referenčnosti. V nekaterih državah uporabljajo ločeno plačevanje zdravnikov. V zasebnih bolnišnicah Avstralije ob sistemu razvrščanja obravnav ločeno plačujejo tudi zdravnike, na Nizozemskem so zdravniki plačani ločeno od ostalih izvajalcev zdravstvenih storitev, kar ne spodbuja timskega dela in zmanjšuje možnost sodelovanja med zdravstvenim osebjem. Večina držav tako uporablja uveljavljene modele razvrščanja akutnih bolnišničnih obravnav le za določitev dela proračuna. Zaradi pomembnosti in sorazmerno visokih cen se v nekaterih sistemih plačevanja bolnišničnega programa obravnava v intenzivni enoti razvršča in tudi plačuje ločeno. Pri obravnavi v intenzivni enoti na primer upoštevamo smrtno ogroženost. Raziskovalno in klinično izobraževanje v zdravstvenem sektorju se v nekaterih ustanovah odvija vzporedno s procesom zdravstvene obravnave. V večini evropskih držav se ta sredstva zagotavljajo z ločenim proračunom preko javnih razpisov. Izobraževalnim ustanovam pripada največji del sredstev, ki so vezana na poročila o opravljenem delu. V Veliki Britaniji, kjer izobraževalne ustanove ob raziskovanju in izobraževanju obravnavajo bolj zapletene bolnike, plačila prejemajo po višji povprečni ceni obravnave. To zmanjšuje preglednost in onemogoča nadzor uspešnosti poslovanja. V Avstraliji vsaka bolnišnica prejme posebna sredstva za raziskave, izobraževanje in zahtevnost bolnikov na podlagi meritev dejanskih stroškov teh storitev, kar poveča preglednost.

4 Uvedba SPP v Sloveniji

Specialistične bolnišnične obravnave so se v Sloveniji v preteklosti plačevale na podlagi opravljenih storitev, bolnišnično oskrbnih dni in primerov (5, 6, 7). Do leta 1993 je model plačevanja specialističnih bolnišničnih obravnav temeljil na **stroškovno ovrednotenih storitvah**, katerih skupna količina je bila omejena na letni ravni. Posamezni bolnik je predstavljal

seštevek vseh opravljenih storitev. Administrativno nezahteven model je izvajalce spodbujal k množenju storitev, in sicer tistih, ki so bile dobro plačane. Količina storitev je zrcalila predvsem zmogljivosti izvajalca, zato je plačevanje po storitvah na prvo mesto postavljalo možnosti in potrebe izvajalcev in ne potrebe bolnikov. V letu 1993 uvedeno plačevanje specialističnih bolnišničnih obravnav po **bolnišnično oskrbnih dnevih** je izvajalce vzpodbudilo k zmanjševanju storitev med ležanjem v bolnišnici, podaljševanje ležalne dobe pa je morebitni učinek iz naslova zmanjševanja storitev izničil. Plačevanje bolnišnično oskrbnih dni je zavrlo skrajševanje ležalnih dob v bolnišnicah.

Omenjene slabosti naj bi odpravil model **plačevanja po primerih**, ki je bil uveden v letu 2000 (8, 9, 10). Model plačevanja po primerih je postal razvojni mejnik od plačevanja izvajalcev k plačevanju bolnikov. Bolnišnice je močno spodbudil k skrajševanju ležalne dobe (cena primera je bila enaka ne glede na trajanje bolnišnične obravnave), kar je nedvomno zmanjšalo stroške ter povečalo učinkovitost izvajalcev. Ob omenjenih prednostih je model ohranil slabosti plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih, saj ni upošteval različne zahtevnosti obravnav bolnikov, bolnišnice pa so bile še naprej neenako plačane za enake opravljene storitve. Poleg tega ni vseboval ustreznih nadzornih mehanizmov ter spodbud za razvoj učinkovitejših načinov zdravljenja (dnevna obravnava, zdravljenje na domu, ...). Pomanjkanje nadzora je vplivalo na širjenje tako moralnega tveganja kot tudi pobiranja smetane pri določenih izvajalcih, saj je omogočalo manipulacije, kot so sprejemanje nezapletenih bolnikov, administrativno povečevanje števila primerov s prekinitvijo obravnave v bolnišnici in ponovnim sprejemom ter premeščanje zahtevnejših bolnikov v terciarne ustanove. Pomanjkanje spodbud za razvoj učinkovitejših načinov zdravljenja (npr. prenizko vrednotenje dnevnih obravnav) je bolnišnice usmerilo v sprejemanje bolnikov na oddelke, saj je bil tak bolnik bolje plačan kot pa ambulantni bolnik. V državah z ustreznim financiranjem ambulantnih obravnav se delež bolnikov, obravnavanih v ambulanti, približuje 50 %. Delež dnevne obravnave se je na primer v Avstraliji ob uvedbi ustreznih finančnih spodbud, povečal z 12 % v letu 1983 na 50 % v letu 2000 (11). Ob upoštevanju, da v slovenskih bolnišnicah kar 40 % akutnih bolnikov ostaja v bolnišnici tri dni ali manj in da se je s plačevanjem po primeru celo povečal delež bolnikov s kratko ležalno dobo, bi bilo dnevnega zdravljenja veliko več od tedanjih dobrih 10 %, če bi bila uvedena primerna cena takega zdravljenja.

Prav pomanjkljivosti modela plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav na podlagi primerov so bile najpomembnejši razlog za uvedbo **plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav na podlagi SPP**. Plačevanje po primerih je vsebovalo izjemno ozko opredeljeno klasifikacijo storitev (10 različnih storitev, ki so se nanašale na t. i. povprečne primere po posameznih dejavnostih, npr. povprečni primer za internistiko, kirurgijo, ...), katerih cene so bile po posameznih izvajalcih različne. Razlike med najvišjo in najnižjo ceno primera so v obdobju 2000 – 2002 znašale tudi prek 30 % (12). O pravem izvajanju nakupne funkcije s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) kot kupca in plačnika storitev ni bilo mogoče govoriti, saj razlik v cenah storitev med posameznimi izvajalci z vidika zahtevnosti obravnav ni bilo mogoče utemeljiti. ZZZS namreč podatkov, ki bi verodostojno utemeljili razlike v vsebini obravnav po posameznih izvajalcih in s tem razlike v cenah storitev, ni imel. Poleg tega se je planirani obseg programa opredeljeval zgolj po desetih osnovnih dejavnostih, kar se je izkazalo, da je v določenih primerih ali premalo specifično (z vidika kupovanja natančno definiranih ciljnih storitev in ne samo skupin storitev), po drugi strani pa celo preveč podrobno. V primeru opredelitve dodatnega programa za točno določeno obravnavo se je lahko ta širitev izgubila v celotnem planiranem (sedaj večjem) obsegu programa posamezne dejavnosti.

Po zgledu mnogih držav v svetu smo v Sloveniji uvedli enega od obstoječih modelov razvrščanja akutnih obravnav po diagnozah in opravljenih posegih. Pri izbranem sistemu smo upoštevali mednarodni sistem razvrščanja bolezni (MKB-10-AM). V letu 2003 so se pri izračunih težavnosti povprečnega primera uporabile uteži, izračunane na podlagi stroškovne študije treh pilotskih bolnišnic v Sloveniji ter avstralskih uteži National Hospital Cost Data Collection Round 6 (2001-2002), v letu 2004 pa so bile uporabljene avstralske uteži National Hospital Cost. Data Collection Round 6 (2001-2002). Te so v uporabi tudi v letu 2008 (7). Proces nadgradnje bo moral za določitev standardnih stroškov primerov upoštevati klinične poti, ki natančno opisujejo obravnavo določenega primera po načelih z dokazi podprte sodobne medicine. Pri manj pogostih primerih se lahko uporabijo dejanski povprečni stroški. Statistične podatke pa bo nujno potrebno prilagajati z upoštevanjem razmerij med stroški opravljenega dela in razlikami v ležalni dobi. Kljub veliki preglednosti model SPP ne more v celoti predstaviti vse kompleksnosti organizacijskega ustroja bolnišnic (13). Prav tako ne more posameznega zelo

zapletenega primera razvrstiti tako, da bi bili stroški ustrezno povrnjeni. Pri določanju obtežitev ni možno upoštevati verjetnosti zelo redkih zapletov, ki pa povzročajo zelo velike dodatne stroške.

Sam model plačevanja po SPP je bil uveden v letu 2003, ko je klasifikacija SPP vsebovala 661 storitev, na podlagi katerih se je med 19 izvajalcev razporedilo 10 % sredstev proračuna za akutno bolnišnično obravnavo v Sloveniji. Ob tem je bilo najvišje možno zmanjšanje sredstev pri posameznem izvajalcu zaradi uvedbe novega modela plačevanja omejeno na 1 % (10). V letu 2004 je bil enakemu številu izvajalcev akutnih bolnišničnih obravnav ob manjšemu številu storitev (653) in spremenjenih relativnih cenah razporejen celoten proračun za akutno bolnišnično obravnavo v Sloveniji (14).

Tudi obstoječi model ni popoln in ima določene slabosti, ki omogočajo zlorabe (4): pretirano zniževanje stroškov z omejevanjem potrebnih preiskav in izborom manj ustreznih zdravil, sprejemanje bolnikov, ki ne potrebujejo hospitalizacije in lažno prikazovanje diagnoz in obravnav z visokimi cenami. Zato bo na teh točkah potreben ustrezen nadzor.

Razvrščanje in financiranje obravnav po modelu SPP usmerja izvajalce k stroškovno učinkoviti obravnavi, ne pa tudi h kakovosti. Te lastnosti nima sam po sebi tudi noben drug način razporejanja sredstev bolnišnicam. Zato je nujno potrebno uvesti kakovostno izvajanje obravnave na podlagi kliničnih smernic in kliničnih poti. S postopnim vključevanjem meril financiranja, kot sta zadovoljstvo uporabnikov in izid zdravljenja za najpogostejše obravnave, bo v plačevanje vgrajena razsežnost kakovosti.

5 Sklep

V državah razvitega sveta potrebe po zdravstvenih storitvah praviloma presegajo ponudbo, ki jo omejujejo razpoložljiva finančna sredstva. Zato je neizogibno in edino sprejemljivo, da se obstoječa sredstva razdelijo med izvajalce zdravstvenih storitev na sistematičen in pregleden način. Modelov, kako razdeliti sredstva, je veliko in samo na ravni bolnišničnega varstva jih je toliko, da je že sama njihova klasifikacija zahtevna. Vseeno smo modele razdeljevanja sredstev skušali smiselno razdeliti v skupine glede na nekatera merila bistvenega pomena.

Z vzpostavitvijo modela SPP se je tudi Slovenija pridružila večini zdravstvenih sistemov, ki težijo k večji učinkovitosti, preglednosti, pravičnosti in primerljivosti. Tako omogočamo preusmeritev sredstev od enkratnih na trajne potrebe državljanov, samo plačilo storitev pa povezujemo z zadovoljstvom uporabnikov in izidi zdravljenja. Prispevek predstavi zgodovinski pregled uveljavljanja modela SPP tako v svetu kot tudi v Sloveniji. Navedeni so razlogi za odločitev o izbiri modela SPP, pri čemer pa smo navedli tudi njegove pomanjkljivosti tako na osnovi domačih kot mednarodnih izkušenj. Uvajanje SPP modela smo primerjali z nekaterimi evropskimi državami, predvsem pa Avstralijo, saj smo v Sloveniji uvedli avstralske uteži za model SPP.

Literatura

1. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2003.
2. HOPE report on DRGs as a financing tool. Brussels: HOPE – European Hospital and Healthcare Federation, 2006. Pridobljeno 20. 5. 2009 s spletne strani: http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77_drg_report/77_drg_report_2006.pdf.
3. Ceglar J. Modeli plačevanja izvajalcem bolnišnične dejavnosti v Sloveniji in izbranih državah. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2004.
4. Busse R. Moving from passive to active provider payment systems: DRG-based financing. In: International Conference Markets in European Health Systems: Opportunities, challenges and limitations, June 16-17, Kranjska Gora, 2009. Pridobljeno 20. 5. 2009 s spletne strani: <http://www.cef-see.org/health/#>.
5. Ceglar J, Marušič D, Mate T, Lešnik V. Analysis of DRG data in Slovenia. In: 20th International working conference, 27-30 October, 2004, Budapest. [S. l: s. n.], 2004: 110.
6. Ceglar J, Marušič D, Mate T, Yazbeck AM. Monitoring the DRG system in Slovenia: Casemix in a patient-oriented health care system. In: 21st PCSI Conference, 5-8 October 2005, Ljubljana. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2005: 116.
7. Marušič D, Ceglar J, Mate T, Yazbeck AM. DRGs in Slovenia - first three years. In: 22nd PCSI Conference, 11-14 October 2006, Singapore. [S. l: s. n.], 2006: 99.
8. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Področni dogovor za bolnišnice za leto 2001. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2001.
9. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Področni dogovor za bolnišnice za leto 2002. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2002.
10. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Področni dogovor za bolnišnice za leto 2003. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003.
11. Duckett J. Australian hospital services: an overview. Aust Health Rev 2002; 1: 2-18.

* Zavarovalnic, ki izvajajo dopolnilno zdravstveno zavarovanje kot aktivnega izvajalca nakupne funkcije ne izpostavljamo, saj te niso vključene v postopke partnerskih pogajanj.

† Sistem je bil izbran po strokovni primerjavi več sistemov drugih držav. Za podlago našega sistema je bil izbran avstralski, ki so ga skupine strokovnjakov prilagodile našim razmeram, dokončno pa ga je potrdil Zdravstveni svet.

‡ Klinična pot opisuje potek določene obravnave in določa pravila poročanja in analiziranja odklonov od normale. Postopek je usmerjen v največjo učinkovitost in kakovost obravnave. V letu 2002 so bile v pilotskih bolnišnicah izdelane in uvedene prve klinične poti. Prve analize kažejo na skrajševanje ležalnih dob in dvig stroškovne učinkovitosti.

§ Od leta 2005 je teh storitev oziroma skupin storitev 653.

12. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Interni dokumenti ZZS. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2007.
13. McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: Open University Press, 2002.
14. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Področni dogovor za bolnišnice za leto 2004. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2004.