

SPP

skupine
primerljivih
primerov

SPP

skupine primerljivih primerov

Vprašanja in odgovori o sistemu
razvrščanja bolnišničnih obravnav (SPP)
in financiranju bolnišnic



S to knjižico želimo na enem mestu ponuditi osnovne informacije o skupinah primerljivih primerov (SPP), za vse tiste, ki se prvič srečujete z njimi, kakor tudi za tiste, ki se z njimi srečujete pri svojem delu.

Podlaga je bila nemška brošura *DRG – Fragen und Antworten zum neuen System der Patientklassifikation und Krankenhausfinanzierung (Vprašanja in odgovori o novem sistemu razvrščanja bolnikov in financiranju bolnišnic)*. Knjižica je v obliki vprašanj in odgovorov, ki so nam bila najpogosteje zastavljena in s katerimi bi vas lahko seznanili z osnovami sistema razvrščanja v skupine primerljivih primerov, ter je bila temeljito prilagojena slovenskemu okolju.

KAZALO

| | |
|---|-----------|
| KNJIŽICI NA POT* | 7 |
| UVOD (POGLED RECENZENTA) | 11 |
| SPLOŠNO O SISTEMU SPP | 14 |
| Kaj pomeni SPP? | 14 |
| Osnovna struktura sistema SPP | 15 |
| Razvoj sistema SPP | 16 |
| Zakaj številne industrijske države uvajajo sistem SPP? | 17 |
| VPELJAVA SISTEMA SPP V SLOVENIJI | 20 |
| Motivi za vpeljavo sistema SPP v Sloveniji | 20 |
| Projekt RUSZV | 20 |
| Projekt e-SPP | 21 |
| Kako se sistem SPP razlikuje od prejšnje oblike financiranja bolnišničnih obravnav? | 22 |
| Zakaj je bil izbran sistem AR-DRG? | 23 |
| Kdaj in kako smo vpeljali sistem SPP v Sloveniji? | 25 |
| Ali so v sistem SPP v Sloveniji vključene vse bolnišnične obravnave in bolnišnice? | 26 |
| Akutna bolnišnična obravnava | 27 |
| Najpomembnejši sestavni deli sistema SPP v Sloveniji | 28 |

AUSTRALIAN REFINED DIAGNOSIS RELATED GROUPS (AR-DRG) KOT IZHODIŠČE ZA SLOVENSKE SISTEME SPP 32

| | |
|--|----|
| Struktura avstralske različice SPP (AR-DRG) | 32 |
| Zakaj v Sloveniji ni bil izoblikovan lasten sistem SPP? | 33 |
| Delovanje klasifikacije bolnišničnih obravnav v okviru avstralskega sistema SPP | 33 |
| Kaj pomenijo oznake v posameznih kodah SPP? | 42 |
| Ali lahko vsako akutno bolnišnično obravnavo razvrstimo v eno izmed skupin SPP? | 43 |
| Katere primere (bolnišnične obravnave) vključuje slovenski sistem SPP? | 43 |
| Kako bodo obravnavani nenavadni primeri? | 44 |
| Ali je mogoče večkratno razvrščanje bolnišnične obravnave v več glavnih skupin in ali je obravnavo mogoče razvrstiti v več skupin? | 44 |
| Kaj se zgodi, ko se bolnik po odpustu vrne v bolnišnico zaradi iste bolezni? | 45 |
| Kako je bila določena višina uteži ob uvedbi sistema SPP v Sloveniji leta 2003? | 46 |

STROŠKI IN PLAČILO 47

| | |
|---|----|
| Kateri stroški spadajo v izračun SPP? | 47 |
| Ali je nabor SPP v vseh bolnišnicah enak? | 47 |
| Ali so za različne oddelke značilni različni sistemi SPP? | 47 |
| Kaj je povprečna cena ene uteži SPP (t. i. cena enke) in cena določenega SPP? | 48 |
| Ali je cena za SPP enaka za vse izvajalce akutne bolnišnične obravnave? | 48 |
| Izračun povprečne uteži na primer – indeks SPP (CMI – Case-Mix-Index) | 49 |
| Trenutna metodologija plačevanja programa akutne bolnišnične obravnave na podlagi SPP v Sloveniji | 50 |
| Kako se v zdajšnjem obračunskem sistemu upoštevajo posebnosti univerzitetnih klinik? | 51 |

| | |
|--|-----------|
| POSLEDICE PRI DOKUMENTACIJI IN ZA BOLNIŠNICO | 52 |
| Posledice pri dokumentaciji | 53 |
| <i>Vpliv zdravnikovega dela na sistem SPP</i> | 53 |
| <i>Pomen pravilnega dokumentiranja bolnišničnih obravnav</i> | 53 |
| <i>Splošna in specialna navodila za kodiranje</i> | 54 |
| <i>Glavna diagnoza</i> | 55 |
| <i>Dodatna diagnoza</i> | 57 |
| <i>Terapevtski ali diagnostični postopek</i> | 57 |
| <i>Čas, ki ga zdravnik porabi za dokumentiranje akutnih bolnišničnih obravnav za potrebe SPP</i> | 59 |
| <i>Upoštevanje nege v sistemu SPP</i> | 61 |
| <i>Izvedba notranjega in zunanjega nadzora nad kakovostjo kodiranja</i> | 62 |
| <i>Glavna pravila pri kodiranju</i> | 65 |
| Širše umeščanje SPP v zdravstveni sistem in vpliv na delovanje bolnišnice | 66 |
| <i>Ali je bila v Sloveniji izvedena nacionalna stroškovna študija stroškov SPP za akutne bolnišnice?</i> | 66 |
| <i>Pomen proračunskega načrtovanja za skupine bolnikov s povečanimi potrebami v prospektivnih primerih</i> | 68 |
| <i>Kaj je klinična pot in kako se povezuje s sistemom SPP?</i> | 70 |
| <i>Ali lahko na osnovi SPP izdelamo primerjave med bolnišnicami oziroma izvajalci zdravstvenih storitev?</i> | 71 |
| <i>Skupni učinki uporabe sistema SPP na medicino</i> | 72 |
| <i>Prepoznavni učinki na organizacijo bolnišnice</i> | 72 |
| <i>Ali se bo upravljanje kakovosti v bolnišnicah spremenilo?</i> | 72 |
| <i>Prepoznavni učinki na posamezni oddelek</i> | 73 |
| <i>Vpliv sistema SPP na upravljanje z operacijskimi zmogljivostmi</i> | 74 |

| | |
|---|-----------|
| DODATNE INFORMACIJE O DRG IN SPP | 75 |
| LITERATURA IN VIRI | 76 |
| PRILOGA | 77 |
| Seznam SPP | 77 |

KNJIŽICI NA POT*

Uvedba SPP je bila za ZZZS pomemben razvojni korak na področju dogovarjanja o programu zdravstvenih storitev z izvajalci in ministrstvom za zdravje, predvsem v smislu krepitve vloge ZZZS kot kupca zdravstvenih storitev. Danes ima ZZZS v pogodbah z izvajalci okoli dvajset odstotkov programa akutne bolnišnične obravnave, opredeljenega vnaprej po vrsti in količini storitev (tako imenovanih prospektivnih storitev). Praviloma gre za programe z dolgo čakalno dobo. Tak pristop je ZZZS omogočil, da je reguliral količino programa glede na potrebe zavarovanih oseb in dosegel pomembne rezultate na področju skrajševanja čakalnih dob.

ZZZS v naslednjem razvojnem obdobju načrtuje širitev seznama prospektivnih storitev, uvedbo rednih stroškovnih analiz SPP, spremljanje porabe zdravil po bolniku in po SPP, redno izvajanje primerjalnih analiz, informiranje izvajalcev o ugotovitvah in podobno.

Sladjana Jelisavčić, univ. dipl. ekon.

Akutne bolnišnice so največji porabnik denarja v zdravstvu povsod, zato so vedno primarna tarča za vse sisteme racionalizacij. Sistemi plačevanja bolnišnic so se v preteklosti spreminjali, v zadnjih letih pa je v celotnem razvitem svetu vpeljan sistem DRG, ki smo ga poslovenili kot sistem SPP.

Način plačevanja bolnišnic po sistemu SPP upošteva opravljeno delo bolnišnic, ki se kaže v številu obravnavanih bolnikov ter njihovih boleznih

* Avtorji so razporejeni po abecednem vrstnem redu.

(diagnoz) in opravljenih posegov. Po mnenju poznavalcev naj bi sistem SPP vzpostavil dober odnos med ceno in stroški primera, bil naj bi transparenten ter omogočil dovolj spodbud za učinkovitost dela. Zato so nanj nujno vezane izboljšave delovnih procesov (klinične poti). Sistem SPP naj bi izločil tudi razlike med enakimi bolniki v različnih bolnišnicah in uredil tudi to, da bo denar sledil bolniku.

Razvrščanje zdravstvenih obravnav po diagnostičnih skupinah in posegih v skupine primerljivih primerov (SPP) smo v Sloveniji uvedli leta 2003 in smo ga lahko dobro spoznali. Vsakoletne analize kažejo, da se stopnja kodiranja izboljšuje, vendar pa tak sistem zahteva nenehno spremljanje in dopolnjevanje. Noben sistem klasifikacije in kodiranja pa ne more natančno kategorizirati vsakega posameznega bolnika. Zato se bo treba v bližnji prihodnosti odločiti, kaj bo s tako imenovanimi izjemami (outliers). Ker vsako leto uvajamo nove načine zdravljenja, je dopolnjevanje sistema nujno. Razvrščanje v skupine SPP, ki ga uporabljamo od začetka, je danes zastarelo in potrebujemo novo. V letu 2005 sta bila na pobudo ministrstva za zdravje imenovana svet za SPP in krovna skupina, ki je v letih 2005 in 2006 delovala s podskupinami. Leta 2006 smo zaključili prvo fazo dela in takrat smo se odločili za posodobitev sistema razvrščanja. Začela so se ponovna pogajanja z avstralsko vlado in leta 2009 bomo prešli na sodobnejšo – zadnjo različico avstralske klasifikacije. Na sestankih skupin smo se tudi dogovorili, da bomo sistem SPP, iz katerega morajo bolnišnice podatke pošiljati v IVZ, povezali s sistemom podatkov, ki jih zbira IVZ, tako da se bodo vsi zbirali na enem mestu in naenkrat. Z enkratnim vnosom podatkov bi vsem uporabnikom podatkov zagotovili tisto, kar potrebujejo. Zato smo k ciljem sistema SPP dodali tudi izboljšanje epidemioloških podatkov.

Razvrščanje po diagnozah in določanje posegov je ključna naloga zdravnika, pravilnost vnosa in popolnost dokumentacije pa sta pomembna za vse uporabnike teh podatkov. Prav je, da se tega zavedamo in da so od kakovosti vnosa odvisni številni drugi podatki, med njimi tudi epidemiološki, zato bo treba še naprej izvajati nadzor nad kodiranjem in izobraževati ljudi.

V vseh sistemih DRG, tudi v našem, pa ostajajo nerešeni problemi, in sicer kompleksni bolniki, problemi s koordinacijo in prehodi bolnikov iz enega sistema v drugega (premeščanje iz ene bolnišnice v drugo in z enega oddelka iste bolnišnice na drugega). To delo nas še čaka in ga je mogoče pravilno ter precej natančno izvesti le s sočasnim izdelovanjem kliničnih poti v eni bolnišnici ali pa integriranih kliničnih poti med posameznimi izvajalci.

prof. dr. Saša Markovič, dr. med., višja svetnica

Z vzpostavitvijo modela SPP smo se tudi v zdravstvenem sistemu Slovenije podali na pot doseganja večje učinkovitosti, preglednosti, pravičnosti in primerljivosti. Stopili smo na pot razvoja sistema, ki bo omogočil usmeritev sredstev k trajnim potrebam državljanov, plačilo storitev pa povezal z zadovoljstvom uporabnikov in izidi zdravljenja. Šele z vzpostavitvijo kliničnih poti in smernic pa bomo zagotovili nadaljnjo rast kakovosti in varnosti, česar sistem SPP ne zagotavlja. Koraki so nujni za prehod iz strukturnega v procesni zdravstveni sistem, ki temelji na procesu integralne obravnave, usmerjene na zdravstveno stanje državljanke in državljana, postavljenega v središče družbenega sistema. Tak pristop je izjemno zahteven, potreben natančnih analiz in vrednotenja, vendar je neizogibna vizija razvoja zdravstvenega sistema. Vsaka podpora na tej poti je primerljiva s pionirskim delom. Ta knjižica spada v omenjen sklop, zato hvala vsem avtorjem.

Dorjan Marušič, dr. med., univ. dipl. inž.

Po dveh letih usklajevanja in priprav nam je končno uspelo pripraviti prvo publikacijo, s katero smo sistem SPP želeli predstaviti vsem. Sodelovalo je kar precej strokovnjakov s tega področja, zato smo toliko zadovoljnejši, da nam je uspelo uskladiti mnenja glede tega, kaj naj bi obsegala prva predstavitev. Vsekakor smo se strinjali, naj ne bo zadnja. Veliko je še zanimivih področij v sistemu SPP, ki bi jih bilo treba natančneje predstaviti, da morebitne, za vse težko pričakovane, posodobitve sistema sploh ne omenjam.

Zato naj knjižici na pot zaželim le, da bi ji kmalu sledila še kakšna, v kateri naj bi bila tudi predstavitev posodobitev.

Barbara Morovič, dr. med.

»Za sodobno družbo sta značilni dve stvari, da namreč drug brez drugega ne moremo živeti in da nihče nikogar ne potrebuje.« (Rudi Kerševan)

Projekt vpeljave SPP v slovenski prostor je zahteval multidisciplinarni pristop in sodelovanje strokovnjakov z različnih področij. Tudi informatika kot del sodobne družbe je v sistemu SPP nujni člen, ki omogoča zanesljivo, varno in hitro obdelavo podatkov. Brez nje bi sistem SPP zaradi velike informacijske intenzivnosti težko deloval. Sistem SPP je dinamičen, zato zahteva nenehno dopolnjevanje in spreminjanje. Tako verjameva, da je prava nadaljnja pot neprekinjeno sodelovanje različnih strokovnjakov, s čimer bosta zagotovljena razvoj in izboljševanje sistema SPP.

*mag. Vesna Lešnik Štefotič, univ. dipl. inž. in
mag. Aleksandra Jerčinović, univ. dipl. inž.*

UVOD (pogled recenzenta)

Pred vami je prva različica brošure o skupinah primerljivih primerov (SPP), ki vsebuje nekatera najpogostejša vprašanja, ki so bila zastavljena med številnimi pogovori ob uvajanju SPP v Sloveniji. Od zdaj bomo dokument redno dopolnjevali in objavljali na spletni strani (povezava na spletno stran IVZ, enote SPP). V brošuri smo želeli kar najbolje strniti naša skupna razmišljanja o temi, ki je tako pretresla slovensko zdravstveno javnost po letu 2004. Upam, da bomo z vašo pomočjo dokument še naprej dopolnjevali, da bo postal koristen pripomoček pri kodiranju diagnoz in posegov.

Tako kot drugod bo treba sistem SPP tudi v Sloveniji prilagoditi lokalnim razmeram. V večini držav, kjer so SPP uvedli kot način razvrščanja za financiranje bolnišnične dejavnosti, je prišlo do racionalizacije v smislu skrajšanja ležalnih dob in drugih ugodnih učinkov, ki niso šli na račun kakovosti storitev. Zelo pomembna prednost, ki jo omogoča SPP v povezavi s stroškovnimi analizami, je tudi, da je mogoče bolnišnice od zdaj primerjati glede učinkovitosti zdravljenja posameznih sistemov SPP. Čeprav sistem SPP sam po sebi ne vpliva na kakovost storitev, pa jo izboljšuje, ker povečuje skrb za dobro klinično dokumentacijo in transparentne podatke bolnišničnih obravnav, pospešuje pa tudi razvoj kliničnih poti. Prav take učinke lahko pričakujemo tudi v Sloveniji, zaradi majhnosti in obvladljivosti sistema morda še hitreje kot v nekaterih drugih državah.

V uvajanje sistema SPP v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana smo dejavno vključili vse poklicne skupine, ki so udeležene pri beleženju za sistem SPP, na ravneh od vodstev bolnišnic do oddelkov in posameznikov. Na vsa področja izobraževanja smo vključili zdravnike, glavne medicinske sestre, medicinske sestre in zaposlene v administraciji. Ključno je bilo motiviranje zdravnikov in pravilno obveščanje o pomenu sistema SPP. Znano naklonjenost sester za pozitivne spremembe in skupinsko delo smo izkoristili tako, da smo jih od vsega začetka dejavno vključevali v projekt. Poudarjali smo pomen dobrih podatkov za notranjo delitev virov v bolnišnici, analize stroškov in vrednotenje zdravljenja.

Pri motivaciji zdravnikov smo uporabljali osebno komunikacijo, poudarjali ključno vlogo zdravnikov za uspeh projekta in jih natančno seznanjali s koristmi, ki jih lahko kot posamezniki in skupina pričakujejo od uvedbe sistema SPP, na primer da bodo z enako količino virov lahko zdravili več bolnikov. Presenetljivo pa je bilo celo pretirano zanimanje zdravnikov in drugih profilov za finančne posledice kodiranja in vpliv sistema SPP na notranjo delitev virov, na primer financiranje oddelkov in bolnišnic na splošno.

Uvajanje v UKC je bilo uspešno, utež SPP se je pri običajni vrednosti ustalila samo štiri mesece po začetku uvajanja, seveda pa sta bila vse od takrat potrebna podpora dejavnostim kodiranja in notranji nadzor.

Med pogovori o sistemu SPP so tudi zdravniki, ki sicer niso bili seznanjeni s konceptom kliničnih poti, intuitivno izrazili potrebo po sistematizaciji kliničnega dela in pripravi dokumentov, ki bi opisali zdravljenje bolnikov s posameznimi diagnozami – kliničnih poteh torej. Vprašanju o tem, ali je vsebina zdravljenja enaka kot v državah, iz katerih izhaja sistem SPP, je logično sledilo drugo pomembno vprašanje o tem, koliko virov smo porabili za oskrbo bolnikov v določenem sistemu SPP, za katerega smo prejeli pavšalno plačilo; strokovna javnost je torej dala pobudo za transparentno analizo stroškov SPP. Za klinični center je bila pilotna raziskava pripravljena v letu 2005, zajela pa je podatke za dvanajst kalendarjskih mesecev. Analiza podatkov za vso Slovenijo se je začela jeseni 2007, njeni podatki pa bodo lahko podlaga za utemeljene nadaljnje spremembe sistema SPP v Sloveniji in pospešeno dinamiko vpliva rezultatov sistema SPP na financiranje bolnišnic.

Naslednja pomembna sprememba, ki jo bomo zdravniki pozdravili v letu 2008, je odločitev o uporabi najnovejše AM-modifikacije klasifikacije bolezni, ki vsebuje pomembno izboljšanje v nekaterih najpomembnejših poglavjih klasifikacije, na primer sladkorni bolezni in žilnih boleznih.

Buren odziv na začetku uvajanja sistema SPP v kliničnem centru je bila samo delno posledica preslabe seznanjenosti in pomanjkanja pripomočkov za uspešno kodiranje, v določeni meri so se nad projektom SPP sprostila negativna čustva v zvezi s širšimi vidiki zdravstvenega sistema v

Sloveniji in kliničnem centru. Preusmerjanje takega nezadovoljstva je bila naporna naloga, ki jo je deloma olajšalo dejstvo, da je bila oseba, ki je izvajala izobraževanje, iz vrst zdravnikov. Primer kliničnega centra dokazuje, da lahko pričakujemo uspehe, če upoštevamo organizacijsko kulturo in temu prilagodimo pristop k spremembam v bolnišničnem okolju.

Če vemo, da je SPP obrobni del usklajenega zdravstvenega sistema, lahko kritično ugotovimo, da smo s projektom SPP začeli usklajen zdravstveni sistem graditve »od zadaj« oziroma »z obrobja«, kar pa ni nujno slabo. Tako bomo namreč prisiljeni hitreje uvajati druge elemente zdravstvenega sistema, na primer klinične poti in analizo stroškov v bolnišnicah. Ali bo uvajanje sistema SPP zmagovita kombinacija hitre spremembe in dolgoročnih pozitivnih učinkov, je odvisno od nadaljnjega poteka dogodkov. Vsekakor je uvajanje sistema SPP vzpodbudilo intenzivno zavedanje in razmišljanje o kakovosti podatkov in zdravstvene oskrbe na splošno. S spremembami, ki se obetajo v letu 2008, bo mogoče osvežiti pozitivno naravnost, ki smo jo dosegli med uvajanjem sistema SPP, in jo še na (d)graditi z izboljšanimi pripomočki za kodiranje, s klasifikacijami, z izboljšanjem informacijskega sistema, s pospešenim uvajanjem kliničnih poti in kliničnih smernic ter z ustreznimi organizacijskimi spremembami v bolnišnicah.

Uspeh projektov, kot je uvajanje SPP, je manj odvisen od vrste sistema SPP kot od dejavnega sodelovanja strokovne javnosti in bolnišnic s snovalci zdravstvene politike, pri tem preskusu pa je bila Slovenija zelo uspešna.

SPP je torej prebolel in preživel podobne otroške bolezni kot v drugih državah in dozoreva. Verjamem, da bo še naprej katalizator razvoja kakovostnega zdravstvenega sistema v Sloveniji, ki ga bomo posvojili tako uporabniki kot plačniki in izvajalci zdravstvenih storitev v Sloveniji.

mag. Jana Wahl, dr. med.

SPLOŠNO O SISTEMU SPP

Kaj pomeni SPP?

Prevod angleškega izraza Diagnosis Related Groups – DRG, ki se je začel uporabljati v ZDA, se glasi skupine primerljivih primerov (SPP). Poenostavljeno rečeno, je sistem SPP način razvrščanja bolnikov v skupine, za katere porabimo podobno količino virov, podlaga za razvrščanje **bolnikov pa so statistične analize kliničnih podatkov** in podatkov o porabi virov velikih vzorcev bolnikov.

Sistem SPP se je razvil kot odgovor na naraščajoče stroške bolnišnic in krčenje zdravstvenih proračunov v zgodnjih 80. letih. Prve študije in poskusna uvajanja so bili izvedeni v sodelovanju ameriških (prof. Fetter, univerza Yale) in avstralskih strokovnjakov, nato pa se je SPP uveljavil v številnih državah sveta. Tak sistem je primeren predvsem za obračunavanje opravljenega dela v bolnišnicah. Na podlagi statističnih izračunov je izračunana osnovna cena posameznega primera zdravljenja, s katero izvajalec obračuna svoje delo plačniku.

SPP torej vsebuje tako medicinske kot ekonomske značilnosti.



Osnovna struktura sistema SPP

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

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

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

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



▲ Razvrščanje bolnišničnih obravnav v sistemu SPP

Razvoj sistema SPP

Sistem SPP je bil prvotno razvit v 70. letih na univerzi Yale v ZDA po smernicah, pripravljenih v 60. letih po naročilu Health Care Financing Administration (HCFA). Ta državni urad je odgovoren za financiranje programov Medicare in Medicaid, torej javno financirano zdravstveno oskrbo starejših oziroma revnejših državljanov ZDA.

Klasifikacija HCFA-DRG, z majhnim upoštevanjem komplikacij in komorbidnosti, je bila prvič uporabljena leta 1983 za paciente programa Medicare (starejše in veterane) in leta 1985 za paciente Medicaid (prejemnike socialne podpore), od takrat pa so jo neprestano razvijali.



Osnovno načelo sistema SPP je, da se vse bolnišnične obravnave po indikatorjih, kot je na primer glavna diagnoza, razporedijo v čedalje natančnejše skupine primerov.

Tako so bili razviti številni sistemi SPP, ki vsi temeljijo na istem načelu: vsak pacient, vsak primer, vsaka bolnišnična obravnava v bolnišnici se razporedi v SPP. Od kliničnih podatkov je za razvrščanje v SPP v veliki večini primerov odločilna glavna diagnoza, pri čemer so glede na sistem pomembne tudi dodatne diagnoze ter izpeljani diagnostični in terapevtski postopki.

Najpomembnejše spremembe je HCFA doživel leta 1987. V prejšnjih različicah je bil bolnik opredeljen kot zahteven, če je bil bodisi star 70 let bodisi je imel enega ali več zapletov. V različici iz leta 1987 je bil izločen vpliv starosti.

Pomembna novost so bili sistemi Refined, pri katerih razlikujemo osnovne skupine po stopnji težavnosti obolenja oziroma pri razvrščanju upoštevamo pridružene bolezni pacienta. Veliko sprememb in nacionalnih modifikacij se nanaša ravno na način upoštevanja vpliva pridruženih bolezni in diagnoz zapletov (t. i. logika CC). Pomembne spremembe vrednotenja vpliva dodatnih diagnoz na tvorbo PCCL (patient clinical complexity level – indeks klinične zahtevnosti bolnika) so bile v primerjavi s tretjo in z zgodnejšimi različicami uvedene tudi v četrtni in peti različici avstralskih DRG (AR-DRG).

Znan primer je sistem All-Patient DRG (AP DRG), ki je bil razvit konec 80. let kot produkt podjetja 3M Health Information Systems, ki je bil sprva predviden tudi za uporabo v Nemčiji, pozneje pa so se odločili za avstralsko različico (AR-DRG). Zaradi številnih sprememb originalnega sistema od leta 2003, med drugim tudi precej povečanega števila razredov SPP, so za Slovenijo nemški sistemi DRG manj primerni za posnemanje in primerjave kot nekateri drugi, ki so jih sicer prilagodili lokalnim razmeram, a ohranjajo mednarodno primerljivost, na primer z Irsko.

Tako v sistemih Refined kot tudi v drugih se lahko zgodi, da ni za vsako skupino posebej določen pavšalni znesek, ampak se več skupin s podobnimi potrebami po virih lahko združi. Tako se jih na primer v avstralskem sistemu od 1024 možnih skupin za obračun uporabi le 661.

Zakaj številne industrijske države uvajajo sistem SPP?

V številnih industrijskih državah se delež BDP za izdatke v zdravstveni panogi povečuje. Osnovni namen pavšalnih finančnih sistemov je znižanje stroškov za zdravstvo. Pavšalni sistem stimulira izvajalce storitev (na primer bolnišnice) k temu, da stroški ne presežajo predpisanega pavšalnega zneska. Ker je kriterij za uvrstitev v skupino glavna diagnoza, in ne terapevtske storitve, je za izvajalca storitev to spodbuda, da obseg diagnostičnih in terapevtskih postopkov omeji na potreben minimum. Nadaljnji želeni učinki tega sistema so skrajšanje ležalne dobe in zmanjšanje bolnišničnih kapacitet in osebja. Vse to naj bi pripomoglo k znižanju stroškov in stabiliziranju nacionalne zdravstvene oskrbe.

V letu 2005 je različne sisteme SPP uporabljalo 25 držav po svetu (*glejte tabelo*). Uporaba HCFA je tudi zaradi nezaščitenih avtorskih pravic široka in na njem temeljijo tudi nekatere nacionalne izpeljanke, ki so bolj ali manj želele spremeniti pomanjkljivosti klasifikacije HCFA. Primer sistemov, ki se v večji meri razlikujejo od klasifikacije HCFA in drugih ameriških različic, so britanski DRG (HRG – Healthcare Resource Groups), pa tudi avstrijski SPP (Leistungsgerechte Diagnosefallgruppen) vsebuje pomembne dopolnitve. V primerjavi s temi pa je kanadski model (Case Mix Group) zelo podoben HCFA DRG. Enako velja za francoski GHM (Group homogenes de malades) in sistem v Italiji.

| Država | Sistem SPP kot osnova | Uporaba za plačevanje | Kodiranje diagnoze | Kodiranje posegov |
|------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| Kanada | CMG/Plx | nekatero province | ICD-10-CA | CCI |
| Avstralija | AR-DRG | Da | ICD-10-AM | ICD-10-AM |
| Velika Britanija | HRG | Da | ICD-10 | OPCS-4 |
| ZDA | HCFA-DRG, AP-DRG, APRDRG, etc | Da | ICD-9-CM | ICD-9-CM |
| Avstrija | LDF | Da | ICD-10 | ACP |
| Belgija | APR-DRG | Da | ICD-9-CM | ICD-9-CM |
| Bolgarija | IR-DRG | Ne | ICD-9-CM | ICD-9-CM |
| Češka republika | AP-DRG, IR-DRG | Da | ICD-10 | ICPM |
| Danska | Nord-DRG, Dk-DRG | Delno | ICD-10 | NCSP |
| Finska | Nord-DRG | Da | ICD-10 | NCSP |
| Francija | GHM, EfP | Da | ICD-10 | CDAM |
| Nemčija | G-DRG (iz AR-DRG) | Da | ICD-10 SGBV | OPS-301 |

| Država | Sistem SPP kot osnova | Uporaba za plačevanje | Kodiranje diagnoze | Kodiranje posegov |
|------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| Grčija | HCFA-DRG | Delno | ICD-9-CM | ICD-9-CM |
| Irska | AR-DRG | Da | ICD-10-AM | ACHI (ICD-10-AM) |
| Italija | HCFA-DRG, APR-DRG | Da | ICD-9-CM | ICD-9-CM |
| Nizozemska | DBC | Ne | ICD-9-CM | CVV |
| Nova Zelandija | AR-DRG | Da | ICD-10-AM | ICD-10-AM |
| Norveška | Nord-DRG | Da | ICD-10 | NCSP |
| Portugalska | HCFA-DRG | Da | ICD-9-CM | ICD-9-CM |
| Romunija | AR-DRG | Da | ICD-10-AM | ICD-10-AM |
| Singapur | AR-DRG | Da | ICD-10-AM | ICD-10-AM |
| Slovenija (ACHI) | AR-DRG | Da | ICD-10-AM | ICD-10-AM |
| Španija | HCFA-DRG | nekatero province | ICD-9-CM | ICD-9-CM |
| Švedska | Nord-DRG | Da | ICD-10 | NCSP |
| Švica | AP-DRG - prehaja na G-DRG | Delno | ICD-10 | ICD-9-CM |

Povzeto in prirejeno po Don Hindle, Croatian DRG project.

▲ **Države, ki so v letu 2005 uporabljale sisteme SPP za razvrščanje bolnikov.**

VPELJAVA SISTEMA SPP V SLOVENIJI

Motivi za vpeljavo sistema SPP v Sloveniji

Ključni cilj uvajanja novega sistema razporejanja sredstev za bolnišnične obravnave je bil izboljšati preglednost in pravičnost razporejanja zdravstvenih sredstev ter plačevanja storitev, ki bo temeljil na enotnih merilih in bo tako omogočal boljšo primerljivost za izvajalce zdravstvenih storitev. Po opravljenih primerjalnih analizah in izkušnjah drugih držav ter domačih potrebah smo se v Sloveniji odločili, da na področju akutnih bolnišničnih obravnav vpeljemo plačevanje po sistemu SPP, ki temelji na metodi plačevanja primera po zahtevnosti obravnave. Izgreden model sledi načelu, da denar sledi bolniku.



Sistem SPP tako zagotavlja pravičnost in primerljivost razporejanja sredstev med posamezne izvajalce ter olajša načrtovanje prednostnih obravnav in nadzor nad delovanjem in stroški izvajalcev. Omogoča tudi preglednejšo razvrstitev in je natančnejše merilo zdravstvenih obravnav. Vendar pa SPP ne vpliva na kakovost kliničnega dela. Za spodbujanje dobre klinične prakse in kakovosti se v slovenskem zdravstvu z razvojem medicine in tehnologije uvajajo novi in izboljšani diagnostični postopki, ki jih spremlja tudi razvoj posameznih kliničnih smernic in kliničnih poti. Te imajo v zrelih sistemih tudi pomembno vlogo pri določanju cen zdravstvenih storitev, kar pomeni, da se z njihovim razvojem nenehno izpopolnjuje in razvija tudi sistem SPP.

Projekt RUSZV

Projekt razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva (RUSZV) je bil izveden pod okriljem ministrstva za zdravje (2000–2004). Z njim je želela vlada v sodelovanju z vsemi ključnimi institucijami s področja zdravstvenega varstva izboljšati sistem zdravstvenega varstva tako, da bi zagotovila čim racionalnejšo porabo razpoložljivih sredstev

in slovenski zdravstveni sistem približala standardom Evropske unije. Tako je torej želela vzpostaviti in vzdrževati dolgoročno stabilnost zdravstvenega sistema, ki bi bil upravljan na dokazljivih in primerljivih podatkih, osredinjenih na paciente.

Projekt je potekal v sodelovanju s Svetovno banko, sredstva za izvedbo projekta pa so bila zagotovljena s posojilom Mednarodne banke za obnovo in razvoj (IBRD). Poleg predstavnikov ministrstva za zdravje so pri projektu sodelovali tudi predstavniki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zdravstvenega sveta, Inštituta za varovanje zdravja RS, Zdravniške zbornice Slovenije, bolnišnic, ministrstva za finance, ministrstva za informacijsko družbo, urada predsednika vlade itd. Tako je pri projektu sodelovalo več kot 200 strokovnjakov s področja zdravstva.

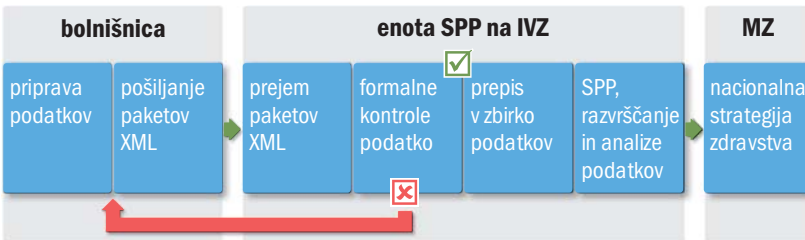
V okviru projekta so potekale dejavnosti, ki so se nanašale predvsem na uvajanje sprememb na področju sistema financiranja zdravstvenega varstva, kakovosti in upravljanja (menedžmenta) v zdravstvu. Pri tem je imel ključno vlogo učinkovit informacijski sistem, brez katerega načrtovane spremembe zdravstvenega sistema praktično niso izvedljive. Zato je poleg podpore zdravstveni politiki projekt razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva vključeval tudi nadgradnjo slovenskega zdravstvenega informacijskega sistema.

Projekt e-SPP

Zbiranje podatkov za potrebe sistema SPP zahteva sodobno, varno in zanesljivo tehnično podporo. Tako je bil v okviru projekta RUSZV vzpostavljen projekt priprave računalniške informacijsko-tehnološke infrastrukture za varno in nadzorovano pošiljanje in obdelavo podatkov, ki se zbirajo v okviru zbirke bolnišničnih obravnav istega tipa na Inštitutu za varovanje zdravja RS. Gre za sistem e-SPP, ki zagotavlja podatke o bolnišničnih obravnavah bolnišnic na nacionalni ravni.

Podatke o realizaciji izvajalcev sistema SPP zbira tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije za potrebe financiranja akutne bolnišnične obravnave. V ta namen je zavod uporabil svoj sistem, ki omogoča varovan elektronski prenos podatkov od izvajalca k zavodu (računalniška izmenjava podatkov (RIP – SPP)).

Oba nabora podatkov nista identična, ker sta uporabna za različne namene, vendar sta usklajena glede definicij in zalog vrednosti.



▲ Aplikacija e-SPP

Kako se sistem SPP razlikuje od prejšnje oblike financiranja bolnišničnih obravnav?

Prejšnja oblika financiranja bolnišničnih obravnav je bil model plačevanja po primerih, ki je bil uveden v letu 2000. Obe obliki imata nekaj skupnih točk:

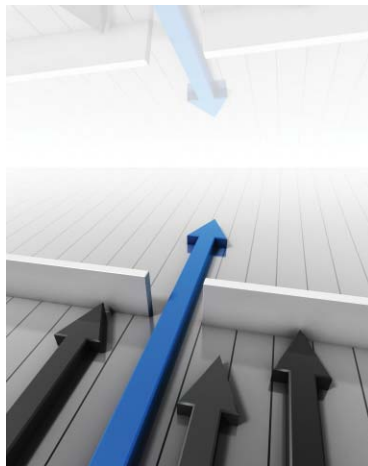
- predvidljivost;
- prospektivno določen proračun;
- različne bolnišnične obravnave, opredeljene z različnimi cenami;
- plačevanje večine bolnišničnih obravnav po primeru.

Model plačevanja po sistemu SPP pa je uvedel naslednje pomembne novosti:

- uporabo modela plačevanja po sistemu SPP za akutno bolnišnično obravnavo (več skupin, ki upoštevajo zahtevnost zdravljenja);
- delitev bolnišnične obravnave na akutno in neakutno;
- enakost plačil med bolnišnicami za primerljivo delo;
- dodatek za opravljanje terciarne dejavnosti.

Zakaj je bil izbran sistem AR-DRG?

Na svetovnem trgu so na voljo različne klasifikacije SPP. Pri izboru ustreznega sistema je vrsta manj pomembna kot sodelovanje vseh vključenih in načrtovanje uvajanja. Še posebej pomembno je sodelovanje med izvajalci in snovalci zdravstvene politike, kot je v analizi uvajanja AR-DRG na Irskem ugotovil tudi Claude Greal, irski nacionalni koordinator za DRG. Zaradi transparentnosti in podobnosti s postopkom izbiranja v Sloveniji si zgodovina irskih DRG zasluži natančnejši opis.



Irška je program DRG uvedla leta 1991 in je sprva uporabljala sistema razvrščanja HCFA in ICD-9CM. V letu 1993 je bilo pet odstotkov proračuna v 15 akutnih bolnišnicah odvisno od rezultatov DRG. V želji po izboljšanju so po temeljiti analizi in prenovi sistema (Root and Branch review) sklenili razširiti uporabo DRG in januarja 2005 po prehodnem obdobju za namen razvrščanja uvedli avstralsko klasifikacijo bolezni in posegov (4 ed) in AR-DRG gruper v5.0. V letu 2005 je bilo od rezultatov DRG odvisnih 20 odstotkov proračuna vključenih bolnišnic, v naslednjih dveh letih pa so prešli na 50-odstotno odvisnost proračuna bolnišnic od DRG.

Pri analizi in izbiri sistema DRG so upoštevali podobna vprašanja, s kakršnimi smo se pri uvajanju sistema SPP ukvarjali tudi v Sloveniji, na primer glede primernosti za dnevno bolnišnico, zahtevne bolnike, porodništvo in neonatologijo, pediatrično oskrbo, urgentne bolnike, različne vrste bolnišnic (na primer učne bolnišnice), nacionalne posebnosti, probleme nadzora, vključenost zdravnikov in drugih strokovnjakov, primernost stroškovnih uteži, ustreznost za notranje preместitve.

Prednost bi imel vladni ponudnik (zaradi nižje cene in večje fleksibilnosti), sistem bi se že moral uporabljati, programi za razvrščanje in kodiranje bi morali biti združeni, preiti so želeli na klasifikacijo bolezni ICD-10-AM. Poleg tega naj bi bil sistem razmeroma preprost, nezahteven, transparenten, mogoče naj bi bile prilagoditve. Med tehničnimi, administrativnimi in upravljavskimi lastnostmi so bile slednje najpomembnejše, med njimi še posebej sprejemljivost tako za menedžerje kot zdravstveno osebje.

V ožji izbor se je uvrstilo osem t. i. gruperjev (razvrščevalnikov), med katerimi so štirje avstralski pri točkovanju zasedli prva štiri mesta. Irska je svoj gruper po temeljiti analizi opustila in prešla na uporabo AR-DRG (ed 5) ter avstralsko modifikacijo klasifikacije bolezni in posegov (4 ed). Preprostost kodiranja je bila poleg možnosti posodabljanja eden izmed glavnih razlogov, da so sklenili povzeti gruper skupaj s pripadajočima klasifikacijama.

Irska je Sloveniji lahko za zgled, ker je združila uspešno uvajanje z razmeroma hitro dinamiko povečevanja vpliva DRG na proračun bolnišnic in uspešno prilagajanje sistema lokalnim posebnostim. Tako so že leta 2006 na nacionalni konferenci predstavili rezultate nacionalne stroškovne študije in irske stroškovne uteži (costweights). Ker ostaja sistem kljub lokalnim prilagoditvam primerljiv z izvirnimi AR-DRG, je Irska za Slovenijo tudi idealna država za primerjanje rezultatov DRG/SPP.

Tudi v Sloveniji je projektna skupina v sodelovanju s HIC-om, svetovalnim podjetjem iz Avstralije, izvedla primerjavo med različicami in sprejela priporočilo za enega izmed možnih modelov. Za delavnico julija 2002 je HIC pripravil primerjavo treh klasifikacij SPP – ameriške, avstralske in kanadske. Vse tri sisteme so primerjali zdravniki, predstavniki posameznih strok. Ena izmed ugotovitev je bila, da sta kanadska in avstralska različica bolj povezani s klinično prakso (kompleksnost primerov, starost bolnika). Avstralska klasifikacija temelji na MKB-10, drugi dve pa na MKB 9. Priporočilo delavnice je bilo: »Primernejša je različica, ki temelji na sodobni klasifikaciji bolezni in storitev, saj bo uvedba financiranja po SPP vplivala tudi na klinično prakso.«

Kdaj in kako smo vpeljali sistem SPP v Sloveniji?

| | |
|------------|--|
| Jan. 2002 | strokovna delavnica o prilagoditvi in razvoju sistema financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev (Ribno, HIC, Avstralija) |
| Mar. 2002 | imenovanje treh delovnih skupin v sklopu prve komponente projekta RUSZV |
| Maj 2002 | začetno poročilo svetovalnega podjetja HIC, katerega odobritev se nanaša tudi na soglasje k postopnemu razvoju in pilotni implementaciji sistema SPP kot osnove za začetek klasificiranja, in postopoma plačila bolnišnične oskrbe v Sloveniji |
| Julij 2002 | delavnica o izboru različice sistema SPP, kjer je bila skoraj enoglasno izbrana avstralska različica |
| | skupni načrt vseh komponent projekta o načrtovanju vpeljave SPP s 1. januarjem 2003 |
| Nov. 2002 | predstavitve delovanja DRG-gruperja v delavnici o prilagajanju programske opreme ob uvedbi sistema SPP |
| Dec. 2002 | metodološka navodila za zbirko podatkov bolnišničnih obravnav istega tipa, ki opredeljuje zbiranje podatkov, potrebnih za razvrščanje v SPP |
| Jan. 2003 | rutinsko zbiranje podatkov SPP pri IVZ RS |
| Mar. 2004 | delavnice za predstavitve pravilnega kodiranja za UKC in druge slovenske bolnišnice s svetovalko Leanne Stokes |
| April 2004 | uvedba nove klasifikacije terapevtskih in diagnostičnih postopkov |
| April 2004 | zbiranje podatkov SPP pri ZZS |
| Julij 2005 | vzpostavitev in začetek delovanja enote SPP pri IVZ RS |
| Jan. 2005 | delavnice za splošna in specialna navodila za kodiranje v skupni organizaciji Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, SB Maribor in Onkološkega inštituta Ljubljana |
| Julij 2005 | zbiranje mesečnih podatkov za SPP na podlagi e-SPP |
| Jan. 2007 | nova metodološka navodila |

▲ *Kronološki pregled razvoja sistema SPP*

Ali so v sistem SPP v Sloveniji vključene vse bolnišnične obravnave in bolnišnice?

V sistem SPP so za zdaj vključene le bolnišnične obravnave akutnega tipa, t. i. obravnave SPP, ki sicer ne zajemajo vseh bolnišničnih obravnav, ampak približno 90 odstotkov.

Podatke o akutni bolnišnični obravnavi (obravnavi SPP) sporoča IVZ RS in ZZZS trenutno 19 bolnišnic:

- Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj,
- Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna,
- Bolnišnica Golnik – KOPA,
- Bolnišnica Sežana,
- Bolnišnica Topolšica,
- Univerzitetni klinični center Ljubljana,
- Ortopedska bolnišnica Valdoltra,
- Onkološki inštitut Ljubljana,
- Splošna bolnišnica Brežice,
- Splošna bolnišnica Celje,
- Splošna bolnišnica Izola,
- Splošna bolnišnica Jesenice,
- Splošna bolnišnica Maribor,
- Splošna bolnišnica Murska Sobota,
- Splošna bolnišnica Novo mesto,
- Splošna bolnišnica Ptuj,
- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec,
- Splošna bolnišnica Šempeter,
- Splošna bolnišnica Trbovlje.

Poleg navedenih bolnišnic pa IVZ in ZZZS poročajo še zasebni izvajalci akutne bolnišnične obravnave, ki so trenutno:

- Medicor Ljubljana,
- Kirurški sanatorij Rožna dolina,
- Kirurški center Toš,
- SPCZ Marko Bitenc,
- Estetika Fabjan,
- IATROS,
- Artros.

Akutna bolnišnična obravnava

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

Akutna bolnišnična obravnava je sestavljena iz ene ali več bolnišničnih epizod, ki se izvajajo v zdravstvenih službah z lokacijo (po šifrantu zbirke podatkov o izvajalcih, IVZ RS).



Pomembno

Angleškega izraza *episode of care*, ki označuje akutno bolnišnično obravnavo, ne smemo zamenjevati z izrazom *epizoda zdravljenja*, ki v kliničnem centru in drugih bolnišnicah pomeni zdravljenje na eni kliniki oziroma kliničnem oddelku. Ena akutna obravnava lahko vsebuje več epizod zdravljenja in traja od sprejema do odpusta. Pravilno razumevanje tega je še posebej pomembno, ker napačno pojmovanje bolnišnične obravnave skupaj z nepoznavanjem ali napačnim pojmovanjem definicije glavne diagnoze povzroči večino pomembnih napak kodiranja, ki jih odkrivamo pri notranjih in zunanjih nadzorih.

Med primere akutne obravnave ne prištevamo:

- specialistične ambulantne dejavnosti;
- dialize;
- psihiatrične dejavnosti;
- terciarne dejavnosti;
- neakutne bolnišnične obravnave (podaljšanega bolnišničnega zdravljenja, zdravstvene nege in paliativne oskrbe);
- bolnišnične obravnave zdravih novorojenčkov;
- bolnišnične obravnave invalidne mladine;
- rehabilitacijske obravnave;
- spremstva oseb na bolnišnično obravnavo;
- obravnave klinično mrtvih darovalcev organov;
- transplantacije.

Najpomembnejši sestavni deli sistema SPP v Sloveniji

Ključne entitete sistema SPP so:

- svet SPP,
- krovna strokovna skupina,
- različne komisije oziroma strokovne skupine in
- enota SPP.



Svet SPP

V svet SPP kot strateški organ razvoja sistema SPP je ministrstvo februarja 2005 za obdobje prvih štirih let imenovalo štiri člane.

Svet SPP:

- potrjuje načrte razvoja sistema SPP;
- skrbi za usklajenost sistema SPP z drugimi vrstami zdravstvene obravnave (skupine za specialistično ambulantno dejavnost, rehabilitacijo ipd.) ter zahtevami za statistično poročanje;
- oblikuje strateški načrt za področje vzdrževanje sistema, analize učinkovitosti, stroškovne študije ter oblikovanje in nadziranje elementov kakovosti;
- ministrstvu predlaga člane krovne strokovne skupine in drugih strokovnih teles;
- spremlja in usmerja delovanje krovne strokovne skupine in enote SPP.

Krovna strokovna skupina

Krovna strokovna skupina podaja strokovna priporočila strokovnim telesom za obravnavo določene problematike s področja SPP.

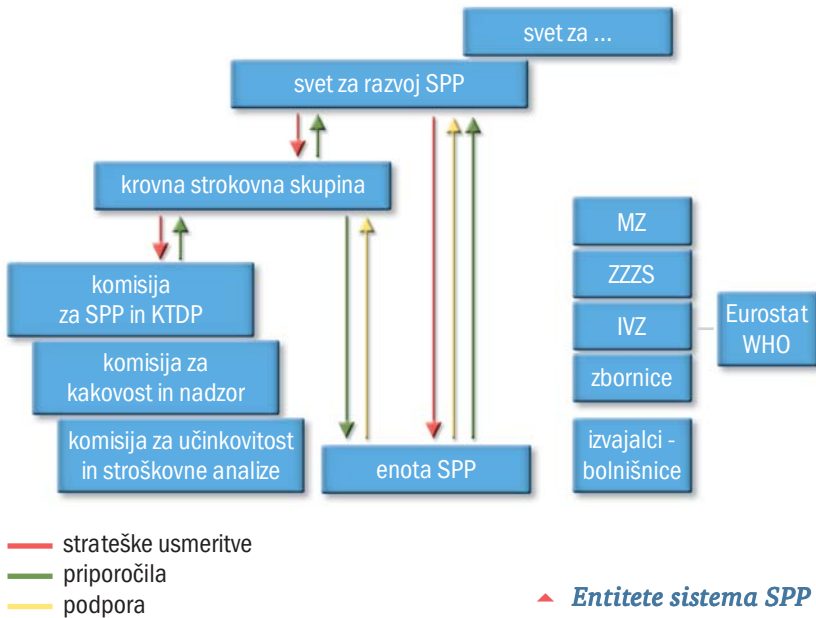
Sem spadajo:

- priprava načrta delovanja strokovnih teles;
- predlog za imenovanje članov strokovnih teles;
- strokovne analize delovanja sistema SPP v praksi;
- priprava predlogov za izpopolnjevanje in spremembe sistema SPP in predlogov za načrt razvoja sistema SPP;
- priprava operativnih strokovnih navodil za pomoč pri izpopolnjevanju sistema oziroma uvedbi sprememb;
- strokovna podpora enoti SPP pri izvajanju pomoči izvajalcem (priprava odgovorov na strokovna vprašanja).

Komisije – strokovne skupine

Gre za delovna strokovna telesa za obravnavo določene problematike:

- nadzor in kakovost ter definicije in klasifikacije;
- ekonomika v zdravstvu.



Naloge in pristojnosti delovne strokovne skupine so:

- priprava načrta dela in terminskega načrta;
- priprava in podajanje strokovnih priporočil, navodil in izdelkov;
- sodelovanje s krovno strokovno skupino in enoto SPP pri pripravi pojasnil in morebitnih sprememb in dopolnitev strokovne dokumentacije za področje delovanja, za katero je bila delovna skupina imenovana;
- priprava poročil in analiz glede vpeljanih sprememb sistema SPP v smislu področja dela, za katero je bila delovna skupina imenovana;
- priprava trimesečnih poročil o delu, ki jih obravnava krovna strokovna skupina.

Enota SPP

Enota SPP deluje kot koordinativno telo in enota za operativno izvajanje sistema SPP, kot sledi v nadaljevanju.

Podpora svetu:

- priprava letnega načrta razvoja sistema SPP, skladno z usmeritvami sveta in s priporočili krovne strokovne skupine;
- priprava četrletnih poročil o stanju sistema SPP;
- sodelovanje pri pripravi predlogov za spremembe sistema SPP in priprave analiz glede vplivov sprememb na sistem SPP in druge sisteme;
- spremljanje skladnosti sistema SPP z drugimi sistemi z operativnega vidika.

Podpora krovni strokovni skupini:

- vodja enote je član krovne strokovne skupine;
- sodelovanje pri pripravi predlogov za spremembe sistema SPP in priprave analiz glede vplivov sprememb na zdajšnji sistem SPP (sistem e-SPP) in druge sisteme;
- zagotavljanje operativne izvedbe izobraževanja s področja SPP po letnem načrtu;
- promoviranje sprejetih strokovnih in strateških smernic razvoja sistema SPP.

Informacijska podpora sistemu SPP:

- vzdrževanje in razvoj sistema e-SPP;
- sprejem podatkov SPP in pomoč bolnišnicam (help desk);
- priprava opredeljenih analiz in poročil.

Vsebinska podpora informacijskemu sistemu SPP:

- priprava metodoloških navodil;
- spremljanje kakovosti podatkov;
- analiza podatkov;
- priprava predlogov za spremembe sistema SPP.

Koordinacija delovanja strokovnih skupin:

- centralna točka za zbiranje in koordinacijo predlogov za izpopolnjevanje ali spremembe sistema SPP.

Enota SPP je začela samostojno delovati v okviru IVZ 1. julija 2005.

AUSTRALIAN REFINED DIAGNOSIS RELATED GROUPS (AR-DRG) KOT IZHODIŠČE ZA SLOVENSKE SISTEME SPP

Struktura avstralske različice SPP (AR-DRG)

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

- glavna diagnoza,
- dodatne diagnoze (angl. comorbidities),
- postopki,
- različni drugi indikatorji za določitev težavnostne stopnje primera (zapleti in starost ter teža ob rojstvu itd.).

Glede na te podatke je bolnik uvrščen v enega izmed sistemov SPP z utežjo, ki določa plačilo za bolnišnično obravnavo. Kot za vse sisteme SPP je tudi za razvrstitev bolnišnične obravnave najpomembnejši dejavnik glavna diagnoza. Vsi primeri so najprej razporejeni v glavne skupine (MDCs – Major Diagnostic Categories). V drugem koraku se MDCs razporedi v osnovne skupine, in sicer v kirurško, nekirurško in drugo (angl. partition). Nekateri sistemi SPP so razdeljeni še v podrazrede (angl. adjacent DRG) ABCD z različno predvideno porabo virov.

Sistem upošteva tudi dodatne diagnoze s petimi težavnostnimi stopnjami, in ne le najtežje kot večina drugih sistemov SPP.

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

Zakaj v Sloveniji ni bil izoblikovan lasten sistem SPP?

Razvoj lastnega sistema SPP zahteva veliko najrazličnejših virov, na primer številne medicinske strokovnjake – specialiste posameznega področja, metodologe in informatike, finančne strokovnjake in seveda tudi veliko drugih virov (finančna sredstva, prostor in najrazličnejšo opremo).

Na področju medicine se vsak dan uvajajo novi postopki zdravljenja, odkrivajo se nove bolezni ipd. Vse to zahteva neprestano prilagajanje sistema SPP, da bi ta čim bolj odražal dejansko stanje in sledil svojemu cilju zagotavljanja homogenih medicinsko-ekonomskih kategorij. Tako na primer v Avstraliji približno vsaki dve leti izdajo novo različico sistema SPP, ki običajno temelji tudi na dopolnjenih različicah klasifikacije bolezni in postopkov (ICD-10-AM). Tako lahko povzamemo, da bi oblikovanje lastnega sistema zagotovo povzročilo višje stroške kot pa uporaba že razvitih sistemov, kakršen je tudi avstralski.

Vsekakor pa je smiselno in potrebno slediti razvoju in z manjšim zamikom prevzemati nove različice sistema razvrščanja, obenem pa sistem prilagajati lokalnim razmeram.

Ena izmed prepoznavnih prednosti AR-DRG je ravno velika vključenost medicinskih strokovnjakov, tako pri njihovem nastajanju kot tudi rednih dopolnitvah.

Delovanje klasifikacije bolnišničnih obravn av v okviru avstralskega sistema SPP

Nabor podatkov

Najprej je treba za vsako bolnišnično obravnavo zajeti ustrezen nabor podatkov, ki vsebuje glavno diagnozo, dodatne diagnoze in pomembnejše postopke zdravljenja. Nadaljnji podatki, kot je na primer teža ob rojstvu, so fakultativni in se upoštevajo le v določenih sistemih SPP.

| |
|--|
| 1. Glavna diagnoza |
| 2. Dodatne diagnoze (19) |
| 3. Terapevtski in diagnostični postopki (20) |
| 4. Spol |
| 5. Datum rojstva |
| 6. Datum začetka akutne bolnišnične obravnave |
| 7. Ura začetka akutne bolnišnične obravnave |
| 8. Datum zaključka akutne bolnišnične obravnave |
| 9. Ura zaključka bolnišnične obravnave |
| 10. Napotitev/stanje ob zaključku akutne obravnave |
| 11. Teža dojenčka ob sprejemu |
| 12. Ure mehanske ventilacije |

▲ *Podatki, ki vplivajo na razvrščanje v sistemu AR-DRG*

Postopek razvrščanja

Kot klasifikacije se za razvrščanje v razvrščevalniku uporabljajo kode bolezni in stanj ICD-10-AM (AM – Australian Modification) ter kode terapevtskih in diagnostičnih postopkov. Trenutno se v Sloveniji zbirajo in sporočajo kode bolezni in stanj po MKB-10 (2005), ki se na podlagi preslikav pred razvrščanjem pretvorijo v kode ICD-10-AM Second Edition ter kode terapevtskih in diagnostičnih postopkov po KTDP (enakovredne kodam ICD-10-AM Second Edition).

Po elektronskem zapisu prej omenjenega nabora podatkov v informacijski sistem izvajalca se bolnišnična obravnava na podlagi določenih algoritmov oziroma klasifikacijskih pravil z razvrščevalnikom (angl. grouper) razvrsti v določeno skupino.

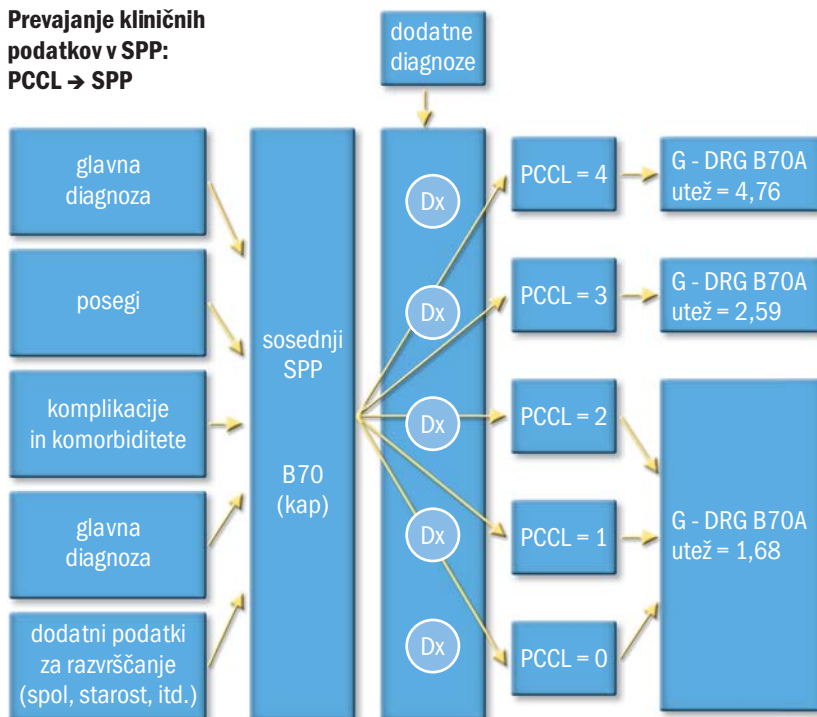
Iz didaktičnih razlogov v nadaljevanju predstavljamo postopek razvrščanja po posameznih korakih.

Postopno se vsak primer (po preverjanju ustreznosti demografskih in kliničnih podatkov) razporedi v skupino:

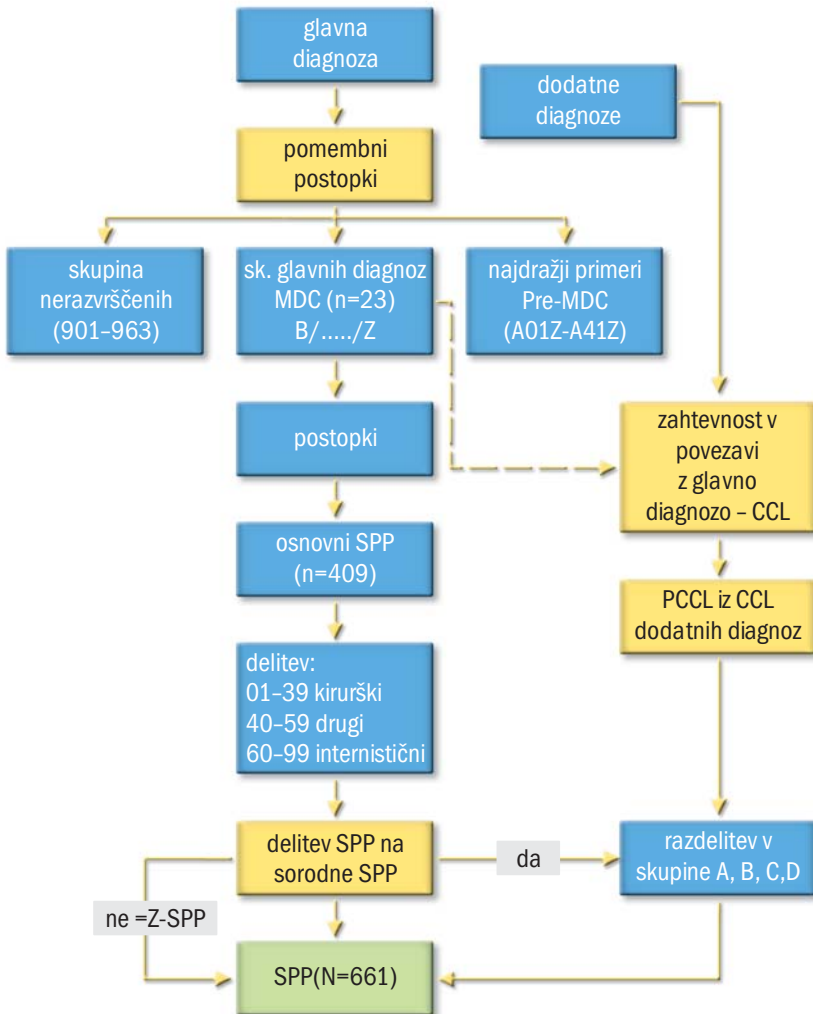
| |
|---|
| 1. Skupina pred glavno skupino (Pre-MDC) ali skupina napak (Error DRG) ali glavna skupina (MDC - Major Diagnostic Category) |
| 2. Delitev glavne skupine (MDC) na kirurške, nekirurške in druge sisteme SPP |
| 3. Določen osnovni sistem SPP (adjacent DRG) |
| 4. Vse dodatne diagnoze dobijo natančno kodo CCL (angl. complication and comorbidity level), nato ponovno PCCL (angl. patient complication and comorbidity level) |
| Dodelitev skupine SPP |

▲ *Postopek razvrščanja bolnišničnih obravnav v sistem SPP*

**Prevajanje kliničnih podatkov v SPP:
PCCL → SPP**



▲ *Razvrščanje in vpliv kliničnih podatkov na tvorbo SPP*



▲ *Zaporedje pri razvrščanju bolnišnične obravnave*

Skupina pred glavno skupino Pre-MDCs (Pre-Major Diagnostic Categories)

Kompleksni postopki, ki zahtevajo mnogo virov, kot so na primer transplantacije, razvrstijo bolnišnično obravnavo v Pre-MDC, skupino **A**, s skupno osmimi sistemi SPP.

Skupina napak (9)

V sedmih skupinah napak, označenih z začetno številko 9 (**9XXZ**), so zbrani primeri, pri katerih se glavna diagnoza ne ujema s pomembnim posegom ali pri katerih zaradi drugih vzrokov (na primer neveljavne glavne diagnoze) razvrstitev ni mogoča. Treba je poudariti, da pri tem ne gre nujno za pomanjkljivo dokumentacijo teh primerov. Enoznačno razvrščanje vseh primerov v sistem SPP ni vedno mogoče. Skupina napak je zbirno mesto za primere, ki jih v sistemu SPP ni mogoče pravilno prikazati. Če je nek primer uvrščen v skupino napak, se v primeru dogovora s plačnikom storitve zanj kljub temu plača razmeroma visoko nadomestilo za ta primer (seveda le, če je bila dokumentacija pravilno izpolnjena; tak primer je SPP 901Z).

Glavna skupina MDC (Major Diagnostic Categories)

Glavna dokumentirana diagnoza po ICD-10-AM uvršča bolnišnično obravnavo v eno izmed 25 glavnih diagnostičnih kategorij (MDCs). Razporeditev kategorij MDC poteka predvsem glede na organe in se začne pri **B** pri živčnem sistemu (imenovanem tudi MDC 01) in se nadaljuje čez **C** očesnega sistema vse do MDC **Z**. Tako nastane skupno 23 kategorij MDC, ker so MDC-skupine S in T združene v številki 18 ter W in X v številki 21:

| MDC | | |
|------------|------|--|
| | A | Pre-MDC |
| 01 | B | Bolezni in okvare živčnega sistema |
| 02 | C | Bolezni in okvare očesa |
| 03 | D | Bolezni in okvare ušesa, nosu, ust in žrela |
| 04 | E | Bolezni in okvare dihalnega sistema |
| 05 | F | Bolezni in okvare obtočil |
| 06 | G | Bolezni in okvare prebavil |
| 07 | H | Bolezni in okvare žolčnika, biliarnega trakta in trebušne slinavke |
| 08 | I | Bolezni in okvare mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva |
| 09 | J | Bolezni in okvare kože, podkožnega tkiva in dojke |
| 10 | K | Endokrine, prehranske in presnovne bolezni in okvare |
| 11 | L | Bolezni in okvare ledvice in sečil |
| 12 | M | Bolezni in okvare moškega reprodukcijskega sistema |
| 13 | N | Bolezni in okvare ženskega reprodukcijskega sistema |
| 14 | O | Nosečnost, porod in poporodno obdobje |
| 15 | P | Novorojenčki in druga stanja novorojencev |
| 16 | Q | Bolezni in okvare krvi in krvotvornih organov |
| 17 | R | Neoplazme – hematološke in trdne neoplazme |
| 18 | S, T | Infekcijske in parazitske bolezni |
| 19 | U | Duševne bolezni in motnje |
| 20 | V | Uživanje alkohola, drog in duševne motnje, ki jih povzročata uživanje alkohola in drog |
| 21 | W, X | Poškodbe, zastrupitve in toksični učinki zdravil in drugih snovi |
| 22 | Y | Opekline |
| 23 | Z | Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje, in drugi stiki z zdravstveno službo |
| | 9 | Nerazvrščeni primeri |

▲ *Razdelitev po poglavjih MDC*

Delitev MDC

Skupine Pre-MDC in MDC delimo glede na postopke v podpoglavja (Partitions) – Sub-MDC, in sicer v kirurško (**surgical**), nekirurško (**medical**) in drugo (**other**):

Razporeditev v S-skupino zahteva dokumentacijo kirurškega postopka v operativni sobi, v M-skupino se praviloma uvrščajo taki brez kirurškega postopka v operativni sobi, razporeditev v O-skupino pa zahteva postopek zunaj operativne sobe (polinvazivni postopek), kot so na primer invazivna diagnostika (srčni kateter), endoskopska diagnostika z biopsijo ali brez nje in umetno dihanje v internističnih primerih.

Osnovni in sorodni SPP

Znotraj MDC-delitve se vsak primer razvršča na podlagi glavne in dodatne diagnoze, postopkov in drugih podatkov v enega izmed 409 osnovnih sistemov SPP. Nekateri med njimi se delijo na t. i. sorodne (adjacent) sisteme SPP glede na pričakovano porabo virov.

CCL (Complication and Comorbidity Level – težavnostna stopnja dodatnih diagnoz glede na glavno diagnozo) in PCCL (Patient Complication and Comorbidity Level – bolnikova individualna težavnostna stopnja vseh dodatnih diagnoz)

Za vsak primer je mogoča ena izmed petih težavnostnih stopenj, PCCL 0-4, pri čemer 4 pomeni najvišjo vrednost, ki se lahko dodeli samo za kirurške in neonatalne primere. Pri drugih primerih najvišja dosežena vrednost znaša 3.

PCCL se določa na podlagi CCL-vrednosti dodatnih diagnoz z razvrščevalnikom integrirane formule in s podatkom o glavni diagnozi.

Na podlagi formule so mogoči naslednji sestavi PCCL iz CCL-vrednosti dodatnih diagnoz:

| | CCL (diag. 1) | CCL (diag. 2) | CCL (diag. 3) | CCL (diag. 4) | CCL (diag. 5) | CCL (diag. 6) |
|----------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| PCCL = 4 | 4 | 3 | | | | |
| | 4 | 2 | | | | |
| | 4 | 1 | 1 | | | |
| | 3 | 3 | | | | |
| | 3 | 2 | 2 | | | |
| | 3 | 2 | 1 | 1 | | |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | | |
| | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| PCCL = 3 | 4 | | | | | |
| | 4 | 1 | | | | |
| | 3 | | | | | |
| | 3 | 2 | | | | |
| | 3 | 2 | 1 | | | |
| | 2 | 2 | | | | |
| | 2 | 2 | 2 | | | |
| | 2 | 1 | | | | |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| PCCL = 2 | 2 | | | | | |
| | 1 | 1 | | | | |
| PCCL = 1 | 1 | | | | | |
| PCCL = 0 | | | | | | |

▲ *Pravila za določanje težavnostne stopnje PCCL*

Vse CCL-vrednosti dodatnih diagnoz se razvrščajo na podlagi svojega pomena (vpliva) v povezavi z glavno diagnozo. Enaka dodatna diagnoza lahko v povezavi z različnimi glavnimi diagnozami učinkuje različno. Na primer diagnoza J96.0 *akutna respiratorna insuficienca* ima

- CCL – 2 v sorodnem (adjacent),
DRG B70 *kap*;
- CCL – 3 v sorodnem (adjacent),
DRG B71 *bolezni možganskih živcev*.

Podlaga za tako razvrstitev so statistični izračuni.

CCL se vedno določa glede na osnovni SPP, torej glede na glavno diagnozo. Vsaka diagnoza oziroma postopek vsebuje CCL-vrednost med 0 in 4 (4 – katastrofalna komplikacijska in komorbiditacijska stopnja). Skupno je v sistemu AR-DRG (aktualne različice 4.2) 2878 diagnoz s CCL-vrednotenjem. Tako pride do 2017 vzorčnih skupin SPP, ki pa iz obračunsko-tehničnih razlogov vodijo do 661 primerov, ki zahtevajo približno enak trud oziroma približno enake stroške. Teh 2017 medicinskih vzorčnih skupin je vsekakor namenjenih eksterni zagotovitvi kakovosti, primerjavi procesa in načrtovanju bolnišnice.

SPP

Na koncu se za vsak primer (vsako bolnišnično obravnavo) dodeli edina možna koda SPP, za katero je značilna štirimestna alfanumerična koda. To sestavljajo:

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

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

Številka 1 in 2 – oznaka osnovne skupine oziroma sub-MDC.

Črka 2 – oznaka morebitne delitve glede na težavnost.

Pri 196 od skupno 409 osnovnih sistemov SPP vodi visoki PCCL do delitve SPP v zahtevno skupino **A** oziroma v manj zahtevne skupine **B**, **C** in **D**. Če do delitve ne pride, številki SPP sledi **Z**. Ker približno polovica osnovnih sistemov SPP ne bo razdeljenih in bo približno ena tretjina

samo dvakrat deljena, bo nazadnje 661 primerljivih, za obračun zmožnih sistemov SPP. Vsakemu izmed 661 sistemov SPP se na podlagi nacionalnih stroškovnih analiz dodeli utež (cost weight). Utež 1 ustreza povprečju vseh uteži oziroma povprečno zahtevnemu bolniku. Rezultat razvrščanja je po obdelavi podatkov v izhodni datoteki razvrščevalnika.

Kaj pomenijo oznake v posameznih kodah SPP?

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

▲ *Predstavitev pomena delov imena SPP*

Ali lahko vsako akutno bolnišnično obravnavo razvrstimo v eno izmed skupin SPP?

Vsak sistem razvrščanja pomeni poenostavitev posameznega primera. Vsaka posamezna bolnišnična obravnava z zbranimi diagnozami in obsežno diagnostiko ter terapijo se na podlagi razvrščanja uvrsti v določeno skupino. V najboljšem primeru so posamezni primeri razvrščeni v skupine, katerih pomen je tako medicinski kot ekonomski.



Najprej nastane v avstralskem sistemu pri delitvi 409 osnovnih sistemov SPP, z do petimi težavnostnimi stopnjami (PCCL) veliko več skupin, kot pa jih je nato obračunsko-tehnično uporabljenih, namreč 2017 skupin. Te se nato na podlagi stroškovnih analiz, upoštevajoč njihovo porabo virov, razvrstijo v 661 sistemov SPP, ki jih je mogoče obračunati.

Za upoštevanje težavnostne stopnje na podlagi dodatnih diagnoz in postopkov se realizira diferencirana upodobitev. Znotraj vzorčnih skupin je vsekakor vedno mogoče tudi odstopanje od temeljne povprečne obravnave.

Katere primere (bolnišnične obravnave) vključuje slovenski sistem SPP?

V Sloveniji in tudi v Avstraliji so relevantne vse bolnišnične obravnave z nočitvijo in dnevne obravnave v primeru akutnega tipa.

Tako so vse bolnišnične obravnave akutnega tipa razvrščene v okviru sistemov SPP in se financirajo na podlagi vrednosti SPP (glejte definicijo akutne bolnišnične obravnave).

Kako bodo obravnavani nenavadni primeri?

Avstralski sistem AR-DRG načeloma že upošteva težavnostno stopnjo bolnišničnih obravnav znotraj skupine, ki včasih vodijo tudi do različnih nadomestil (delitev SPP).

Pre-MDC še posebej upošteva stroškovno intenzivne primere, kot so na primer transplantacije srca.

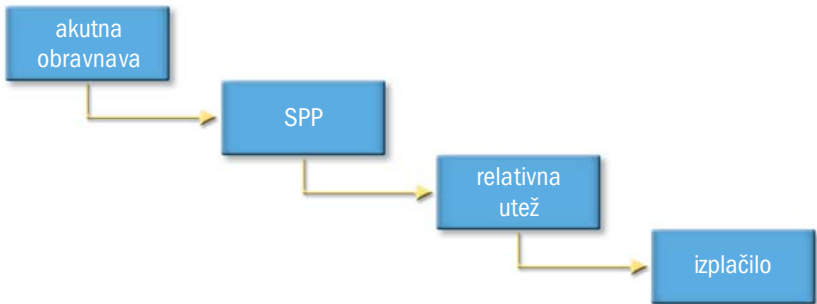
Ali je mogoče večkratno razvrščanje bolnišnične obravnave v več glavnih skupin in ali je obravnavo mogoče razvrstiti v več skupin?

To bi bilo nelogično za SPP. Na podlagi zapisa, zlasti glavne diagnoze, se akutna obravnava lahko uvrsti samo v eno izmed skupin SPP.

To je včasih težko, zlasti ko se je izvajalo več postopkov pri isti ali podobni bolezenski sliki med zdravljenjem v bolnišnici ali pa v primeru zdravljenja več med seboj neodvisnih boleznih med eno bolnišnično obravnavo.

Zato je v teh primerih posebej pomembna izbira pravilne glavne diagnoze (glejte definicijo glavne diagnoze).





▲ *Za vsako obravnavo se na podlagi glavne diagnoze in ob upoštevanju dodatnih diagnoz ter terapevtskih in diagnostičnih postopkov določi sistem SPP, ki ima določeno utež, na podlagi česar dobimo tudi plačilo.*

Kaj se zgodi, ko se bolnik po odpustu vrne v bolnišnico zaradi iste bolezni?

V tem primeru se za bolnika začne nova bolnišnična obravnava in je znova razvrščen v SPP. Z medicinskega vidika je seveda odločilno, kdaj je bil bolnik z istim razlogom za zdravljenje znova sprejet in ali gre za načrtovano, glede na osnovno bolezen, smiselno ravnanje ali



pa je moralo priti do ponovnega sprejema zaradi komplikacij, ki izhajajo iz zdravljenja. To diferenciranje je treba izvesti s spremljajočimi ukrepi za zagotovitev kakovosti storitev.

V vsakem primeru pa je treba upoštevati morebitna posebna navodila za kodiranje, ki take posebne primere izpostavijo.

Kako je bila določena višina uteži ob uvedbi sistema SPP v Sloveniji leta 2003?

Med izvajanjem projekta RUSZV je bil podan predlog, da bi se za izhodišče določitve višine uteži v Sloveniji izvedla stroškovna študija v treh slovenskih pilotnih bolnišnicah (v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, Splošni bolnišnici Jesenice in Splošni bolnišnici Maribor) za leto 2001. Med izvajanjem stroškovnih študij je bilo kar nekaj ovir, ki so povzročile pomanjkljivost v načinu določitve slovenskih uteži:

- ozek izbor treh pilotnih bolnišnic;
- za SPP neustrezno vodenje osnovne zdravstvene dokumentacije v letu 2001 (premalo evidentiranih dodatnih diagnoz, ki pomembno vplivajo na višino uteži);
- neustrezno kodiranje opravljenih posegov;
- pomanjkanje podatkov o opravljenih storitvah za posameznega pacienta;
- pomanjkanje podatkov o stroških na pacienta;
- uporaba bolniškooskrbnega dne kot kriterija za delitev stroškov na bolnika.

Na podlagi stroškovne analize so se izračunane uteži primerjale z avstralskimi, in kjer je prihajalo do razlik, se je po dogovoru v sklopu projekta določil naslednji ključ določitve slovenske uteži:

1. Če je izračunana pilotna slovenska utež:
 - večja od avstralske za več kot 100 odstotkov ali
 - manjša od avstralske za več kot 50 odstotkov, se izračuna aritmetično povprečje pilotne slovenske in avstralske uteži.
2. Pri vseh drugih pilotnih slovenskih utežeh je bila uporabljena slovenska utež brez popravkov.
3. Kadar zaradi pomanjkanja podatkov ni bilo mogoče izračunati pilotnih slovenskih uteži, smo uporabili avstralske uteži.

Tako določene uteži so se od leta 2003 v posameznih primerih korigirale, do bistvenih sprememb v celoti pa ni prišlo, ker do zdaj niso bile izvedene ustrezne stroškovne analize, ki bi podprle novo prerezporeditev višine uteži.

STROŠKI IN PLAČILO

Kateri stroški spadajo v izračun SPP?

V izračun SPP spadajo vsi stroški dela (vključno s stroški plač, skupaj z davki in s prispevki), materialni stroški in amortizacija, povezani z izvajanjem programa akutne bolnišnične obravnave.



Ali je nabor SPP v vseh bolnišnicah enak?

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

Ali so za različne oddelke značilni različni sistemi SPP?

V vseh bolnišnicah oziroma pri vseh izvajalcih akutne bolnišnične obravnave v Sloveniji se uporablja isti nabor SPP. Seveda pa so posamezni sistemi SPP na različnih oddelkih (različnih specialnosti) različno pogosto evidentirani.

Oddelek okulistke ima na primer predvsem paciente iz MDC (03), ki vsebuje skupaj dvajset sistemov SPP. Od tega so samo štirje sistemi SPP na podlagi komplikacij in pridruženih bolezni razdeljeni v podskupine. To pomeni, da za razvrstitev v šestnajst sistemov SPP poleg glavne diagnoze zadošča že navedba ustreznih postopkov. Dodatne diagnoze pri teh bolnišničnih obravnavah ne vplivajo na razvrstitev. Pomembno pa je, da tudi pri teh bolnišničnih obravnavah popišemo vse relevantne dodatne diagnoze in jih ustrezno dokumentiramo.

Kaj je povprečna cena ene uteži SPP (t. i. cena enke) in cena določenega SPP?

Povprečna cena ene uteži za SPP (cena enke) je količnik med vsoto načrtovanih sredstev za akutno bolnišnično obravnavo in načrtovano vsoto uteži za SPP za vse izvajalce v Sloveniji. V skladu s področnim dogovorom za bolnišnice se cena enke lahko korigira tudi za t. i. medicinsko inflacijo.



Cena enke se določi vnaprej na podlagi zadnjih veljavnih pogodb (aneksov) med ZZZS in izvajalci akutne bolnišnične obravnave ter izhodišč za izračun cen zdravstvenih storitev v skladu s splošnim dogovorom in področnim dogovorom za bolnišnice.

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

Ali je cena za SPP enaka za vse izvajalce akutne bolnišnične obravnave?

Za vsak posamezni SPP je točno določena relativna težavnost primera, s tem pa je določena tudi vrednost oziroma cena za plačilo, ki velja za vse izvajalce na sekundarni ravni enako. Za izvajanje terciarne dejavnosti so izvajalci te dejavnosti upravičeni do dodatka pri ceni enke.

Izračun povprečne uteži na primer – indeks SPP (CMI – Case-Mix-Index)

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

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

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

Finančni načrt izvajalca na podlagi SPP se izračuna po naslednji formuli:

Finančni načrt = indeks SPP x število SPP x povprečna cena uteži (cena enke) + sredstva za terciarno dejavnost



Trenutna metodologija plačevanja programa akutne bolnišnične obravnave na podlagi SPP v Sloveniji

Trenutno v Sloveniji še nismo prešli na obračun, ki bi v celoti temeljil na metodologiji SPP. Razlog je v zgodovinski razdelitvi finančnih sredstev med izvajalce. Tako so nekateri izvajalci, če primerjamo izračun sredstev akutne bolnišnične obravnave po metodologiji SPP z zgodovinsko dodeljenimi sredstvi, podcenjeni (pri stoo odstotni uvedbi obračunskega sistema SPP bi morali del sredstev še pridobiti), drugi pa precenjeni (pri stoo odstotni uvedbi obračunskega sistema SPP bi morali del sredstev izgubiti).

Ker bi takojšnja popolna uveljavitev obračunskega sistema SPP precenjenim izvajalcem povzročila velike težave v poslovanju, smo se v Sloveniji odločili za postopno prelivanje sredstev od precenjenih k podcenjenim izvajalcem. Odstotek načrtovanih sredstev za akutno bolnišnično obravnavo, ki ga izvajalec lahko največ izgubi v posameznem koledarskem letu, je določen v področnem dogovoru za bolnišnice. Precenjenim izvajalcem pa je omogočena tudi prilagoditev programa obračunskemu sistemu SPP, in sicer s povečanjem produktivnosti (z načrtovanjem in realizacijo večjega števila SPP) ter z delnim prestrukturiranjem programa akutne obravnave, predvsem v neakutno obravnavo ali specialistično ambulantno dejavnost. Pri tem se sledi cilju, da bi se čakalne dobe (kjer so) za operacije, preglede ali diagnostične posege čim bolj skrajšale.

Poleg ugotavljanja omenjene precenjenosti oziroma podcenjenosti programa temelji letni obračun akutne bolnišnične obravnave tudi na realizaciji t. i. prospektivnih primerov. Gre predvsem za zdravstvene storitve, kjer imamo ali smo imeli v Sloveniji dolge čakalne dobe, na primer za operacijo sive mreže, kolka, kolena itd. Vrsta in količina teh zdravstvenih storitev je v pogodbi med ZZZS in izvajalci posebej dogovorjena. Realizacije pogodbeno dogovorjenega načrta za te storitve ni mogoče nadomestiti z realizacijo drugih zdravstvenih storitev. Izjeme so mogoče le na način in pod pogoji, ki so posebej opredeljeni v področnem dogovoru za bolnišnice.

Kako se v zdajšnjem obračunskem sistemu upoštevajo posebnosti univerzitetnih klinik?

Univerzitetne klinike so zaradi opravljanja terciarne dejavnosti upravičene do dodatka k ceni uteži (ceni enke) za SPP. Terciarna dejavnost vključuje program učenja, program usposabljanja za posebno znanje, program razvoja in raziskovanja ter izvedenost (v subspecialnih timih, subspecialnih laboratorijih, interdisciplinarnih ekspertnih konzilijih itd.), t. i. terciar I, in zahtevnost obravnave, t. i. terciar II. Vprašanje financiranja terciarja je eno najzanimivejših področij SPP tudi v vseh drugih državah, ki uvajajo SPP. Do natančnejših informacij bo mogoče priti z nacionalno stroškovno študijo. Na taki osnovi bo mogoče kategorizirati ne samo bolnišnice, pač pa tudi posamezne organizacijske enote v bolnišnici in temu prilagoditi tudi financiranje.

Višina dodatka na terciar je ravno tako opredeljena v področnem dogovoru za bolnišnice.



POSLEDICE PRI DOKUMENTACIJI IN ZA BOLNIŠNICO

Na to, v kateri SPP se bo uvrstil bolnik, vplivajo tri skupine podatkov, med katerimi je najpomembnejša glavna diagnoza, definirana kot stanje, za katero se po pregledu celotne bolnikove dokumentacije oziroma po končanem zdravljenju izkaže, da je bil glavni razlog za sprejem bolnika v bolnišnično obravnavo. To velja tudi, če je bil bolnik zdravljen v več epizodah oziroma na več kliničnih oddelkih.

Taka definicija glavne diagnoze je ustrezna v večini primerov, težave pa se lahko pojavijo pri določanju glavne diagnoze takih obravnav, kjer se pojavijo druge bolezni, ki so zahtevale dražje zdravljenje kot pa bolezen, ki po definiciji predstavlja glavno diagnozo, ali kadar je bilo zdravljenih več stanj, ki se ujemajo z definicijo glavne diagnoze.

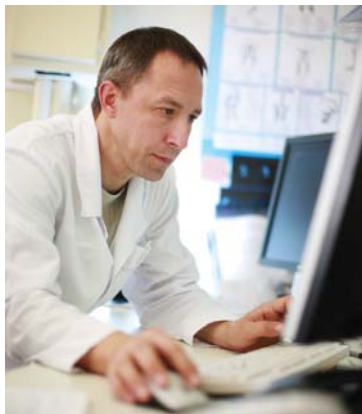
V Sloveniji je bilo uspešno kodiranje glavne in dodatnih diagnoz vsaj na začetku ovirano zaradi razmeroma slabega poznavanja slovenske izdaje mednarodne klasifikacije bolezni MKB-10, kakršno trenutno uporabljamo v Sloveniji, zaradi pomanjkljivosti same klasifikacije in tudi zaradi pomanjkanja pripomočkov. Izkazalo se je na primer, da ne poznamo nekaterih osnovnih pravil razvrščanja bolezni.



Posledice pri dokumentaciji

Vpliv zdravnikovega dela na sistem SPP

Zdravniki so neposredno vključeni v pripravo medicinske dokumentacije s popisom bolezni in postopkov, ki je temelj za razvrščanje v SPP. Kakovostna dokumentacije je pri razvrščanju ključnega pomena. Kar ni dokumentirano, se v sistemu SPP ne upošteva. Tako je treba biti še posebej pozoren, da so poleg glavne diagnoze dokumentirane tudi dodatne diagnoze, ustrezni terapevtski in diagnostični postopki ter tudi drugi podatki, na primer starost bolnika.



Na podlagi sistema SPP se (v določeni meri) določa proračun bolnišnice. Ekonomsko zmožnost preživetja bolnišnice tako določi izkupiček glede na sistem SPP. Prav tako je na podlagi skupin SPP mogoče opredeliti tudi interne proračune posameznih oddelkov bolnišnic in izvesti še druge analize, ki lahko neposredno vplivajo na zdravnika, obenem pa zdravnik s svojim delom neposredno vpliva na finančni učinek. Nedvomno je, da je vsaka klinična odločitev obenem tudi ekonomska odločitev in da strokovnega dela ni mogoče ločiti od ekonomskih vidikov. To še posebej velja v razmerah, ko je celoten proračun za zdravstvo omejen.

Pomen pravilnega dokumentiranja bolnišničnih obravnav

Medtem ko v preteklosti napačno razvrščanje ni povzročalo neposrednih težav, pa je od zdaj pravilno določanje glavne diagnoze ključno za razvrščanje bolnikov v SPP, torej povzroča neposredne finančne učinke za bolnišnice.

Vsaka posamezna skupina (SPP) ima relativno utež, ki v povezavi z osnovno ceno opredeljuje višino plačila bolnišnične obravnave.

Ob tem je treba poudariti, da pri evidentiranju bolezni in postopkov ne smemo stremeti k doseganju najvišjih vrednosti primera, ampak si moramo prizadevati, da evidentirani podatki odražajo dejansko stanje bolnišnične obravnave (glejte poglavje o desetih zlatih pravilih za kodiranje, in sicer prvo pravilo: kodiraj pošteno). Če zunanji nadzor odkrije napake pri kodiranju, ki se ne ujemajo z dejanskim stanjem, nadzornik take primere zavrne in jih je treba pravilno razvrstiti.

Pravilno (v skladu z navodili in definicijami) evidentiranje glavne diagnoze, vseh dodatnih diagnoz in opravljenih posegov torej odločilno vpliva na razvrstitev v skupino SPP.

Splošna in specialna navodila za kodiranje

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

- metodološka navodila za zbirko bolnišničnih obravnav istega tipa ter
- splošna in specialna navodila za kodiranje.

V prvem dokumentu, ki ga imamo že vse od vpeljave SPP v letu 2003, je podrobno opisan nabor podatkov, ki se poroča tudi za namene razvrščanja v SPP. Vsak podatek je podrobno definiran, navedena je zaloga vrednosti ipd. Prav v letu 2007 so izšla prenovljena in nekoliko razširjena metodološka navodila.

Za poenotenje vsebinskega opisa bolnišničnih obravnav v Avstraliji uporabljajo navodila za kodiranje (Australian Coding Standards), ki so sestavni del njihove klasifikacije bolezni in postopkov (ICD-10-AM) in predstavljajo peto knjigo klasifikacije. Za slovenske potrebe so bila splošna navodila za kodiranje prevedena in prirejena že v okviru projekta RUSZV ter razdeljena med izvajanjem delavnice o kodiranju (*Znanost in umetnost kliničnega kodiranja, enota SPP pri IVZ*).

Specialna navodila za kodiranje so prevedena in prilagojena klasifikaciji bolezni, ki jo uporabljamo v Sloveniji, in bodo v kratkem na voljo.

Glavna diagnoza

Glavna diagnoza je diagnoza glavne bolezni ali stanja, ki je bilo vzrok bolnišnične obravnave istega tipa. Za to diagnozo po končni študiji popisa bolezni (končni analizi dokumentacije) menimo, da je bila v največji meri **vzrok za akutno bolnišnično obravnavo** osebe v bolnišnici.



To je glavna bolezen ali stanje, zaradi katerega se je oseba zdravila ali bila preiskovana v neki zaključeni bolnišnični obravnavi. Glavno bolezen ali stanje opredelimo ob koncu obravnave istega tipa kot glavni vzrok, zaradi katerega je oseba potrebovala zdravljenje ali preiskavo.

Če diagnoza bolezni ni bila postavljena, kot glavno stanje izberemo glavni simptom, nenormalni izvid ali težavo, zaradi katere je bila potrebna bolnišnična obravnava istega tipa (poglavji XVIII in XXI po MKB-10).

Simptome, znake in nenormalne izvide uporabimo kot glavno diagnozo tudi, če ni dvoma, da je bil simptom, znak ali nenormalni izvid glavno stanje, na katero je bilo usmerjeno zdravljenje ali pa preiskave v določeni obravnavi zdravstvene oskrbe.

Šifro diagnoze mora izbrati zdravnik (*vir: Metodološka navodila za zbirko bolnišničnih obravnav istega tipa, 2007*).

Primer 1: Napačna glavna diagnoza

V popisu bolnika so bile zapisane naslednje diagnoze: diabetes mellitus, aterosklerotična bolezen srca, miokardni infarkt

Anamneza: Bolnik je zjutraj dobil močne bolečine v prsnem košu. V bolnišnico je bil prepeljan z reševalnim vozilom in bil sprejet na kardiološki oddelek. Ti podatki kažejo, da je glavna diagnoza miokardni infarkt.

Primer 2: Nesprejemljiva glavna diagnoza

Pogosta napaka je kodiranje glavne diagnoze iz poglavja Z95 (prisotnost implantatov), kar je za sistem nesprejemljiva glavna diagnoza (SPP 961Z – se v ZZS ne obračuna). Treba je poiskati drugo glavno diagnozo (stanje, ki je bilo vzrok za sprejem).

Primer:

Bolnik je bil sprejet zaradi menjave izrabljene baterije srčnega spodbujevalnika. Pravilna glavna diagnoza je v tem primeru **Z45.0 prilagoditev in ureditev srčnega spodbujevalnika**.

Če bi šlo za mehanični zaplet srčnega spodbujevalnika, bi kodirali glavno diagnozo iz razdelka T82.

Enako velja za umetno zaklopko, ki prav tako ni ustrezna glavna diagnoza.

Primer 3: Kodiranje glavne diagnoze pri premeščenih bolnikih

Bolnik je bil premeščen z oddelka za plastično kirurgijo, kjer je bil operiran zaradi opekline tretje stopnje na prstih, na internistični oddelek zaradi neurejene sladkorne bolezni.

Glede na definicijo glavne diagnoze – glejte točko 6.4.4.1 (ki je vzrok za sprejem v bolnišnico) je pravilna glavna diagnoza opekline, diabetes pa mora biti kodiran kot dodatna diagnoza.

Enako velja tudi za druge premestitve med drugimi kliničnimi oddelki in dejavnostmi, ko je treba glavno diagnozo kodirati skladno z navedeno definicijo.

Nove sodelavce na oddelkih, na primer specializante na kroženju, ki sodelujejo pri pripravi odpustnic, opozorimo na definicijo bolnišnične obravnave, ki vključuje vse epizode zdravljenja.

Dodatna diagnoza

Dodatna diagnoza je bolezen ali stanje, ki je že obstajalo ob sprejemu ali pa je nastalo med bolnišnično obravnavo. Med dodatne diagnoze uvrščamo tudi zunanje vzroke obolevnosti.

Dodatna diagnoza:

- pomembno vpliva na zdravljenje osebe in/ali
- se zaradi nje zaplete zdravljenje osebe in/ali
- je zunanji vzrok poškodbe ali zastrupitve.

Dodatne diagnoze so tiste, ki jih beležimo ob glavni diagnozi.

Dodatno diagnozo moramo zabeležiti in kodirati, če je kakor koli vplivala na bolnišnično obravnavo. **Za namen razvrščanja v SPP kot dodatne diagnoze opredelimo vsa stanja, ki vplivajo na obravnavo osebe tako, da ta zaradi njih potrebuje bodisi:**

- dodatno zdravljenje,
- dodatne preiskave,
- zahtevnejšo nego ali
- dodatno spremljanje (monitoring).

Navedeni dejavniki običajno povzročijo tudi podaljšanje ležalne dobe (*vir: Metodološka navodila za zbirko bolnišničnih obravnav istega tipa, 2007*).

Terapevtski ali diagnostični postopek

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

Pogoj za izvedbo terapevtskega ali diagnostičnega postopka je specialno znanje (pridobljeno med specialističnim usposabljanjem) in/ali izpolnjuje zahteve enega izmed naslednjih kriterijev:

- je kirurške narave in/ali
- pomeni tveganje za osebo in/ali
- je povezan s tveganjem v zvezi z anestezijo in/ali
- zahteva posebne prostore ali opremo, ki so na voljo le v okolju za akutno obravnavo.

Terapevtski in diagnostični postopki se izvajajo:

- za preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje ali lajšanje bolezni;
- za korekcijo deformacij ali pomanjkljivosti, tudi iz kozmetičnih razlogov;
- v povezavi z nosečnostjo, s porodom, kontracepcijo ali z umetno oploditvijo.

Obvezen je naslednji vrstni red beleženja postopkov:

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



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

Kirurški posegi se izvajajo:

- za preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje ali lajšanje bolezni;
- za korekcijo deformacij ali pomanjkljivosti, tudi iz kozmetičnih razlogov;
- v povezavi z nosečnostjo, s porodom, kontracepcijo ali z umetno oploditvijo.

Kirurški posegi običajno vključujejo:

- delo na operacijskem polju;
- postopke asepse;
- anestezijske postopke, ki so zahtevnejši od postopkov sedacije na bolniškem oddelku;
- tehnične postopke (incizijo ali ekscizijo tkiva, inhalacije, plastične korekcije ali rekonstrukcije, intervencijsko radiologijo, punkcije globlje od kože in podkožnega tkiva, izžiganje, diatermijo, kriokirurgijo, fotokoagulacijo, dilatacijo, odstranjevanje tujkov, kateterizacijo ali forsirano manipulacijo) *(vir: Metodološka navodila za zbirko bolnišničnih obravnav istega tipa, 2007)*.

Čas, ki ga zdravnik porabi za dokumentiranje akutnih bolnišničnih obravnav za potrebe SPP

Zakonske in ekonomske zahteve zdravnike zavezujejo k dokumentiranju bolnišničnih obravnav.

Veliko zdravnikov se pritožuje, da jim administrativne naloge jemljejo čedalje več časa in jim ga zato primanjkuje za obravnavo bolnikov. Odločilna za količino časa, potrebnega za evidentiranje zahtevanih podatkov, sta dva dejavnika: na eni strani je kompetenca zdravnika pri evidentiranju diagnoz in postopkov in na drugi orodja, ki lahko pri tem pomagajo. Vsekakor je ob vpeljavi sistema treba računati na porabljeni čas, namenjen evidentiranju bolnišnične obravnave.

Nekateri navajajo, da se lahko za evidentiranje porabi tudi do pol ure časa, ta čas pa se z rutino zmanjša na približno pet minut za povprečno obravnavo.

V posameznih državah vprašanje kodiranja rešujejo različno. V nekaterih državah (Nemčiji in skandinavskih državah) kodirajo zdravniki. Avstralija in Irska imata poklicne koderje, ki večinoma niso iz medicinskih poklicev. Na Irskem se koderji usposablja na začetnih nekajdnevni tečajih, ki jih organizira HIPE Unit na Economic and Social Research Institute v Dublinu.

Začetnim tečajem po nekaj mesecih sledi nekajdnevni nadaljevalni tečaj. V poročilu *Towards Best Practice in the Coding of Morbidity Data* je podrobna razprava o prednostih in slabostih usposabljanja, zato bodo v prihodnje verjetno organizirali daljše izobraževanje. Avstralija je uvedla zapleten izobraževalni sistem za koderje, ki je potreben predvsem zato, ker koderji nimajo medicinskega predznanja.



Slovenija ima dober in racionalen sistem koderjev, pri katerem bi veljalo ostati in ga nadgrajevati. Slovenski model vključuje zdravnika – skrbnika podatkov, negovalno osebje in delavce v administraciji. Irski model je za zdaj racionalen, bo pa sčasoma podobno kot avstralski postal zelo zahteven (zaradi daljšega izobraževanja) in so zanj značilne slabosti (precejšnja fluktuacija kadra, zaostanki pri kodiranju, posebej ob prehodu na klasifikacijo ICD 10, zahtevno izobraževanje, ker gre za profile brez medicinskega predznanja). V Sloveniji bi v določeni meri irske izkušnje lahko uporabili pri usposabljanju zaposlenih v administraciji, obenem pa bi bilo treba ohraniti koncept zdravnika – skrbnika podatkov za SPP, kakršnega smo uvedli v slovenskih bolnišnicah in kakršnega na primer poznajo tudi v Nemčiji in na Norveškem, ter ga nadgraditi.

Glede na pomanjkljivo poznavanje klasifikacij bi bilo treba o kodiranju podrobneje poučiti že študente medicine v okviru dodiplomskega študija, še posebej v večjih učnih bolnišnicah pa bi morali pripravljati redne delavnice za specializante na kroženju in druge, ki se vključujejo v pripravo medicinske dokumentacije.

Upoštevanje nege v sistemu SPP

V naboru podatkov, ki določajo razvrstitev bolnišnične obravnave v SPP, ni posebnega podatka o storitvah nege. V definiciji dodatne diagnoze pa je med drugim zapisano tudi naslednje:

Dodatne diagnoze opredelimo kot vsa stanja, ki vplivajo na obravnavo osebe tako, da ta zaradi njih potrebuje bodisi:

- zdravljenje,
- dodatne preiskave,
- zahtevnejšo nego ali spremljanje (monitoring).

To pomeni, da je lahko zapisana tudi dodatna diagnoza iz klasifikacije MKB-10 (2005), ki je povezana le z zahtevnejšo nego bolnika.

Vsekakor pa so v ceni SPP oziroma njeni relativni uteži zajeti tudi stroški nege.

Na začetku uvajanja SPP smo opazovali poudarjeno kodiranje posegov, tudi tistih, ki jih sicer ne bi bilo treba kodirati, ker ne vplivajo na razvrščanje v SPP (glejte kodirno pravilo 0044). V razmerah, ko še nimamo natančnih lokalnih podatkov o stroških SPP, so lahko tudi taki podatki koristni, na primer pri analizah stroškov nege za določen SPP, še posebej, če zunanje primerjave pokažejo pomembne razlike.



Izvedba notranjega in zunanjega nadzora nad kakovostjo kodiranja

Uvajanje SPP je vzpodbudilo intenzivno zavedanje in razmišljanje o kakovosti podatkov in je zagotovo izboljšalo kakovost medicinske dokumentacije v bolnišnicah. Nadzor nad ustreznostjo kodiranja je ključni sestavni del procesa uvajanja SPP. Notranji nadzor naj poteka tako (vir: Znanost in umetnost kliničnega kodiranja):

1. Za preverjanje izberemo primere, ki so že bili kodirani (naključno, prerez ali usmerjeno pri napakah). Za revizorja je izbrana oseba, ki ni opravila prvotnega oziroma izvirnega kodiranja. Naloga te osebe je ponovna dodelitev ustrezne kode izbranim primerom (ne da bi bila pred tem seznanjena s prvotno dodeljenimi kodami za posamezni primer).
2. Nato primerjamo rezultate prvotnega in poznejšega kodiranja. Primere, pri katerih je prišlo do spremembe uvrstitve v SPP, ponovno pregleda tisti, ki je določil prvotno kodo.
3. Ugotoviti je treba razloge za napako, ki so lahko različni, na primer pomanjkanje ali slaba dokumentacija, vključno s klinično dokumentacijo in z rezultati preiskav, napaka koderja zaradi pomanjkljivega kliničnega znanja ali napačne uporabe kodirnih standardov in pravil.
4. Ugotovitve so, skupaj s priporočili, namenjenimi zmanjšanju ugotovljenih napak v prihodnje, predstavljene na notranjem sestanku. Rezultati in priporočila so predložena vodilnim izvršilnim organom bolnišnice.
5. Ponovno posredovanje podatkov za zunanje zbirke, če je treba.
6. Izvajanje ukrepov za popravo napak.

V UKC pri notranjih nadzorih uporabljajo prirejen nemški vprašalnik, v katerem je uporabljeno točkovanje kakovosti kodiranja in omogoča primerjavo med različnimi oddelki. Priporočamo ga tudi drugim bolnišnicam. Pri oceni kodiranja je najpomembnejša pravilno določena glavna diagnoza, ocenjujemo pa še ustreznost kodiranja posegov (število in ustreznost kod, manjkajoče kode) ter konsistentnost in kompletnost medicinske dokumentacije.

| Klinika | | Klinični oddelki: | | | | Datum: | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Glavna diagnoza | Pravilna | Pravilna vendar ne optimalna | Napačna | | | | |
| | 20 | 15 | 0 | | | | |
| % | | | | | | | |
| Kodiranje dodatnih diagnoz | Vse kodirane pravilno | Več kot 50 % kodiranih pravilno | Manj kot 50 % kodiranih pravilno | Vse kodirane napačno | | | |
| | 5 | 3 | 2 | 0 | | | |
| % | | | | | | | |
| Popolnost kodiranih dodatnih diagnoz | Kodirane vse možne dodatne diagnoze | Več kot 50 % obstoječih diagnoz kodiranih | Manj kot 50 % obstoječih diagnoz kodiranih | Vse dodatne diagnoze napačno kodirane | | | |
| | 5 | 3 | -3 | -5 | | | |
| % | | | | | | | |
| Kodiranje posegov | Vsi kodirani pravilno | Več kot 50 % kodiranih pravilno | Manj kot 50 % pravilno kodiranih | Vsi napačno kodirani | | | |
| | 5 | 3 | 2 | 0 | | | |
| % | | | | | | | |
| Popolnost kodiranih posegov | Kodirani vsi opravljeni posegi | Kodiranih več kot 50 % opravljenih posegov | Manj kot 50 % opravljenih posegov | Noben opravljen poseg kodiran | | | |
| | 5 | 3 | -3 | -5 | | | |
| % | | | | | | | |
| Prskodiranje (upcodinigi) | Za vsako odlirito prekodiranje | | | | | | |
| | -1 | | | | | | |
| % | | | | | | | |
| Ocena dokumentacije | Dobro razporejena | Nekateri rezultati preislav v napačnem zaporedju | Slaba razporeditev –npr. naključna | Nekonsistentna dokumentacija | Konsistentna dokumentacija | Vsi dokumenti kompletni | Nekateri dokumenti manjkajo |
| | 1 | 0 | -1 | 0 | 2 | 2 | 0 |
| % | | | | | | | |

▲ *Prيرهjen nemški vprašalnik, predstavljen na konferenci PCSI v Budimpešti (avtor Michael Wilke), uporabljajo za notranji nadzor kodiranja v kliničnem centru.*

Rezultati dozdašnjega notranjega nadzora v UKC so pokazali, da je posebej problematično kodiranje glavne diagnoze pri bolnikih, ki se zdravijo v več epizodah. Bolniku, ki se je zdravil v več epizodah, moramo kot glavno diagnozo določiti stanje, ki je bilo glavni razlog za obravnavo v prvi epizodi zdravljenja. Vzrok za napake je največkrat nepoznavanje ali neupoštevanje pravilne definicije bolnišnične obravnave, sestavljene iz vseh epizod zdravljenja po posameznih kliničnih oddelkih, kar predstavlja celoto ter zato en primer SPP. Napake so pogostejše na nekaterih oddelkih in se pojavljajo sistematično.

Problematična je lahko tudi **konsistentnost medicinske dokumentacije** in vnosov v informacijski sistem. Če zdravnik želi zamenjati vrstni red diagnoz, je to treba označiti v medicinski dokumentaciji in navesti ime zdravnika, ki se je odločil za spremembo. Zapisa v popisu in informacijskem sistemu se morata ujemati.

Ocenjujemo tudi **popolnost medicinske dokumentacije**, na primer prisotnost premestitvene dokumentacije pri bolnikih, ki so premeščeni z enega na drug klinični oddelek.

Pri bolnikih, ki so zdravljeni v več epizodah, ima odpustni zdravnik v zadnji epizodi zdravljenja še posebej zahtevno nalogo, ker mora pregledati celotno zdravljenje v vseh epizodah ter povzeti pomembne diagnoze in posege. Primerna in popolna medicinska dokumentacija odpustnemu zdravniku olajša delo. Premestitvena dokumentacija za bolnika naj vsebuje tudi ustrezen povzetek zdravljenja v prejšnji epizodi. Premestitveni povzetek mora ostati v popisu bolnika tudi po odpustu (tudi če smo kopijo izročili bolniku). Ker je zdravljenje takih bolnikov običajno tudi najdražje, je smiselno rutinsko preverjanje ustreznosti kodiranja.

Največje število točk po vprašalniku znaša 45.

Pilotni notranji nadzori nad kakovostjo kodiranja v bolnišnicah lahko zelo učinkovito identificirajo problematična področja kodiranja, kjer je potrebno dodatno izobraževanje.



Glavna pravila pri kodiranju

Deset zlatih pravil za kodiranje so pripravili nemški strokovnjaki in so lahko v pomoč pri odpravljanju najpogostejših napak pri kodiranju:

1. Kodirajmo **pošteno**.
2. Ali smo postavili pravilno **glavno diagnozo**?
3. Ali smo identificirali vse **dodatne diagnoze** (srčno popuščanje, elektrolitske motnje, dokazane povzročitelje infekta, sladkorno bolezen, diagnoze v zvezi z nego (preležanine, demenco, delirij)?
4. Ali smo dokumentirali vse **pomembne posege**?
5. Ali so **drugi podatki** pravilni (na primer ure mehanske ventilacije)?
6. Ali so **splošni podatki** (spol, teža, tip odpusta) pravilni?
7. Ali je SPP, ki smo ga dobili, **pričakovan**?
Ali SPP odraža **vrsto zdravljenja**?
8. Ali je SPP **skladen s pričakovano glavno diagnostično skupino (MDC)**?
9. Ali SPP odraža **kirurško aktivnost** (SPP 01-39)?
10. Tako imenovani napačni SPP so lahko res napačni (**Error DRG**) (na primer nesprejemljiva glavna diagnoza 962Z) ali pa so samo opozorilo, da je treba primer preveriti (**Edit DRG**, npr. 901Z). Na vsak način pa morajo biti redki.

Širše umeščanje SPP v zdravstveni sistem in vpliv na delovanje bolnišnic

Čeprav je periferni del zdravstvenega sistema, pa SPP lahko pospeši izgradnjo usklajenega zdravstvenega sistema, ker vzpodbuja hitrejše uvajanje drugih elementov zdravstvenega sistema, na primer kliničnih poti in stroškovne analize v bolnišnicah. Uvajanje SPP je vzpodbudilo intenzivno zavedanje in razmišljanje o kakovosti podatkov, stroških SPP in vsebini obravnave ter primerljivosti.



Ali je bila v Sloveniji izvedena nacionalna stroškovna študija stroškov SPP za akutne bolnišnice?

Z uvajanjem plačevanja po sistemu SPP se Slovenija sooča z zahtevo po analizi stroškov posameznega SPP in primerjavi (benchmarkingu) na področju zdravstvenih storitev, še posebej zaradi omejenih možnosti za primerjave v državi. Zanimanje za to, kako bo financiranje po SPP vplivalo na proračun posameznih kliničnih oddelkov in bolnišnice v celoti, je bilo med uvajanjem SPP zelo izrazito. Od uvedbe SPP so predvsem izvajalci poudarjali zahtevo po kontinuiranih letnih stroškovnih analizah, ki bi zagotovile transparentne podatke, na podlagi katerih bi bilo mogoče prilagajati naš sistem plačevanja akutnih bolnišnic.



ARDRG je razvil klinično uporabna in stroškovno ustrezna pravila za razvrščanje bolnikov, kar omogoča primerjavo rezultatov DRG med državami in ustanovami, ki uporabljajo sisteme ICD10AM za razvrščanje

bolnikov. Analiza stroškov SPP je metoda analize, pri kateri na ustaljen način zbiramo različne stroške zdravljenja na posameznih stroškovnih mestih in jih porazdelimo na bolnika. Tako naj bi posameznemu bolniku v čim večji meri pripisali dejanske stroške zdravljenja, kjer to ni mogoče pa uporabo t. i. servisnih uteži. Tako lahko natančno določimo stroške zdravljenja in izračunamo ceno posameznega SPP ali drugih sestavnih delov oskrbe, ki jih želimo oceniti. Ker je metodologija standardizirana in ker jo med drugim uporabljajo tudi v Avstraliji, Nemčiji in na Irskem, omogoča ne samo primerjavo med stroški bolnišnic v državi, ampak tudi primerjavo (benchmarking) z ustreznimi bolnišnicami v tujini, kar je za Slovenijo, ki je majhna država, zelo pomembno.

Začetna primerjalna analiza podatkov o stroških SPP v kliničnem centru s podatki nekaterih tujih bolnišnic (na Irskem in v Avstraliji), pripravljenih po enaki metodologiji, je pokazala, da so podatki primerljivi in koristni pri ugotavljanju vzrokov za odstopanja.

UKC je za podatke med majem 2004 in aprilom 2005 izvedel 12-mesečno študijo stroškov SPP. Rezultati so bili zaradi izboljšanja kakovosti podatkov, večje izkušnosti in podobno boljši od pričakovanih. Tudi za stroškovno analizo za vse izvajalce sistema SPP v Sloveniji, ki se je začela pozimi leta 2007, je smiselno uporabiti ustaljeno metodo po vzoru držav, ki uporabljajo avstralske sisteme SPP. Nadaljnja uporaba orodij, metodologije in izvajalcev, ki je bila že uporabljena v prejšnjih dveh študijah v Sloveniji, bo omogočila primerljivost dozdajšnjih rezultatov z novimi in lahko bomo ocenili napredek zajemanja stroškov in evidentiranje opravljenega dela nekaj let po uvedbi sistema. Podatki študije bodo uporabni tudi za postavitve stroškovnih standardov na ravni države in za stroškovno ovrednotenje kliničnih poti.

Stroškovne študije morajo nujno postati rutina, zato je treba usposobiti tudi ustrezne strokovnjake v Sloveniji. Šele verodostojni rezultati so lahko osnova za spremembe vrednotenja posameznih sistemov SPP. Koristni bodo na primer primerjalni podatki o ležalni dobi, o porazdelitvi v sorodnih skupinah SPP in podobnem, med drugim tudi razlike med splošnimi, specialnimi in univerzitetnimi bolnišnicami. Transparentni podatki o stroških SPP so predpogoj za postopno povečevanje vpliva rezultatov SPP na proračun bolnišnice. Nacionalna stroškovna

študija bo utemeljila tudi potrebo po uvedbi drugih spremljajočih finančnih instrumentov v okviru SPP (t. i. outliersi itd.). Z rezultati študije bo mogoče dobiti tudi podatke, ki bodo uporabni pri načrtovanju nadaljnje strategije razvoja SPP v Sloveniji, na primer vključevanju psihiatričnih bolnišnic, ambulantnih sistemov SPP itd.

Pomen proračunskega načrtovanja za skupine bolnikov s povečanimi potrebami v prospektivnih primerih

Načrtovanje in nadzorovanje produkcije za skupine storitev, za katere pri prebivalstvu obstajajo povečane potrebe, na primer operacije na odprtem srcu, invazivna žilna diagnostika in zdravljenje, zdravljenje sive mrežnice, žolčnih kamnov, kil ipd. (t. i. prospektivni primeri), je primer praktičnega reševanja problemov povečanih potreb in omejenih sredstev.



Mednarodna praksa je v tem primeru taka, da so bolnišnice pri načrtovanju števila izvedenih posegov oziroma notranjem razporejanjem virov v okviru pogodbeno določene skupne kvote uteži razmeroma svobodne, upoštevati pa morajo določene številčne pogoje za posege v skupinah bolnikov s povečanimi potrebami, ki jih določi snovalec zdravstvene politike, večinoma ministrstvo za zdravje. Večinoma, ne pa izključno, gre za sisteme SPP, za katere so značilne čakalne vrste. Za take tipe bolnikov želimo določiti ciljno število bolnikov (angl. target volume), ki jih bomo zdravili, kar predstavlja določen odstotek od celotnega proračuna (odstotek skupnih realiziranih uteži).

Načrtovanje prospektivnih sistemov SPP je torej mogoče samo okvirno. Mogoče je določiti okvirni proračun za vse sisteme SPP oziroma posamezne skupine SPP, nemogoče pa je načrtovati, koliko bolnikov se bo razvrstilo v posamezne sisteme SPP oziroma podskupine SPP.

Proračunsko načrtovanje poteka tako, da je skupen seštevek realiziranih uteži (angl. cost realities) osnova za proračun naslednjega leta, ob upoštevanju posebnih določil oziroma dogovorov (na primer v zvezi s čakalnimi vrstami). Na splošno torej proračunski modeli določijo del celotnega proračuna, ki pripade posameznemu izvajalcu, nadaljnje načrtovanje pa opravi bolnišnica sama, ko razdeli proračun po oddelkih. Tako načrtovanje na ravni bolnišnice vsaj na začetku vzame za osnovo obseg storitev v preteklem obdobju. Pozneje je treba ustanoviti komisijo, ki odloča o tem, kolikšen bo obseg dela po posameznih oddelkih, vse v okviru dogovorjenega proračuna bolnišnice ter čim bolj usklajeno in pregledno.

Zunanje določanje ciljnih volumnov je torej mogoče pričakovati za primere dolgih čakalnih dob. V primeru dolge čakalne vrste za operacije sive mreže bi ministrstvo za zdravje torej določilo, da mora bolnišnica narediti skupno x uteži, pogoj pa je tudi, da je od tega najmanj y primerov operacij sive mreže.

Izhodišča za proračunavanje prospektivnih sistemov SPP so torej naslednja:

- Osnova pri načrtovanju obsega realizacije SPP je obseg realizacije SPP v prejšnjem letu. Pogoj za realne podatke je kakovostno kodiranje.
- Izvajalci ne morejo vnaprej načrtovati vrste in frekvence posameznih sistemov SPP. Ni na primer mogoče predvideti, koliko bolnikov bo končalo v SPP A06Z, pri kolikih se bodo pojavili drugi zapleti ali pridružene bolezni ipd.
- Proračunsko načrtovanje temelji na prerazporejanju v okviru dogovorjenega proračuna, kjer se določen del sredstev rezervira za problematična področja. Lahko pa se nameni dodaten proračun (na primer dva odstotka) za skrajšanje čakalnih dob za določene posege. V takem primeru se morajo partnerji strinjati s tem, kolikšen je celoten proračun in ali bo potreben tudi dodaten proračun.
- Zunanje določanje ciljnih volumnov je mogoče pričakovati za primere dolgih čakalnih dob.

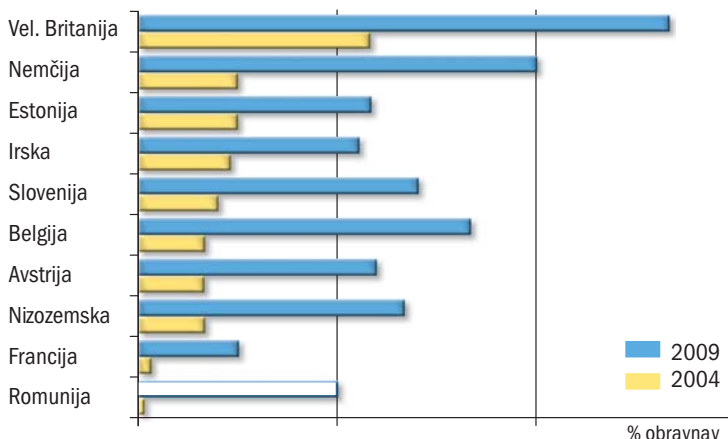
Plačnik naj bi vzpodbujal izvajalce k racionalni obravnavi bolnikov iz čakalnih vrst tako, da bi do sredstev iz dodatnega proračuna bili upravičeni, če bi dokazali uspešnost na področju zdravljenja teh skupin bolnikov (ujemanje z načrtovanim številom z določene čakalne liste, znižanje stroškov za določene sisteme SPP). Podatki o stroškovni učinkovitosti posameznih izvajalcev morajo biti javni, pregledni in primerljivi (vir: Don Hindle, osebna komunikacija).

Kaj je klinična pot in kako se povezuje s sistemom SPP?

Klinična pot je obrazec, ki opisuje običajni način obravnave za posamezne vrste bolnikov. Njihova uvedba navadno povzroči zmanjšanje števila napak, spodbujanje multidisciplinarnega skupinskega dela in zagotavljanje boljše podlage za obveščanje bolnikov in njihovih sorodnikov glede obravnave, ki jo lahko upravičeno pričakujejo. Klinične poti se po vsem svetu uporabljajo za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev, največ v Avstraliji, Veliki Britaniji, na Irskem, v ZDA, na Novi Zelandiji, v Franciji, Nemčiji itd. (glejte sliko, str. 74). Začetki na tem področju v Sloveniji segajo v leto 2002, ko so vzorčne klinične poti začeli pripravljati v petih slovenskih bolnišnicah. Pričakovati je mogoče, da bo nadaljnji razvoj sledil dinamiki razvoja SPP.

Analiza uporabe kliničnih poti v državah EU je pokazala, da obstajajo organizacijski razlogi, ki lahko zavrejo napredek kliničnih poti, predvsem razlike v profesionalnih kulturah, da pa bi klinične poti bilo treba pospešeno vključevati kot sestavni del licenciranja in akreditacije.

V razvitih sistemih SPP je klinična pot običajno podlaga in argument za spreminjanje SPP, vse bolj pa je lahko tudi nujni pogoj za pogodbene odnose med plačniki in izvajalci. Klinična pot je lahko tudi osnova za notranje razporejanje virov, okvir za interno klinično presojo, instrument za razvijanje timskega dela itd. Sestavljene (interdisciplinarne) klinične poti, ki zajemajo več organizacijskih ravni ter spodbujajo racionalno in stroškovno učinkovito klinično oskrbo.

Uporaba kliničnih poti v evropskih državah

▲ *Uporaba kliničnih poti v evropskih državah*

Ali lahko na osnovi SPP izdelamo primerjave med bolnišnicami oziroma izvajalci zdravstvenih storitev?

Na podlagi enotnega seznama produktov (skupin SPP) je bolnišnice mogoče med seboj primerjati. Storitvena zmogljivost bolnišnice bo v prihodnosti ovrednotena z indeksom SPP (CMI). Ta je dobljen iz vrednosti vsote vseh relativnih uteži skupine primerov v enem obdobju deljenih s številom vseh primerov.



CMI je povprečna relativna utež primera in je tako medicinsko-ekonomski parameter za dosežke bolnišnice. Višja vrednost CMI kaže na oskrbo pacientov s povprečno visoko porabo sredstev.

Proračun SPP se izračuna iz produkta CMI, števila primerov in osnovne cene (ocena stroška primera z relativno utežjo 1).

Skupni učinki uporabe sistema SPP na medicino

Skupni učinek je »ekonomiziranje medicine« oziroma vzpostavitev ireverzibilne povezanosti medicine z ekonomijo, kar vključuje optimiziranje porabe sredstev v zdravstvu.

Pred zakonodajalci in organi upravljanja je velik izziv, kako zagotoviti, da bo tekmovanje med izvajalci zdravstvenih storitev potekalo po pravih. Končni rezultat konkurence in sodelovanja med bolnišnicami mora voditi k izboljšanju oskrbe bolnikov.

SPP učinkuje na makroravni na celotno zdravstveno oskrbo, bolnišnice in individualno oskrbo bolnikov. S tem niso odprta le družbeno-politična in medicinsko-ekonomska vprašanja, ampak tudi etična vprašanja oskrbe bolnikov.

Prepoznavni učinki na organizacijo bolnišnice

Na ravni bolnišnice se izraža uporaba sistema SPP v tržni orientaciji bolnišnic. Vsaka organizacija lahko ekonomsko preživi le, če svoje opravljene storitve vsaj stroškovno pokrije. Zaradi moči povpraševanja (plačnikov, bolnikov) je nujno, da se izvajalci storitveno naravnajo (osredinijo na bolnika).

V ospredju sistema SPP so pavšali primerov za celotno bolnišnično obravnavo istega tipa, s čimer se zmanjša pomen oddelčno organiziranih negovalnih enot, zato mora bolnišnica svoje procese reorganizirati pri primeru, in ne pri oddelku. To zahteva interno upravljanje kakovosti s povezanostjo interdisciplinarnega in interprofesionalnega izvajanja storitev.

Ali se bo upravljanje kakovosti v bolnišnicah spremenilo?

Sistemi SPP bodo z vedno večjim ekonomskim pritiskom na bolnišnice prisilili bolnišnice k racionalizaciji. Kljub bojazni, da bo kakovost oskrbe pacientov slabša, da bi tako bolnišnica ostala v še sprejemljivem

stroškovnem okviru, pa je v večini držav ob uvajanju SPP prišlo do racionalizacije, na primer skrajšanja ležalne dobe brez vplivov na kakovost oskrbe.

Zunanji ukrepi za ohranitev ali povečanje kakovosti zadevajo kakovost dokumentacije in preverjanje zlorab pri razvrščanju, na primer t. i. up-coding, neutemeljeno dodeljevanje dodatnih diagnoz z namenom zvečanja uteži.

Prepoznavni učinki na posamezni oddelek

Eno izmed značilnih vprašanj ob uvajanju sistema SPP v velikih bolnišnicah je bilo tudi, kako se bodo sredstva delila, če je bolnik bil zdravljen na več oddelkih oziroma v organizacijskih enotah. Glede na veljavna pravila bi v primeru ekonomske samostojnosti plačniku zaračunal odpustni oddelek, obenem pa bi moral poravnati stroške servisnih dejavnosti, ki jih izvajajo anesteziologi, radiologi in laboratoriji, vključno z administracijo bolnišnice. To povzroči visok pritisk na interne delavce glede učinkovitosti. Vire je mogoče natančneje porazdeliti ob podatkih stroškovne analize SPP, kjer je mogoče, zlasti pri internih premetitvah, ki so poseben problem, analizirati lokacije, na katerih nastajajo stroški, in njihovo višino. Velja uporabiti najbolj mogočo pravično delitev povračila stroškov, kot je na primer ležalna doba, multiplicirana s CMI oddelka. Na splošno pa uvedba SPP pospešuje spremembe, ki so jih začele vpeljevati mnoge bolnišnice z vzpostavitvijo profitnih, stroškovnih ali storitvenih centrov. Tako bodo na preizkušnji tradicionalne oddelčne meje in oddelčne strukture.



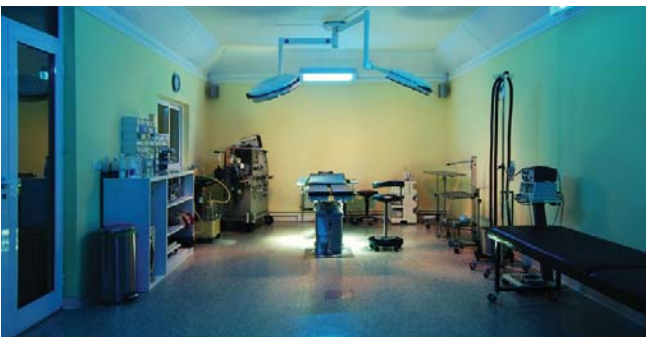
Prednost javnih in preglednih nacionalnih stroškovnih analiz, kakršne pripravljajo na primer v Avstraliji, so podatki o povprečnih (nacionalnih) stroških za določene vrste storitev, kot so na primer rentgenske storitve, operacijske dvorane in podobno za posamezne sisteme SPP.

Tako lahko vsaka bolnišnica preveri svojo stroškovno učinkovitost. Če je na primer strošek operacijske dvorane določene bolnišnice višji od nacionalnega povprečja, je z analizo mogoče ugotoviti, ali je to posledica prepočasnega obrata bolnikov, daljšega operacijskega časa ali nezadostne organizacije dela, ko je operacijska dvorana večkrat nezasedena. Bolnišnica mora ukrepati skladno z rezultati analize.

Vpliv sistema SPP na upravljanje z operacijskimi zmogljivostmi

Pri bolnikih, ki so bili sprejeti v bolnišnico in so operativno zdravljeni, sta operacijska dvorana in intenzivna terapija pomembni stroškovni komponenti. Pomembna postane učinkovita uporaba teh virov. Če so podatki nacionalnih stroškovnih študij na voljo, lahko vsaka bolnišnica preverja svojo stroškovno učinkovitost opredeljenih komponent glede na nacionalno vrednost. Zaradi fiksnih povračil je pomembno, da so stroškovno intenzivni deli procesa optimizirani, da so na primer operacijske dvorane skupaj z operativno in anesteziološko oskrbo izkoriščene učinkovito in se v posameznem primeru uporabljajo čim manj časa. Prav te delovne centre morajo organizacije izboljšati, da bi dosegli učinkovite procese s čim manj uporabljenimi sredstvi.

Tako je treba opazovati vse primere in stroške. Lahko se na primer izkaže, da je uporaba dražjega zdravila (anestetika ali pa analgetika) upravičena, saj ta omogoča večjo zanesljivost zbujanja, s tem pa se uporaba operacijske dvorane in prostora za zbujanje skrajša.



DODATNE INFORMACIJE O DRG IN SPP

[http:// www.ivz.si/index.php?akcija=oddelek&o=28](http://www.ivz.si/index.php?akcija=oddelek&o=28)

[http:// www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/
health-casemix-ardrg1.htm](http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/health-casemix-ardrg1.htm)

[http:// www.fischer-zim.ch/](http://www.fischer-zim.ch/)

[http:// www.g-drg.de/](http://www.g-drg.de/)

[http:// www.mydrg.de/](http://www.mydrg.de/)

[http:// www.de-drg.de/](http://www.de-drg.de/)

[http:// www.medknowledge.de/qualitaetsmanagement/
drg_diagnosis_related_groups.htm](http://www.medknowledge.de/qualitaetsmanagement/
drg_diagnosis_related_groups.htm)

[http:// www.pubcare.uu.se/nordwho/verksam/norddrge.htm](http://www.pubcare.uu.se/nordwho/verksam/norddrge.htm)

[http:// solutions.3m.com/wps/portal/3M/en_US/3MHIS/
HealthInformationSystems/solutions/classification-grouping/](http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/en_US/3MHIS/
HealthInformationSystems/solutions/classification-grouping/)

LITERATURA IN VIRI

- Don Hindle, Anne-Marie Yazbeck, Jana Wahl. Klinične poti v 17 državah Evropske unije: pregled mnenj strokovnjakov. Zdravstveni vestnik, 2004, 73: 839.45.
- Don Hindle, DRG information booklet, Croatian DRG project.
- GlaxoSmithKline: DRGs – Fragen und antworten zum neuen System der Patientklassifikation und Krankenhausfinanzierung.
- Jakob Ceglar: Modeli plačevanja izvajalcem bolnišnične dejavnosti v Sloveniji in izbranih državah. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2004, str. 63, 64.
- Jana Wahl, Tanja Mate, Anne- Marie Yazbeck. Skupine primerljivih primerov v Sloveniji. Prvih sto petdeset dni (Diagnostis related groups in Slovenia- The first 150 days. (Letter to editor. ZV is a Journal of Slovenian Medical Association).
- Jana Wahl. SPP kot katalizator razvoja zdravstvenega sistema v Sloveniji. Nefitni management, letnik 3, junij-julij 2005: 27–31, vabljeni prispevek.
- Interno gradivo projekta RUSZV.
- Interno gradivo enote SPP.
- Summary report on the DRG variant workshop.

PRILOGA

Seznam SPP

| SPP | | Utež |
|------|---|-------|
| A06Z | Traheostomija vse starosti, vsa stanja | 22,23 |
| A40Z | ECMO brez srčne kirurgije | 21,08 |
| A41Z | Intubacija, starost <16 | 4,05 |
| B01Z | Revizija ventrikularnega šanta brez drugih posegov v operacijski dvorani | 2,94 |
| B02A | Kraniotomija s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 9,71 |
| B02B | Kraniotomija z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 5,35 |
| B02C | Kraniotomija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 4,16 |
| B03A | Posegi na hrbtenici s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 7,22 |
| B03B | Posegi na hrbtenici brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 3,12 |
| B04A | Posegi na zunaj lobanjskih žilah s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 4,05 |

| | | |
|------|---|------|
| B04B | Posegi na zunaj lobanjskih žilah brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,20 |
| B05Z | Sprostitev karpalnega kanala | 0,47 |
| B06A | Posegi pri cerebralni paralizi, mišični distrofiji, nevropatiji s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 6,96 |
| B06B | Posegi pri cerebralni paralizi, mišični distrofiji, nevropatiji brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,97 |
| B07A | Posegi na perifernih možganskih živcih in drugi posegi na živčnem sistemu s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,59 |
| B07B | Posegi na perifernih možganskih živcih in drugi posegi na živčnem sistemu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,11 |
| B40Z | Plazmafereza pri nevroloških boleznih | 0,79 |
| B41Z | Podaljšano spremljanje pri kompleksni epilepsiji | 1,60 |
| B60A | Ne akutna paraplegija/kvadriplegija s ali brez posegov v operacijski dvorani s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 7,39 |
| B60B | Ne akutna paraplegija/kvadriplegija s ali brez posegov v operacijski dvorani brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,12 |

| | | |
|------|--|------|
| B61A | Bolezni hrbtenjače z ali brez posegov v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 7,76 |
| B61B | Bolezni hrbtenjače z ali brez posegov v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,03 |
| B62Z | Sprejem zaradi afereze | 0,32 |
| B63Z | Demencia in druge kronične motnje možganskih funkcij | 4,09 |
| B64Z | Delirij | 1,74 |
| B65Z | Cerebralna paraliza | 0,72 |
| B66A | Neoplazma živčnega sistema, starost >64 | 2,29 |
| B66B | Neoplazma živčnega sistema, starost <65 | 1,64 |
| B67A | Degenerativne okvare živčnega sistema s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 5,56 |
| B67B | Degenerativne okvare živčnega sistema brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,06 |
| B68A | Multipla skleroza in cerebralna ataksija s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,30 |
| B68B | Multipla skleroza in cerebralna ataksija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,56 |
| B69A | Tranzitorna ishemična ataka (TIA) in precerebralna okluzija s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,93 |

| | | |
|------|---|------|
| B69B | Tranzitorna ishemična ataka (TIA) in precerebralna okluzija z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,27 |
| B69C | Tranzitorna ishemična ataka (TIA) in precerebralna okluzija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,67 |
| B70A | Možganska kap s hudo ali zapleteno diagnozo ali postopki | 4,05 |
| B70B | Možganska kap z drugimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,17 |
| B70C | Možganska kap brez drugih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,53 |
| B70D | Možganska kap, smrt ali premeščen < 5 dni | 0,62 |
| B71A | Okvare možganskih in perifernih živcev s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,79 |
| B71B | Okvare možganskih in perifernih živcev brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,43 |
| B72Z | Infekcije živčnega sistema razen virusni meningitis | 2,43 |
| B73Z | Virusni meningitis | 0,76 |
| B74Z | Netravmatska stupor in koma | 0,82 |
| B75Z | Vročinski krči | 0,38 |
| B76A | Napadi, starost <3 ali s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,27 |

| | | |
|------|--|------|
| B76B | Napadi, starost >2 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,52 |
| B77Z | Glavobol | 0,43 |
| B78Z | Znotraj lobanjska poškodba | 1,69 |
| B79Z | Zlomi lobanje | 0,92 |
| B80Z | Druge poškodbe glave | 0,37 |
| B81A | Druge okvare živčnega sistema s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,39 |
| B81B | Druge okvare živčnega sistema brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,85 |
| C01Z | Postopki pri penetrantnih poškodbah očesa | 1,80 |
| C02Z | Enukleacije in posegi v orbiti | 1,50 |
| C03Z | Posegi na mrežnici | 1,05 |
| C04Z | Večji posegi na roženici, beločnici in veznici | 1,33 |
| C05Z | Dakriocistorinostomija | 0,86 |
| C06Z | Obsežni posegi pri glavkomu | 0,81 |
| C07Z | Drugi posegi pri glavkomu | 0,80 |
| C08Z | Obsežni posegi na leči | 0,51 |
| C09Z | Drugi posegi na leči | 0,83 |

| | | |
|------|---|------|
| C10Z | Posegi pri strabizmu | 0,64 |
| C11Z | Posegi na vekji | 0,66 |
| C12Z | Drugi posegi na roženici, beločnici in veznici | 0,56 |
| C13Z | Posegi na solznih žlezah | 0,47 |
| C14Z | Drugi posegi na očesu | 0,48 |
| C60A | Akutne in obsežne okužbe očesa, starost >54 | 1,65 |
| C60B | Akutne in obsežne okužbe očesa, starost <55 | 0,94 |
| C61Z | Nevrološke & žilne okvare očesa | 0,65 |
| C62Z | Hifema (krvavitev v sprednji očesni prekat) in medicinsko posredovanje pri poškodbi očesa | 0,43 |
| C63A | Druge okvare očesa s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,01 |
| C63B | Druge okvare očesa brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,37 |
| D01Z | Kohlearni vsadek | 8,81 |
| D02A | Posegi na glavi in vratu s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 6,06 |
| D02B | Posegi na glavi in vratu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,82 |
| D03Z | Kirurški popravek pri diagnozi razcepljene ustnice ali neba | 1,97 |

| | | |
|------|--|------|
| D04A | Kirurgija zgornje čeljusti s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,41 |
| D04B | Kirurgija zgornje čeljusti brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,42 |
| D05Z | Sialoadenektomija | 1,42 |
| D06Z | Posegi na sinusih, mastoidu in zapleteni posegi na srednjem ušesu | 1,11 |
| D07Z | Posegi na žlezah slinavkah razen sialoadenektomije | 0,75 |
| D08Z | Posegi v ustih | 0,70 |
| D09Z | Razni posegi na ušesu, nosu, ustih & grlu | 0,74 |
| D10Z | Rinoplastika (z ali brez turbinektomije) | 0,84 |
| D11Z | Tonzilektomija ali adenoidektomija | 0,62 |
| D12Z | Drugi posegi na ušesu, nosu, ustih & grlu | 1,04 |
| D13Z | Miringotomija (paracenteza bobniča) s pritrditvijo tube | 0,37 |
| D40Z | Ekstrakcija in poprava zob | 0,51 |
| D60A | Maligna obolenja ušesa, nosu, ust in grla s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,62 |
| D60B | Maligna obolenja ušesa, nosu, ust in grla brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,10 |
| D61Z | Izguba ravnotežja | 0,52 |

| | | |
|------|---|------|
| D62Z | Epistaksa (krvavitev iz nosu) | 0,47 |
| D63A | Vnetje srednjega ušesa in vnetje zgornjih dihal s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 0,81 |
| D63B | Vnetje srednjega ušesa in vnetje zgornjih dihal brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,44 |
| D64Z | Laringotraheitis in epiglottitis (vnetje grla, sapnika in poklopca) | 0,36 |
| D65Z | Poškodba in deformacija nosu | 0,40 |
| D66A | Druge diagnoze pri boleznih ušes, nosu, ust in grla spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 0,92 |
| D66B | Druge diagnoze pri boleznih ušes, nosu, ust in grla brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,36 |
| D67Z | Okvare ust in zob razen ekstrakcij in poprav | 0,50 |
| E01A | Večji posegi prsnega koša s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 6,71 |
| E01B | Večji posegi prsnega koša brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 3,57 |
| E02A | Drugi posegi v operacijski dvorani na dihalnem sistemu s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 4,44 |
| E02B | Drugi posegi v operacijski dvorani na dihalnem sistemu z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,83 |

| | | |
|------|--|------|
| E02C | Drugi posegi v operacijski dvorani na dihalnem sistemu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,85 |
| E40Z | Diagnoze dihalnega sistema z dihalno podporo | 5,69 |
| E60A | Cistična fibroza s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,77 |
| E60B | Cistična fibroza brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,13 |
| E61A | Pljučna embolija s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,29 |
| E61B | Pljučna embolija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,29 |
| E62A | Infekcije/vnetja dihal s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,62 |
| E62B | Infekcije/vnetja dihal z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,49 |
| E62C | Infekcije/vnetja dihal brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,84 |
| E63Z | Apneje (prenehanje dihanja) med spanjem | 0,41 |
| E64Z | Pljučni edem in dihalna odpoved | 1,68 |
| E65A | Kronična obstruktivna pljučna bolezen s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,78 |

| | | |
|------|--|------|
| E65B | Kronična obstruktivna pljučna bolezen brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,04 |
| E66A | Večje poškodbe prsnega koša, starost >69 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,25 |
| E66B | Večje poškodbe prsnega koša (starost <70 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (starost >69 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 1,41 |
| E66C | Večje poškodbe prsnega koša, starost <70 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 0,68 |
| E67A | Respiratorni znaki in simptomi s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,02 |
| E67B | Respiratorni znaki in simptomi, starost <3 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,51 |
| E67C | Respiratorni znaki in simptomi, starost >2 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,46 |
| E68Z | Pnevmotoraks | 1,16 |
| E69A | Bronhitis in astma, starost >49 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,24 |
| E69B | Bronhitis in astma (starost <50 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (starost >49 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 0,77 |

| | | |
|------|---|------|
| E69C | Bronhitis in astma, starost <50 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,51 |
| E70A | Lajajoč/ Oslovski kašelj in akutni bronhialitis s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,55 |
| E70B | Lajajoč/ Oslovski kašelj in akutni bronhialitis brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,80 |
| E71A | Neoplazme dihal s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,71 |
| E71B | Neoplazme dihal brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,80 |
| E72Z | Problemi dihal izhajajoči iz neonatalnega obdobja | 1,94 |
| E73A | Plevralni izliv s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,49 |
| E73B | Plevralni izliv z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,28 |
| E73C | Plevralni izliv brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,76 |
| E74A | Intersticijska pljučna bolezen, starost >64 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,09 |
| E74B | Intersticijska pljučna bolezen (starost <65 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (starost >64 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 1,63 |

| | | |
|------|--|-------|
| E74C | Intersticijska pljučna bolezen, starost <65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,09 |
| E75A | Ostale diagnoze dihalnega sistema, starost >64 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,47 |
| E75B | Ostale diagnoze dihalnega sistema (starost <65 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (starost >64 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 1,00 |
| E75C | Ostale diagnoze dihalnega sistema, starost <65 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,53 |
| F01Z | Vsaditev ali zamenjava AIKD- avtomatskega implatibilnega kardioverter defibrilatorja, Celotni sistem | 14,02 |
| F02Z | Vsaditev/zamenjava sestavnega dela AIKD- avtomatskega implatibilnega kardioverter defibrilatorja | 11,56 |
| F03Z | Posegi na srčnih zaklopkah s črpalko/izven telesnim krvnim obtokom z invazivnimi srčnimi preiskavami | 14,24 |
| F04A | Posegi na srčnih zaklopkah s črpalko brez invazivnih srčnih preiskav s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 9,81 |
| F04B | Posegi na srčnih zaklopkah s črpalko brez invazivnih srčnih preiskav brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 7,54 |
| F05A | Koronarne premostitev z invazivnimi srčnimi preiskavami s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 10,13 |

| | | |
|------|---|------|
| F05B | Koronarne premostitev z invazivnimi srčnimi preiskavami brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 7,41 |
| F06A | Koronarne premostitev brez invazivnih srčnih preiskav s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 6,68 |
| F06B | Koronarne premostitev brez invazivnih srčnih preiskav brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 5,12 |
| F07Z | Ostali posegi srca, prsnega koša ali obtočil s črpalko | 8,10 |
| F08A | Obsežni rekonstruktivni žilni posegi brez črpalke s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 8,14 |
| F08B | Obsežni rekonstruktivni žilni posegi brez črpalke brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 4,14 |
| F09Z | Ostali posegi na srcu in prsnem košu brez črpalke | 5,50 |
| F10Z | Perkutana koronarna angioplastika z akutnim miokardnim infarktom | 2,88 |
| F11A | Amputacija zaradi okvar obtočil razen amputacije zgornjega uda in palca noge s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 9,03 |
| F11B | Amputacija zaradi okvar obtočil razen amputacije zgornjega uda in palca noge brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 4,44 |
| F12Z | Vstavev srčnega spodbujevalca | 3,85 |

| | | |
|------|--|------|
| F13Z | Amputacija zgornjega uda in palca noge zaradi okvar obtočil | 3,45 |
| F14A | Posegi na sistemu obtočil razen obsežnih rekonstrukcij brez črpalke s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 4,78 |
| F14B | Posegi na sistemu obtočil razen obsežnih rekonstrukcij brez črpalke z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,25 |
| F14C | Posegi na sistemu obtočil razen obsežnih rekonstrukcij brez črpalke brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,48 |
| F15Z | Perkutana koronarna angioplastika brez akutnega miokardnega infarkta z vstavitvijo stenta | 1,88 |
| F16Z | Perkutana koronarna angioplastika brez akutnega miokardnega infarkta, brez vstavitve stenta | 1,52 |
| F17Z | Zamenjava srčnega spodbujevalca | 2,79 |
| F18Z | Revizija srčnega spodbujevalca razen zamenjave naprave | 2,13 |
| F19Z | Ostali trans-vaskularni perkutani posegi na srcu | 2,15 |
| F20Z | Ligacija in flebeksajreza (stripping) ven | 0,84 |
| F21A | Ostali posegi na sistemu obtočil v operacijski dvorani s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali (starost >64 brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 4,07 |

| | | |
|------|--|------|
| F21B | Ostali posegi na sistemu obtočil v operacijski dvorani, starost <65 brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,56 |
| F40Z | Diagnoze sistema obtočil z dihalno podporo | 4,80 |
| F41A | Okvare obtočil z akutnim miokardnim infarktom z invazivnimi srčnimi preiskavami s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,79 |
| F41B | Okvare obtočil z akutnim miokardnim infarktom z invazivnimi srčnimi preiskavami brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,70 |
| F42A | Okvare obtočil brez akutnega miokardnega infarkta z invazivnimi srčnimi preiskavami z zapleteno diagnozo ali posegom | 1,58 |
| F42B | Okvare obtočil brez akutnega miokardnega infarkta z invazivnimi srčnimi preiskavami brez zapletene diagnoze ali posega | 0,79 |
| F60A | Okvare obtočil z akutnim miokardnim infarktom brez invazivnih srčnih preiskav s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,26 |
| F60B | Okvare obtočil z akutnim miokardnim infarktom brez invazivnih srčnih preiskav brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,31 |
| F60C | Okvare obtočil z akutnim miokardnim infarktom brez invazivnih srčnih preiskav, umrli | 1,30 |
| F61Z | Infekcijski endokarditis | 3,87 |

| | | |
|------|---|------|
| F62A | Odpoved srca in šok s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,63 |
| F62B | Odpoved srca in šok brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,20 |
| F63A | Venska tromboza s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,95 |
| F63B | Venska tromboza brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,87 |
| F64Z | Kožne razjede zaradi okvare obtočil | 1,62 |
| F65A | Periferne okvare obtočil s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,04 |
| F65B | Periferne okvare obtočil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,74 |
| F66A | Koronarna ateroskleroza s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 0,86 |
| F66B | Koronarna ateroskleroza brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,49 |
| F67A | Hipertenzija s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,09 |
| F67B | Hipertenzija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,53 |
| F68Z | Prirojena bolezen srca | 0,91 |
| F69A | Okvare zaklopk s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,65 |

| | | |
|------|---|------|
| F69B | Okvare zaklopk brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,43 |
| F70A | Resna motnja ritma in zastoj srca s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,68 |
| F70B | Resna motnja ritma in zastoj srca brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,75 |
| F71A | Manj resna motnja ritma in motnja prevajanja s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,50 |
| F71B | Manj resna motnja ritma in motnja prevajanja brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,60 |
| F72A | Nestabilna angina s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,35 |
| F72B | Nestabilna angina brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,74 |
| F73A | Nenadna izguba zavesti s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,22 |
| F73B | Nenadna izguba zavesti brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,46 |
| F74Z | Bolečina v prsih | 0,46 |
| F75A | Ostale diagnoze sistema obtočil s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,88 |

| | | |
|------|--|------|
| F75B | Ostale diagnoze sistema obtočil z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,53 |
| F75C | Ostale diagnoze sistema obtočil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,78 |
| G01A | Resekcija danke s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 8,44 |
| G01B | Resekcija danke brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 4,18 |
| G02A | Obsežni posegi na tankem in debelem črevesu s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 7,02 |
| G02B | Obsežni posegi na tankem in debelem črevesu brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 3,23 |
| G03A | Posegi na želodcu, požiralniku in dvanajsterniku zaradi/ pri malignega obolenja | 7,64 |
| G03B | Posegi na želodcu, požiralniku in dvanajsterniku zaradi/ pri malignega obolenja s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 6,03 |
| G03C | Posegi na želodcu, požiralniku in dvanajsterniku zaradi/ pri malignega obolenja brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,14 |
| G04A | Peritonealne adheziolize, starost >49 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 4,88 |
| G04B | Peritonealne adheziolize (starost <50 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (starost >49 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 2,53 |

| | | |
|------|---|------|
| G04C | Peritonealne adheziolize, starost <50 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,39 |
| G05A | Manjši posegi na tankem in debelem črevesu s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,09 |
| G05B | Manjši posegi na tankem in debelem črevesu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,69 |
| G06Z | Piloromiotomija (Ramstedtova operacija) | 1,44 |
| G07A | Apendektomija s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,32 |
| G07B | Apendektomija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,22 |
| G08Z | Posegi pri trebušni, popkovni in ostalih kilah, starost >0 | 1,09 |
| G09Z | Posegi pri ingvinalni in femoralni kili, starost >0 | 0,84 |
| G10Z | Posegi pri kilah, starost <1 | 0,83 |
| G11A | Posegi na zadnjiku in stomah s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,64 |
| G11B | Posegi na zadnjiku in stomah brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,62 |
| G12A | Ostali posegi na prebavnem sistemu opravljeni v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali z malignimi obolenji | 3,78 |

| | | |
|------|---|------|
| G12B | Ostali posegi na prebavnem sistemu opravljeni v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov brez malignih obolenj | 1,11 |
| G40A | Kompleksna terapevtska gastroskopija pri obsežnih boleznih prebavil s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali zapletenimi postopki | 2,92 |
| G40B | Kompleksna terapevtska gastroskopija pri obsežnih boleznih prebavil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov ali zapletenimi postopki | 1,16 |
| G41A | Kompleksna terapevtska gastroskopija pri manj obsežnih boleznih prebavil | 2,05 |
| G41B | Kompleksna terapevtska gastroskopija pri manj obsežnih boleznih prebavil, dnevna obravnava | 0,33 |
| G42A | Ostale gastroskopije pri obsežnih boleznih prebavil | 1,60 |
| G42B | Ostale gastroskopije pri obsežnih boleznih prebavil, dnevna obravnava | 0,33 |
| G43Z | Kompleksna terapevtska kolonoskopija | 0,53 |
| G44A | Ostale kolonoskopije s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali zapletenimi postopki | 1,96 |
| G44B | Ostale kolonoskopije brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov ali zapletenimi postopki | 1,07 |
| G44C | Ostale kolonoskopije, dnevna obravnava | 0,37 |

| | | |
|------|--|------|
| G45A | Ostale gastroskopije pri ne obširnih boleznih prebavil | 1,18 |
| G45B | Ostale gastroskopije pri ne obširnih boleznih prebavil, dnevna obravnava | 0,29 |
| G60A | Maligna obolenja na prebavilih s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,79 |
| G60B | Maligna obolenja na prebavilih brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,85 |
| G61A | Krvavitve iz prebavil (starost <65 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali starost >64 | 0,86 |
| G61B | Krvavitve iz prebavil, starost <65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,38 |
| G62Z | Zapletena peptična razjeda | 1,06 |
| G63Z | Nezapletena peptična razjeda | 0,37 |
| G64Z | Vnetna bolezen črevesa | 0,83 |
| G65A | Obstrukcija prebavil s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,41 |
| G65B | Obstrukcija prebavil brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,69 |
| G66A | Bolečina v trebuhu ali mezenterijski adenitis s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 0,72 |
| G66B | Bolečina v trebuhu ali mezenterijski adenitis brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,36 |

| | | |
|------|---|------|
| G67A | Vnetje požiralnika -ezofagitis, gastroenterologija & razne okvare prebavnega sistema, starost >9 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,24 |
| G67B | Vnetje požiralnika -ezofagitis, gastroenterologija & razne okvare prebavnega sistema, starost >9 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,44 |
| G68A | Gastroenteritis, starost <10 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 0,94 |
| G68B | Gastroenteritis, starost <10 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,48 |
| G69Z | Ezofagitis – vnetje požiralnika in razne okvare prebavnega sistema, starost <10 | 0,53 |
| G70A | Ostale diagnoze prebavnega sistema s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,18 |
| G70B | Ostale diagnoze prebavnega sistema brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,39 |
| H01A | Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantu s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 9,29 |
| H01B | Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantu z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 4,63 |
| H01C | Posegi na trebušni slinavki, jetrih in šantu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 3,26 |
| H02A | Obsežni posegi na biliarnem sistemu zaradi malignih obolenj | 6,01 |

| | | |
|------|--|------|
| H02B | Obsežni posegi na biliarnem sistemu brez malignih obolenj s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 5,18 |
| H02C | Obsežni posegi na biliarnem sistemu brez malignih obolenj brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,01 |
| H03A | Holecistektomija z zaprtim CDE s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 5,01 |
| H03B | Holecistektomija z zaprtim CDE brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,74 |
| H04A | Holecistektomija brez zaprtega CDE s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,90 |
| H04B | Holecistektomija brez zaprtega CDE brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,29 |
| H05A | Hepatobiliarni diagnostični postopki s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,71 |
| H05B | Hepatobiliarni diagnostični postopki brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,43 |
| H06Z | Ostali posegi na hepatobiliarnem sistemu in trebušni slinavki, opravljeni v operacijski dvorani | 4,03 |
| H40Z | Endoskopski posegi ob krvavitvi požiralnikovih varic | 2,53 |
| H41A | ERCP obsežni terapevtski poseg s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,29 |

| | | |
|------|---|------|
| H41B | ERCP obsežni terapevtski poseg brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,19 |
| H42A | ERCP ostali terapevtski posegi s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,17 |
| H42B | ERCP ostali terapevtski posegi brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,95 |
| H60A | Ciroza in alkoholni heptatitis s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,01 |
| H60B | Ciroza in alkoholni heptatitis s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,22 |
| H60C | Ciroza in alkoholni heptatitis brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,65 |
| H61A | Maligna obolenja hepatobiliarnega sistema, trebušne slinavke, starost >69 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,22 |
| H61B | Maligna obolenja hepatobiliarnega sistema, trebušne slinavke (A<70 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (A>69 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 1,45 |
| H61C | Maligna obolenja hepatobiliarnega sistema, trebušne slinavke, starost <70 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,96 |
| H62A | Bolezni trebušne slinavke razen malignih obolenj s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,41 |

| | | |
|------|--|-------|
| H62B | Bolezni trebušne slinavke razen malignih obolenj brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,98 |
| H63A | Bolezni jeter razen malignih obolenj, ciroza, alkoholni heptatitis s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,86 |
| H63B | Bolezni jeter razen malignih obolenj, ciroza, alkoholni heptatitis brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,61 |
| H64A | Okvare biliarnega sistema s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,26 |
| H64B | Okvare biliarnega sistema brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,58 |
| I01Z | Obojestranski ali številni obsežni posegi na sklepih spodnjih udov | 12,36 |
| I02A | Mikrovaskularni prenos tkiva ali (kožni presadek s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti), razen dlani | 12,49 |
| I02B | Kožni presadek brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov, razen dlani | 4,01 |
| I03A | Revizija kolka s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 10,30 |
| I03B | Zamenjava kolka s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali zamenjava kolka brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 6,00 |

| | | |
|------|---|------|
| I03C | Zamenjava kolka brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 4,54 |
| I04A | Zamenjava kolenskega sklepa in ponovna namestitvev s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 6,98 |
| I04B | Zamenjava kolenskega sklepa in ponovna namestitvev brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 4,81 |
| I05Z | Ostale večje zamenjave sklepov in posegi ponovne namestitve okončine | 4,25 |
| I06Z | Učvrstitev hrbtenice pri deformacijah | 8,70 |
| I07Z | Amputacija | 7,97 |
| I08A | Ostali posegi na kolku in stegnenici s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 5,17 |
| I08B | Ostali posegi na kolku in stegnenici, starost >54 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 3,20 |
| I08C | Ostali posegi na kolku in stegnenici, starost <55 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,84 |
| I09A | Učvrstitev hrbtenice s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 9,40 |
| I09B | Učvrstitev hrbtenice brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 4,63 |

| | | |
|------|--|------|
| I10A | Ostali posegi na hrbtu in vratu s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 4,36 |
| I10B | Ostali posegi na hrbtu in vratu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,28 |
| I11Z | Posegi podaljševanja okončine | 3,87 |
| I12A | Infekcije ali vnetja kosti & sklepov s številnimi posegi na mišičnem sistemu in vezivnem tkivu s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji in zapleti | 6,80 |
| I12B | Infekcije ali vnetja kosti & sklepov s številnimi posegi na mišičnem sistemu in vezivnem tkivu z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,12 |
| I12C | Infekcije ali vnetja kosti & sklepov s številnimi posegi na mišičnem sistemu in vezivnem tkivu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,69 |
| I13A | Posegi na nadlahtnici, golenici, mečnici in gležnju s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 4,90 |
| I13B | Posegi na nadlahtnici, golenici, mečnici in gležnju, starost >59 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,42 |
| I13C | Posegi na nadlahtnici, golenici, mečnici in gležnju, starost <60 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,85 |
| I14Z | Revizija krna | 1,85 |
| I15Z | Kirurgija obrazno lobanjskega dela | 2,76 |

| | | |
|------|--|------|
| I16Z | Ostali posegi na ramenu | 1,19 |
| I17Z | Maksilofacialna kirurgija | 2,03 |
| I18Z | Posegi na kolenu | 0,82 |
| I19Z | Ostali posegi na komolcu in podlahti | 1,48 |
| I20Z | Posegi na stopalu | 1,08 |
| I21Z | Lokalna ekscizija in odstranitev notranjega osteosintetskega materiala iz kolka in stegenice | 1,23 |
| I22Z | Večji posegi na zapestju, dlani in palcu | 1,08 |
| I23Z | Lokalna ekscizija in odstranitev notranjega osteosintetskega materiala razen iz kolka in stegenice | 0,62 |
| I24Z | Artroskopija | 0,59 |
| I25Z | Diagnostični postopki na kosti in sklepu vključno z biopsijo | 2,18 |
| I26Z | Ostali posegi na zapestju in dlani | 0,80 |
| I27Z | Posegi na mehkih tkivih | 1,11 |
| I28A | Ostali posegi na vezivnem tkivu s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,49 |
| I28B | Ostali posegi na vezivnem tkivu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,18 |
| I60Z | Zlomi srednjega dela stegenice in odprti kondilarni zlomi stegenice | 2,88 |

| | | |
|------|--|------|
| I61Z | Ostali zlomi stegenice | 1,49 |
| I62A | Zlomi medenice in stegneničnega vratu s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,86 |
| I62B | Zlomi medenice in stegneničnega vratu z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,07 |
| I62C | Zlomi medenice in stegneničnega vratu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,09 |
| I63Z | Izvin, izpah in dislokacija kolka, medenice in stegna | 0,85 |
| I64A | Osteomielitis (starost < 65 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali starost >64 | 3,01 |
| I64B | Osteomielitis, starost <65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,19 |
| I65A | Maligna obolenja vezivnega tkiva vključno s patološkimi zlomi, starost >64 | 1,77 |
| I65B | Maligna obolenja vezivnega tkiva vključno s patološkimi zlomi, starost <65 | 1,22 |
| I66A | Ostale okvare vezivnega tkiva (starost <65 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji) ali starost >64 | 1,69 |
| I66B | Ostale okvare vezivnega tkiva, starost <65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,67 |

| | | |
|------|---|------|
| I67A | Septični artritis s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,81 |
| I67B | Septični artritis brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,17 |
| I68A | Nekirurška stanja vratu & hrbtenice brez postopkov za obvladovanje bolečine ali mielograma (starost <75 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali starost >74 | 1,42 |
| I68B | Nekirurška stanja vratu & hrbtenice brez postopkov za obvladovanje bolečine ali mielograma, starost <75 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,60 |
| I68C | Nekirurška stanja vratu & hrbtenice s postopki za obvladovanje bolečine ali mielogramom | 0,51 |
| I69A | Bolezni kosti in specifične artropatije, starost >74 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,88 |
| I69B | Bolezni kosti in specifične artropatije, starost >74 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,91 |
| I69C | Bolezni kosti in specifične artropatije, starost <75 | 0,62 |
| I70Z | Ne specifične artropatije | 0,88 |
| I71A | Okvare mišic in kit, starost >69 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,40 |

| | | |
|------|---|------|
| I71B | Okvare mišic in kit (starost <70 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (starost >69 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 0,66 |
| I71C | Okvare mišic in kit, starost <70 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,42 |
| I72A | Vnetje kit, mišic in burz (tendinitis, miozitis in bursitis) (starost <80 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji) ali starost >79 | 1,61 |
| I72B | Vnetje kit, mišic in burz (tendinitis, miozitis in bursitis) <80 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,58 |
| I73A | Skrb za bolnika z boleznijo vezivnega tkiva po odpustu iz bolnišnice, starost >59 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,89 |
| I73B | Skrb za bolnika z boleznijo vezivnega tkiva po odpustu iz bolnišnice (starost <60 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (starost >59 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 1,19 |
| I73C | Skrb za bolnika z boleznijo vezivnega tkiva po odpustu iz bolnišnice, starost <60 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,51 |
| I74A | Poškodbe podlakti, zapestja, dlani ali stopala, starost >74 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,80 |

| | | |
|------|---|------|
| I74B | Poškodbe podlakti, zapestja, dlani ali stopala (starost <75 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (starost >74 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 0,66 |
| I74C | Poškodbe podlakti, zapestja, dlani ali stopala, starost <75 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,42 |
| I75A | Poškodbe rame, roke, komolca, kolena, noge ali gležnja, starost >64 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,27 |
| I75B | Poškodbe rame, roke, komolca, kolena, noge ali gležnja (starost <65 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (starost >64 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 0,89 |
| I75C | Poškodbe rame, roke, komolca, kolena, noge ali gležnja, starost <65 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,45 |
| I76A | Ostale bolezni vezivnega tkiva, starost >69 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,62 |
| I76B | Ostale bolezni vezivnega tkiva (starost <70 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (starost >69 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 0,91 |
| I76C | Ostale bolezni vezivnega tkiva, starost <70 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,42 |
| J01Z | Mikrožilni prenos tkiva pri okvarah kože, podkožja in dojke | 6,07 |
| J02A | Reparacija spodnje okončine s kožnim presadkom ali režnjem v primeru razjede ali celulitisa s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 8,61 |

| | | |
|------|---|------|
| J02B | Reparacija spodnje okončine s kožnim presadkom ali režnjem v primeru razjede ali celulitisa brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 3,49 |
| J03A | Reparacija spodnje okončine s kožnim presadkom ali režnjem brez prisotnosti razjede ali celulitisa s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,41 |
| J03B | Reparacija spodnje okončine s kožnim presadkom ali režnjem brez prisotnosti razjede ali celulitisa brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,37 |
| J04A | Reparacija spodnje okončine s kožnim presadkom ali režnjem v primeru razjede ali celulitisa s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji | 4,71 |
| J04B | Zdravljenje spodnje okončine brez kožnega presadka ali režnja pri razjedi ali celulitisu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,62 |
| J05Z | Reparacija spodnje okončine brez ulkusa ali celulitisa z drugimi posegi v operacijski dvorani brez kožnega presadka ali režnja | 1,27 |
| J06A | Obsežni posegi pri malignih stanjih dojke | 1,74 |
| J06B | Obsežni posegi pri ne malignih stanjih dojke | 1,19 |
| J07A | Manjši posegi pri malignih stanjih dojke | 0,87 |
| J07B | Manjši posegi pri ne malignih stanjih dojke | 0,50 |

| | | |
|------|---|------|
| J08A | Ostali kožni presadki in/ali nekrektomija (odstranitev nekroz) s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,73 |
| J08B | Ostali kožni presadki in/ali nekrektomija (odstranitev nekroz) brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,90 |
| J09Z | Posegi na zadnjiku in pilonidalni posegi | 0,63 |
| J10Z | Plastika kože, podkožnega tkiva in dojke v operacijski dvorani | 0,70 |
| J11Z | Ostali posegi na koži, podkožnem tkivu in dojki | 0,47 |
| J60A | Kožna razjeda, starost >64 | 1,84 |
| J60B | Kožna razjeda, starost <65 | 1,26 |
| J61Z | Hude okvare kože | 0,68 |
| J62A | Maligna obolenja dojke, starost >69 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,03 |
| J62B | Maligna obolenja dojke (starost <70 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti) ali (starost >69 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 0,78 |
| J62C | Maligna obolenja dojke, starost <70 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,38 |
| J63Z | Ne maligna obolenja dojke | 0,53 |
| J64A | Celulitis, starost >59 s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,00 |

| | | |
|------|---|------|
| J64B | Celulitis (starost >59 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) ali starost <60 | 0,85 |
| J65A | Poškodbe kože, podkožnega tkiva in dojke, starost >69 | 0,93 |
| J65B | Poškodbe kože, podkožnega tkiva in dojke, starost <70 | 0,39 |
| J66A | Zmerne okvare kože s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,67 |
| J66B | Zmerne okvare kože brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,64 |
| J67A | Manjše okvare kože s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,29 |
| J67B | Manjše okvare kože brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,31 |
| K01Z | Diabeteično stopalo | 5,83 |
| K02Z | Posegi na hipofizi | 4,19 |
| K03Z | Posegi na nadledvični žlezi | 3,42 |
| K04Z | Večji posegi pri debelosti | 2,63 |
| K05Z | Posegi na obščitnici | 1,95 |
| K06Z | Posegi na ščitnici | 1,67 |
| K07Z | Posegi pri debelosti | 1,49 |
| K08Z | Posegi na tiroglosnem+C336 vodu | 1,01 |

| | | |
|------|--|------|
| K09Z | Ostali posegi pri endokrinih, prehrabnenih in presnovnih boleznih v operacijski dvorani | 3,50 |
| K40Z | Endoskopija ali postopki preiskav pri presnovnih boleznih brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,60 |
| K60A | Sladkorna bolezen s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,07 |
| K60B | Sladkorna bolezen brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,90 |
| K61Z | Hude prehrabnene motnje | 3,52 |
| K62A | Različne presnovne bolezni s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,39 |
| K62B | Različne presnovne bolezni z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali (starost >74 brez resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 1,19 |
| K62C | Različne presnovne motnje brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov, starost < 75 | 0,64 |
| K63Z | Prirojene napake presnove | 0,70 |
| K64A | Bolezni endokrinih žlez s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,95 |
| K64B | Bolezni endokrinih žlez brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,75 |
| L02Z | Operativna namestitvev peritonealnega dializnega katetra | 3,84 |

| | | |
|------|---|------|
| L03A | Posegi na ledvici, sečevodu in večji posegi na mehurju zaradi neoplastičnih sprememb s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 6,55 |
| L03B | Posegi na ledvici, sečevodu in večji posegi na mehurju zaradi neoplastičnih sprememb brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 3,59 |
| L04A | Posegi na ledvici, sečevodu in večji posegi na mehurju zaradi neoplastičnih sprememb katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 5,09 |
| L04B | Posegi na ledvici, sečevodu in večji posegi na mehurju zaradi neoplastičnih sprememb brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,30 |
| L05A | Transuretralna prostatektomija s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 4,06 |
| L05B | Transuretralna prostatektomija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,39 |
| L06A | Manjši posegi na mehurju s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,85 |
| L06B | Manjši posegi na mehurju brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,96 |
| L07A | Transuretralni posegi razen prostatektomije s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,02 |
| L07B | Transuretralni posegi razen prostatektomije brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,68 |

| | | |
|------|---|------|
| L08A | Posegi na sečnici s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,28 |
| L08B | Posegi na sečnici brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,67 |
| L09A | Ostali posegi pri boleznih ledvic in sečil s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 6,70 |
| L09B | Ostali posegi pri boleznih ledvic in sečil z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,43 |
| L09C | Ostali posegi pri boleznih ledvic in sečil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,30 |
| L40Z | Ureteroskopija | 0,85 |
| L41Z | Cistoureteroskopija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,45 |
| L42Z | ESWL (zunaj telesno drobljenje kamnov) pri ledvičnih kamnih | 0,53 |
| L60A | Odpoved ledvic s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,39 |
| L60B | Odpoved ledvic z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali (starost > 69 brez resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 1,56 |
| L60C | Odpoved ledvic, starost <70 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,71 |
| L62A | Neoplastične spremembe ledvic in sečil s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,08 |

| | | |
|------|---|------|
| L62B | Neoplastične spremembe ledvic in sečil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,75 |
| L63A | Infekcija ledvic in sečil, starost >69 s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,38 |
| L63B | Infekcija ledvic in sečil, starost >69 brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,04 |
| L63C | Infekcija ledvic in sečil, starost < 70 | 0,73 |
| L64Z | Ledvični kamni in obstrukcija | 0,45 |
| L65A | Znaki in simptomi s področja ledvic in sečil s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,28 |
| L65B | Znaki in simptomi s področja ledvic in seči brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,47 |
| L66Z | Zožitev sečnice | 0,40 |
| L67A | Ostale diagnoze s področja ledvic in sečil s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,51 |
| L67B | Ostale diagnoze s področja ledvic in sečil z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,16 |
| L67C | Ostale diagnoze s področja ledvic in sečil brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,50 |

| | | |
|------|--|------|
| M01Z | Večji posegi na moški medenici | 3,45 |
| M02A | Transuretralna odstranitev prostate s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,37 |
| M02B | Transuretralna odstranitev prostate brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,24 |
| M03A | Posegi na penisu s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,95 |
| M03B | Posegi na penisu brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,99 |
| M04A | Posegi na testisih s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,43 |
| M04B | Posegi na testisih brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,62 |
| M05Z | Obrezovanje (cirkumcizija) | 0,45 |
| M06A | Ostali posegi v operacijski dvorani na moškem reprodukcijskem sistemu zaradi malignih obolenj | 2,52 |
| M06B | Ostali posegi v operacijski dvorani na moškem reprodukcijskem sistemu razen malignih obolenj | 0,76 |
| M40Z | Cistouretroskopija brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,32 |
| M60A | Maligna obolenja moškega reprodukcijskega sistema s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,86 |

| | | |
|------|---|------|
| M60B | Maligna obolenja moškega reprodukcijskega sistema brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,86 |
| M61A | Benigna hipertrofija prostate s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,54 |
| M61B | Benigna hipertrofija prostate brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,46 |
| M62A | Vnetje moškega reprodukcijskega sistema s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,00 |
| M62B | Vnetje moškega reprodukcijskega sistema brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,52 |
| M63Z | Sterilizacija, moški | 0,31 |
| M64Z | Ostale diagnoze s področja moškega reprodukcijskega sistema | 0,40 |
| N01Z | Evisceracija medenice in radikalna vulvektomija | 5,72 |
| N02A | Posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi malignih obolenj na jajčnikih ali jajcevodih s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 5,98 |
| N02B | Posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi malignih obolenj na jajčnikih ali jajcevodih brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,40 |
| N03A | Posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi malignih obolenj razen na jajčnikih ali jajcevodih s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 4,25 |

| | | |
|------|---|------|
| N03B | Posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi malignih obolenj razen na jajčnikih ali jajcevodih brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,11 |
| N04Z | Histerektomija zaradi ne malignih tvorb | 1,70 |
| N05A | Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tvorb s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,56 |
| N05B | Odstranitev jajčnika in kompleksni posegi na jajcevodih zaradi ne malignih tvorb brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,37 |
| N06Z | Rekonstruktivni posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu | 1,29 |
| N07Z | Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi ne malignih tvorb | 0,68 |
| N08Z | Endoskopski posegi na ženskem reprodukcijskem sistemu | 0,56 |
| N09Z | Konizacija in posegi na nožnici, materničnem vratu in zunanjem spolovilu | 0,44 |
| N10Z | Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija | 0,39 |
| N11A | Ostali posegi v operacijski dvorani na ženskem reprodukcijskem sistemu, starost >64 ali z malignimi obolenji ali s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,31 |
| N11B | Ostali posegi v operacijski dvorani na ženskem reprodukcijskem sistemu, starost <65 brez malignih obolenj brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,46 |

| | | |
|------|---|------|
| N60A | Maligna obolenja ženskega reprodukcijskega sistema s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,80 |
| N60B | Maligna obolenja ženskega reprodukcijskega sistema brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,78 |
| N61Z | Infekcije ženskega reprodukcijskega sistema | 0,56 |
| N62A | Bolezni ženskega reprodukcijskega sistema in motnje menstrualnega ciklusa s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 0,64 |
| N62B | Bolezni ženskega reprodukcijskega sistema in motnje menstrualnega ciklusa brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,28 |
| O01A | Porod s carskim rezom s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna | 3,05 |
| O01B | Porod s carskim rezom z resnimi zapletenimi diagnozami | 2,11 |
| O01C | Porod s carskim rezom z zmernimi zapletenimi diagnozami | 1,96 |
| O01D | Porod s carskim rezom brez zapletenimi diagnozami | 1,71 |
| O02Z | Vaginalni porod z zapletenimi posegi v operacijski dvorani | 1,56 |
| O03Z | Ektopična nosečnost (zunajmaternična nosečnost) | 1,04 |
| O04Z | Po porodu in po splavu s posegi v operacijski dvorani | 0,74 |
| O40Z | Splav z D&C, aspiracijska abrazija ali histerotomija | 0,40 |

| | | |
|------|--|-------|
| O60A | Vaginalni porod s številnimi zapletenimi diagnozami, vsaj ena resna | 1,59 |
| O60B | Vaginalni porod z resnimi zapletenimi diagnozami | 1,17 |
| O60C | Vaginalni porod z zmernimi zapletenimi diagnozami | 1,11 |
| O60D | Vaginalni porod brez zapletenimi diagnozami | 0,91 |
| O61Z | Po porodu in po splavu brez posegov v operacijski dvorani | 0,49 |
| O62Z | Grozeči splav | 0,30 |
| O63Z | Splav brez D&C (dilatacije in abrazije aspiracijske kiretaže ali histerotomije) | 0,34 |
| O64Z | Lažni porod | 0,34 |
| O65A | Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zapletenih diagnoz | 0,42 |
| O65B | Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zmernih ali brez zapletenih diagnoz | 0,33 |
| P01Z | Novorojenček, umrl ali premeščen <5 dni po sprejemu, s pomembnimi posegi v operacijski dvorani | 1,47 |
| P02Z | Kardiorakalni ali vaskularni posegi pri novorojenčkih | 12,49 |
| P03Z | Novorojenček, teža ob sprejemu 1000-1499 g s pomembnimi posegi v operacijski dvorani | 21,28 |
| P04Z | Novorojenček, teža ob sprejemu 1500-1999 g s pomembnimi posegi v operacijski dvorani | 13,35 |

| | | |
|------|---|-------|
| P05Z | Novorojenček, teža ob sprejemu 2000-2499 g s pomembnimi posegi v operacijski dvorani | 12,28 |
| P06A | Novorojenček, teža ob sprejemu > 2499 g s pomembnimi posegi v operacijski dvorani s številnimi obsežnimi težavami | 14,18 |
| P06B | Novorojenček, teža ob sprejemu >2499 g s pomembnimi posegi v operacijski dvorani brez številnih obsežnih težav | 4,92 |
| P60A | Novorojenček umrl ali premeščen <5 dni po sprejemu, brez pomembnih posegov v operacijski dvorani, rojen tukaj | 0,47 |
| P60B | Novorojenček umrl/premeščen <5 dni po sprejemu, brez pomembnih posegov v operacijski dvorani, ni rojen tukaj | 0,89 |
| P61Z | Novorojenček, teža ob sprejemu < 750 g | 39,38 |
| P62Z | Novorojenček, teža ob sprejemu 750-999 g | 27,42 |
| P63Z | Novorojenček, teža ob sprejemu 1000-1249 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani | 10,90 |
| P64Z | Novorojenček, teža ob sprejemu 1250-1499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani | 8,09 |
| P65A | Novorojenček, teža ob sprejemu 1500-1999 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani s številnimi obsežnimi težavami | 8,82 |

| | | |
|------|---|------|
| P65B | Novorojenček, teža ob sprejemu 1500-1999 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z obsežnimi težavami | 5,93 |
| P65C | Novorojenček, teža ob sprejemu 1500-1999 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z drugimi težavami | 4,08 |
| P65D | Novorojenček, teža ob sprejemu 1500-1999 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani brez težav | 3,44 |
| P66A | Novorojenček, teža ob sprejemu 2000-2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani s številnimi obsežnimi težavami | 4,88 |
| P66B | Novorojenček, teža ob sprejemu 2000-2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z obsežnimi težavami | 3,71 |
| P66C | Novorojenček, teža ob sprejemu 2000-2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z drugimi težavami | 2,31 |
| P66D | Novorojenček, teža ob sprejemu 2000-2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani brez težav | 1,21 |
| P67A | Novorojenček, teža ob sprejemu > 2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani s številnimi obsežnimi težavami | 4,15 |
| P67B | Novorojenček, teža ob sprejemu > 2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z obsežnimi težavami | 2,08 |

| | | |
|------|---|------|
| P67C | Novorojenček, teža ob sprejemu > 2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani z drugimi težavami | 1,09 |
| P67D | Novorojenček, teža ob sprejemu > 2499 g brez pomembnih posegov v operacijski dvorani brez težav | 0,55 |
| Q01Z | Odstranitev vranice (splenektomija) | 3,52 |
| Q02A | Ostali posegi v operacijski dvorani na krvotvornih organih in krvi s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji | 4,61 |
| Q02B | Ostali posegi v operacijski dvorani na krvotvornih organih in krvi brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj | 0,82 |
| Q60A | Bolezni retikuloendotelijskega in imunskega sistema s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,23 |
| Q60B | Bolezni retikuloendotelijskega in imunskega sistema brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,44 |
| Q61A | Bolezni celic rdeče vrste s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,97 |
| Q61B | Bolezni celic rdeče vrste z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 0,96 |
| Q61C | Bolezni celic rdeče vrste brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,38 |
| Q62A | Motnje strjevanja krvi, starost >69 | 0,99 |

| | | |
|------|---|------|
| Q62B | Motnje strjevanja krvi, starost <70 | 0,56 |
| R01A | Limfom in levkemija z obsežnimi posegi v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 8,61 |
| R01B | Limfom in levkemija z obsežnimi posegi v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,65 |
| R02A | Ostale neoplastične spremembe z obsežnimi posegi v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji | 4,81 |
| R02B | Ostale neoplastične spremembe z obsežnimi posegi v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj | 2,33 |
| R03A | Limfom in levkemija z drugimi posegi v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 7,01 |
| R03B | Limfom in levkemija z drugimi posegi v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,13 |
| R04A | Ostale neoplastične spremembe z drugimi posegi v operacijski dvorani s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,36 |
| R04B | Ostale neoplastične spremembe z drugimi posegi v operacijski dvorani brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj | 0,52 |

| | | |
|------|--|-------|
| R60A | Akutna levkemija s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 7,28 |
| R60B | Akutna levkemija z resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,60 |
| R60C | Akutna levkemija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,89 |
| R61A | Limfom in neakutna levkemija s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 4,38 |
| R61B | Limfom in neakutna levkemija brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,48 |
| R61C | Limfom in neakutna levkemija, dnevna obravnava | 0,23 |
| R62A | Ostale neoplastične spremembe s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,75 |
| R62B | Ostale neoplastične spremembe brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,73 |
| R63Z | Kemoterapija | 0,23 |
| R64Z | Radioterapija | 0,48 |
| S60Z | HIV, dnevna obravnava | 0,24 |
| S61Z | S HIV povezane bolezni centralnega živčnega sistema | 11,18 |
| S62Z | S HIV povezana maligna obolenja | 5,61 |
| S63A | S HIV povezane spremljajoče infekcije s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 11,20 |

| | | |
|------|---|------|
| S63B | S HIV povezane spremljajoče infekcije brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 3,82 |
| S64A | Ostali primeri HIV s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 4,64 |
| S64B | Ostali primeri HIV brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,94 |
| T01A | Posegi v operacijski dvorani pri infekcijskih in parazitarnih boleznih s katastrofalnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 6,86 |
| T01B | Posegi v operacijski dvorani pri infekcijskih in parazitarnih boleznih z resnimi ali zmernimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,79 |
| T01C | Posegi v operacijski dvorani pri infekcijskih in parazitarnih boleznih brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,75 |
| T60A | Septikemija s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,59 |
| T60B | Septikemija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,20 |
| T61A | Pooperativne in popoškodbene infekcije s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali (starost >54 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 1,35 |
| T61B | Pooperativne in popoškodbene infekcije, starost <55 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,72 |

| | | |
|------|---|------|
| T62A | Vročina neznanega izvora s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,24 |
| T62B | Vročina neznanega izvora brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,53 |
| T63A | Virusna bolezen, starost >59 | 0,77 |
| T63B | Virusna bolezen, starost <60 | 0,51 |
| T64A | Ostale infekcijske in parazitarne bolezni s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,03 |
| T64B | Ostale infekcijske in parazitarne bolezni brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,86 |
| U40Z | Psihične motnje, dnevna obravnava, z elektrokonvulzivno terapijo | 0,18 |
| U60Z | Psihične motnje, dnevna obravnava, brez elektrokonvulzivno terapija | 0,17 |
| U61A | Shizofrenija s pravnim statusom duševne bolezni | 5,14 |
| U61B | Shizofrenija brez pravnega statusa duševne bolezni | 2,23 |
| U62A | Paranoja & akutne psihiatrične motnje s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali pravnim statusom duševne bolezni | 4,58 |
| U62B | Paranoja & akutne psihiatrične motnje brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov brez pravnega statusa duševne bolezni | 1,50 |

| | | |
|------|--|------|
| U63A | Hude razpoloženske motnje s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali (starost >69 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov) | 4,12 |
| U63B | Hude razpoloženske motnje, starost <70 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,51 |
| U64Z | Ostale razpoloženske in somatiformne motnje | 1,21 |
| U65Z | Anksiozne motnje | 0,83 |
| U66Z | Motnje hranjenja in obsesivno kompulzivne motnje | 4,12 |
| U67Z | Osebnostnem motnje in akutne stresne reakcije | 1,04 |
| U68Z | Psihične motnje v otroštvu | 1,53 |
| V60Z | Zastrupitev z alkoholom in odtegnitveni sindrom | 0,49 |
| V61A | Zastrupitev z zdravili in odtegnitveni sindrom s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,94 |
| V61B | Zastrupitev z zdravili in odtegnitveni sindrom brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,13 |
| V62A | Motnja rabe alkohola in odvisnost | 0,97 |
| V62B | Motnja rabe alkohola in odvisnost, dnevna obravnava | 0,19 |
| V63Z | Motnja rabe opiatov in odvisnost | 0,76 |
| V64Z | Ostale motnje rabe zdravil in odvisnost | 0,76 |

| | | |
|------|---|-------|
| W01Z | Predihavanje ali kraniotomija pri težki politravmi | 22,43 |
| W02Z | Posegi na kolku, stegenici in udih pri težki politravmi, vključno z implantacijo | 9,29 |
| W03Z | Posegi v trebušni votlini pri težki politravmi | 5,93 |
| W04Z | Ostali posegi v operacijski dvorani pri težki politravmi | 8,74 |
| W60Z | Politravma, umrl ali premeščen na drugo enoto za akutno obravnavo, ležalna doba <5 dni | 1,64 |
| W61Z | Politravma, brez pomembnih posegov | 3,12 |
| X01Z | Mikrovaskularni prenos tkiva ali kožni presadki pri poškodbah spodnje okončine | 3,80 |
| X02Z | Mikrovaskularni prenos tkiva ali kožni presadki pri poškodbah dlani | 1,27 |
| X03Z | Mikrovaskularni prenos tkiva ali kožni presadki pri drugih poškodbah | 3,08 |
| X04A | Ostali posegi pri poškodbah spodnje okončine, starost >59 ali s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,61 |
| X04B | Ostali posegi pri poškodbah spodnje okončine, starost <60 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 1,12 |
| X05Z | Ostali posegi pri poškodbah dlani | 0,89 |
| X06A | Ostali posegi pri drugih poškodbah s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 3,33 |

| | | |
|------|---|------|
| X06B | Ostali posegi pri drugih poškodbah brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,93 |
| X60A | Poškodbe, starost >64 s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,30 |
| X60B | Poškodbe, starost >64 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,50 |
| X60C | Poškodbe, starost < 65 | 0,35 |
| X61Z | Alergične reakcije | 0,39 |
| X62A | Zastrupitve in toksični učinki zdravil ter drugih snovi, starost >59 ali s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 0,92 |
| X62B | Zastrupitve in toksični učinki zdravil ter drugih snovi, starost <60 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,37 |
| X63A | Posledice zdravljenja s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,59 |
| X63B | Posledice zdravljenja brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,59 |
| X64A | Ostale diagnoze poškodb, zastrupitev in toksičnih učinkov zdravil, starost >59 ali s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 1,14 |
| X64B | Ostale diagnoze poškodb, zastrupitev in toksičnih učinkov zdravil, starost <60 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,36 |

| DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA ZDRAVSTVENO STANJE, IN DRUGI STIKI Z ZDRAVSTVENO SLUŽBO | | OPEKLINE | Y Z |
|---|--|----------|--------|
| Y01Z | Hude globoke opekline | 33,88 | |
| Y02A | Ostale opekline s kožnimi presadki, starost >64 ali s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali z zapletenimi diagnozami ali postopki | 7,69 | |
| Y02B | Ostale opekline s kožnimi presadk, starost <65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov brez zapletenih diagnoza ali postopkov | 3,13 | |
| Y03Z | Ostali posegi pri opeklinah v operacijski dvorani | 2,09 | |
| Y60Z | Opekline, premestitev v drugo enoto za akutno obravnavo < 5 dni | 0,37 | |
| Y61Z | Hude opekline | 1,21 | |
| Y62A | Ostale opekline, starost >64 ali s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti ali z zapletenimi diagnozami ali postopki | 1,63 | |
| Y62B | Ostale opekline, starost <65 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov brez zapletenih diagnoza ali postopkov | 0,58 | |
| Z01A | Posegi v operacijski dvorani napotenih iz ostalih zdravstvenih ustanov s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,11 | |
| Z01B | Posegi v operacijski dvorani napotenih iz ostalih zdravstvenih ustanov brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,64 | |
| Z40Z | Spremljanje po zaključnem zdravljenju z endoskopijo | 0,30 | |

| | | |
|------|---|------|
| Z60A | Rehabilitacija s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 5,90 |
| Z60B | Rehabilitacija brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 2,18 |
| Z60C | Rehabilitacija, dnevna obravnava | 0,21 |
| Z61Z | Znaki in simptomi | 0,66 |
| Z62Z | Spremljanje po zaključenem zdravljenju z endoskopijo | 0,23 |
| Z63A | Ostale oblike spremljanja bolnika po odpustu s katastrofalnimi ali resnimi spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti | 2,17 |
| Z63B | Ostale oblike spremljanja bolnika po odpustu brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov | 0,71 |
| Z64A | Ostali dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje, starost >79 | 3,01 |
| Z64B | Ostali dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje, starost <80 | 0,58 |
| Z65Z | Številne druge neopredeljene prirojene anomalije | 1,20 |
| 901Z | Ext O.R. Pr Unrel To Pdx | 3,76 |
| 902Z | Non-Ext O.R. Pr Unrel To Pdx | 1,94 |
| 903Z | Prostatic O.R. Pr Unrel To Pdx | 5,70 |
| 960Z | Ungroupable | 1,22 |

◀ ***Seznam SPP***
(Področni dogovor za bolnišnice za leto 2007, ZZS)



Milijoni kapljic. En biser.

15000 naših znanstvenikov po vsem svetu raziskuje, išče in ustvarja nove učinkovine za nova zdravila. Za zdravila prihodnosti, za zdravila, ki bodo premagala najhujše bolezni. Največje farmacevtsko podjetje smo zato, ker namenjamo največ sredstev za raziskave, ker smo razvili 33 originalnih zdravil iz 18 terapevtskih področij in ker nikoli ne odnehamo upati, da bomo novo zdravilo odkrili prav z naslednjim poskusom.

Do popolnosti predani skrbi za življenje.



Microsoft®



Software Assurance: Največ za vaš denar

Za podjetja, ki želijo zmanjšati stroške in obenem ostati na tekočem s tehnologijo ter jo uporabiti za najvišjo raven podpore poslovnim procesom, je Microsoft pripravil program **Software Assurance**. Ta omogoča najem programske opreme, podjetja pa si zagotovijo tudi brezplačen dostop do najnovejših različic.

Ugodne finančne pogoje dopolnjujejo še 24-urna podpora, brezplačna izobraževanja o novih tehnologijah ter možnost, ki zaposlenim nudi popuste pri nakupu programske opreme za domačo uporabo.

Software Assurance je odlična izbira za podjetja, ki želijo tehnologijo z nizkimi stroški preoblikovati v svojo konkurenčno prednost.

Več informacij o programu Software Assurance je na voljo na naslovu <http://www.microsoft.com/slovenija/licenciranje/sa/default.aspx>.

AVTENTA.SI O OUTSOURCINGU:

VSAK NAJ DELA TISTO, KAR DELA NAJBOLJŠE.

www.avtenta.si

avtenta.si

Vaš outsourcing partner



Založil: **Inštitut za varovanje zdravja RS**

Uredila: **Irena Zupanc, Inštitut za varovanje zdravja RS**

Strokovna recenzija: **Jana Wahl, Medius 5, d. o. o.**

Pri pripravi knjižice so sodelovali*:

Jakob Ceglar, Ministrstvo za zdravje RS

Sladjana Jelisavčić, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Aleksandra Jerčinovič, Libertin, d. o. o.

Vesna Lešnik Štefotič, ISP, Vesna Lešnik Štefotič, s. p.

Barbara Morovič, Inštitut za varovanje zdravja RS

Franc Osredkar, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Jana Wahl, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Ivan Zorman, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Irena Zupanc, Inštitut za varovanje zdravja RS

Prevod nemških besedil: **Sabrina Leskovšek**

Lektoriranje: **Založba Sentenca, d. o. o.**

Oblikovanje: **CwIT, Ljiljana Sušnik, s. p.**

Tisk: **Tiskarna Knjigoveznica Radovljica**

Marec 2008

Isid je omogočilo Ministrstvo za zdravje RS.



CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

336.531.2:614.2

SPP : skupine primerljivih primerov : vprašanja in odgovori o sistemu razvrščanja bolnišničnih obravnav (SPP) in financiranju bolnišnic / [uredila Irena Zupanc ; prevod nemških besedil Sabrina Leskovšek]. - Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja RS, 2008

ISBN 978-961-6659-22-2

1. Zupanc, Irena

238067968

* po abecednem vrstnem redu



skupine primerljivih primerov

Pred vami je prva različica brošure o skupinah primerljivih primerov (SPP), ki vsebuje nekatera najpogostejša vprašanja, ki so bila zastavljena med številnimi pogovori ob uvajanju SPP v Sloveniji.

Tako kot drugod bo treba sistem SPP tudi v Sloveniji prilagoditi lokalnim razmeram. V večini držav, kjer so SPP uvedli kot način razvrščanja za financiranje bolnišnične dejavnosti, je prišlo do racionalizacije v smislu skrajšanja ležalnih dob in drugih ugodnih učinkov, ki niso šli na račun kakovosti storitev. Zelo pomembna prednost, ki jo omogoča SPP v povezavi s stroškovnimi analizami, je tudi, da je mogoče bolnišnice od zdaj primerjati glede učinkovitosti zdravljenja posameznih sistemov SPP. Čeprav sistem SPP sam po sebi ne vpliva na kakovost storitev, pa jo izboljšuje, ker povečuje skrb za dobro klinično dokumentacijo in transparentne podatke bolnišničnih obravnav, pospešuje pa tudi razvoj kliničnih poti. Prav take učinke lahko pričakujemo tudi v Sloveniji, zaradi majhnosti in obvladljivosti sistema morda še hitreje kot v nekaterih drugih državah.



Inštitut za varovanje zdravja RS © marec 2008