

Lucia Jantošová
Alžbeta Foltínová †

ZVYŠOVANIE KVALITY SLUŽIEB A RIADENIE NÁKLADOV V NEMOCNICIACH NA SLOVENSKU¹

Úvod

Zdravie predstavuje kľúčovú hodnotu v živote každého človeka. Základné determinanty zdravia sú jeho dostupnosť a úroveň poskytovanej zdravotnej starostlivosti, kvalita prostredia a fyziologicko-psychologické predpoklady človeka. Zodpovedná zdravotná politika štátu má za úlohu ovplyvňovať tieto základné determinanty, ktorými sú hlavne kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Základným prostriedkom pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti štátu sú nemocničné a zdravotnícke zariadenia ako hospodárske subjekty, ktoré existujúce zdroje využívajú tak, aby boli uspokojované potreby obyvateľstva. Pre zabezpečenie hospodárskeho poriadku bolo nutné vytvoriť systém zákonov, noriem, inštitúcií a ďalších podmienok pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti. „V praxi sa poskytovanie zdravotných služieb vyznačuje nasledujúcimi vlastnosťami a to vykonávajú ich hospodárske subjekty, vyžadujú si plánované a cieľavedomé využívanie zdrojov, vyznačujú sa podmienenou potrebou zákazníkov a majú slúžiť k uspokojeniu ich potrieb.“²

Z vyššie uvedených dôvodov je cieľom príspevku priblížiť všetky tieto podmienky pre poskytovanie zdravotných výkonov, pretože ako celok vytvárajú službu poskytovanú zdravotným sektorom.

1 ÚLOHA NEMOCNÍČ V POSKYTOVANÍ „ZDRAVIA“

Zdravotná starostlivosť patrí do kategórie služieb, pri ktorej zamestnanci, teda zdravotnícky a nezdravotnícky personál, prevažne poskytuje svoje výkony pacientovi ako hlavnému zákazníkovi. V prípade zdravotnej starostlivosti a jej poskytovania je dôležitým prostriedkom aj samotné prístrojové vybavenie, a však personál predstavuje definujúci prvok pri vykonávaní a poskytovaní služieb.

Pre dosiahnutie kvality života pacientov a ich spokojnosti ako zákazníkov je potrebné zdravotníctvo poskytovať tak, aby boli splnené očakávania a želania pacientov. Cieľom poskytovania zdravotníckych služieb je sklbiť ekonomickú stránku procesu s výsledným výkonom, teda dosiahnuť vyššie blaho pacienta a jeho spokojnosť, pričom poskytovateľ musí spĺňať definované štandardy, ktorými sú faktory kvality a riziká, času a priestoru, ako aj nákladovej efektívnosti a výkonnosti. Pri nesplnení štandardných

¹ VEGA, MŠ SR a SAV č. 1/0910/12 „Controlling podnikov financovaných na princípe verejných zdrojov“

² ZAPP. W. 2010. *Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen- Von der Analyse zum Controlling*. Economica Verlag, 2010, 13-14s. ISBN 9783870815950.

parametrov dochádza k nespokojnosti. Komplexná optimalizácia vyššie uvedených parametrov procesu vedie k zvýšeniu kvality a spokojnosti zákazníkov.

V príspevku sa zameriame na jednotlivé stránky potrebné k plneniu zdravotnej starostlivosti, a to na kvalitu a spokojnosť pacientov, nákladovosť, účinnosť a celkovú efektivitu poskytovania daného typu služieb.

Spokojnosť a kvalita poskytovaných zdravotných služieb

Spokojnosť pacientov je považovaná za kľúčový faktor úspechu procesného riadenia. Výsledná spokojnosť pacienta je ohraničená legitímnymi požiadavkami a individuálnymi potrebami pacientov. Pretože sa jedná o dynamický jav orientujúci sa na pacienta, musí byť poskytovanie zdravotnej starostlivosti schopné prispôbiť sa nepretržitým a neustálym zmenám nárokov a očakávaní pacientov.

Pokles kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti môže byť preukázateľne spôsobený infekciami alebo pooperačno-respiračnými, metabolickými alebo inými komplikáciami. Tieto komplikácie preukázateľne zvyšujú náklady nemocníc, preto je potrebné zamerať značné úsilie na zníženie nákladov, a to tak, aby sa predchádzalo nežiaducim účinkom a komplikáciám, čím sa odvráti potreba ďalších dodatočných služieb, čo následne vedie k úspore nákladov.

Jedným zo spôsobov, ako môžeme zvýšiť kvalitu poskytovanej starostlivosti, a tým aj ovplyvniť úroveň nákladov v nemocniciach je použitie **metódy ošetrovateľského procesu (Evidence based nursing)**. Táto metóda je zameraná na zefektívnenie ošetrovateľského procesu zacieleného na pacienta (klienta) so snahou o zlepšenie kvality. „EBN predstavuje proces klinického rozhodovania sestier v priebehu ošetrovateľského procesu prostredníctvom využitia dostupných výsledkov a informácií vedy a výskumu, praktických a teoretických skúseností pri rešpektovaní hodnôt a potrieb pacienta, a však pri obmedzení, ktorým sú dostupné prostriedky.“³

Aby mohol sektor efektívne fungovať je potrebné **zabezpečiť jeho finančnú udržateľnosť**, čím sa oživuje ekonomický rast a zlepšuje sa finančná situácia v sektore.

Posledným krokom, ktorý spomenieme je sprístupnenie informácií. Aby bolo možné zdravotníctvo hodnotiť a uskutočňovať potrebné zmeny je nevyhnutné disponovať čo najväčším množstvom najpresnejších informácií. Jedným z možných krokov vlády pre zefektívnenie informačného toku v zdravotníctve je **zavedenie informačného systému eHealth**.⁴ „Cieľom elektronického zdravotníctva (eHealth) je prostredníctvom informačných a komunikačných technológií poskytnúť správne informácie v správny čas na správnom mieste vo všetkých etapách a procesoch starostlivosti o zdravie občanov, čo výrazne prispeje k zlepšovaniu zdravotnej starostlivosti, a tým aj k zvyšovaniu kvality života občanov. eHealth má zároveň priniesť výrazné finančné úspory, ktoré môžu byť

³ HUSKOVÁ, J. 2009. *Ošetrovatelství- ošetrovateľské postupy pro zdravotnícké asistenty*. Grada Publishing a.s., 2009, 7s. ISBN 9788024728544.

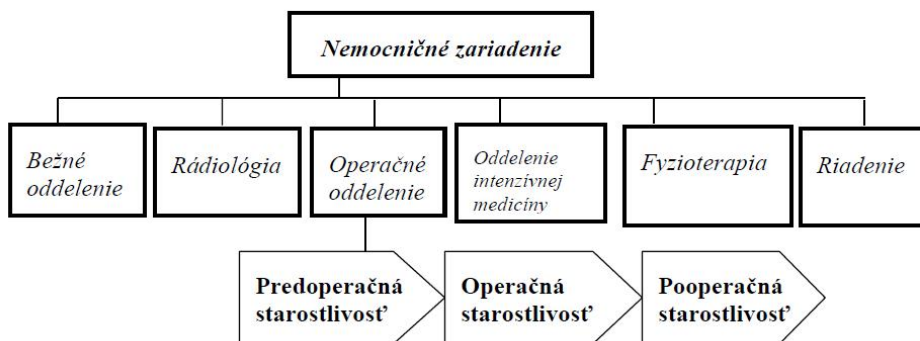
⁴ Viac k danej problematike sa dočítate v KOVÁČ, P. a kol. 2010. *Country Brief: Slovakia*. ICT for Health Unit. 2010, p. 42. a <http://www.ezdravotnictvo.sk/Pages/default.aspx>.

využitie v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti.⁵ Ministerstvo zdravotníctva v polovici mája 2014 pozastavilo druhú etapu projektu a odsunulo plánovaný začiatok jeho nasadenia do praxe na ďalšie volebné obdobie.

Riadenie nákladov a ich rozvrhovanie v nemocniciach

Nemocničné zariadenie ako súčasť systému organizácií poskytujúcich zdravotnú starostlivosť je charakteristické funkčným členením, ktoré sa silne ponáša na funkčne orientovanú firemnú divíziu alebo tradičnú deľbu práce. Funkčným celkom je myslená procesne orientovaná štruktúra, kde oddelenia môžu predstavovať nákladové strediská. Príklad funkčného členenia nemocničného zariadenia je zobrazený na nasledujúcom obrázku.

Obrázok 1: Funkčné členenie nemocničného zariadenia



Zdroj: Vlastné spracovanie

Zdravotnícke zariadenia predstavujú poskytovanie určitých výkonov v oblasti služieb. Výkonnosť môžeme riadiť iba vtedy, ak máme k dispozícii potrebné údaje o službe, ako je spôsob poskytovania služby, dostatočná frekvencia poskytovania služby, výdavky potrebné na poskytovanie služby a to v pevnom štandarde kvality. Uskutočňované výkony a s nimi spojené vyššie uvedené požiadavky musia poskytovať odpovede na nasledujúce interné a externé požiadavky, ktoré sú ohraničené legislatívnymi normami:

„Kto je nositeľom výkonu- kto je nositeľom služby, kto vykonáva túto službu, kto poskytuje starostlivosť a opatrovateľské služby=> *Náklady na zamestnancov*

Aké sú prostriedky potrebné pre výkon- materiálové zdroje, ktoré sú potrebné pre poskytovanie služieb=> *Vecné náklady*

Kde je poskytovaný výkon- miesto výkonu=> *Nákladové stredisko*

Pre koho je poskytovaný výkon- ide o pacienta (zákazníka), ktorý prijíma výkon=>

Prijímač výkonu- Možný nosič nákladov

Kedy a ako dlho- čas poskytovania služieb

⁵ Viac k danej problematike sa dočítate na MZSR. 2009. *Elektronické služby zdravotníctva*, 2009,207s

Aký druh výkonu- ide o typ služby, ako je napríklad poskytovanie jedla, kúpeľa, chirurgického výkonu=> *Výkon – Nosič výkonu–Nosič nákladov*⁶

Vzhľadom na obmedzenia a pravidlá pri poskytovaní výkonov v zdravotníckych zariadeniach, si poskytovaná služba zachováva určitý druh transparentnosti. Či už v prípade, keď sa meria výkon priamo alebo prostredníctvom vyššie spomenutých merateľných výstupov služby. Jedným zo spôsobov riadenia a merania výkonov v nemocničnom zariadení je vedenie nákladového účtovníctva. „Nákladové účtovníctvo sa zaoberá spotrebou výrobných faktorov vo výrobnom procese. Jeho úlohou je odhaliť a určiť vhodnú cieľovú hodnotu nákladov a ohodnotiť spotrebu nákladov.“⁷ Nákladové účtovníctvo ako súčasť controllingu je vecou podnikového vedenia. Controlling v podniku je charakteristický nasledujúcimi znakmi.

Tabuľka 1: Charakteristika controllingu

Controlling je...	
... harmonizácia...	Integrácia a koordinácia
... cez informačné, tak ako plánovacie a kontrolné systémy.	Čiastočná harmonizácia
Tieto systémy sú zakotvené v riadiacom systéme podniku...	Štábny alebo centrálny orgán, centralizovaný alebo decentralizovaný
... funkčné a...	Spracovanie rôznych stratégií
... obmedzujúce ohraničenia...	Informačné vedenie, poradenstvo, servis, kreativita a inovácia
... od riadenia a vedenia...	Riadenie, regulácia a flexibilita
... k výsledkom...	Výkony, náklady, tržby a výsledky
... v normatívnej a časovej orientácii.	Strategickej a operatívnej

Zdroj: Spracované podľa ZAPP. W. 2010. *Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen- Von der Analyse zum Controlling*. Economica Verlag, 2010, 180-181 s. ISBN 9783870815950.

Proces riadenia prostredníctvom controllingu a teda aj vedenie nákladového účtovníctva predstavuje riadenie vyžadujúce si kontinuálny proces, ktorý je aplikovaný súčasne tak, že sú definované výkonové parametre pre určité procesné aktivity, ktoré sú porovnávané s cieľovými hodnotami, pričom meranie si vyžaduje časové ohraničenie, čím sa vytvára analýza rozptylu, teda odchýlok od požadovaných hodnôt. **Systém nákladového účtovníctva** by mal manažérom nemocníc pomôcť pri zhromažďovaní, zhŕňaní, analyzovaní a riadení najdôležitejších informácií týkajúcich sa alokovania zdrojov a nákladov na poskytované nemocničné služby. Komplexný systém nákladového účtovníctva je schopný identifikovať náklady generované na jednotku a to tak, aby mohol

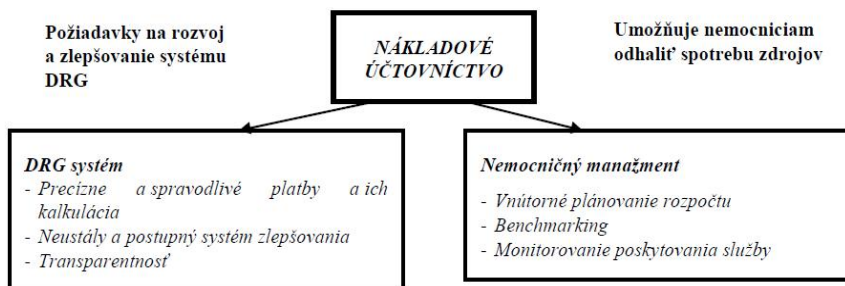
⁶ ZAPP, W. - OSWALD, J. 2009. *Controlling Instrumente für Krankenhäuser*, W. Kohlhammer Verlag, 2009, 30 s. ISBN 9783170196537.

⁷ FINKLER, S.A. - WARD, D.M. - BAKER, J.J. 2007. *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*. New York, NY: Aspen Publishers.

podporovať rozvoj platobných mechanizmov, rýchlosť a efektívnosť informačného systému, a to na báze štandardizovaných údajov o nákladoch potrebných pre uskutočňovanie výkonov.

V posledných rokoch sa postupne pristupuje k zavedeniu **systému DRG (Diagnosis related groups)**⁸, ktorý je vo svete považovaný za najobjektívnejší, najtransparentnejší a najspravodlivejší systém financovania nemocníc, ktorý meria a vyhodnocuje produkciu nemocníc a zároveň zabezpečuje efektívnosť v oblasti vynakladania nákladov. „Tento systém meria ako efektívne nemocnice využívajú diagnostiku, liečbu a svoje služby. Je to nástroj transparentnosti a efektívnosti.“⁹ Doterajší úhradový mechanizmus je netransparentný, nakoľko za rovnaké liečebné aktivity a zdravotnú starostlivosť sú výkony uhrádzané poisťovňou rôzne. Ako ukázala zahraničná prax, DRG systém nenapomáha odstraňovať ne hospodárnosť, pretože jeho úlohou je napomáhať k starostlivosti o pacientov efektívnejšie a pritom za spravodlivú úhradu poskytnutého výkonu. Jeho prínosy v kombinácii s efektívnym vedením tvoria predpoklad pre kvalitné a presné nákladové účtovníctvo, ako môžeme vidieť na obrázku.

Obrázok 2: Systém nákladového účtovníctva v DRG systéme



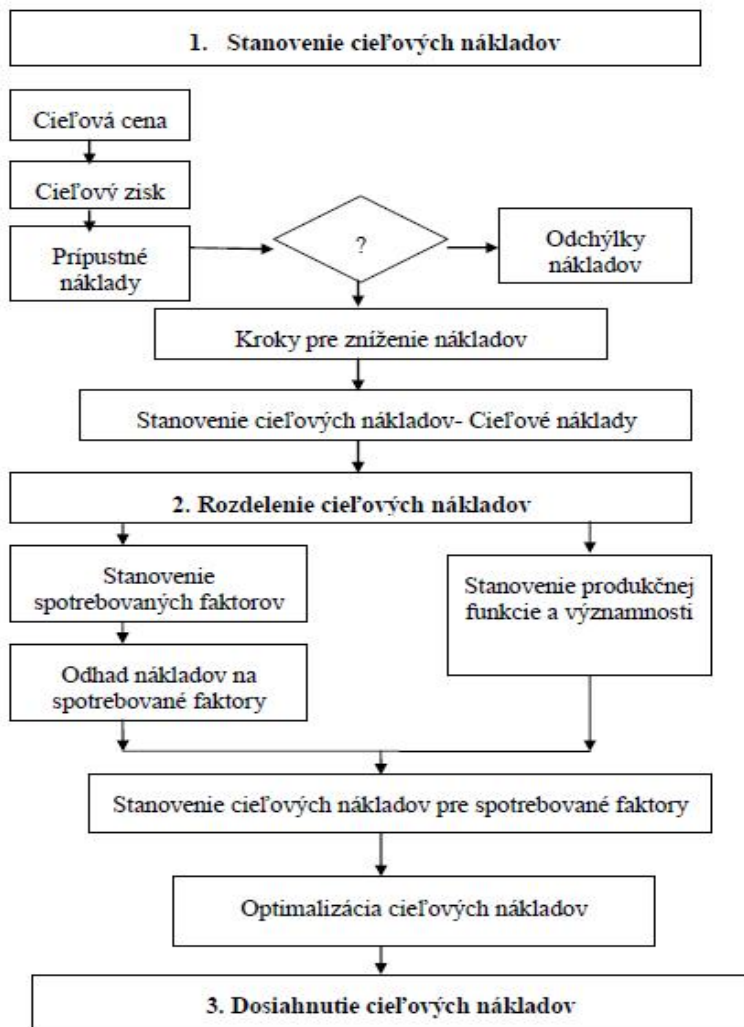
Zdroj: Vlastné spracovanie podľa BUSSE, R. - GEISLER, A. - QUENTIN, W. - WILEY, M. 2011. *Diagnosis Related Groups in Europe*, Open University Press, 2011, 60 s. ISBN 978-033524557-4.

K analýze v prípade nákladového účtovníctva sa využíva audit, rôzna účtovná i neúčtovná dokumentácia a správy z informačných systémov, pričom veľmi dôležitú úlohu hrajú čas, náklady a kvalita, ktoré majú významnú úlohu vo využití controllingu. Cieľom podniku a teda aj nemocničného zariadenia je stanoviť optimálnu alebo cieľovú hranicu nákladov za poskytované služby. Proces stanovenia cieľových nákladov ako súčasť nákladového účtovníctva, teda a aj controllingu a ich následná kontrola a analýza odchýlok je zobrazená na nasledujúcom obrázku.

⁸ Viac k danej problematike sa dočítate na CKS. 2014. *Učebnica DRG pre odborne spôsobilé osoby*. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou- Centrum pre klasifikačný systém, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH, 2014. 108 s.

⁹ BUSSE, R. - GEISLER, A. - QUENTIN, W. - WILEY, M. 2011. *Diagnosis Related Groups in Europe*, Open University Press, 2011, 60-61 s. ISBN 978-033524557-4.

Obrázok 3: Stanovenie cieľových nákladov



Zdroj: Vlastné spracovanie

Cieľové náklady zahŕňajú výkon ako celok. Pre získanie detailnej predstavy je potrebné rozložiť produkt na jednotlivé komponenty (funkcie). Následne sa určí, ktoré komponenty prispievajú k želaným produkčným funkciám zákazníkov. Výška nákladov musí byť primeraná k úžitku plynúcemu zákazníkovi, pričom cieľová cena služby sa dá odvodiť pomocou funkčných nákladov. Ak chceme minimalizovať náklady je dôležité rozložiť celkové cieľové náklady pomocou vhodne zvolenej metódy do čiastkových cieľových nákladov alebo do jednotlivých produkčných funkcií. Kontrola cieľových nákladov sa môže uskutočniť pomocou diagramu cieľových nákladov, ktorý je dôležitým

nástrojom pre vizuálne zobrazenie cieľových nákladov a plnenia úrovne cieľov. Diagram cieľových nákladov je zobrazený na nasledujúcom obrázku.

Graf 1: Graf cieľových nákladov

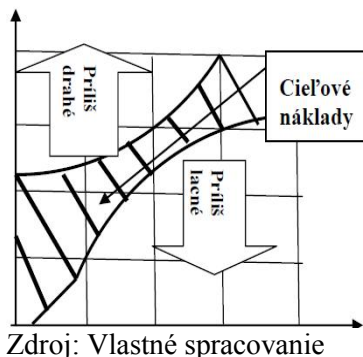


Diagram cieľových nákladov vyjadruje úroveň nákladov v podniku, teda aj v nemocničnom zariadení. Ak sa náklady za služby nachádzajú nad oblasťou cieľových nákladov je poskytovanie služby príliš drahé, ak sa však náklady nachádzajú pod oblasťou cieľových nákladov poskytovaná služba je príliš lacná. Oba prípady nesú so sebou značné riziká, ktoré sú uvedené v ďalšej časti príspevku (str. 53).

Spôsoby rozvrhovania nákladov v nemocniciach

Rozoznávame tieto tri základne spôsoby, a to **rozvrhovanie pomocou režijných nákladov v rámci oddelení, rozvrhovanie pomocou nepriamych nákladov na pacienta a rozvrhovanie prostredníctvom priamych nákladov**. V prvom spôsobe ide o rozdelenie nemocničných režijných nákladov na medicínske (lekárske) oddelenia. Najčastejšie sa používa kalkulácia nákladov na strediská. „**Kalkulovanie nákladov na strediská** rozlišuje medzi nákladmi v medicínskych oddeleniach a režijnými nákladmi oddelenia. Medicínske oddelenia poskytujú starostlivosť o pacienta, pričom zahŕňajú aj oddelenie pre správu, facility manažment, logistiku a bezpečnosť. Režijné náklady z týchto oddelení môžu byť priradené k medicínskym (lekárskym) oddeleniam (MD) pomocou rôznych rozvrhových základní, ako je napríklad počet lôžkových dní alebo výška priamych nákladov.“¹⁰

Alternatívou k danej metóde je **ABC metóda**. „ABC kalkulácia predpokladá identifikovanie čo najpresnejších rozvrhových základní, ktoré by mali čo najpresnejšie odrážať príčinný vzťah medzi režijnými nákladmi a medicínskym oddelením.“¹¹ Režijné náklady v nemocnici sú alokované do medicínskych oddelení na základe činností, ktoré umožňujú ich kontrolu, čo neumožňuje použitie alokácie na základe lôžkových dní alebo priamych nákladov. Okrem ABC metódy kalkulovania nákladov a kalkulácie nákladov na

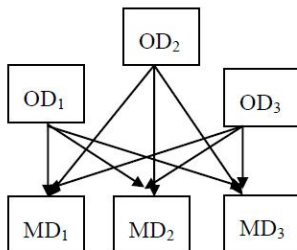
¹⁰ FINKLER, S.A. - WARD, D.M. - BAKER, J.J. 2007. *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*. New York, NY: Aspen Publishers.

¹¹ COOPER, R. - KAPLAN, R. S. 1988. *Measure costs right. Make the right decisions*. *Harvard Business Review*, 1998, Sep/Oct.: 96–103 s.

strediská dostupná literatúra opisuje ďalšie tri metódy pre priradenie režijných nákladov na medicínske oddelenia.

Najjednoduchšou metódou je **priame priradenie nákladov**, pomocou ktorej sú režijné náklady z oddelení režijných nákladov (OD) alokované do medicínskych útvarov bez väzby na režijný útvar, ako možno vidieť na nasledujúcom obrázku.

Obrázok 4: Priama metóda alokácie režijných nákladov

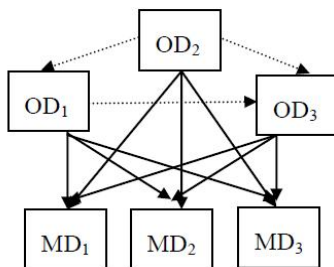


Zdroj: Spracované podľa FINKLER, S.A. - WARD, D.M. - BAKER, J.J. 2007. *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*. New York, NY: Aspen Publishers.

Ďalšou používanou metódou je **step-down alokácia nákladov**, ktorá čiastočne zabezpečuje interakciu s režijnými útvarmi. „Metóda step-down predstavuje jednosmerné väzby medzi režijným útvarom a medicínskym oddelením. To znamená, že poradie, v akom sú náklady priradované oddeleniam je veľmi dôležité, pretože náklady druhého oddelenia nemôžu byť pridelené prvému oddeleniu a naopak.“¹²

Posledná metóda, ktorá umožňuje rozdelenie nákladov na medicínske oddelenia je metóda recipročná, v ktorej sú režijné náklady reportované do ostatných lekárskech oddelení a všetkých režijných útvarov. **Recipročná metóda** berie do úvahy obojstrannú väzbu medzi režijným útvarom a medicínskym oddelením. Obe metódy sú zobrazené na nasledujúcich obrázkoch.

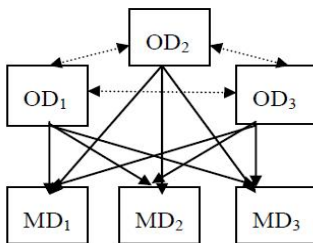
Obrázok 5: Step-down metóda alokácie režijných nákladov



Zdroj: Spracované podľa COOPER, R. - KAPLAN, R. S. 1988. *Measure costs right. Make the right decisions*. Harvard Business Review, 1998, Sep/Oct.: 96–103 s.

¹² COOPER, R. - KAPLAN, R. S. 1988. *Measure costs right. Make the right decisions*. Harvard Business Review, 1998, Sep/Oct.: 96–103 s.

Obrázok 6: Recipročná metóda alokácie režijných nákladov



Zdroj: Spracované podľa COOPER, R.. - KAPLAN, R. S. 1988. *Measure costs right. Make the right decisions. Harvard Business Review*, 1998, Sep/Oct.: 96–103 s.

Ďalšou metódou **rozvrhovania nákladov je rozvrhovanie cez nepriame náklady**. Nepriame náklady sú náklady, ktoré vznikajú v medicínskom oddelení. Tieto náklady priamo nesúvisia s nákladmi na pacienta, sú to napríklad osobné náklady na nelekárskych pracovníkov a niektoré druhy zásob. Kalkuláciu nákladov na strediská a taktiež metódu ABC nie je možné v toto prípade použiť, pretože obe predpokladajú príčinný vzťah s medicínskymi oddeleniami vo väčšej miere než s pacientmi. Nepriame náklady môžu byť priradené na pacienta nasledujúcimi metódami a to ako „*priemerná percentuálna prirážka*“, kde nepriame náklady sú rozdelené na priame náklady, a to pomocou prirážky v percentách, *štatistické váhy*, kde ako ukazovateľ spotreby zdrojov sa používa čas prevádzky, nosičom nákladov je liečebná minúta alebo ústavný deň a *relatívna hodnota*, kde cieľom je vytvoriť relatívne náklady na každého pacienta tak, že sa priradí základná hodnota využívania zdrojov na nemocničné služby a priradí sa relatívna hodnota k tejto základnej hodnote.¹³

Posledným spomenutým spôsobom kalkulovania nákladov je **rozvrhovanie priamych nákladov**. Priame náklady sa vzťahujú k nákladom vynaloženým medicínskym útvarom, ktoré sú priamo spojené s pacientmi, ako sú osobné náklady zdravotníckeho personálu, lieky a materiál. Tieto náklady na pacienta sa vypočítajú nasledovne tak, že sa určí množstvo nemocničných služieb poskytovaných pacientovi, ktoré sú ocenené jednotkovými nákladmi. Celkovo existujú štyri metódy výpočtu priamych nákladov na jedného pacienta. Tieto metódy sa líšia úrovňou presnosti, ktorou identifikujú ústavnú zdravotnú starostlivosť a hodnotu nemocničných služieb. Prvou metódou je identifikovanie nemocničných služieb pomocou **gross-kalkulácie**. Táto metóda je na vysoko agregovanej úrovni, pričom ako jedinou poskytovanou nemocničnou službou sú lôžkové dni. Ďalšou metódou je **Top-down gross-kalkulácia**, ktorá hodnotí lôžkové dni za priemerného pacienta, zatiaľ čo **Bottom-up gross-kalkulácia** hodnotí lôžkové dni na jednotlivých pacientov. Ďalšia metóda **Top-down mikro-kalkulácia** identifikuje všetky relevantné nemocničné služby a to na najvyššej úrovni, pričom pracuje s hodnotami každej nemocničné služby za priemerného pacienta. Nemocničné služby môžu zahŕňať čas personálu, laboratórne služby, lekárske zobrazovacie služby, lieky, zdravotnícky materiál

¹³ FINKLER, S.A. - WARD, D.M. - BAKER, J.J. 2007. *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*. New York, NY: Aspen Publishers.

a chirurgické postupy. **Bottom-up mikro-kalkulácia** využíva štatistické analýzy, ktoré umožňujú zistiť, či existujú rozdiely v nákladoch medzi pacientmi za jednotlivé poskytované nemocničné služby a kombinácie nemocničných služieb.

Náklady a účtovné údaje hrajú dôležitú úlohu v poskytovaní služieb v nemocničných a zdravotníckych zariadeniach. Ich kvalita a presnosť hrá významnú úlohu v riadení pomocou systému DRG. V prípade, ak sú údaje o poskytnutých nákladoch v účtovných systémoch nepresné, nemocnice na základe nich poskytujú výkony, ktoré sú pravdepodobne nadhodnotené alebo podhodnotené z hľadiska nákladov. V praxi to znamená, že pri používaní systému DRG môže nastať stav, kedy dochádza k vzájomnej kompenzácii nákladov na poskytované výkony. Ak náklady z účtovníctva vedú k nadhodnoteniu nákladov za poskytovaný zdravotný výkon patriaci do konkrétnej diagnostiky príbuznej skupiny v systéme DRG, nemocnice nie sú motivované reorganizovať liečebný postupov s cieľom zlepšiť prínosy pre určité skupiny pacientov. V prípade, ak je výkon podhodnotený nemocnice nemusia poskytovať pacientom vysoko kvalitnú starostlivosť, nakoľko to môže viesť k navýšeniu nákladov nad úroveň platby. Nemocnice tak môžu začať znižovať náklady na úkor kvality. V dôsledku týchto skutočností je zabezpečená primeraná úroveň platieb v nemocnici a do značnej miery aj efektivita a spravodlivosť úhrad nemocničných výkonov prostredníctvom systému DRG. Je preto dôležité, aby manažéri nemocníc, rovnako aj regulačné orgány zvažili, či potreba spoľahlivých a presných údajov o nákladoch a teda systém nákladového účtovníctva naozaj vyžaduje ďalšie dodatočné zdroje, čo znamená ďalšie navýšenie nákladov v nemocniciach. Voľba o potrebe dodatočných nákladov predpokladá zavedenie kalkulačných metód, ktoré umožňujú presnejšie odhady nákladov a teda aj samotných platieb za výkony. Možné spôsoby kalkulovania nákladov sme si už spomenuli vyššie.

2 PRAKTICKÝ POSTUP KALKULÁCIE NÁKLADOV NA PACIENTA

Na nasledujúcom príklade si vyčíslime priemerné náklady na pacienta vo fiktívnej nemocnici na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny, ktoré budú pre nás predstavovať dolnú hranicu cieľových nákladov a skutočne preplácané výkony zdravotnými poisťovňami budú pre nás predstavovať hornú hranicu nákladov. Vyčíslené náklady predstavujú najnižšie možné náklady na pacienta bez zohľadnenia nákladov na energie pre ostatné priestory a prázdne lôžka, bez nákladov na vodu spotrebovanú personálom, bez zohľadnenia mzdových nákladov na ostatný personál, ako sú napríklad upratovačky, údržbári a pod., zároveň sa neberú do úvahy ani práce za nadčasy a ani rizikový príplatok, nezohľadňujú sa ani náklady na údržbu a opravy strojového a technického zariadenia, ďalej sa nezohľadňujú ani náklady na administratívne spracovanie, vzdelávanie personálu a pod. Kalkulácia ďalej nezohľadňuje čistiace prostriedky a údržbu budov, ale aj príspevok zamestnávateľa na stravovanie, ako i náklady na manažment a administratívu, odpisy majetku, ktorý sa používa len krátkodobo. Nezohľadnil sa ani nájom za nepoužívané priestory a predpokladá sa, že nedochádza k zmenám cien liekov, materiálu a energií. Táto kalkulácia predstavuje len najnutnejšie náklady, a to časť priamych nákladov a režijných nákladov, ktoré súvisia konkrétne so starostlivosťou o pacienta, čo je zobrazené v nasledujúcej kalkulácii.

Tabuľka 2: Kalkulácia nákladov na pacienta na AIA M vo fiktívnej nemocnici v roku 2013

Základe údaj	Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny
Počet lôžok	4
Kontrahovaní pacienti	mesačne
VZP	6
Dôvera	3
Union	1
Obsadenosť	70%
Priem. doba hospitalizácie (PDH)	5 dní

Personálne/Mzdové náklady

Sestry	2 sestry na 1 lôžko=> 8 sestier v nepretržitej prevádzke	
1 staničná sestra, t.j. 1/10 sestry na kontrahovaného pacienta = 0,1		
Hrubá mzda sestry	652 €/mesiac (HMS)	Predpis č. 62/2012 Z. z.-min. mzda
Cena práce sestry	881 €/mesiac (CPS)	Predpis č. 62/2012 Z. z.-min. mzda
Cena ošetrovateľskej starostlivosti na pacienta	308 €	CPS*(2+0,1)*(PDH/30 dní)
Sanitári	0,5 sanitára na 1 lôžko spolu 2 sanitári v 2-zmennej prevádzke	Vestník MZ a http://www.asapoz.eu/clanky/nase-aktivity/asap-k-navrhovany-m-koefficientom.html
Hrubá mzda sanitára (HMS)	458 €/mesačne	
Cena práce sanitára (CPS)	620 €/mesačne	
Cena starostlivosti na 1 pacienta	52 €	CPS*0,5*(PDH/30 dní)
Lekári	0,55 lekára na 1 lôžko	
2,2 lekára v rannej zmene zabezpečenie pohotovostných služieb- min. 0,8 lekára t.j. 0,2 lekára v službe na 1 lôžko = 0, 75 lekára na 24 hodinovú lekársku starostlivosť na 1 lôžko		
Spolu- 3 lekári na oddelení		
Hrubá mzda lekára (HML)	980 €/mesačne	
Cena práce lekára (CPL)	1 325 €/mesačne	
Cena lekárskej starostlivosti na 1 pacienta (čistá hospitalizácia)	166 €	CPL*(0,55+0,2)*(PDH/30)
SPOLU	526 €	

Pokračovanie tabuľky 2

Nevyhnutné režie na pacienta

Kúrenie	25 €/m ² /rok	6,85 €
Voda	13 €/pacient/mesiac	2,17 €
Elektrika	20 €/pacient/mesiac	3,33 €
Strava	5 €/pacient/deň	25,00 €
SPOLU	37,35 €	

Použitie štandardnej techniky- približné ceny pre bežný typ

Ventilátor	Cena	25 000 €
	Dĺžka doby ventilácie	0,66
Monitor	Cena	12 000 €
	Dĺžka doby ventilácie	celá doba hospitalizácie
Injektomat	Cena	1 700 €
	Dĺžka doby ventilácie	0,5, t.j. polovica doby hospitalizácie
Infúzna pumpa	Cena	2 400 €
	Dĺžka doby ventilácie	0,66, t.j. dve tretiny doby hospitalizácie
Doba odpisovania všetkých strojov		4 roky
SPOLU (zaokrúhlene)		150,00 €

Liečba (náklady predchádzajúceho obdobia)

Lieky	300 €/pacienta	Ide o štandardnú liečbu bez drahých antibiotík, imunopreparátov, ŠZM a ostatných materiálov štandardne používaných na oddelení
Krvné deriváty	150 €/pacienta	
Špecial. zdrav. materiál	130 €/pacienta	
Ostatný materiál	30 €/pacienta	
SPOLU	610,00 €	
Celková cena za liečbu	1 322,99 €	

Zdroj: Vlastné spracovanie podľa Metodika- Kalkulácia nevyhnutných nákladov na 1 hospitalizovaného pacienta na OAIM NSP.

Z nasledujúcej kalkulácie vyplýva, že nevyhnutné náklady na liečbu pacienta na oddelení vo fiktívnej nemocnici sú na úrovni 1 323 €, a však v reálnej praxi nemožno upustiť od ostatných faktorov pôsobiach na vznik nákladov. Náklady hradené poisťovňou predstavujú okolo 1 700 €, pričom náklady na jeden deň predstavujú okolo 340 €. Z danej kalkulácie vyplýva, že poisťovňa neuhradí všetky náklady spojené s hospitalizáciou pacienta. Preto vzniká otázka, či je platba poisťovne dostatočne veľká na

to, aby pokryla liečbu v adekvátnej kvalite. Nakoľko chcú nemocnice zachovať aspoň základnú kvalitatívnu úroveň svojich výkonov, je hospodárenie nemocníc aj naďalej stratové. Daný problém preplácania výkonov rieši veľmi efektívne systém DRG, ktorý napomáha odstraňovať nehospodárnosť a ako ukázala zahraničná prax, jeho úlohou je, že napomáha k starostlivosti o pacientov efektívnejšie a pritom za spravodlivú úhradu poskytnutého výkonu.

Záver

Cieľom príspevku je poukázať na problém slovenského zdravotníctva, ktorým je súlad medzi nákladmi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a kvalitou poskytovaných výkonov. Tak ako akákoľvek služba, aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti si vyžaduje poskytovanie výkonu vzhľadom na obmedzenia dané legislatívou daného štátu, obmedzenia spôsobené ekonomickými možnosťami poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a mnohými ďalšími determinujúcimi podmienkami a to tak, aby bola zabezpečená spokojnosť pacienta ako klienta. Dochádza však k značným problémom v tejto oblasti, nakoľko požiadavky pacienta na danú službu si vyžadujú nemalé finančné prostriedky, ktoré nemocnice ako také nemajú ako a v mnohých prípadoch ich nemôžu ani získať. Jedným z riešení tohto zložitého problému je aj zavedenie systému DRG, ktorý sa považuje za jeden z najtransparentnejších a ekonomicky efektívnych systémov v oblasti kalkulovania výkonov v zdravotníctve. Systém si vyžaduje dôslednú a presnú evidenciu nákladov, čím sa zabezpečí transparentnosť vynakladania nákladov na poskytované výkony v zdravotníctve a aj značná úspora v celom systéme zdravotníctva na Slovensku.

Kľúčové slová

kvalita, cieľové náklady, zdravotníctvo, služby, kalkulácia nákladov, priame náklady, nepriame náklady, režijné náklady, DRG systém, eHealth systém

Klasifikácia JEL

I 11, M 41

LITERATÚRA

- [1] BUSSE, R. - GEISLER, A. - QUENTIN, W. - WILEY, M. 2011. *Diagnosis Related Groups in Europe*, Open University Press, 2011, 60-61 s. ISBN 978-033524557-4.
- [2] COOPER, R. - KAPLAN, R.S. 1988. *Measure costs right. Make the right decisions.* Harvard Business Review, 1998, Sep/Oct.: 96–103s.
- [3] CKS.2014. *Učebnica DRG pre odborne spôsobilé osoby*. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou - Centrum pre klasifikačný systém, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH, 2014. 108 s.
- [4] MZSR. 2009. *Elektronické služby zdravotníctva*, 2009, 207s.
- [5] FINKLER, S.A. - WARD, D.M. - BAKER, J.J. 2007. *Essentials of Cost Accounting for Health Care Organizations*. New York, NY: Aspen Publishers.

- [6] HUSKOVÁ, J. 2009. *Ošetrovatelství- ošetrovateľské postupy pro zdravotnícké asistenty*. Grada Publishing a.s., 2009, 7 s. ISBN 9788024728544.
- [7] *Metodika- Kalkulácia nevyhnutných nákladov na 1 hospitalizovaného pacienta na OAIM NsP v roku 2006*. [2014.09.30.]. dostupné na internete: <http://www.mediprav.sk/_public/files/42-212-kalkulacie.pdf>
- [8] TAN, S.S. - RUTTEN, F.F. - REDEKOP, W.K. - HAKKAART-VAN ROIJEN, L. 2009. *Comparing methodologies for the cost estimation of hospital services*. European Journal of Health Economics, Nr. 10. 39–45 s.
- [9] ZAPP, W. - OSWALD, J. 2009. *Controlling Instrumente für Krankenhauser*, W. Kohlhammer Verlag, 2009, 30s. ISBN 9783170196537.
- [10] ZAPP, W. 2010. *Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen- Von der Analyse zum Controlling*. Economica Verlag, 2010, 13-14s. ISBN 9783870815950.

RESUMÉ

Spokojnosť pacienta, kvalita služieb a s nimi súvisiace vynakladanie nákladov na poskytované zdravotné výkony sú kľúčové prvky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré spolu nesmierne súvisia. Zlepšenie či zhoršenie jedného z nich vedie k ovplyvňovaniu ostatných faktorov, či už priamo alebo nepriamo. V teórii i praxi sa stretáme s množstvom spôsobov ako ovplyvňovať kvalitu služieb, spokojnosť pacientov i výšku nákladov na poskytované výkony. Jedným zo spôsobov zabezpečenia kvalitnej zdravotnej starostlivosti je zavedenie metódy ošetrovateľského procesu alebo zavedenie systému eHealth. Metóda ošetrovateľského procesu zabezpečuje požadovanú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti a to na základe dostupných informácií a prostriedkov tak, aby poskytnutý výkon bol v čo najlepšom záujme pacienta. Systém eHealth predstavuje integrovaný informačný systém, ktorý umožní komplexný informačný balík pre pacienta a nemocnicu. V súčasnosti väčšina krajín Európskej únie zavádza alebo pristupuje k zavedeniu systému DRG, a však Slovenská republika vzhľadom na komplikácie spôsobené so zavádzaním systému svoj zámer nateraz pozastavila až do roku 2016. Zavedením systému dôjde podľa zistení krajín už s fungujúcim systémom k zlepšeniu vynakladania nákladov v zdravotníctve, hoci to nepredstavuje prioritnú úlohu zavedenia systému. Kombináciou efektívneho vedenia a fungujúcich informačných systémov, ako je eHealth a mechanizmus DRG dochádza k zefektívneniu poskytovania zdravotnej starostlivosti, či už v oblasti kvality a následnej spokojnosti pacientov, tak aj v oblasti efektívnosti vynakladania nákladov. Dané skutočnosti potvrdzujú už fungujúce systémy v zahraničí.

SUMMARY

Patient satisfaction, quality of services and related spending of the cost in health care services are key elements in the provision of health care. These factors linked together immensely. Increasing and decreasing of one of them leads to an influence of the other factors, either directly or indirectly. We can find a number of ways in theory and practice how to influence quality of service, patient satisfaction and the cost of the service. One way how to ensure quality of health care is to use method evidence based nursing or

system eHealth. Method evidence based nursing provides the required quality of health care on the basis of available information and resources so that performance was given in the best interest of the patient. System eHealth is an integrated information system that allows a comprehensive information package for the patient and the hospital. EU countries have established the DRG system, however, and the Slovak Republic of its intention to suspend for the time being until 2016 due to complications caused by the introduction of the system. Introduction of the system will be improved spending health costs by finding countries have with functioning system, although this is not a priority task of introducing the system. Combination of effective management and functional information systems, such as eHealth and DRG systems lead to more efficient providing of health care services, whether in terms of quality and patients satisfaction, as well as in cost-effectiveness. These facts already confirm functional systems abroad.

Kontakt

Ing. Lucia Jantošová, Katedra podnikovohospodárska, Fakulta podnikového manažmentu, Ekonomická univerzita v Bratislave, Dolnozemska cesta 1, 852 35 Bratislava, e-mail: jantosova.lucia@gmail.com

doc. Ing. Alžbeta Foltínová, CSc., Katedra podnikovohospodárska, Fakulta podnikového manažmentu, Ekonomická univerzita v Bratislave, Dolnozemska cesta 1, 852 35 Bratislava