HPI HEALTH POLICY INSTITUTE

zdravotnáPolitika

» mesačník o zdravotnej politike

ISSN 1338-1172

predtým intoBalance

ročník 5 » **november 2010**

» obsah

Infraštruktúra slovenských nemocníc

Technická efektívnosť lôžkových zariadení na Slovensku

Porovnanie infraštuktúrnych parametrov lôžkovej starostlivosti v krajinách V4

Hodnocení nemocnic České republiky

Zmluvné vzťahy s poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostivosti

» tirage

Zdravotná politika
mesačník
o zdravotnej politike

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika

tel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: newsletter@hpi.sk

Vyšlo s podporou

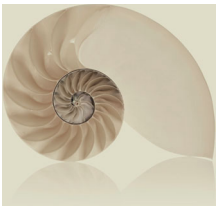
NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI
OPEN SOCIETY FOUNDATION

SAFS Slovenská asociácia farmaceutických spoločností orientovaných na výskum a vývoj

editor: Tomáš Szalay
foto: Miroslav Hudák, Eva Sivá, Tomáš Szalay
ISSN 1338-1172

Moderná nemocnica?

Novembrové číslo *Zdravotnej politiky* venujeme nemocniciam. Pre monotematické zameranie sme sa rozhodli preto, že v dňoch 24. – 26. novembra sa v kongresovej sále ministerstva zdravotníctva v Bratislave koná konferencia **Moderná nemocnica: investícia, ktorá myslí na budúce potreby pacientov.** Health Policy Institute je jedným zo spoluorganizátorov tejto konferencie.



Fenomenálny kanadský hokejista Wayne Gretzky opísal svoj recept na úspech jednoducho: nesústredím sa na to, kde puk **je**, ale na to, kde **bude**.

Reakčný čas plánovania je ako kormidlovanie zaoceánskej lode: dnešné rozhodnutia sa efektívne prejavia najskôr o dekádu (napr. projekt na nemocnicu Rázsochy oslávil už 40 rokov). Myslieť na budúcnosť pri plánovaní je preto v zdravotníctve obzvlášť dôležité.

Medzinárodné skúsenosti potvrdzujú, že *„postavená posteľ znamená obsadená posteľ"*. Inými slovami, vybudovaná nemocnica si už svojich pacientov nájde. Dodnes znášame dôsledok extenzívneho budovania nemocničných kapacít v 70-tych a 80-tych rokoch, hoci sa v tom čase zároveň menila štruktúra ochorení ako aj ich klinický manažment.

Veríme, že konferencia pomôže sformulovať definíciu modernej nemocnice. Ale otáznik z nadpisu zostane zatiaľ zrejme nezodpovedaný.

Podľa analýzy Sanigest Internacional z roku 2004 (zatiaľ posledná takáto celková štúdia) sú len 4 % nemocníc v dobrom technicko-prevádzkovom stave. Viac ako tretina (35 %) potrebuje opravy a jedna pätina (21 %) je v slabom alebo neakceptovateľnom stave.

Priemerná slovenská nemocnica sa rozkladá v 21 budovách. Jedna pätina budov je staršia ako 50 rokov. Priemerný vek nemocníc bol pred šiestimi rokmi 34,5 rokov. Pri 30-ročnej odpisovej dobe môžeme konštatovať, že priemerná nemocnica je odpísaná.

Zdravotníctvo preto potrebuje zásadné investície, ktoré prevyšujú aktuálne možnosti verejného zdravotného poistenia.

Náš inštitút v programovom dokumente (policy paper) k tejto oblasti sformuloval takéto odporúčenie:

> Štát ako vlastník rozhodujúceho podielu na trhu poskytovateľov ústavnej starostlivosti musí prijať rozhodnutie, či investície zaplatí sám, alebo to umožní súkromnému sektoru vytvorením vhodných podmienok a predvídateľného prostredia. Efektivita prípadnej štátnej investície je na základe opakovaných skúseností z viacerých sektorov spochybniteľná, aj preto odporúčanie Medzinárodného menového fondu (Verhoeven, Gunnarsson & Lugaresi, 2007) znie v prospech privatizácie nemocníc.

Transformácia na akciové spoločnosti či zavádzanie DRG sú síce potrebnými predpokladmi pre lepšie fungovanie nemocničného sektora, samotné investície však nenahradia.

Želáme vám príjemné čítanie a vopred ďakujeme za spätnú väzbu.

Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976)
MUDr. Angelika Szalayová (1974)
MUDr. Tomáš Szalay (1971)
sú zakladajúci partneri a senior analytici Health Policy Institute.

» kontakt hpi@hpi.sk | www.hpi.sk

Infraštruktúra slovenských nemocníc

Pripravené na základe podkladov Hodnotenia poskytovateľov ZS firmou Sanigest Internacional z roku 2004.

1.1 ÚVOD

Toto hodnotenie opisuje modul infraštruktúry, ktorý bol zameraný na hodnotenie stavu nemocničných budov a systémov infraštruktúry slovenských nemocníc. Informácie, ktoré boli zozbierané na základe dotazníkov a formulárov pre zber informácií sa týkali veku budov, fyzického stavu budov a systémov infraštruktúry, veľkosti nemocníc, počtu oddelení a počtu využívaných lôžok.

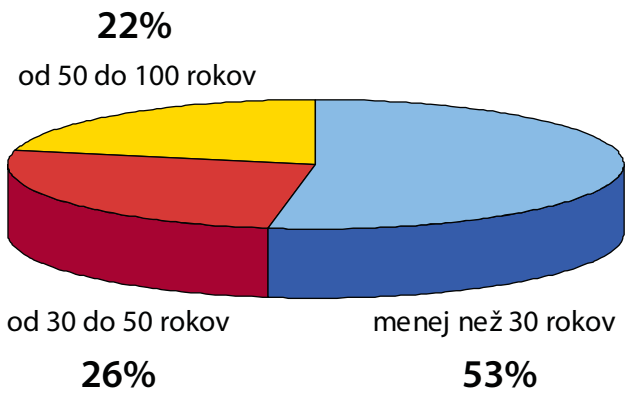
1.2 HLAVNÉ ZISTENIA

Kľúčové zistenia sa týkali troch hlavných problémov:

1.2.1 Infraštruktúru nemocníc charakterizujú odpísané budovy, malé investície v poslednej dekáde a veľké rozdiely medzi regiónmi

Priemerný vek nemocníc, ktoré boli začlenené do hodnotenia nemocníc, bol 34,5 roka[1)] v čase hodnotenia. Stredná hodnota predstavovala 29 rokov, čo znamená, že 50 % zariadení má 29 rokov alebo viac. Za nové budovy v analýze považuje mladšie ako 30 rokov, stredné medzi 30 a 50 rokov a staré nad 50 rokov.

Graf 1: Veková štruktúra slovenských nemocníc, celoštátna úroveň



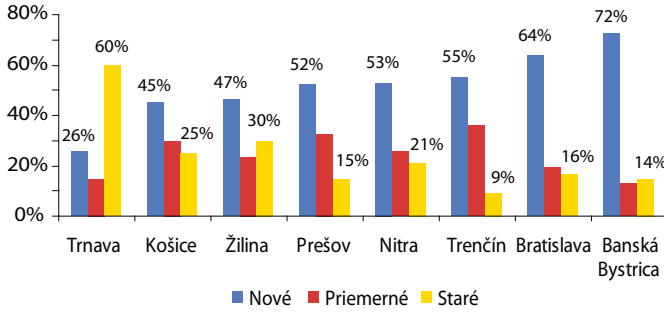
Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Vychádzajúc z predchádzajúceho členenia, najpozoruhodnejšími znakmi infraštruktúry slovenských nemocníc sú:

- 41 % budov má 10-30 rokov
- Jedna pätina budov je stará (nad 50 rokov)
- Iba 12 % budov bolo postavených v poslednej dekáde

Najvyšší podiel nových budov mala Banská Bystrica (72 %) a Bratislava (64 %) (t.j. menej ako 30 rokov), kým Trnava (26 %) a Košice (45 %) majú najnižší podiel. Hoci Banská Bystrica mala najvyšší podiel nových budov, Bratislava mala najvyšší podiel budov mladších ako 10 rokov (17 %). Trnava (60 %) a v menšom rozsahu Žilina (30 %) mali najstaršie budovy. Prípad Trnavy je pozoruhodný, keďže podiel jej starých budov je trikrát vyšší ako národný priemer.

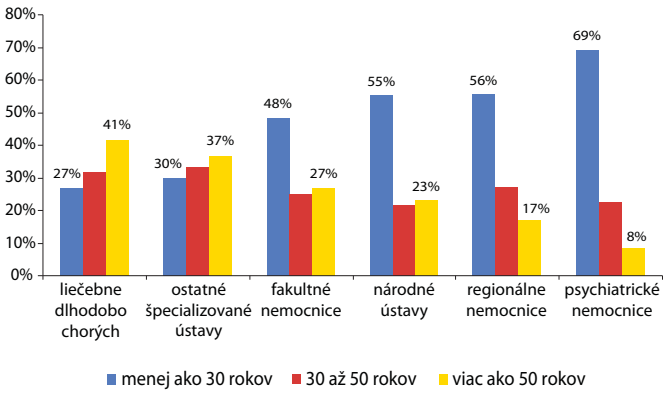
Graf 2: Rozdelenie veku budov podľa regiónu



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Podľa kategórie nemocníc údaje naznačujú, že najhorší stav infraštruktúry majú centrá chronickej a dlhodobej starostlivosti: najmenšie využitie, najvyšší podiel budov starších ako 50 rokov (41 %) a za posledných 10 rokov boli vybudované iba 2 % infraštruktúry. Iné špecializované inštitúty vykazovali podobný stav. Na druhej strane, psychiatrické nemocnice mali najlepší stav infraštruktúry; 69 % nových budov a 15 % stavieb má menej ako 10 rokov.

Graf 3: Vek budov podľa kategórie



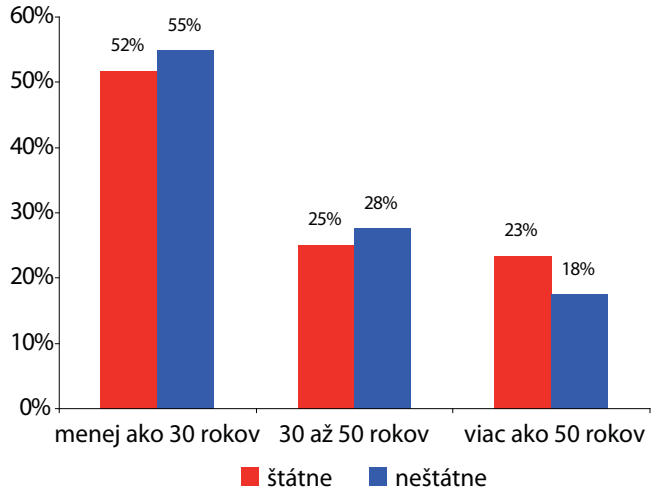
Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Nakoniec, neštátne nemocnice[2)] mali novšie zariadenia než nemocnice vo vlastníctve štátu. V priemere sú neštátne zariadenia o 2,8 roka novšie než štátne zariadenia, ale v oboch prípadoch priemerný vek budov prekračuje 30 rokov (32,4 rokov pre neštátne zariadenia a 35,3 rokov pre štátne zariadenia). Neštátne nemocnice sú novšie, pretože sústreďujú viac budov z kategórie menej ako 10 rokov (15 % oproti 11 % u štátnych zariadení).

1) Pre 971 budov s relevantnými informáciami.

2) Kategória neštátnych nemocníc zahrňuje 17 regionálnych nemocníc, 1 psychiatrickú nemocnicu a 1 iný odborný liečebný ústav.

Graf 4: Veková štruktúra štátnych a neštátnych nemocníc



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

1.2.2 Stav infraštruktúry nie je veľmi poškodený, ale vyžaduje naliehavé opravy

Asi 55 % všetkej infraštruktúry nemocníc vyžaduje aspoň jednu menšiu opravu a prakticky 11 % potrebuje kompletnú rekonštrukciu. Stupeň závažnosti problému sa líši, ale vo všeobecnosti viac ako polovica zariadení sa musí opraviť vo všetkých aspektoch. Napríklad 29 % budov vyžadovalo stredne veľké opravy, kým jedna štvrtina budov potrebovala vážne úpravy kvôli svojmu zlému a neprijateľnému stavu.

Medzi jednotlivými kategóriami nemocníc sa nenašiel žiaden homogénny vzor stavu infraštruktúry. Napríklad najkritickejšie stavy (zlé a neprijateľné) boli zistené pri ústavoch pre liečbu chronických chorôb a liečebniach pre dlhodobo chorých (44 % budov) a pri fakultných nemocniciach (42 % zariadení). Liečebne pre dlhodobo chorých nevykazovali žiadne budovy s prijateľným stavom, kým 14 % fakultných budov bolo kompletne poškodených. Psychiatrické nemocnice majú zďaleka najlepšie budovy (21 % sú v „dobrom stave“), ale najlepšie zmiešané stavy (dobrý a primeraný) boli identifikované pri národných ústavoch (70 %) a psychiatrických zariadeniach (60 %).

1.2.3 Bezpečnosť pacientov a priestorový manažment nie sú účinné, pretože nemocničné budovy sú rozdrobené po celej ploche pozemkov nemocníc.

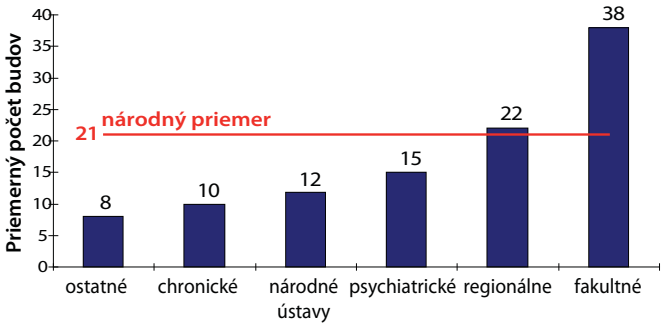
Jedným z kľúčových znakov slovenských nemocníc je zlé rozloženie budov. Obhliadky terénu ukázali, že vo väčšine nemocníc je charakteristickou šablónou náhodné rozloženie budov po území zariadenia. Tento kritický stav sa zistil hlavne pri väčších nemocniciach (t.j. fakultných a regionálnych), kde počet budov presahuje národný priemer. Napríklad fakultné nemocnice majú v priemere 38 budov na nemocnicu, pričom niektoré zariadenia majú až 81 budov. Polovica FN má viac ako 40 budov každá a 35 % regionálnych nemocníc majú viac ako 25 budov.

Pridružené problémy vyplývajúce zo zlého rozloženia budov predstavujú dlhé cestovné vzdialenosti, ktoré existujú medzi kľúčovými klinickými oddeleniami, nebezpečné podmienky pre pacientov (v zime), keď sú prepravovaní z jednej budovy do druhej a vzrastajúce náklady na údržbu, ktoré vznikajú pre nemocnicu.

Avšak tento problém vzniká hlavne ako dôsledok nadmernej plochy pozemku, ktorá bola rovnako tak zaznamenaná pri väčšine slovenských nemocníc. Budovy boli vybudované, aby vyplnili plochu pozemku bez toho, aby sa postupovalo podľa plánu priestorového manažmentu.

Každá nemocnica mala v priemere 21 budov s priemernou veľkosťou 1 759 m^2 na budovu. Fakultné nemocnice mali najvyšší priemerný počet budov na nemocnicu (38 budov) aj najväčšiu priemernú budovu (2 179 m^2 na budovu). Ústavy pre liečbu chronických chorôb a iné odborné liečebné ústavy sú na konci zoznamu v poradí s desiatimi a ôsmimi budovami na nemocnicu.

Graf 5: Počet budov podľa kategórie nemocníc, 2004



Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

Tabuľka 1: Stav infraštruktúry podľa kategórie nemocnice

Kategória nemocníc	Dobré	Uspokojivé	Potrebuje opravy	Slabé	Neakceptovateľné
Národné ústavy	0 %	70 %	30 %	0 %	0 %
Ostatné špecializované ústavy	8 %	30 %	62 %	0 %	0 %
Fakultné nemocnice	0 %	34 %	23 %	28 %	14 %
Regionálne nemocnice	2 %	49 %	30 %	6 %	12 %
Centrá dlhodobej starostlivosti	0 %	15 %	41 %	44 %	0 %
Psychiatrie	21 %	39 %	37 %	0 %	3 %
Spolu	**3 %**	**42 %**	**29 %**	**15 %**	**11 %**

Zdroj: Analýza spoločnosti Sanigest Internacional – Hodnotenie nemocníc Slovensko 2004

1.3 ZÁVERY A ODPORÚČANIA

1.3.1 Závery

Priemerný vek slovenských nemocníc je 34,5 rokov, pričom stredná hodnota je 29 rokov. Ak sa použije norma, že budovy sú úplne odpísané po 30 rokoch používania, potom hlavným záverom je, že aspoň 50 % slovenských zariadení je na konci svojej životnosti (ak berieme do úvahy strednú hodnotu), alebo že priemerná slovenská nemocnica je už odpísaná. Približne jedna pätina budov je staršia ako 50 rokov.

Čo sa týka stavu týchto budov, informácie udávajú, že polovica nemocníc vyžaduje aspoň jednu menšiu opravu. Asi 30 % budov si vyžaduje veľké zmeny kvôli ich zlému alebo neprijateľnému stavu. Ako sa očakávalo, najhorší stav bol zistený v ústavoch pre liečbu chronických chorôb a liečebniach pre dlhodobo chorých (pozri záver 3), ale tiež vo fakultných nemocniciach, kde 42 % zariadení bolo hodnotených ako zariadenia v zlom alebo neprijateľnom stave. Najlepší stav infraštruktúry bol zistený v psychiatrických nemocniciach.

Takmer 30 % nemocničných striech a 30 % nemocničných fasád je v zlom alebo neprijateľnom stave, zvlášť regionálnych a iných odborných liečebných ústavov. Hlavné nemocnice z hľadiska výstupov však vykazovali oveľa lepšie čísla než zvyšok zariadení.

Pomer celkovej hrubej plochy k ploche pozemku bol 34 % na národnej úrovni, čo je pod medzinárodnou normou, ktorá je 50 %. Táto nízka hodnota znamená, že nemocnice majú kapacitu nevyužiteľnej plochy, pretože jedna tretina územia, ktorá by mala byť zastavaná, nemá žiadne využitie. Iba 30 % z 56 nemocníc s relevantnými údajmi má pomer celkovej hrubej plochy a plochy pozemku nad 50 %. Väčšina nemocníc má veľké plochy pozemku s početnou skupinou budov roztrúsených po území. Táto situácia predstavuje reprezentatívny obraz slovenskej nemocnice, zvlášť regionálnych a fakultných zariadení.

Z hľadiska priestoru pre pacienta, iba dve kategórie (psychiatrické a národné ústavy) majú hodnoty priestoru pre pacienta podobné medzinárodnému štandardu. Psychiatrické nemocnice sú na tom v tomto smere v porovnaní s európskym štandardom najlepšie. Naopak, najhoršia situácia bola zaznamenaná v ústavoch pre liečbu chronických chorôb a liečebniach pre dlhodobo chorých.

Súhrne vzaté, 27 % systémov infraštruktúry vyžaduje opravu, alebo sú v zlom/neprijateľnom stave, kým 38 % je v dobrom stave. Medicínsky plyn a informačné systémy vykazovali najhorší stav, čo indikuje potrebu kompletnej obnovy systému. Naopak, konštrukčné prvky, protipožiarna ochrana, elektrina a voda, podiel týchto systémov v dobrom alebo primeranom stave sa pohyboval od 75 % do 79 %. Z 205 nemocničných oddelení hodnotených na národnej úrovni, podľa poradia a stavu fasády, 31 % vyžaduje urgentné opravy a 40 % potrebuje stredne urgentné opravy.

1.3.2 Odporúčania

Nová infraštruktúra sa má orientovať na integrovanejšie budovy namiesto pavilónov, ktorý prevláda vo väčšine veľkých nemocníc. Samostatné, integrované budovy poskytujú viac výhod z hľadiska kontroly nákladov (t.j. zníženie nákladov na údržbu), bezpečnosti pacientov a zlepšených pracovných podmienok.

Nemocnice tak môžu zabezpečiť optimálny stav striech, schodíšť, východov, toaliet, spŕch, výťahov a fasád, aby sa tak zlepšila bezpečnosť pacientov a celkový stav hygieny. Bezpečnostné plány majú tiež obsahovať prepracovaný zoznam vybavenia, povinného pre každé poschodie, tak ako je to v prípade požiarneho vybavenia.

Nemocnice majú zrevidovať internú organizáciu klinických oddelení. V mnohých prípadoch možno pozorovať, že určité poschodie pokrývajú hospitalizačné, ambulantné a diagnostické služby. Stratégie sa v tomto smere musia zamerať na racionalizáciu nemocničných funkcií, zlepšenie podrobného plánovania a zvýšenie využitia zariadení.

Nemocnice majú realizovať plány na kontrolu nákladov, aby sa tak znížili faktúry za služby, akými sú elektrina, voda, kúrenie a plyn.

Čo sa týka priestorového manažmentu, nemocnice majú dodržiavať nasledujúce zásady:

Vždy sa riadiť integrovaným plánom pri realizácii akejkoľvek veľkej údržby alebo investičného projektu;

Používať adekvátne veľkosti izieb, ktoré umožňujú flexibilné využitie priestoru aj vtedy, keď sa funkcie rozšíria alebo časom zmenia;

Používať odporúčané pôdorysy oddelení, ktoré sú zamerané na jednoduché, racionálne a flexibilné vybavenie a vyhýbať sa komplikovaným špecifickým projektom, aby sa realizovali dobré vzťahy medzi oddeleniami;

Zabezpečiť prijateľné hygienické normy a komfort pre pacientov na všetkých izbách oddelení s dostatočným miestom pre pacienta, ventiláciou, osvetlením a kúrením a dostupnosťou toalety a sprchy.

IVAN POPROCKÝ

Zaujímavé číslo

153 miliónov eur

„Záväzky po lehote splatnosti, ktoré k 30. 6. 2010 vykázali štátne nemocnice – príspevkové organizácie.

zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR

VIEM, ŽE DÔVERA SA POSTARÁ O CELÚ MOJU RODINU NAJLEPŠIE

„Práve v tomto období je kvalitná zdravotná starostlivosť pre mňa a moju rodinu nesmierne dôležitá. Preto som si vybrala zdravotnú poisťovňu, ktorá sa o nás najlepšie postará."

VYUŽITE AJ VY PRODUKTY OD DÔVERY PRE CELÚ RODINU:

- **Príspevky na očkovania pre celú rodinu až do výšky 504,77 eura**
- **Mamografia do 10 pracovných dní**
- **Bezpečné tehotenstvo**
- **Poradňa pre mamičky**
- **Poistenie novorodenca v pohodlí domova**
- **Baby kufrík pri narodení dieťaťa**
- **Program Zdravé srdce**
- **SMS preventívna pripomienka**
- **Program VÝHODY OD DÔVERY so zľavami až do 50 %**

Viac informácií o našich produktoch a výhodách nájdete na **www.dovera.sk** a **vyhody.dovera.sk**

Zdravie v najlepších rukách

DÔVERA
ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Technická efektívnosť lôžkových zariadení na Slovensku

Meraniu technickej efektívnosti lôžkových zariadení slovenských nemocníc za rok 2005 sme sa bližšie venovali v článku IntoBalance jún 2007. V tomto článku sme sa podrobnejšie venovali aj použitej metóde analýza obalu údajov (Data Envelopment Analysis – DEA)[1] pre účely kvantitatívnej ekonomickej analýzy, hodnotenie technickej efektívnosti a jej aplikácie na hodnotenie efektívnosti nemocníc. V tomto článku používame rovnakú metodiku hodnotenia technickej efektívnosti slovenských nemocníc za obdobie 2005 až 2009 a ich posun medzi rokmi.

Meranie efektívnosti produkčných jednotiek pozostáva z dvoch zložiek: **technickej efektívnosti** (TE), ktorá odráža schopnosť firmy dosahovať maximálny výstup pri danej úrovni vstupov; a **alokačnej efektívnosti** (AE), ktorá odráža schopnosť firmy používať vstupy v optimálnom pomere, pri rešpektovaní cien. Súčin týchto dvoch zložiek vyjadruje celkovú ekonomickú efektívnosť (OE): OE=TE*AE.

Technickú efektívnosť resp. neefektívnosť je možné rozdeliť na **čistú technickú efektívnosť** a **efektívnosť z rozsahu**. CCR model hodnotí tieto dve zložky ako jednu agregovanú veličinu (predpokladá konštantné výnosy z rozsahu), zatiaľ čo BCC model oddeľuje tieto dva typy neefektívnosti a umožňuje hodnotiť čistú technickú neefektívnosť.

Predpoklad konštantných výnosov z rozsahu môžeme akceptovať len v tom prípade, že všetky produkčné jednotky operujú pri optimálnej veľkosti. Tento predpoklad však v praxi nie je možné naplniť, preto za účelom prekonania tohto problému kalkulujeme aj s variabilnými výnosmi z rozsahu.

Efektívnosť z rozsahu (scale efficiency) dosahuje produkčná jednotka vtedy, ak v dlhodobom horizonte prispôsobuje svoju veľkosť tomu, aby operovala za podmienok konštantných výnosov z rozsahu. Pokiaľ jednotka dlhodobo funguje za podmienok rastúcich alebo klesajúcich výnosov z rozsahu, je považovaná za neefektívnu, pretože nedokáže prispôsobiť svoju veľkosť rozsahu ekonomických aktivít.

Je to dané tým, že BCC model rozkladá neefektívnosť produkčnej jednotky na dve zložky a to na čistú technickú neefektívnosť a neefektívnosť z rozsahu. Hodnoty efektívnosti vypočítané na základe BCC modelu potom dosahujú vyššie hodnoty ako pri CCR modeloch, pretože eliminujú tú časť neefektívnosti, ktorá je spôsobená neadekvátnou veľkosťou produkčnej jednotky. Takto môže dôjsť k situácii, kde jedna produkčná jednotka (nemocnica), ktorá bola označená ako neefektívna v rámci CCR modelu kvôli jej neadekvátnej veľkosti, bude označená ako BCC efektívna.

ZDROJE ÚDAJOV

Údaje použité pri analýze technickej efektívnosti pochádzajú zo štatistík zbieraných Národným centrom pre zdravotnícke informácie (NCZI) za roky 2005 až 2009. Pre porovnateľnosť a kompletnosť výpočtov sa spracúvali údaje pre nemocnice, ktoré poskytli všetky údaje za sledované obdobie. Keďže DEA porovnáva technickú efektívnosť abstrahovali sme aj od komplexnosti poskytovaných služieb. Do porovnávania neboli zahrnuté centrá excelentosti a ani ústavy alebo liečebne. Analyzovali sme aj nemocnice, ktoré prešli organizačnou alebo vlastníckou zmenou. Touto analýzou je možné sledovať, či zmena spoločnosti z pohľadu technickej efektívnosti nemocnici pomohla, prípadne či nedošlo ku žiadnej zmene. Vstupný súbor dát pracuje s ukazovateľmi za 47 nemocníc (Tabuľka 1).

Ako vstupy boli použité počet lekárov a sestier (výrobný faktor práca) a priemerný počet postelí (výrobný faktor kapitál). Ako výstupy boli použité počet ukončených hospitalizácií (charakterizuje poskytovanú akútnu ústavnú zdravotnú starostlivosť) a počet ošetrovacích dní – (charakterizuje dlhodobú chronickú zdravotnú starostlivosť).

Tabuľka 1: Popis vstupných ukazovateľov analýzy

rok	ukazovateľ	max	min	priemer
2005	lekári	639	2	81
	sestry	1 669	9	244
	počet postelí	3 397	67	492
	ošetrovacie dni	844 791	4 314	114 784
	hospitalizácie	94 288	737	14 891
2006	lekári	826	5	112
	sestry	1 784	14	307
	počet postelí	2 940	70	484
	ošetrovacie dni	687 134	6 450	115 702
	hospitalizácie	87 356	338	15 614
2007	lekári	338	2	68
	sestry	1 018	11	229
	počet posteli	1 616	34	424
	ošetrovacie dni	382 982	7 311	102 451
	hospitalizácie	46 271	402	13 718
2008	lekári	364	1	67
	sestry	950	8	223
	počet postelí	1 616	34	411
	ošetrovacie dni	384 727	5 750	98 716
	hospitalizácie	45 839	254	13 361
2009	lekári	391	3	77
	sestry	1 010	11	238
	počet postelí	1 616	50	438
	ošetrovacie dni	398 433	5 406	105 060
	hospitalizácie	47 761	679	14 541

Zdroj: Health Policy Institute na základe údajov Národného centra zdravotníckych informácií, údaje sú z rokov 2005 až 2009

1) V prehľadnej publikácii Hollingsworth, 2003, kde bolo zhrnutých 188 článkov o hodnotení efektívnosti v zdravotníctve, bola v 50 % použitá metóda obalu dát a približne štvrtina štúdií využila pri regresnej analýze na mieru efektívnosti predtým získanými aplikáciou analýzy obalu dát

Tabuľka 2: Maximálne, minimálne a priemerné hodnoty výsledkov modelov

rok	model	ukazovateľ	max	min	priemer
2005	CCR-I	miera efektívnosti	100%	26%	85%
		lekári	559	2	68
		sestry	1 460	8	210
		priemerný počet postelí	2 973	29	420
	BCC-I	miera efektívnosti	100%	35%	90%
		lekári	639	2	75
		sestry	1 669	9	229
		priemerný počet postelí	3 397	48	458
2006	CCR-I	miera efektívnosti	100%	67%	87%
		lekári	635	4	92
		sestry	1 371	12	255
		priemerný počet postelí	2 261	60	403
	BCC-I	miera efektívnosti	100%	71%	93%
		lekári	826	5	105
		sestry	1 784	14	287
		priemerný počet postelí	2 940	70	453
2007	CCR-I	miera efektívnosti	100%	74%	91%
		lekári	267	2	60
		sestry	803	11	204
		priemerný počet postelí	1 283	34	379
	BCC-I	miera efektívnosti	100%	79%	94%
		lekári	338	2	64
		sestry	1 018	11	217
		priemerný počet postelí	1 616	34	402
2008	CCR-I	miera efektívnosti	100%	69%	90%
		lekári	287	1	59
		sestry	748	8	197
		priemerný počet postelí	1 272	34	364
	BCC-I	miera efektívnosti	100%	77%	94%
		lekári	364	1	64
		sestry	950	8	212
		priemerný počet postelí	1 616	34	391
2009	CCR-I	miera efektívnosti	100%	62%	88%
		lekári	310	2	67
		sestry	800	8	207
		priemerný počet postelí	1 279	37	381
	BCC-I	miera efektívnosti	100%	76%	93%
		lekári	391	3	73
		sestry	1 010	11	224
		priemerný počet postelí	1 616	50	412

Zdroj: Health Policy Institute, 2010

Poznámka: pri výpočte použitý program EMS Efficiency Measurement System, Version 1.3

VÝSLEDKY ANALÝZY TECHNICKEJ EFEKTÍVNOSTI

Pri analýze technickej efektívnosti slovenských nemocníc prostredníctvom DEA modelov sme použili modely orientované na vstupy, pretože vychádzame z predpokladu, že výstupy predstavujú potrebu zdravotníckych služieb, a preto je naším cieľom minimalizácia vstupov potrebných k uspokojeniu tejto potreby.

Maximálne a minimálne hodnoty vstupov po úprave jednotlivými modelmi v sledovanom období uvádza **Tabuľka 2.** V rokoch 2005 a 2006 najvyššie „optimalizované" hodnoty vstupov dosahovala Fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava a v rokoch 2007 až 2009 maximálne „optimálne" hodnoty mala Fakultná nemocnica L. Pasteura Košice s výnimkou počtu postelí pre rok 2007, ktoré vykázali vo FNsP J. A. Reimana Prešov „optimálnejšie" hodnoty.

Tabuľka 3: Maximálne, minimálne a priemerné hodnoty redukcie počtu vstupov oproti reálnemu stavu

rok	model	ukazovateľ	max	min	priemer
2005	CCR-I	lekári	80	0	12
		sestry	208	0	34
		priemerný počet postelí	424	0	71
	BCC-I	lekári	32	0	5
		sestry	93	0	15
		priemerný počet postelí	221	0	34
2006	CCR-I	lekári	191	0	20
		sestry	412	0	52
		priemerný počet postelí	679	0	81
	BCC-I	lekári	39	0	7
		sestry	106	0	20
		priemerný počet postelí	145	0	31
2007	CCR-I	lekári	71	0	8
		sestry	214	0	25
		priemerný počet postelí	340	0	45
	BCC-I	lekári	26	0	4
		sestry	80	0	12
		priemerný počet postelí	128	0	21
2008	CCR-I	lekári	77	0	8
		sestry	202	0	26
		priemerný počet postelí	344	0	48
	BCC-I	lekári	21	0	3
		sestry	50	0	11
		priemerný počet postelí	100	0	21
2009	CCR-I	lekári	81	0	10
		sestry	210	0	31
		priemerný počet postelí	337	0	56
	BCC-I	lekári	23	0	4
		sestry	72	0	14
		priemerný počet postelí	118	0	26

Zdroj: Health Policy Institute, 2010

Tabuľka 6: Porovnanie rozdelenia počtu nemocníc do inetrvalov podľa dosiahnutej technickej efektívnosti v sledovanom období 2005 – 2009

	2005		2006		2007		2008		2009	
Interval	CCR-I	BCC-I	CCR-I	BCC-I	CCR-I	BCC-I	CCR-I	BCC-I	CCR-I	BCC-I
100 %	5	13	5	18	12	20	10	22	10	19
99,9 % – 95,0 %	7	11	9	6	8	7	4	4	6	6
94,9 % – 90,0 %	10	8	6	10	7	5	8	7	3	6
89,9 % – 80,0 %	16	7	13	7	14	14	17	11	18	11
79,9 % – 70,0 %	3	3	13	6	6	1	7	3	9	5
69,9 % – 60,0 %	2	2	1	0	0	0	1	0	1	0
59,9 % – 50,0 %	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
49,0 % – 0 %	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Health Policy Institute, 2010

Najnižšiu mieru technickej efektívnosti dosiahla v roku 2005 pre model CCR-I NsP Stará Ľubovňa, n.o. Jej technická efektívnosť sa rokmi zvyšovala a už v roku 2007 dosiahla 100%-nú technickú efektívnosť pre uvedený model.

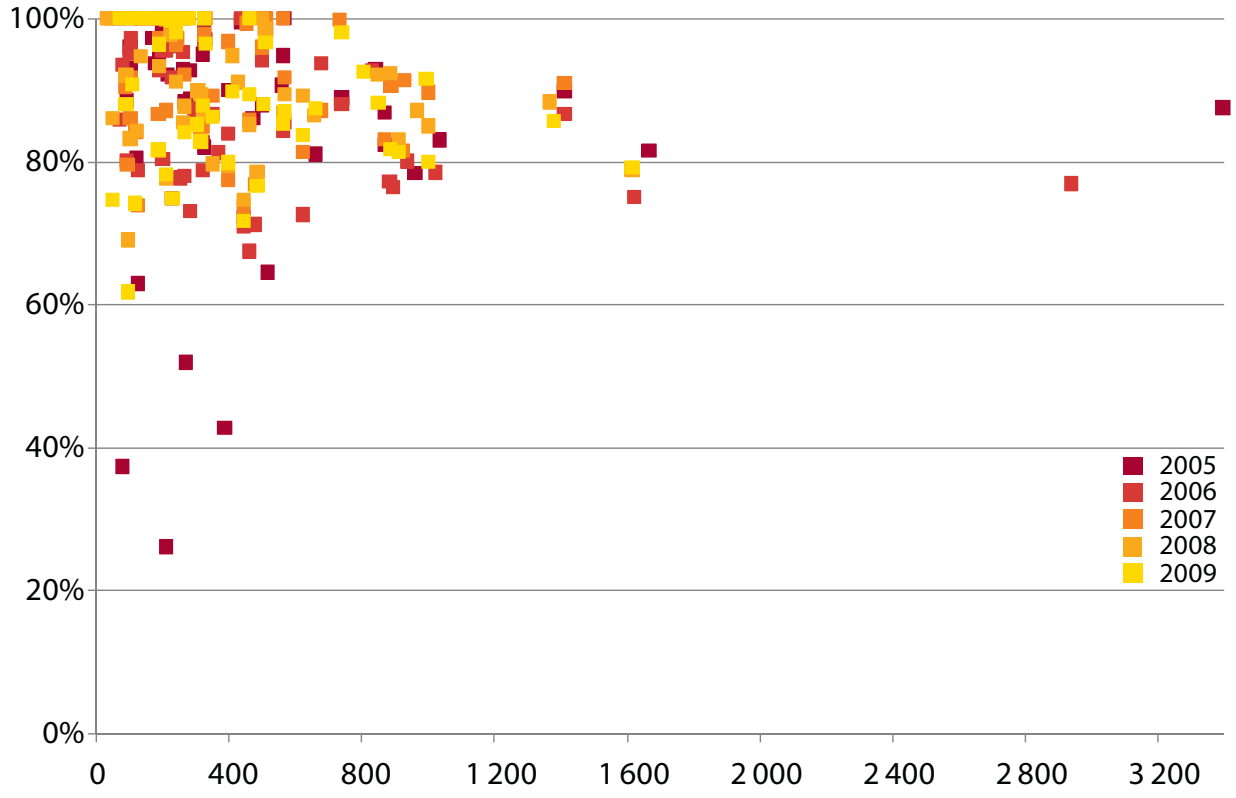
Najväčšiu redukciu pri zachovaní objemu výstupov si podľa výsledkov technickej efektívnosti použitím modelov CCR-I a BCC-I za sledované obdobie vyžaduje v sledovanom období FNsP Bratislava pre model CCR-I v roku 2006. **Počty postelí si vyžadujú redukciu o 679, počet sestier o 412 a počet lekárov o 191** (Tabuľka 3).

Spomedzi všetkých výsledkov si vyžaduje FNsP Bratislava najvyššiu redukciu z celého súboru vstupov pre lôžkové oddelenia nemocníc pre oba modely v sledovanom období. Tento objem nehovorí o tom, že ide o najneefektívnejšiu nemocnicu, ale v porovnaní s inými nemocnicami je táto redukcia najvyššia.

Pri porovnaní v sledovanom období sa medziročne technická efektívnosť celého súboru sledovaných nemocníc zlepšila. V intervale od 0 % do 70 % sa nachádza v roku 2009 pre model CCR-I iba jedna nemocnica, ktorej veľkosť je však z pohľadu dosahovania výnosov z rozsahu neprimeraná nakoľko pre model BCC-I, ktorý abstrahuje z výnosov z rozsahu, sa táto nemocnica nachádza vo vyššom intervale dosahuje 77 % (Tabuľka 4).

Pre hodnotenie slovenských nemocníc je vhodnejšia CCR, lebo zohľadňuje aj neadekvátnu veľkosť produkčnej jednotky. Aj z Grafu 1 je viditeľný posun k zlepšeniu efektívnosti u slovenských nemocníc medzi rokmi.

Graf 1: Technická efektívnosť slovenských nemocníc v závislosti od veľkosti nemocnice (počet lôžok), roky 2005 až 2009



Zdroj: Health Policy Institute, 2010

OBMEDZENIA ANALÝZY

Kvalita meraní pomocou DEA závisí hlavne od kvality dát, s ktorými model pracuje a nie primárne na metóde výpočtu, ktorá bola zvolená.

Je dôležité pripomenúť, že uvedená analýza obalu dát má niekoľko nedostatkov z čoho môžu vyplývať niektoré nepresnosti:

Vstupný súbor nemocníc s lôžkovými oddeleniami nie je kompletný. Z celkového počtu nemocníc s lôžkovými oddeleniami v SR iba 47 nemocníc mali kompletné výkazy v sledovanom období a mohli byť zaradené do analýzy.

Chýbajú porovnateľné ukazovatele kvality zdravotnej starostlivosti v nemocniciach. Pri analýze absentovali aj informácie o tzv. prípadovom mixe, čiže informácie o štruktúre pacientov podľa závažnosti ich ochorenia, čím nie je možné zaručiť úplnú homogenitu a porovnateľnosť nemocníc medzi sebou (porovnanie výkonnosti fakultných a menších nemocníc s menej závažnými prípadmi).

Pokiaľ ide o správnosť zdrojových dát, nie je možné odsledovať, či dáta uvedené vo výkazoch NCZI, ktoré jednotlivé nemocnice vypĺňajú sú korektné aj vzhľadom na variabilitu metodiky sledovania hodnotených ukazovateľov.

Na odstránenie týchto chýb je potrebné zlepšiť kvalitu, štruktúru a aktuálnosť údajov vykazovaných voči NCZI, a ich verejnú dostupnosť.

DEA je neparametrickou metódou, ktorá je úlohou lineárneho programovania a abstrahuje od vzniku náhodných chýb.

Analýza obalu dát má veľké rezervy v oblasti štatistického testovania významnosti ukazovateľov, ktoré je v prípade ekonometrickej analýzy využívané a metodicky prepracované. Teória obalu údajov sa však neustále vyvíja a predpokladá sa, že v tomto smere dôjde k prepojeniu ekonometrie a analýzy obalu dát.

Výsledky analýzy obalu dát je možné ďalej analyzovať pomocou regresnej analýzy a skúmať závislosť miery efektívnosti od vonkajších faktorov, ktoré ju ovplyvňujú, avšak nie je ich možné považovať za vstupy alebo výstupy produkcie. Takým faktorom môže byť vlastníctvo (verejné versus súkromné), u ktorého by bolo možné zistiť vplyv vlastníctva na efektívnosť nemocnice[2)].

Miera technickej efektívnosti vybratej nemocnice závisí na celom súbore vstupných nemocníc. Ak pridáme do vstupného súboru novú nemocnicu s jej údajmi, ktorá mení efektívnu hranicu, zmenia sa aj miery technickej efektívnosti ostatných nemocníc pôvodného súboru.

Ing. Simona Frisová (1980) je senior analytikom Health Policy Institute. Zaoberá sa ekonómiou zdravotníctva a poistnou matematikou. Vykonáva funkciu programovej riaditeľky HMA.

» kontakt frisova@hpi.sk | www.hpi.sk

2) „Využití analýzy obalu dat pro hodnocení efektivnosti českých nemocnic“, Dlouhý, M., Jablonský, J., Novosádová, I., Politická ekonomie, č.1/2007, str. 60 – 71

Výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo

Health Policy Institute publikoval v apríli 2010 *policy paper*, ktorého cieľom je predstaviť kľúčové výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo. Autori v ňom používajú konceptuálny rámec, ktorý sa na zdravotný systém pozerá z pohľadu cieľov a nástrojov.

Za tri kľúčové ciele považujú **zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva, zvyšovanie spokojnosti spotrebiteľov a finančnú ochranu pred katastrofickými nákladmi.**

Príspevok je tak rozdelený do troch kapitol, pričom každá z nich sa venuje jednému cieľu a hlavným stratégiám na ich dosiahnutie. Vzhľadom na komplexnosť cieľov a rôznorodé záujmy jednotlivých hráčov v zdravotníctve je záver *policy papera* venovaný potrebe zodpovednej regulácie a ochrane spotrebiteľa.

Celé znenie dokumentu nájdete na www.hpi.sk

Porovnanie infraštuktúrnych parametrov lôžkovej starostlivosti v krajinách V4

Cieľom tohto článku je porovnať infraštruktúrne parametre lôžkovej starostlivosti na Slovensku voči ostatným krajinám V4 a iným zahraničným benchmarkom.

V4

POČET A HUSTOTA NEMOCNÍC

V roku 2008 bolo na Slovensku 138 ústavných zdravotníckych zariadení, z toho 73 všeobecných nemocníc. Najmä počet všeobecných nemocníc od roku 2004 výrazne klesal z 97 na súčasných 73 (Tabuľka 1). Naopak, počet všetkých lôžkových zariadení v danom období mierne stúpal a následne klesol na úroveň roka 2003. Zníženie počtu všeobecných nemocníc pri rastúcom počte všetkých lôžkových zariadení tak zrejme nesúvisí s ich priamym zatváraním, ale skôr s ich premenou na iné typy zariadení.

Podobne, hustota všetkých nemocníc zostáva v dlhodobom horizonte relatívne stabilná. Medzi rokmi 1996 a 2008 došlo len k miernemu zvýšeniu hustoty z 24,0 na 25,6 nemocnice na 1 milión obyvateľov (Tabuľka 2). Na druhej strane, hustota všeobecných nemocníc po období dlhej stagnácie (1996 – 2004) v posledných rokoch výrazne klesá z úrovne 18,0 na 13,5 nemocnice na 1 milión obyvateľov.

Hustota slovenských nemocníc je najvyššia spomedzi krajín V4. Pre porovnanie, kým Slovensko má 25 nemocníc na 1 milión obyvateľov, tak Holandsko ich má len 11. Na druhej strane, hustota slovenských všeobecných nemocníc (13,5 na 1 milión obyvateľov) je výrazne nižia než v ČR (16,0), či v Poľsku (20,3). Opäť, Holandsko výrazne vyčnieva z radu – má len 6,3 všeobecnej nemocnice na 1 milión obyvateľov (Tabuľka 3).

Tabuľka 1: Počet všetkých a všeobecných nemocníc

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Počet všetkých nemocníc	129	134	137	134	140	137	137	138	144	142	149	149	138
Počet všeobecných nemocníc	94	94	93	93	98	95	95	96	97	83	79	80	73

Zdroj: OECD Health Data, 2010

Tabuľka 2: Počet lôžkových zariadení a všeobecných nemocníc na 1 000 obyvateľov

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Počet lôžkových zariadení na 1 mil. obyvateľov	24,0	24,9	25,4	24,8	25,9	25,5	25,5	25,7	26,8	26,4	27,6	27,6	25,6
Počet všeobecných nemocníc na 1 mil. obyvateľov	17,5	17,5	17,3	17,2	18,1	17,7	17,7	17,8	18,0	15,4	14,7	14,8	13,5

Zdroj: OECD Health Data, 2010

Tabuľka 3: Počet nemocníc a ich hustota v krajinách V4 za rok 2008

	Počet nemocníc	Lôžkové zariadenia na 1 milión obyvateľov	Všeobecné nemocnice	Počet všeobecných nemocníc na 1 milión obyvateľov
Slovensko	138	25,6	73	13,5
Česká republika	254	24,8	164	16,0
Maďarsko	176	17,5	107	10,7
Poľsko	825	21,6	774	20,3
Holandsko	182	11,1	103	6,3

Zdroj: OECD Health Data, 2010

POČET A HUSTOTA LÔŽOK

Počet lôžok sa na Slovensku od roku 1996 do roku 2008 výrazne znížil zo 44 700 na 35 452 (Tabuľka 4), čo predstavuje pokles hustoty z 8,3 na 6,6 lôžka na 1000 obyvateľov (Tabuľka 5). Najvýznamnejšie poklesli lôžka pre dlhodobo chorých (o 30 %) a akútne lôžka (o 21 %), pričom počet psychiatrických lôžok klesol o 10 %. Vo vzájomnom vývoji počtu lôžok a počtu nemocníc môžeme zbadať dva zaujímavé javy:

Priemerný počet lôžok v jednej nemocnici medzi rokmi 1996 a 2004 postupne klesol až o 25 % z 347 na 257 (modrá krivka na Grafe 1) – toto si môžeme vysvetľovať tak, že redukcia počtu lôžok predbieha redukciu počtu nemocníc. A naozaj, kým medzi rokmi 1996 a 2008 sa zredukovalo 20 % lôžok, tak v tom istom období sa počet nemocníc dokonca zvýšil o 7 percent. Z trendového hľadiska teda kráčame cestou drobenia, čiže budovania väčšieho počtu menších nemocníc.

Priemerný počet akútnych lôžok vo všeobecných nemocniciach od roku 1996 najprv klesal a od roku 2004 stúpa (červená krivka na Grafe 1), pričom v roku 2008 dosahuje takmer identické hodnoty ako v roku 1996 (361, resp. 356). Z trendového hľadiska teda od roku 2004 kráčame cestou konsolidácie, čiže redukcia všeobecných nemocníc je rýchlejšia ako redukcia akútnych lôžok. A naozaj, kým počet akútnych lôžok medzi rokmi 2004 a 2008 vzrástol o 1 percento, tak počet všeobecných nemocníc poklesol až o 25 %.

Tabuľka 4: Počet lôžok

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Lôžka spolu	44 700	43 847	43 348	42 915	42 333	41 249	40 714	38 938	37 129	36 471	36 185	36 449	35 452
Akútne	33 438	32 457	31 762	31 572	30 530	29 292	28 815	27 389	26 035	27 003	26 307	26 546	26 344
Psychiatrické	4 864	5 005	4 995	4 995	5 031	5 003	5 060	4 831	4 669	4 502	4 514	4 450	4 379
Chronické	5 601	5 513	5 713	5 500	5 907	6 000	5 768	5 650	5 436	4 047	4 432	4 403	3 933
Ostatné	797	872	878	848	865	954	1 071	1 068	989	919	932	1 050	796

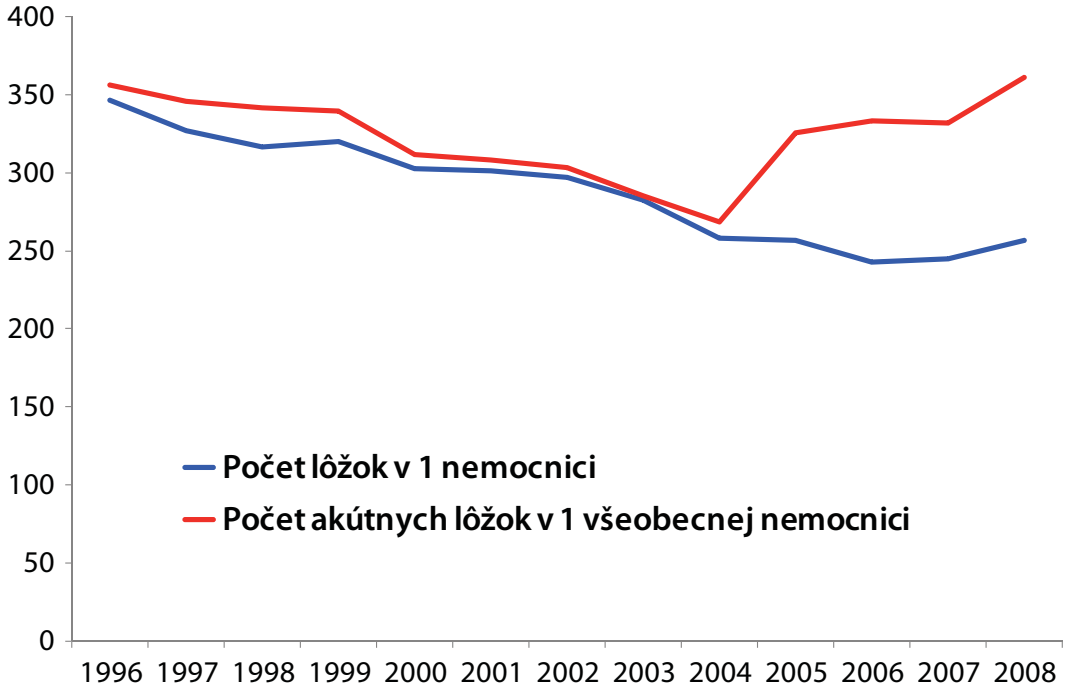
Zdroj: OECD Health Data, 2010

Tabuľka 5: Počet lôžok na 1000 obyvateľov

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Lôžka spolu	8,3	8,1	8,0	8,0	7,8	7,7	7,6	7,2	6,9	6,8	6,7	6,8	6,6
Akútne	6,2	6,0	5,9	5,9	5,7	5,4	5,4	5,1	4,8	5,0	4,9	4,9	4,9
Psychiatrické	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
Chronické	1,0	1,0	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	0,8	0,8	0,8	0,7
Ostatné	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1

Zdroj: OECD Health Data, 2010

Graf 1: Veľkosť produkčných jednotiek



Zdroj: Kalkulácie HPI, 2010 na dátach OECD z roku 2008

V medzinárodnom porovnaní (Tabuľka 6 a 7) sa v počte postelí na 1 000 obyvateľov nachádzame na úrovni Poľska (6,6), ale máme ich ešte stále výrazne viac ako Holandsko (4,3) a priemer EÚ 15 (5,3). Podobne je to pri akútnych lôžkach – kým Slovensko ich má 4,9 na 1 000 obyvateľov, tak Holandsko iba 2,9. Zaujímavo vyzerá porovnanie veľkosti nemocníc ako produkčných jednotiek. Dáta za uvedené krajiny tvoria akýsi oblúk (Graf 2), kde Slovensko je príkladom rozdrobenej štruktúry (veľa menších jednotiek) a Holandsko je príkladom konsolidovanej štruktúry (menej väčších jednotiek). Len pre porovnanie, priemerná holandská nemocnica má o 50 % viac postelí viac ako slovenská. Zároveň je hustota holandských nemocníc až o 66 % nižia ako na Slovensku. Podobný charakter ako trhu ako Holandsko má Maďarsko, pričom česká štruktúra sa veľmi podobá na tú našu. Dôvodom týchto podobností môže byť podobný geografický charakter územia. Maďarsko aj Holandsko sú rovinaté krajiny, pričom ČR a SR sú kopcovitého rázu s horšou dostupnosťou do odľahlejších miest.

Tabuľka 6: Počet lôžok za rok 2008

	Lôžka spolu	Akútne	Psychiatrické	Chronické	Ostatné
Slovensko	35 452	26 344	4 379	3 933	796
Česká republika	74 924	52 930	10 936	6 756	4 302
Maďarsko	70 714	41 265	2 887	11 218	15 344
Poľsko	252 375	168 179	24 713	14 344	45 139
Holandsko	69 941	46 973	22 968	0	0

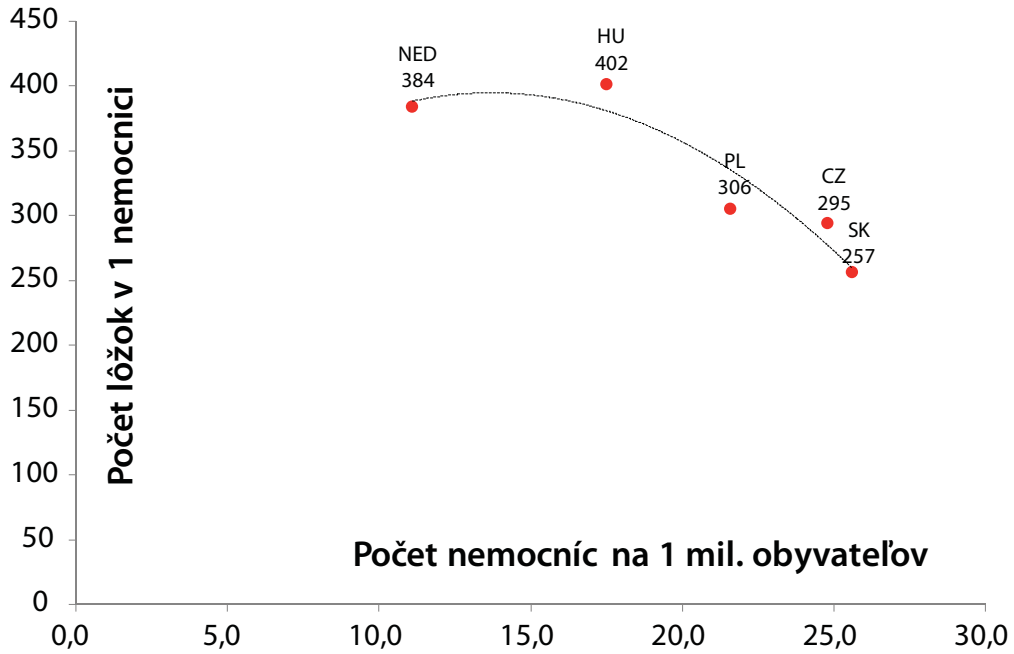
Zdroj: OECD Health Data, 2010

Tabuľka 7: Počet lôžok na 1 000 obyvateľov, 2008

	Lôžka spolu	Akútne	Psychiatrické	Chronické	Ostatné
Slovensko	6,6	4,9	0,8	0,7	0,1
Česká republika	7,3	5,2	1,1	0,7	0,4
Maďarsko	7,0	4,1	0,3	1,1	1,5
Poľsko	6,6	4,4	0,6	0,4	1,2
Holandsko	4,3	2,9	1,4	0,0	0,0
EU-15 priemer	5,3	3,6	0,8	0,8	0,6
OECD priemer	5,6	3,8	0,8	1,0	0,6

Zdroj: OECD Health Data, 2010

Graf 2: Počet lôžok v 1 nemocnici a počet akútnych lôžok v 1 všeobecnej nemocnici



Zdroj: Kalkulácie HPI, 2010 na dátach OECD z roku 2008

OBLOŽNOSŤ, POČET HOSPITALIZOVANÝCH A PRIEMERNÁ DĹŽKA HOSPITALIZÁCIE

Rozdielna štruktúra lôžok a veľkosť produkčných jednotiek však nemusí súvisieť len s geografickým charakterom krajiny ako sme naznačili v predchádzajúcej časti. Môže byť dôsledkom meniacej sa funkcie nemocníc v liečebnom reťazci. Práve parametre z Holandska plasticky ukazujú, že nemocnice tam môžu zohrávať už inú úlohu ako u nás. Kým na Slovensku navštívi nemocnicu približne každý piaty obyvateľ, tak v Holandsku je to len každý deviaty (**Tabuľka 8)** a navyše strávi v nemocnici v priemere iba 6 dní, kým Slovák 7.

Výrazne nižší dopyt po lôžkovej starostlivosti v Holandsku kombinovaný s krátkym časom hospitalizácie neústi len do inej štruktúry produkčných jednotiek, ale aj do výrazne nižšej obložnosti akútnych postelí. Tá podľa OECD dosahuje iba 55,7 %, oproti 67,5 % na Slovensku, či 77 % v Poľsku.

Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976) je riaditeľ, partner a senior analytik Health Policy Institute.

Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonómiou zdravotníctva a makroekonómiou.

» kontakt pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Tabuľka 8: Obložnosť, počet hospitalizovaných a priemerná dĺžka hospitalizácie

	Obložnosť akútnych postelí v percentách	Počet prepustených z nemocnice na 100 obyvateľov	Priemerná dĺžka akútnej hospitalizácie v dňoch
Slovensko	67,5	20,8	6,9
Česká republika	69,7	20,2	7,4
Maďarsko	75,3	18,4	6,0
Poľsko	77,0	17,2	5,7
Holandsko	55,7	11,3	5,9
EU-15 priemer	76,4	17,3	6,4
OECD priemer	74,6	16,2	6,7

Zdroj: OECD Health Data, 2010

Nežiaduce udalosti v nemocniciach: incidencia medzi klientmi Medicare

Predĺžený pobyt v nemocnici, trvalá ujma, resuscitačná intervencia alebo smrť: pobyt v nemocnici prináša pacientom aj zdravotné riziká. Štúdia amerického ministerstva zdravotníctva zistila medzi klientami programu Medicare, že až 13,5 % hospitalizovaných pacientov utrpelo počas pobytu v nemocnici iatrogénne poškodenie. Medicare kryje približne 40 miliónov Američanov v dôchodkovom veku.

Štúdia, publikovaná americkým ministerstvom zdravotníctva (US Department of Health and Human Services Office), sa zamerala na iatrogénne poškodenia pacientov v nemocniciach. Nežiaducou udalosťou rozumeli poškodenie pacientov v dôsledku poskytnutej zdravotnej starostlivosti (napr. infekcie pri zavádzaní katétrov). Závažnou nežiaducou udalosťou boli prípady, ako napr. operácia nesprávneho pacienta, ktoré by sa podľa amerického Národného fóra kvality (NQF) nemali stať za žiadnych okolností. Zákon z r. 2006 zaväzuje takéto extrémne prípady hlásiť Kongresu a takáto zdravotná starostlivosť nesmie byť uhradená z verejných zdrojov.

Výskumu sa zúčastnila národne reprezentatívna náhodná vzorka 780 klientov programu Medicare, ktorí boli októbri 2008 prepustení z nemocnice. Lekári, ktorí skúmali ich prípad zisťovali, či (1) došlo k nežiaducim udalostiam počas hospitalizácie, (2) či šlo o závažné prípady podľa zoznamu NQF alebo Medicare, (3) aká bola miera ujmy pacienta a (4) či sa tejto udalosti dalo predísť.

Autori zisťovali náklady pre Medicare za zdravotnú starostlivosť vyplývajúcu z týchto udalostí. Identifikovali tiež ďalšie udalosti, ktoré viedli k dočasnej ujme pacienta, ale nedali sa porovnávať so závažnými prípadmi v celkovom hodnotení; ocenili ich náklady ako aj náklady na ich prevenciu.

ZISTENIA

13,5 % hospitalizovaných klientov Medicare bolo vystavených nežiaducim udalostiam počas pobytu v nemocnici. Mesačné náklady na zdravotnú starostlivosť poskytnutú v súvislosti s týmito prípadmi vypočítali na **324 mil. dolárov** (t.j. 3,5 % výdavkov Medicare na ústavnú starostlivosť). Odhadom **1,5 % pacientov bolo vystavených takej nažiaducej udalosti, ktorá prispela k ich úmrtiu;** v prepočte na celé Spojené štáty to znamená približne 15 000 úmrtí mesačne.

Kým polovicu (51 %) udalostí označila lekárska revízia za také, ktorým sa nedalo predísť, až **44 % nežiaducich udalostí bolo preventabilných.** Medzi ne patrili najmä omyly, subštandardná starostlivosť a nedostatočný monitoring a posudzovanie stavu pacienta.

Odporúčania autorov sa zameriavajú na lepšiu identifikáciu nežiaducich udalostí (pravidlá reportingu, meranie indikátorov, spolupráca s pacientskymi organizáciami), ich predchádzaniu (zavádzanie evidence-based protokolov) a motivácii k ich predchádzaniu (neuhrádzanie zdravotnej starostlivosti súvisiacej s nežiaducimi udalosťami).

-tsz-

Štúdia je dostupná na adrese:
http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf

PARTNER PRE VAŠE ZDRAVIE

INFORMUJTE SA
0850 888 999
www.procare.sk

- Najdostupnejší nadštandard na Slovensku
- Lekárske vyšetrenie na presný čas
- Vysoká odbornosť lekárov
- Profesionalita a proklientský prístup
- Stačí sa telefonicky objednať
- Moderné vybavenie ambulancií
- 9 polikliník na Slovensku

ProCare
moderná poliklinika

Poliklinika ProCare Betliarska Bratislava

Betliarska ulica 17, Petržalka

Poliklinika ProCare Košice

Ulica Jána Pavla II. č. 5, sídlisko KVP

Hodnocení nemocnic České republiky

HealthCare Institute je nezisková organizace, která napomáhá postupně zvyšovat kvalitu poskytované péče o pacienty v nemocnicích. Proto se snaží diskutovat s managementem a zřizovateli nemocnic o nasazování nových manažerských metod a přístupů, obvyklých v západní EU a USA (od r. 2005).

Komplexní hodnotící projekt se skládá ze čtyř analytických částí (příčinně vzájemně provázaných strategických perspektiv dlouhodobé úspěšnosti nemocnic ČR):

1. Spokojenost **pacientů** nemocnic ČR (5. ročník)
2. Spokojenost **zaměstnanců** nemocnic ČR (3. ročník)
3. **Finanční zdraví** nemocnic ČR (3. ročník)
4. **Efektivita procesů** nemocnic (vč. informací o výsledku léčby, nyní v přípravě)

Struktura komplexního porovnávání českých nemocnic vychází z metodiky strategického nástroje pro měření výkonnosti organizací – Balanced Scorecard (autoři: prof. Norton a prof. Kaplan – Harvard University, USA)

I. PROJEKT „NEMOCNICE ČESKÉ REPUBLIKY“

Finanční Zdraví · Spokojení Pacienti · Motivovaní Zaměstnanci · Efektivní Procesy

Nejlepší Nemocnice

Vzájemná provázanost jednotlivých indikátorů = spojité nádoby navzájem se ovlivňující:

- negativní změna v oblasti finančního zdraví organizace ovlivní její další investiční rozvoj a motivaci zaměstnanců
- nespokojení a negativně naladění zaměstnanci ovlivní efektivitu interních procesů
- tyto se pak projeví na hospodárnosti provozu organizace a také na jejich kvalitativní úrovni
- pokles v oblasti kvality procesů pocítí ve finále samotní klienti a začnou se pak rozhodovat vlastními „nohami“, tj. budou hledat naplnění svých potřeb jinde

Cílová skupina projektu Nemocnice ČR:

1. vedení fakultních, krajských a městských nemocnic ČR
2. majitelé a zřizovatelé fakultních, krajských a městských nemocnic ČR
3. vedení zdravotních pojišťoven
4. pacientské organizace

Metodika

V roce 2009 byly opět hodnoceny nemocnice v celé ČR s ÚZIS kódy 101 a 102 (tj. Fakultní a Krajské + Městské příspěvkové a obchodní organizace). Vyhodnocení bylo provedeno alespoň pro ty nemocnice, které měly 30 a více respondentů.

Metodika vyhodnocení vychází ze struktury dostupných dat. Komplexní výpočet pořadí je průměrem z jednotlivých dosažených procent a je složen ze čtyř částí (strategických perspektiv), přičemž čtvrtá perspektiva „Efektivita interních procesů nemocnic“ není letos vyhodnocována. Systém vyhodnocování: 100 % je maximum a znamená nejlepší možný výsledek, 0 % je minimum a značí nejhorší výsledek. Pro lepší srozumitelnost jsme vytvořili hodnocení pomocí hvězdiček, které jsme přiřadili nemocnicím podle procent, které získaly:

*****	80 – 100 %
****	60 – 79 %
***	40 – 59 %
**	20 – 39 %
*	0 – 19 %

Klíč pro určení vah jednotlivých dílčích perspektiv je následující:

Oblast	2008	2009
Spokojenost pacientů	0,5	0,33
Spokojenost zaměstnanců	0,25	0,33
Finanční zdraví	0,25	0,33
Efektivita procesů nemocnic	nehodnoceno	nehodnoceno

V roce 2009 došlo ke změně vah oproti předchozímu roku, kdy váha dílčích perspektiv byla rozdílná. Je to z důvodu kvalitativně významného reprezentativního vzorku pro hodnocení v oblasti Spokojenosti zaměstnanců a Finančního zdraví.

Hlasování probíhalo jako v minulých letech pomocí rozsáhlé skupiny koordinátorů přímo v nemocnicích, kteří zajišťovali hladký průběh realizace vyplňování tištěných dotazníků. Bylo také možné hlasovat pomocí zabezpečeného elektronického dotazníku, který byl po celou dobu průzkumu alternativně dostupný na internetových stránkách *www.hc-institute.org*.

Dotazník obsahoval 34 klíčových indikátorů. Průzkum spokojenosti pacientů a zaměstnanců nemocnic za rok 2009 začal 1. března a byl ukončen 31. října 2009. Celkem se jej zúčastnilo přes 35 000 respondentů.

Od roku 2006, kdy organizace HealthCare Institute s tímto rozvojovým projektem začala, se dobrovolně zapojilo již přes 80 000 respondentů. Na rozdíl od Slovenské republiky, kde je toto měření povinné ze zákona, u nás probíhá spíše spontánně a doposud ne centrálně, což by bylo velmi vítané.

SPOKOJENOST PACIENTŮ

V r. 2009 proběhl již čtvrtý ročník hodnocení této oblasti. Zúčastnilo se jej skoro 30 000 respondentů. Minulý rok se do průzkumu zapojilo přes 13 000 pacientů. Minimálně 30 hlasů včetně získalo 71 nemocnic.

V tištěné podobě bylo odevzdáno 87 % dotazníků, elektronickou formu využilo 13 % respondentů.

Informace z dostupných dat v dotazníku lze shrnout do následujících oblastí:

a) Identifikace respondentů

b) Kvalita provedených zákroků očima pacienta

c) Úroveň komunikace a informovanosti pacientů

d) Prostředí nemocnice a klientský přístup personálu

e) Bezpečnost, služby a strava v nemocnici

f) Rozhodovací motivy a požadavky pacientů při volbě nemocnice

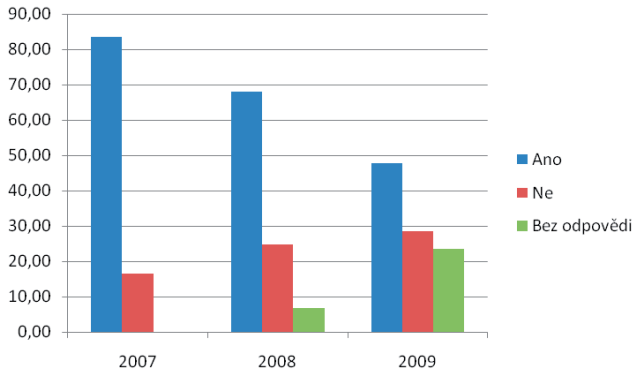
g) eHealth

Srovnání aktuálních výsledků s výsledky za rok 2008 se nijak významně neliší. I složení respondentů dle pohlaví, věku a vzdělání je velmi podobné. Při volbě nemocnice považuje za nejvíce důležité většina respondentů informace o ochotě personálu. Co se týká informací o vysvětlení navrženého postupu léčby, obvyklého časového harmonogramu a možností následné rehabilitace, je hodnocení pozitivní. Bohužel - stejně jako minulý rok, i letos na otázku, zda se pacientovi představila ošetřující zdravotní sestra, byly odpovědi jen v 50 % pozitivní. Ošetřující lékař se pacientovi představil v 73 %.

Zajímavé je zjištění, že skoro 52 % pacientů nemělo pozitivní dojem z chování zaměstnanců nemocnic – podle jejich vyjádření totiž nejsou doposud vnímáni jako klienti, s nimiž „přicházejí" do dané nemocnice jejich finance.

POROVNÁNÍ NĚKOLIKA VYBRANÝCH OTÁZEK V PRŮBĚHU LET 2007 – 2009

Graf 1: Uvítali byste více dostupných informací o kvalitě zdravotní péče poskytované zdravotnickými zařízeními, ve kterých se budete léčit? (výsledky v % za ČR)



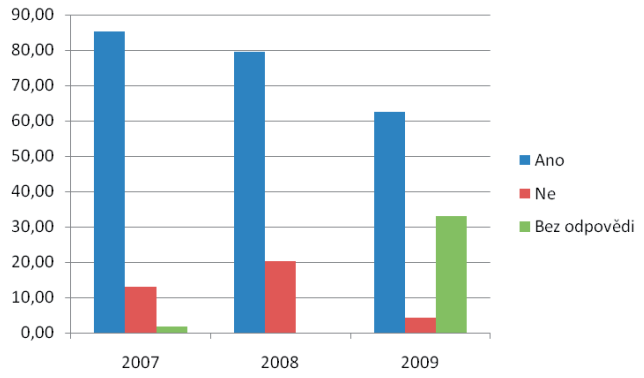
Komentář: Jak je vidět z grafu, od roku 2007 **došlo k velkému posunu v informovanosti pacientů o kvalitě zdravotní péče** poskytované zdravotnickými zařízeními. Je to důkaz toho, že průzkumy spokojenosti pacientů a žebříčky nemocnic mají svůj smysl a že se lidé zajímají o tuto problematiku. Svou důležitou roli sehrála pravděpodobně také média a jejich podpora daného tématu směrem k pacientům.

Otázka: Jaké informace osobně považujete za nejdůležitější při volbě zdravotnického zařízení? (výsledek v %)

Odpověď	2007	2008	2009
- nezvoleno -	16,18	0,00	0,00
o počtech ošetřených pacientů s určitým typem onemocnění	5,06	7,37	3,24
o délce léčby	4,68	6,89	3,82
o počtu úmrtí v nemocnici	1,61	1,82	0,79
o počtu vyléčených pacientů	5,57	8,54	4,56
o komplexnosti péče	14,95	23,18	18,17
o prostředí v nemocnici	11,54	13,30	14,39
o ochotě personálu	14,51	16,39	23,32
o dosažené kvalifikaci	4,49	4,92	4,85
o délce praxe lékařů a sester	3,27	3,04	3,94
o přístrojovém vybavení	9,09	6,88	10,89
o procesu léčby	6,77	5,46	9,38
o certifikaci nemocnice	2,28	2,22	2,66

Komentář: Z této tabulky je patrné, že pacienti považují za nejdůležitější při volbě zdravotnického zařízení stále stejné informace. Jsou to **komplexnost péče, ochota personálu a prostředí v nemocnici.** Ochota personálu je hledisko, které nemocnici nic nestojí a i přesto se jí pacienti často nedočkají. V roce 2009 dosáhla tato položka dokonce přes 23 % a umístila se na prvním místě.

Graf 2: Ocenili byste, kdyby se pravidelně kontrolovala bezpečnost a kvalita poskytovaných služeb v nemocnicích? (výsledky v %)



Komentář: Z grafu je patrné, že stále méně pacientů by ocenilo, aby se kontrolovala bezpečnost a kvalita poskytovaných služeb v nemocnicích. Znamená to, že se ve zdravotnických zařízeních cítí více bezpečně a jsou spokojeni se současným vývojem v oblasti kontroly kvality. Svou roli zde také sehrávají manažeři nemocnic, odborné instituce a média, zabývající se touto problematikou.

Stejně jako minulý rok, i letos bylo nejvíce pacientských dotazníků (více než 10 %) odevzdáno v těchto krajích: **Hl. m. Praha, Vysočina, Moravskoslezský.**

Nejlepších 5 fakultních nemocnic (ÚZIS kód 101) dle hodnocení pacientů:

Pořadí	Název nemocnice	Kraj	Procenta	Hodnocení
1	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Hl. m. Praha	72,50	****
2	Fakultní nemocnice Hradec Králové	Královéhradecký kraj	71,32	****
3	Fakultní nemocnice Ostrava	Moravskoslezský kraj	70,58	****
4	Fakultní nemocnice Na Bulovce	Hl. m. Praha	70,31	****
5	Fakultní nemocnice Olomouc	Olomoucký kraj	69,30	****

Zdroj: dotazování pacientů v celé ČR v rámci projektu „Nemocnice ČR 2009"

Další FN ohodnocené 4 seřazené abecedně: Fakultní nemocnice U sv. Anny Brno, Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Plzeň, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Praha, Fakultní nemocnice v Motole Praha, Fakultní Thomayerova nemocnice Praha*

Nejlepších 5 krajských a městských nemocnic (ÚZIS kód 102) dle hodnocení pacientů:

Pořadí	Název nemocnice	Kraj	Procenta	Hodnocení
1	Nemocnice Podlesí a.s.	Moravskoslezský kraj	82,64	*****
2	Vojenská nemocnice Olomouc	Olomoucký kraj	82,35	*****
3	Nemocnice Na Homolce	Hl. m. Praha	80,63	*****
4	Karvinská hornická nemocnice a.s.	Moravskoslezský kraj	80,05	*****
5	ALMEDA, a.s., Městská nemocnice Neratovice	Středočeský kraj	79,77	****

Zdroj: dotazování pacientů v celé ČR v rámci projektu „Nemocnice ČR 2009"

V této skupině byly celkem 4 nemocnice s jedním z nejvyšších ocenění (5).*

SPOKOJENOST ZAMĚSTNANCŮ

V roce 2009 došlo k druhému ročníku měření spokojenosti zaměstnanců v nemocnicích v ČR. Průzkumu se zúčastnilo přes 5 tis. zaměstnanců z nemocnic z celé ČR. Nárůst odpovědí oproti minulému roku byl o neuvěřitelných téměř 300 %. Celkem bylo hodnoceno 36 nemocnic.

Oblasti sledování:

a) Identifikace respondentů
b) Náročnost práce a požadavky na zaměstnance
c) Komunikace a informovanost pracovník
d) Motivace a systém odměňování
e) Hospodárnost a efektivita provozu nemocnice

Dle výsledků průzkumu Spokojenosti zaměstnanců nemocnic se zapojilo 83 % žen, dále 82 % zaměstnanců bylo ve věku do 55 let. 71 % zaměstnanců má středoškolské vzdělání a 20 % jsou vysokoškoláci. Co se týká motivačních odměn, nejvíce zaměstnanců (22 %) má největší zájem o „příjemný" styl vedení (minulý rok pouze 6 %). Dále následují pochvaly a dovolená navíc (minulý rok - penzijní připojištění, dovolená navíc a stravenky).

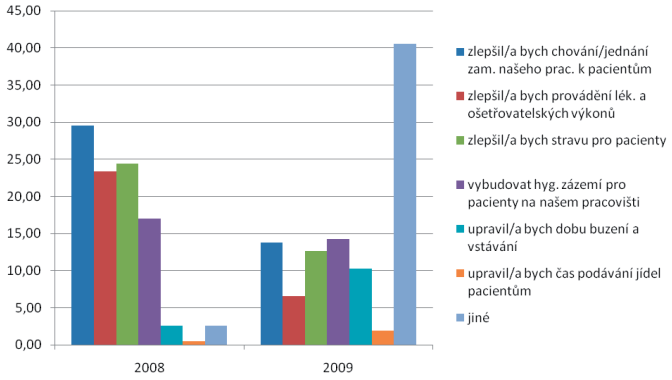
Projevuje Váš nadřízený zájem vyslechnout si Váš názor na možné řešení pracovních problémů? (výsledek v %)

Odpověď	2008	2009
Rozhodně ne	8,01	5,25
Spíše ne	21,87	11,84
Spíše ano	39,28	38,33
Rozhodě ano	**30,84**	**39,83**
Nehodnotím	0,00	4,74

Komentář: Oproti minulému roku došlo k posunu při spolupráci zaměstnanců a vedení během řešení problémů a naslouchání nadřízených problémům zaměstnanců.

Na otázku číslo 28, **Myslíte, že by šlo něco udělat pro zlepšení spokojenosti Vašich zákazníků/pacientů na Vašem pracovišti?,** odpovědělo téměř 60 % zaměstnanců kladně (minulý rok to bylo přes 77 %).

Graf 3: Pokud jste odpověděl/a kladně na otázku č. 28, co doporučujete udělat pro zlepšení spokojenosti Vašich pacientů (zákazníků)? (výsledky v %)



Komentář: V roce 2008 by nejvíce zaměstnanců zlepšilo chování k pacientům, stravu pro pacienty a provádění lékařských a ošetřovatelských výkonů. V letošním roce by naopak chtěli zaměstnanci vybudovat hygienické zázemí pro pacienty. Chování zaměstnanců k pacientům je na druhém místě a strava na třetím. Odpověď jiné zvolilo 40 % zaměstnanců, tyto detaily jsou k dispozici managementu jednotlivých nemocnic.

Pracovní zařazení respondentů/zaměstnanců nemocnic:

Odpověď	Počet hlasů	v %
Správní (technicko-hospodářský) útvar	532	10,09
Klinický (zdravotní) útvar	4 318	81,90
Nezodpovězeno	422	8,00
Celkem	5 272	100,00

Podřízení / vedení:

Odpověď	Počet hlasů	v %
Nemám přímé podřízené	3 077	58,36
Mám přímé podřízené	1 180	22,38
nezodpovězeno	1 015	19,25
Celkem	5 272	100,00

Úroveň managementu:

Odpověď	Počet hlasů	v %
nezodpovězeno	474	40,17
Top management (ředitel/ka, náměstek, náměstkyně, hlavní sestra)	32	2,71
Střední management (vedoucí odboru, primář, primářka, vrchní sestra)	276	23,39
Základní management (vedoucí oddělení, vedoucí skupiny, vedoucí sestra)	398	33,73
Celkem	1 180	100,00

Nejlepších 5 fakultních nemocnic (ÚZIS kód 101) podle hodnocení zaměstnanců:

Pořadí	Název nemocnice	Kraj	Procenta	Hodnocení
1	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Hl. m. Praha	72,62	****
2	Fakultní Thomayerova nemocnice s pol.	Hl. m. Praha	68,28	****
3	Fakultní nemocnice Ostrava	Moravskoslezský kraj	67,06	****
4	Fakultní nemocnice Na Bulovce	Hl. m. Praha	64,33	****
5	Fakultní nemocnice U sv. Anny	Jihomoravský kraj	62,55	****

Zdroj: dotazování zaměstnanců v celé ČR v rámci projektu „Nemocnice ČR 2009“

Další fakultní nemocnice ohodnocená 4: Fakultní nemocnice Olomouc*

Nejlepších 5 krajských a městských nemocnic (ÚZIS kód 102) dle jejich zaměstnanců:

Pořadí	Název nemocnice	Kraj	Procenta	Hodnocení
1	Karvinská hornická nemocnice a.s.	Moravskoslezský kraj	77,93	****
2	Městská nemocnice Městec Králové a.s.	Středočeský kraj	77,76	****
3	Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o.	Moravskoslezský kraj	77,63	****
4	Vojenská nemocnice Olomouc	Olomoucký kraj	76,63	****
5	Vojenská nemocnice Brno	Jihomoravský kraj	73,89	****

Zdroj: dotazování zaměstnanců v celé ČR v rámci projektu „Nemocnice ČR 2009“

FINANČNÍ ZDRAVÍ (ZDROJ CCB - CZECH CREDIT BUREAU A.S.)

Nezisková zdravotnická organizace HealthCare Institute (HCI) ve spolupráci s odborným partnerem - společností CCB - Czech Credit Bureau a.s. (CCB) - zrealizovala již v roce 2008 jako první svého druhu unikátní hodnocení českých nemocnic na základě jejich finančního zdraví. Zde Vám předkládáme výsledky navazujícího druhého ročníku.

Hodnoceny byly nemocnice s ÚZIS kódem 101 (Fakultní) a 102 (tzv. Krajské a městské) – viz www.uzis.cz.

Hodnocení nemocnic – příspěvkových organizací bylo prováděno na základě výpočtu sady ukazatelů, které byly definovány speciálně pro tento typ subjektů. Vychází se z výpočtů ukazatelů za rok 2007 a 2008 a kromě hodnot v daných obdobích se počítá i s meziročními změnami ukazatelů. Do hodnocení vstupují mimo jiné ukazatele, které hodnotí schopnost hradit své závazky, dále závislost na dotacích, likvidita a podobně. CCB – Czech Credit Bureau, a.s. ve svém hodnocení využila především zkušeností s hodnocením municipalit. Segment municipalit sleduje a monitoruje již od roku 2004. Příspěvkovým organizacím se v intenzivnější míře věnuje především poslední 3 roky. Zdrojem informací pro hodnocení nemocnic – příspěvkových organizací je rozvaha, výkaz zisku a ztráty a příloha příspěvkových organizací, které jsou zveřejněny na informačním portálu MF ČR.

Pro hodnocení nemocnic – obchodních společností jsme využili údaje v databázi CRIBIS, kterou naše společnost CCB vytváří od roku 2006. V této databázi jsou shromážděny všechny účetní závěrky obchodních společností, které tyto společnosti zveřejňují na Sbírce listin. Samotné vyhodno-

cení probíhá podle metodiky, kterou CCB vyvinula pro segment malých a středních podniků. Metodika výpočtu hodnocení je nastavena pro celkem 28 oborů činností v členění dle CCB. Do jednoho z těchto oborů jsou začleněny i nemocnice – obchodní společnosti. Sleduje se zde především celková zadluženost, celková likvidita, dále například doba splatnosti krátkodobých úvěrů a podobně.

Žebříček nemocnic z hlediska finančního zdraví je sestaven na základě veřejně dostupných informací. Do hodnocení nejsou zahrnuty další aspekty jako je například stav movitého a nemovitého majetku včetně například přístrojového vybavení. **Hodnocení nemocnic z hlediska finančního zdraví dává především odpověď na otázku, jak jsou nemocnice schopné splácet své závazky, případně zda jsou schopné realizovat opravy nemovitého nebo nákupy movitého majetku.**

A, OBCHODNÍ SPOLEČNOSTI

Do žebříčku byly zahrnuty subjekty, které zveřejnily na obchodním rejstříku své výkazy minimálně za rok 2007 a 2008.

V absolutním pořadí se na prvním místě stejně jako vloni umístnila Nemocnice Kadaň s.r.o. z Ústeckého kraje. Mezi prvními deseti nemocnicemi se umístilo celkem 5 nemocnic Jihočeského kraje. Nejlepší z nich je Prachatická nemocnice, která se v celkovém pořadí umístila na druhém místě (vloni byla na 4. místě, ale výpočet se u této nemocnice prováděl z dat za rok 2006). Nejlepší trojici opět uzavírá jihočeská nemocnice – Český Krumlov (vloni pátá, rovněž z dat za rok 2006).

Kategorie podle počtu akutních lůžek (zdroj: ÚZIS, www nemocnic, přímé dotazování managementu nemocnic ČR):

kategorie I	**do 350 lůžek**
kategorie II	**351 – 900 lůžek**
kategorie III	**nad 900 lůžek**

Ve všech kategoriích byly nejúspěšnější nemocnice Jihočeského kraje, které pouze u nejmenších nemocnic přepustily první příčku nemocnici mimo Jihočeský kraj.

Potěšitelné je, že se výrazněji zlepšil stav zveřejňování finančních výkazů. Zatímco v loňském roce jsme měli k dispozici data za rok 2007 a 2006 pouze u 14 nemocnic – proto byly do hodnocení zahrnuty i nemocnice pouze s daty za rok 2006 a 2005, v letošním roce máme k dispozici data za rok 2008 a 2007 u celkem 37 nemocnic – obchodních společností.

Nejlepších 5 nemocnic - obchodní společnost, ÚZIS kód 102, kategorie I

Pořadí	Název nemocnice	Kraj	Hodnocení
1	Nemocnice Kadaň s.r.o.	Ústecký	****
2	Nemocnice Prachatice, a.s.	Jihočeský	****
3	Nemocnice Český Krumlov, a.s.	Jihočeský	****
4	VISUS, spol. s r.o.	Královéhradecký	****
5	Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.	Zlínský	***

Zdroj: CCB - Czech Credit Bureau

Další nemocnice ohodnocené 3 seřazené abecedně: Centrum léčby pohybového aparátu, s.r.o., Domažlická nemocnice, a.s., Karvinská hornická nemocnice a.s., Městská nemocnice Městec Králové a.s., Podhorská nemocnice a.s., Nemocnice Podlesí a.s., Stodská nemocnice, a.s.*

Nejlepších 5 nemocnic - obchodní společnost, ÚZIS kód 102, kategorie II

Pořadí	Název nemocnice	Kraj	Hodnocení
1	Nemocnice Strakonice, a.s.	Jihočeský	****
2	Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	Jihočeský	****
3	Uherskohradišťská nemocnice a.s.	Zlínský	****
4	Nemocnice Tábor, a.s.	Jihočeský	***
5	Šumperská nemocnice a.s.	Olomoucký	***

Zdroj: CCB - Czech Credit Bureau

Nejlepší nemocnice - obchodní společnost, ÚZIS kód 102, kategorie III

Pořadí	Název nemocnice	Kraj	Hodnocení
1	Nemocnice České Budějovice, a.s.	Jihočeský	***
2	Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	Zlínský	**

Zdroj: CCB - Czech Credit Bureau

B, PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE

krajské a městské nemocnice (do 350 lůžek, 351 – 900 lůžek)

V absolutním pořadí (tj. všechny kategorie podle počtu lůžek) se na prvním místě umístnil Revmatologický ústav Praha (vloni 8. místo). Druhá je Nemocnice Jablonec nad Nisou (vloni 7. místo) a třetí Ústav hematologie a krevní transfuze Praha (vloni 14. místo).

fakultní nemocnice (kategorie Nad 900 lůžek)

V kategorii Fakultní nemocnice se první umístila FN Hradec Králové (vloni 4. místo). Z nemocnic, které se vloni umístily na prvních třech místech, si pozici vylepšila pouze letos druhá FN Ostrava (vloni 3. místo). V letošním roce nejlepší trojici doplňuje FN Plzeň Bory (vloni na 5. místě).

Nejlepších 10 nemocnic – příspěvková organizace, ÚZIS kód 102, kategorie I

Pořadí	Název nemocnice	Kraj	Hodnocení
1	Revmatologický ústav Praha	Praha	****
2	ÚHKT Praha 2	Praha	****
3	Centr.kard.chirur.Brno	Jihomoravský	****
4	Masaryk.onkolog.ú.Brno	Jihomoravský	****
5	Nemocnice Ivančice	Jihomoravský	****

Zdroj: CCB – Czech Credit Bureau

Další nemocnice ohodnocená 4: Nemocnice Blansko*

Další nemocnice ohodnocené 3 seřazené abecedně: Vojen. nemocnice Brno, Městská nemocnice Čáslav, Měst. nemocnice Hustopeče, Masaryk. nem. Jilemnice, Nemocnice Litomyšl, Měst. nem. ÚSP Mar. Lázně, Městská nemocnice Odry, Vojen. nemocnice Olomouc, Nemocnice Pelhřimov, IKEM Praha, NsP Na Františku Praha 1, ÚPMD Praha, NsP Semily, Nemocnice Slaný, Měst. nemocnice Slavičín, Nemocnice Tišnov, REHAMEDICA Žacléř*

Nejlepších 5 nemocnic – příspěvková organizace, ÚZIS kód 102, kategorie II

Pořadí	Název nemocnice	Kraj	Hodnocení
1	Nemocnice Jablonec n. N.	Liberecký	****
2	Nemocnice Třinec	Moravskoslezský	****
3	Nemocnice Vyškov	Jihomoravský	***
4	Měst. nemocnice Ostrava	Moravskoslezský	***
5	Nemocnice Nové Město n. M.	Vysočina	***

Zdroj: CCB – Czech Credit Bureau

Další nemocnice ohodnocené 3 seřazené abecedně: Nem. Milosr. bratří Brno, Nemocnice Frýdek-Místek, NsP Karviná-Ráj, Nemocnice Kyjov, Měst. nem. Litoměřice, Nemocnice Třebíč, Nemocnice Znojmo*

Nejlepších 5 fakultních nemocnic – příspěvková organizace, ÚZIS kód 101, kategorie III

Pořadí	Název nemocnice	Kraj	Hodnocení
1	FN Hradec Králové	Královéhradecký	****
2	FN Ostrava	Moravskoslezský	***
3	FN Plzeň-Bory	Plzeňský	***
4	Všeobecná FN Praha	Praha	***
5	FN Olomouc	Olomoucký	***

Zdroj: CCB – Czech Credit Bureau

Další nemocnice ohodnocené 3 seřazené abecedně: FN U sv. Anny Brno, FN Praha 10, FN Praha 5 - Motol, FNsP Thomayer. Praha 4*

VYBRANÉ STATISTICKÉ ÚDAJE

Doba splatnosti krátkodobých závazků (medián):

Fakultní nemocnice	68,12 dnů
Příspěvkové organizace (všechny)	47,38 dnů
Do 350 lůžek	44,58 dnů
Nad 350 lůžek	53,07 dnů
Obchodní společnosti (všechny)	70,31 dnů
Do 350 lůžek	70,31 dnů
Nad 350 lůžek	70,47 dnů

Nejrychleji své závazky platí nemocnice typu příspěvkové organizace (bez rozdílu velikosti). Nemocnice – obchodní společnosti platí shodně za 70 dnů – přibližně stejně jako fakultní nemocnice.

Doba inkasa krátkodobých pohledávek (medián):

Fakultní nemocnice	29,40 dnů
Příspěvkové organizace (všechny)	34,26 dnů
Do 350 lůžek	33,88 dnů
Nad 350 lůžek	34,30 dnů
Obchodní společnosti (všechny)	36,20 dnů
Do 350 lůžek	36,45 dnů
Nad 350 lůžek	36,12 dnů

Nejrychleji dostávají zaplaceno fakultní nemocnice. Ale rozdíl mezi fakultními nemocnicemi a ostatními nemocnicemi je minimální (cca 7 dnů).

Celková zadluženost (medián):

Fakultní nemocnice	21,81 %
Příspěvkové organizace (všechny)	16,35 %
Do 350 lůžek	16,75 %
Nad 350 lůžek	15,94 %
Obchodní společnosti (všechny)	52,34 %
Do 350 lůžek	61,89 %
Nad 350 lůžek	38,15 %

Největší objem cizích zdrojů mají nemocnice – obchodní společnosti s počtem lůžek do 350 (jde tedy o menší nemocnice). Obecně nemocnice - obchodní společnosti čerpají výrazně více bankovní úvěry než ostatní typy nemocnic.

Celková likvidita (medián):

Fakultní nemocnice	1,09
Příspěvkové organizace (všechny)	1,63
Do 350 lůžek	1,97
Nad 350 lůžek	1,43
Obchodní společnosti (všechny)	1,18
Do 350 lůžek	1,18
Nad 350 lůžek	1,20

Nejlepší likviditu (schopnost hradit krátkodobé závazky) mají nemocnice – příspěvkové organizace. Hodnoty nemocnic – obchodních společností a fakultních nemocnic jsou podobné a dají se považovat za mezní (pozn. hodnota celkové likvidity pod 1,0 již představuje určité ohrožení schopnosti splácet své závazky).

Zajímavý je **vývoje doby inkasa pohledávek v čase.** Například u nemocnic – příspěvkových organizací (bez rozdílu velikosti) klesla v průběhu 4 let o 22 dnů:

Medián 2005	56,39 dnů
Medián 2006	43,84 dnů
Medián 2007	38,97 dnů
Medián 2008	34,26 dnů

PREZENTACE VÝSLEDKŮ – HODNOTÍCÍ ZPRÁVA A MEZINÁRODNÍ KONFERENCE „EFEKTIVNÍ NEMOCNICE“

Vlastníci a vrcholový management mohou obdržet výsledné hodnocení finanční kondice své nemocnice formou Detailní hodnotící zprávy, kterou poskytuje společnost HealthCare Institute – viz: ***http://www.hc-institute.org/v2/obj.php***

Hlavní informace k tomuto hodnocení jsou poskytovány na Středoevropské odborné konferenci „Efektivní nemocnice“ určené majitelům a ředitelům nemocnic a zdravotních pojišťoven. Na uvedené konferenci je pravidelně předáváno také ocenění nejlépe hodnocené nemocnici.

ABSOLUTNÍ VÍTĚZ (VŠECHNY 3 OBLASTI MĚŘENÍ ZÁROVEŇ)

Absolutním vítězem napříč oblastmi „Spokojenost pacientů, Spokojenost zaměstnanců nemocnic a Finanční kondice“ pro rok 2009 se stala **NEMOCNICE STRAKONICE a.s.**

Žebříček 5 nejlépe hodnocených krajských a městských nemocnic pro r. 2009

pořadí	název	typ	kraj	%	hodnocení
1.	Nemocnice Strakonice, a.s.	102	Jihočeský kraj	71,33	****
2.	Vojenská nemocnice Olomouc	102	Olomoucký kraj	70,80	****
3.	Nemocnice Třinec - Sosna, p.o.	102	Moravskoslezský kraj	69,45	****
4.	Karvinská hornická nemocnice a.s.	102	Moravskoslezský kraj	68,57	****
5.	Městská nemocnice Městec Králové	102	Středočeský kraj	68,07	****

Žebříček 5 nejlépe hodnocených fakultních nemocnic pro r. 2009

pořadí	název	typ	kraj	%	hodnocení
1.	Všeobecná FN v Praze	101	Hl. m. Praha	67,56	****
2.	Fakultní nemocnice Ostrava	101	Moravskoslezský kraj	65,75	****
3.	Fakultní Thomayerova nemocnice	101	Hl. m. Praha	63,37	****
4.	Fakultní nemocnice Olomouc	101	Olomoucký kraj	62,30	****
5.	Fakultní nemocnice U sv. Anny	101	Jihomoravský kraj	59,55	***
6.	Fakultní nemocnice Na Bulovce	101	Hl. m. Praha	57,84	***

II. BAROMETR MEZI ŘEDITELI NEMOCNIC A ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN VE ZDRAVOTNICTVÍ ČR

Jedná se o druhý ročník unikátní **průzkumné sondy pouze mezi leadery ve zdravotnictví** – řediteli v českých nemocnicích a zdravotních pojišťovnách.

Organizace HealthCare Institute ve spolupráci s jednou ze tří největších průzkumných sítí na světě - společností Ipsos Tambor - realizovala již druhý ročník průzkumu mezi vrcholovými manažery v českém zdravotnictví.

O účast v průzkumu byli požádáni všichni ředitelé fakultních, krajských a městských nemocnic (celkem 160) a dále také ředitelé všech zdravotních pojišťoven České republiky (celkem 9).

Hlavní cíl průzkumu

Vyváženě a objektivně identifikovat aktuální problémy a rezervy, s nimiž se musí potýkat vedení nemocnic a zdravotních pojišťoven, zejména v následujících oblastech:

1. kvalita a dostupnost péče
2. lidské zdroje
3. finance
4. zdravotnický systém
5. hodnocení nemocnic

Tisková zpráva k výsledkům:

http://www.hc-institute.org/userfiles/file/TZ_Barometr_Short.pdf

Detailní popis výsledků (včetně výsledků odpovědí „Nemocnice vs. Pojišťovny“ a odpovědi dle segmentovaných kategorií nemocnic):

http://www.hc-institute.org/userfiles/file/Barometr_detail.pdf

Hlavní cíl průzkumu

Vyváženě a objektivně identifikovat aktuální problémy, s nimiž se musí potýkat vedení nemocnic a zdravotních pojišťoven, zejména v následujících oblastech:

- kvalita a dostupnost péče
- lidské zdroje (hodnoceno pouze řediteli nemocnic)
- finance
- zdravotnický systém
- hodnocení nemocnic a vnímání rezerv v této oblasti

Výzkum je koncipován jako anonymní, stejně tak je i prezentován.

III. STŘEDOEVROPSKÁ ODBORNÁ KONFERENCE „EFEKTIVNÍ NEMOCNICE“ – STRATEGIE NEMOCNIC A POJIŠŤOVEN

V roce 2010 realizuje HealthCare Institute již pátý ročník porovnávání kvality českých nemocnic z pohledu Spokojenosti pacientů, Spokojenosti zaměstnanců nemocnic a Finančního zdraví nemocnic.

Výsledek – žebříček českých nemocnic pro rok 2010 - bude prezentován ve dnech **29. - 30. 11. 2010** na pravidelné Středoevropské odborné konferenci „“Efektivní nemocnice“ aneb „Setkání ředitelů ve zdravotnictví“ se zaměřením na strategii nemocnic a pojišťoven (Clarion Congress Hotel Praha). Tato konference se koná pod oficiální záštitou předsedy Senátu Parlamentu České republiky MUDr. Přemysla Sobotky.

Mezi účastníky patří zřizovatelé a vrcholový management nemocnic a zdravotních pojišťoven z regionu ČR, SR a Polska včetně odborníků na management ve zdravotnictví ze států EU (Švédsko, Holandsko, SRN).

Daniel Vavřina je predsedom občianskeho združenia HealthCare Institute (HCI).

Cieľom HCI je zvyšovanie kvality a efektivity v zdravotníctve.

» kontakt d.vavrina@hc-institute.org

HCI HealthCare Institute

www.hc-institute.org

Finanční Zdraví · Spokojení Pacienti · Motivovaní Zaměstnanci · Efektivní Procesy

NEJLEPŠÍ NEMOCNICE

American Chamber of Commerce in the Slovak Republic

Americká obchodná komora v SR (AmCham) už vyše 17 rokov prispieva k rozvoju obchodu a kvalitného podnikateľského prostredia na Slovensku. V súčasnosti je jednou z najväčších a najaktívnejších zahraničných obchodných komôr pôsobiacich v krajine.

AmCham neustále dynamicky naberá na veľkosti, sile a vplyve. Naša členská základňa pozostávajúca z vyše 300 firiem nám umožnila stať sa rešpektovaným partnerom vlády SR a mnohých ďalších politických a podnikateľských subjektov.

Členovia Americkej obchodnej komory predstavujú významnú hybnú silu ekonomiky. S ich výdatnou podporou sa činnosť AmCham na Slovensku podstatne zintenzívnila. Každý rok organizujeme viac než 100 rôznych podujatí a iniciatív, ktoré nám umožňujú zohrávať omnoho aktívnejšiu úlohu v rámci politického, legislatívneho a hospodárskeho života na Slovensku. Dôkazom je aj otvorenie pobočky AmCham v druhom najväčšom meste na Slovensku, v Košiciach.

Našim poslaním je:

- **PODPOROVAŤ** ekonomické vzťahy medzi Slovenskou republikou, Spojenými štátmi a inými krajinami v oblasti obchodu, priemyslu, poľnohospodárstva, finančníctva, dopravy, zdravotníctva, mimovládnych organizácií, výroby, technológií, odborných činností a iných súvisiacich aktivít,
- **UDRŽIAVAŤ** vynikajúce vzťahy s Obchodnou komorou v USA a inými obchodnými komorami a obchodnými organizáciami v USA a ďalších krajinách,
- **POMÁHAŤ** na nekomerčnej a neziskovej báze našim členom, ktorí sa plne venujú obchodovaniu s podnikmi v Slovenskej republike a v iných krajinách, alebo ktorí takéto obchodovanie zvažujú, pri dosahovaní legitímnych cieľov,
- **INFORMOVAŤ** prostredníctvom zhromažďovania a šírenia informácií o obchode, priemysle, poľnohospodárstve, finančníctve, bankovníctve, doprave, zdravotníctve, mimovládnych organizáciách, výrobe, technológiách, odborných činnostiach, zdaňovaní a súvisiacich zákonoch, hospodárstve a o iných súvisiacich otázkach,
- **ZASTUPOVAŤ**, vyjadrovať a prezentovať názory členov Americkej obchodnej komory v súvislosti s otázkami akéhokoľvek typu, najmä čo sa týka ekonomiky, obchodu, financií a priemyslu,
- **OCHRAŇOVAŤ** a presadzovať spoločné hospodárske záujmy členov Americkej obchodnej komory.

DÔLEŽITÉ FAKTY O AMCHAM SLOVAKIA

17	rokov na Slovensku
20	percent HDP Slovenska vyprodukovaných členmi AmCham
310	počet členov AmCham
120,000	počet zamestnancov členských spoločností AmCham v SR
15,500,000,000	ročný obrat (v eurách) top 100 členov

BRATISLAVA OFFICE:
Crowne Plaza, Hodžovo námestie 2
811 06 Bratislava, Slovak Republic

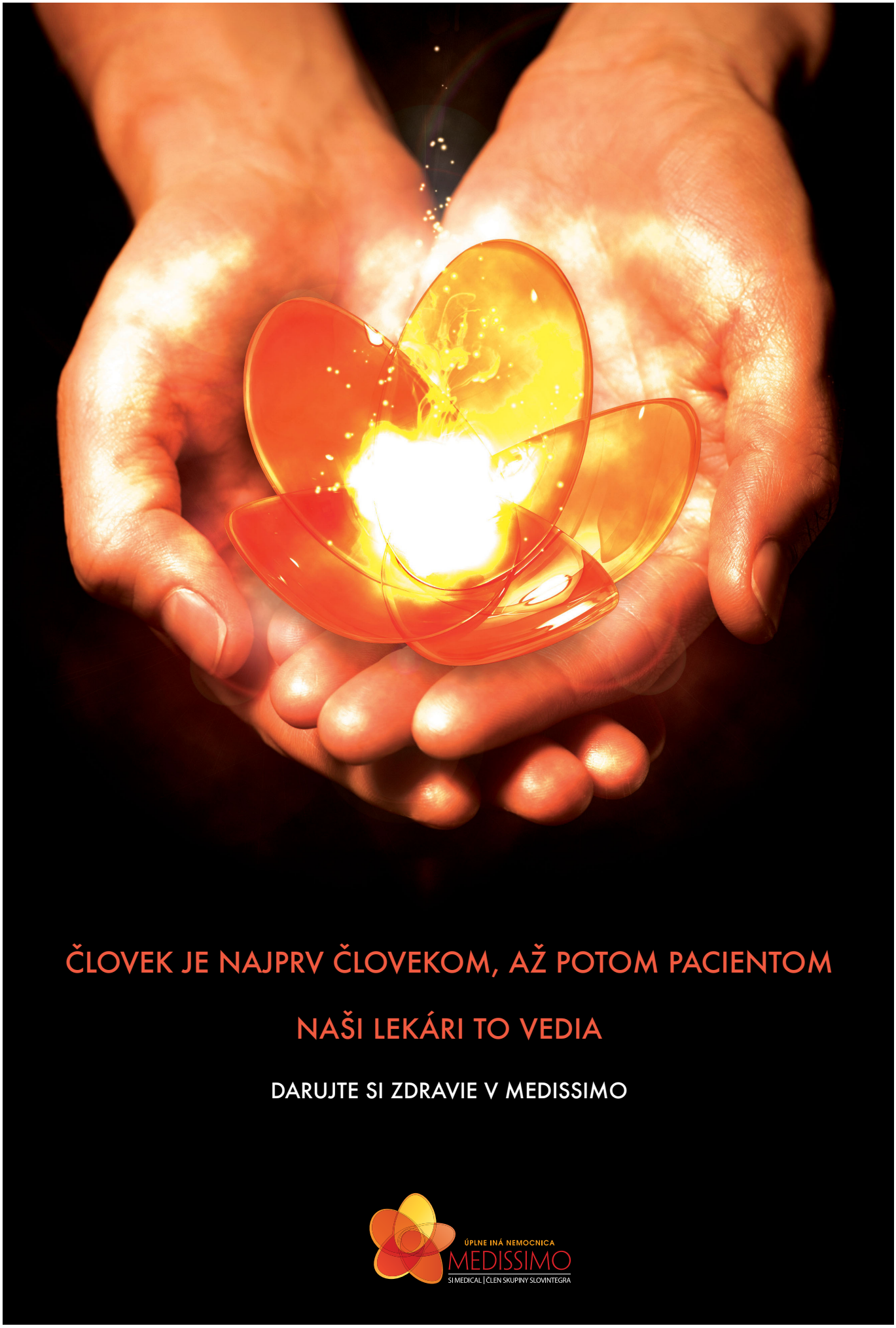
Tel: (+421-2) 54 6405 34
Fax: (+421-2) 5464 0535
E-mail: office@amcham.sk

KOŠICE OFFICE:
Františkánska 5
040 01 Košice; Slovak Republic

Tel: (+421-55) 727 5500
Fax: (+421-55) 727 5213
E-mail: kosice@amcham.sk

Come join us! We're making things happen!

www.AMCHAM.sk


ČLOVEK JE NAJPRV ČLOVEKOM, AŽ POTOM PACIENTOM
NAŠI LEKÁRI TO VEDIA
DARUJTE SI ZDRAVIE V MEDISSIMO
ÚPLNE INÁ NEMOCNICA
MEDISSIMO
SI MEDICAL | ČLEN SKUPINY SLOVINTEGRA

Zmluvné vzťahy s poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti

Záverečná práca na Health Management Academy od Katarína Kafkovej bola prezentovaná v júni 2008. Jej autorka (dnes riaditeľka NsP Medissimo) pracovala v tom čase v zdravotnej poisťovni Union ako riaditeľka úseku nákupu zdravotnej starostlivosti. Jej postrehy z uzatvárania zmlúv s poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti sú zaujímavým a podnetným čítaním.

ZHRNUTIE

Téma redukcie lôžok v ústavných zdravotníckych zariadeniach a rušenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti je v Slovenskej republike horúcou témou posledných mesiacov. Bremeno riešenia tejto situácie zostalo na bedrách zdravotných poisťovní. Union zdravotná poisťovňa, a. s. považuje za dôležité, aby tieto rozhodnutia boli urobené racionálne na základe širokej bázy poznatkov, správnych údajov, na základe vzájomnej dohody a podľa potrieb a zdravotného stavu poistencov a pri poznaní a prediskutovaní regionálnych zdravotných politík. Union zdravotná poisťovňa, a. s. si je vedomá, že k takémuto kroku, ktorý rozhoduje o existencii iných subjektov, je potrebné mať zabezpečenú alternatívnu zdravotnú starostlivosť a ďalšie služby, ktoré v súčasnom systéme nie sú dostatočne koordinované. Obsahom práce je aj jedinečné vyhodnotenie 55-ich členov Asociácie nemocníc Slovenska, u ktorých vykonal partnerskú návštevu jeden pevne postavený tím Union zdravotnej poisťovne, a .s. v zložení právnik, ekonóm a lekár.

ÚVOD

Horúcou témou posledných mesiacov v zdravotníctve i vo verejnosti je redukcia lôžok v ústavných zdravotníckych zariadeniach a neuzatváranie zmlúv s konkrétnymi poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „nemocnica“).

Rezortný orgán ústrednej štátnej správy – Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo zdravotníctva“), sa problematike redukcie siete nemocníc venoval intenzívne od roku 2006. Išlo o úprimnú snahu pripraviť nové smerné čísla počtov akútnych, chronických a psychiatrických lôžok v prostredí reformovaného zdravotníctva, ktoré by napomohli k efektívnemu využívaniu disponibilných verejných zdrojov a zabránili by ďalšiemu a významne sa prehlbujúcemu zadlžovaniu nemocníc.

V tejto súvislosti minister zdravotníctva ustanovil pracovnú skupinu, ktorá sa snažila spolupracovať so samosprávnymi krajmi a hľadať optimálnu cestu ďalšieho smerovania ústavnej starostlivosti na Slovensku. Ale ako to už v našej krajine býva dobrým zvykom, akákoľvek nová, či staronová myšlienka, či už progresívna alebo vracajúca reálny stav do minulosti, sa okamžite stretáva nie s jednou vlnou odporu, ale takpovediac komplexnou vzburou všetkých zúčastnených a akýmsi spôsobom zainteresovaných v tomto rezorte a s ostrou verejnou diskusiou. Všetci zainteresovaní však chápu potrebu redukcie siete lôžkových zariadení, všetci sa stotožňujú s opatreniami realizovanými v európskych krajinách, ktoré zaznamenali svoj vrchol v 90-tych rokoch, ale len do tej miery, pokiaľ sa nedotknú ich záujmov či reálnej angažovanosti.

Vláde Slovenskej republiky sa podarilo situáciu do určitej miery zvládnuť a s účinnosťou od 15. novembra 2007 ustanovila novelizovaným nariadením vlády Slovenskej republiky o verejnej minimálne sieti nový redukovaný minimálny počet lôžok v ústavnej starostlivosti (v celkovom vyjadrení ide o zníženie počtu lôžok o 3 254, v počte akútnych lôžok o 853 lôžok, u chronických lôžok o 2097 a u psychiatrických lôžok o 306).[1,2]

Väčšiu diskusiu ako samotná redukcia počtu lôžok však vyvolalo ustanovenie novej prílohy[2], ktorá obsahuje zoznam 34-och konkrétnych nemocníc, s ktorými sú zdravotné poisťovne povinné uzatvoriť zmluvný vzťah. Do tejto tzv. „povinnej“ alebo inak povedané „pevnej“ verejnej minimálnej siete sú zaradené najmä zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej, resp. zakladateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva tak, ako to v predchádzajúcich mesiacoch deklaroval súčasný premiér vlády Slovenskej republiky. Ide o osemnásť všeobecných nemocníc, z ktorých je dvanásť fakultných, o štrnásť špecializovaných nemocníc, z ktorých desať poskytovateľov pôsobí na národnej alebo širšej regionálnej úrovni a štyri sú psychiatrickými nemocnicami a o dve psychiatrické liečebne.

V prostredí, v ktorom je organizácia zdravotníctva decentralizovaná s minimálnym regionálnym dosahom ministerstva zdravotníctva, v prostredí, v ktorom sa významne zmenili vlastnícke vzťahy zdravotníckych zariadení, zostala nepríjemná úloha spojená s redukciou siete lôžok, resp. s určovaním osudu jednotlivých ústavných zdravotníckych zariadení na bedrách zdravotných poisťovní.

Ako najširšia odborná verejnosť očakávala, kormidla sa chopila celkovo najväčšia štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. a po nej aj najväčšia neštátna zdravotná poisťovňa Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s. Na verejnosť prenikli konkrétne zoznamy nemocníc, s ktorými neplánovali alebo neplánujú v rôznom časovom horizonte pokračovať v zmluvnom vzťahu. Obidve zdravotné poisťovne deklarujú záujem o kvalitu, o efektivitu a o dostupnosť zdravotnej starostlivosti, v popredí ich záujmu je ich poistenec a obidve používajú objektívne parametre na hodnotenie zmluvných partnerov. Napriek tomu jednotlivé zoznamy nemocníc, alias čierne listiny nežiadúcich zmluvných partnerov sú rozdielne. Zoznamy, ktoré prenikli na verejnosť, či už úmyselne alebo so zámerom rozčeriť pokojnú mediálnu hladinu, vyvolali nevôľu Asociácie nemocníc Slovenska ako najväčšej profesijnej organizácie združujúcej široké spektrum nemocníc (k 20. máju 2008 išlo o 60 členov, z ktorých je 46 všeobecných nemocníc, 13 špecializovaných nemocníc a 1 je liečebňa)[3] a každá nemocnica v súčasnosti obhajuje svoje nezastupiteľné miesto v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti v danom regióne a nevyhnutnosť byť zaradená do siete zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zdravotných poisťovní.

UNION ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, A. S. V PROSTREDÍ POTREBY ZMIEN V ÚSTAVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

MINULOSŤ ALEBO ŤAŽKÉ ZAČIATKY A NEPOĽAVUJÚCI OPTIMIZMUS

Union zdravotná poisťovňa, a. s. vznikla v marci roku 2006, teda v období pred rozprúdením verejnej diskusie o aktuálnom a potrebnom stave lôžok a o aktuálnej a potrebnej sieti poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Union zdravotná poisťovňa, a. s. je zdravotnou poisťovňou, ktorá v rámci svojich činností od začiatku pôsobenia napĺňa ciele Svetovej zdravotníckej organizácie uvedených v politike „Zdravie pre všetkých v 21. storočí", akceptuje „Programové vyhlásenie vlády Slovenskej republiky" z augusta 2006, „Národný program podpory zdravia" s jeho schválenými aktualizáciami, „Operačný program Zdravotníctvo na roky 2007 – 2013", využíva pravidelné „Správy o zdravotnom stave obyvateľstva Slovenskej republiky", aktívne sa zapája do plnenia ako cieľov národných preventívnych programov zameraných na kardiovaskulárne ochorenia a onkologické ochorenia, tak aj Národného programu ochrany starších ľudí, Národného programu duševného zdravia, Európskej stratégie starostlivosti o deti a dorast a ďalších významných medzinárodných a národných dokumentov.

Jej ambíciou je byť modernou zdravotnou poisťovňou na trhu zdravotných poisťovní v Slovenskej republike, ktorá má svojich poistencov spokojných so zabezpečenými službami a servisom, s poistencami, ktorých zdravotný stav a zdravotné uvedomenie bude na kvalitatívne najvyššej úrovni a ktorým bude v prípade potreby zabezpečená kvalitná, efektívna, včasná, bezpečná, moderná a v čase a priestore dostupná zdravotná starostlivosť prostredníctvom proaktívneho prístupu a prostredníctvom využitia inštitútu manažmentu poistenca pri zohľadnení dostupných finančných zdrojov. Ambíciou Union zdravotnej poisťovne, a. s. je mať spokojných partnerov[4] – poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s obojstranne vybudovanými korektnými vzťahmi na základe dodržiavania dohôd, uplatňovania transparentných postupov pri uzatváraní zmluvných vzťahov, pri vyjednávaní zmluvných a cenových podmienok, na základe flexibilnej a promptnej komunikácie pri riešení otázok súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, na základe včasných úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a na základe postupného zavádzania motivačných prvkov pri oceňovaní kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Je potrebné priznať, začiatky činnosti Union zdravotnej poisťovne, a. s. boli ťažké. Union zdravotná poisťovňa, a. s. bola jednou z dvoch novovzniknutých zdravotných poisťovní a stala sa takpovediac nechceným dieťaťom reformy zdravotníctva spustenej na prelome rokov 2004 a 2005. Odrazilo sa to vo všeobecnosti v niekoľko mesiacov trvajúcej negatívnej mediálnej kampani a tiež v nedôvere stavovských organizácií, profesijných združení a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podmienenej predchádzajúcimi negatívnymi skúsenosťami so zdravotnými poisťovňami. Jediným, ale veľmi silným článkom, ktorý spoločnosť v úvode podporil a prejavil jej dôveru, boli samotní poistenci, ktorých počet od 1. januára 2007 presahoval 454 tisíc (8,7 %-ný podiel) a voči ktorým mala Union zdravotná poisťovňa, a. s. etický záväzok nielen „postarať sa", ale ukázať im aj novú kvalitu vzťahov, služieb a celkového prístupu[4].

Union zdravotná poisťovňa, a. s. v rámci rokovaní so zástupcami stavovských organizácií, profesijných združení i jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vstúpila do prostredia rozsiahlej cenovej deregulácie vrátane platobných mechanizmov[5], do prostredia, kde obvyklé ceny za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v sebe niesli prvok nezohľadňovania skutočných nákladových cien a v značnej miere dlhodobo stagnovali napriek legislatívnym možnostiam na ich úpravu.

Špecifickým problémom bola obec zástupcov nemocníc, a to najmä pokiaľ išlo o dohodovanie cenových podmienok. Požiadavky nemocníc na vyššie ceny pre ústavnú zdravotnú starostlivosť boli odôvodňované najmä

1. potrebou zohľadnenia reálnych nákladových cien v ústavnej zdravotnej starostlivosti,
2. neuhradenými záväzkami voči Sociálnej poisťovni, voči dodávateľom liekov, zdravotníckych pomôcok, energií a iným subjektom (pozn.: k 31. decembru 2006 celkový dlh v zdravotníctve predstavoval 6,821 miliárd Sk, z toho u poskytovateľov v zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva 4,435 miliardy Sk[6]),
3. nedostatkom zdrojov na krytie investičných akcií, ktoré v niektorých prípadoch boli odsúhlasené zriaďovateľom a zároveň aj vládou Slovenskej republiky (odhadovaná potrebná suma pre poskytovateľov v zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva na celkovej úrovni 5 miliárd Sk, pre rok 2007, najmenej však vo výške 1,8 miliardy Sk[7]),
4. potrebou navyšovania miezd zdravotníckym pracovníkom na základe tlaku odborových organizácií,
5. nedostatkom odborníkov najmä v špecializačných odboroch anestéziológia a intenzívna medicína a rádiodiagnostika, ktorých služby si poskytovateľ obstaráva dodávateľsky od externých subjektov, s čím sú spojené vyššie mzdové náklady,
6. vydaným príkazom ministra zdravotníctva pre nemocnice v zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva „na prehodnotenie zmluvných vzťahov a pri nevýhodných zmluvách vykonať okamžitú nápravu formou uzatvorených dodatkov k existujúcim zmluvám alebo uzatvorenie nových zmlúv"[7],
7. vedomím si nevýhodnej pozície Union zdravotnej poisťovne, a. s. pri plnení zákonom ustanovenej povinnosti vo väzbe na verejnú minimálnu sieť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti.

V rámci tohto obdobia nemožno opomenúť, že Union zdravotná poisťovňa, a. s. bola kontinuálne dohliadaná Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najmä z hľadiska napĺňania ustanovenej verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti[1].

Na druhej strane postoj vyjednávacích tímov ako aj jednotlivých nemocníc v období prvého kola uzatvárania zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti čiastočne ovplyvnili vyhlásenia ministra zdravotníctva o pripravovanej redukcii lôžok v ústavnej zdravotnej starostlivosti, a to cestou rušenia

aj celých zdravotníckych zariadení. V tomto období uzatvorili zmluvný vzťah s Union zdravotnou poisťovňou, a. s. aj tie nemocnice, s ktorými boli rokovania veľmi ťažké a ktorí mali neprimerané cenové požiadavky.

Union zdravotná poisťovňa, a. s. uzatvorila zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so 148 –mi poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti, z toho bolo 76 všeobecných nemocníc vrátane 12-ich fakultných nemocníc, 34 špecializovaných nemocníc vrátane 5-ich psychiatrických nemocníc, 21 liečební vrátane 4-och psychiatrických liečební a 16 iných poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti (dom ošetrovateľskej starostlivosti, hospic, centrum pre liečbu drogových závislostí a iné).

Ak by sme mali vyhodnotiť zmluvné, resp. cenové podmienky, Union zdravotná poisťovňa, a. s. uplatnila v úvode tzv. „tradičné" platobné mechanizmy[8)]. Veľkou výhodou pre poskytovateľov bolo finančne neobmedzované uhrádzanie zdravotnej starostlivosti tak, aby bolo možné naplniť jeden zo strategických cieľov - zabezpečenie včasnej potrebnej zdravotnej starostlivosti bez časového zdržania z finančných dôvodov pre každého jej poistenca.

V rovnakom období však Union zdravotná poisťovňa, a. s. začala vyvíjať ďalšie aktivity, ktoré sú nevyhnutným predpokladom k správnemu, objektívnemu a transparentnému hodnoteniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, k akceptovateľnej diferenciácii poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a v konečnom dôsledku aj k výberu zmluvných poskytovateľov starostlivosti. Union zdravotná poisťovňa, a.s. prejavila záujem participovať na aktivitách, ktoré by viedli k zreálneniu platieb za poskytnutú zdravotnú starostlivosť aj prostredníctvom dohodnutia odlišných platobných mechanizmov. Union zdravotná poisťovňa, a. s. otvorila diskusiu k vytvoreniu primeraného prostredia na substitúciu ústavnej starostlivosti a začala konať na zabezpečení nevyhnutného a potrebného servisu pre poistencov tak, aby uplatňované zmeny nemali negatívny dopad na ich zdravotný stav.

SÚČASNOSŤ ALEBO STÁLE STOJÍME NA ZAČIATKU ŤAŽKEJ CESTY

Posledné mesiace roku 2007 sa niesli v znamení rokovaní so zástupcami nemocníc a prioritnou témou bola okrem cenových podmienok na rok 2008 aj otázka uzatvárania zmlúv s jednotlivými nemocnicami a postoj k redukcii lôžok.

Union zdravotná poisťovňa, a. s. sa v tomto období dohodla s Asociáciou nemocníc Slovenska na diferenciácii nemocníc v budúcnosti. Východiskom bude pravidelné vyhodnocovanie zastúpenia a štruktúry poistencov v jednotlivých regiónoch, poznanie ich zdravotného stavu a tým aj potrieb zdravotnej starostlivosti, komplexné údaje o poskytovateľoch ústavnej zdravotnej starostlivosti a poznanie zdravotnej politiky príslušného samosprávneho kraja. Union zdravotná poisťovňa, a. s. sa zaviazala, že zdravotnícke zariadenia budú hodnotené podľa objektívnych kritérií, transparentne, hodnotiace kritériá poskytne Union zdravotná poisťovňa, a. s. Asociácii nemocníc Slovenska, výsledky budú následne spoločne prerokované a bude dohodnutý ďalší postup v rámci uzatvárania zmluvných vzťahov s členmi Asociácie nemocníc Slovenska.

Celý proces bol odštartovaný na začiatku decembra 2007. Union zdravotná poisťovňa, a. s. zostavila jeden tím v zložení právnik, ekonóm a lekár (ďalej len „tím Unionu") pre vykonávanie návštev jednotlivých zmluvných partnerov a vypracovala plán partnerských návštev. Cieľom každej návštevy bolo zoznámenie sa s manažmentom a odborným personálom poskytovateľa, získanie informácií o doterajšom vývoji zdravotníckeho zariadenia, o jeho plánoch do budúcnosti, prediskutovanie spracovaných štatistických údajov z podkladov Národného centra zdravotníckych informácií o hospitalizáciách za roky 2005 a 2006 (zdroj: Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky), prezretie jednotlivých oddelení v zdravotníckom zariadení, komunikácia s pacientmi, najmä poistencami Union zdravotnej poisťovne, a. s., preverenie geografických podmienok rozhodujúcich pre posúdenie dostupnosti zdravotníckeho zariadenia, overenie si regionálnych podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti, prediskutovanie zdravotných politík realizovaných príslušnými samosprávnymi krajmi z pohľadu navštívených nemocníc a preverenie úrovne spolupráce s ostatnými poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti, najmä s tzv. „koncovými" pracoviskami.

Od začiatku realizácie úvodných návštev boli diskutované mnohé otázky a okruhy problémov. Na ich základe sa tím Unionu snažil vypracovať jednotné kritériá na hodnotenie nemocníc. Výsledkom bolo vypracovanie ARK skórovacieho systému s bodovacím systémom hodnotenia. Podľa tohto skórovacieho systému sú hodnotené jednotlivé parametre spoločné pre celé zdravotnícke zariadenie (všeobecné kritériá pre všeobecné nemocnice a pre špecializované nemocnice), na základe ktorých sú zdravotnícke zariadenia zaraďované do jednej zo štyroch skupín (A až D, pričom skupina A je skupinou s najvyšším bodovým hodnotením a skupina D skupinou s najnižším bodovým hodnotením) a osobitne sú hodnotené jednotlivé oddelenia v zdravotníckom zariadení (špecifické kritériá).

V rámci všeobecných kritérií ARK skórovacieho systému sú hodnotené ekonomické parametre, čerpanie fondov Európskej únie, investičné aktivity, reálna regionálna geografická dostupnosť zdravotníckeho zariadenia, migrácia pacientov do zdravotníckeho zariadenia, reprofilizácia zdravotníckeho zariadenia podľa regionálnych potrieb a podľa zdravotnej politiky príslušného samosprávneho kraja. Hodnotené je tiež zabezpečenie 24-hodinovej dostupnosti vybraných druhov zdravotnej starostlivosti, záujem poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o kontinuálne zvyšovanie odbornej spôsobilosti svojich zamestnancov, zapojenie sa do organizovania a zabezpečovania kreditovaných seminárov pre neštátnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, odborných konferencií, aktívna spolupráca zdravotníckeho zariadenia s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v rámci organizovania a účasti na klinicko – patologických seminároch a spolupráca s rezortom školstva pri vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov. Hodnotené je aj vypracovanie vlastných vyšetrovacích a liečebných postupov pre lekárov a pre ošetrovateľský personál, funkčnosť antibiotickej komisie a komisie pre účelnú farmakoterapiu a systém nákupu liekov. Predmetom ARK skórovacieho systému je aj zisťovanie, či sa zdravotnícke zariadenie správa k pacientom „priateľsky" a či akceptuje ich pripomienky a návrhy na zlepšovanie procesov a služieb.

V rámci špecifických kritérií ARK skórovacieho systému je vyhodnocovaný stav pacientskych izieb a ich vybavenie, stav sociálnych zariadení, poriadok a čistota na oddelení, správanie personálu k pacientom, komplexnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti v príslušnom špecializačnom odbore a stav riešenia substitúcie ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Hodnotiacie kritériá ARK skórovacieho systému boli vypracované tak, aby boli pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti motivačné, aby ich viedli k zlepšovaniu jednotlivých aktivít a tým aj k zlepšovaniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, čo v konečnom dôsledku priaznivo ovplyvní aj efektivitu vynakladania finančných prostriedkov.

Ku koncu mája 2008 tím Uniou navštívil a vyhodnotil 55-ich členov Asociácie nemocníc Slovenska. Z toho bolo 43 všeobecných nemocníc, 11 špecializovaných nemocníc a 1 liečebňa. Údaje sú uvedené v **Tabuľke 1**.

Na základe vyhodnotenia všeobecných kritérií bolo do skupiny A zaradených 19 nemocníc, do skupiny B 22 a do skupiny C 12 nemocníc. Do skupiny D boli zaradené 2 nemocnice. Údaje sú uvedené v **Tabuľke 2**.

Hodnotené boli 43 všeobecných nemocníc, 11 špecializovaných nemocníc a 1 liečebňa. Do skupiny A je zaradených 11 všeobecných a 9 špecializovaných nemocníc, do skupiny B 19 všeobecných nemocníc, 2 špecializované nemocnice a 1 liečebňa, do skupiny C 11 všeobecných nemocníc a do skupiny D 2 všeobecné nemocnice. Skupina B prevažuje v Banskobystrickom kraji a skupina C v Trenčianskom kraji. Špecializované nemocnice sú zaradené najmä v skupine A.

Po zaradení nemocnice do jednej zo štyroch skupín boli bodovo ohodnotené aj jednotlivé vybrané oddelenia zdravotníckeho zariadenia. Celkové vyhodnotenie nemocnice je podkladom pre diferencovanie cien za ukončenú hospitalizáciu na obdobie druhého polroka 2008.

VYHODNOTENIE NÁVŠTEV POSKYTOVATEĽOV ÚSTAVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

DOSTUPNOSŤ

Hodnotená bola dostupnosť na základe geografických podmienok regiónu (okres a prirodzené spádové územie), na základe dostupnosti nemocnice pre pacientov existujúcou autobusovou alebo vlakovou dopravou, stav ciest a zimná údržba ciest. Dostupnosť bola prediskutovaná so štatutárnym zástupcom nemocnice a bola hodnotená aj tímom Unionu (kontrola ciest, kontrola cestovných poriadkov). Údaje sú uvedené v **Tabuľke 3**.

Najhoršia úroveň dostupnosti bola zistená v Banskobystrickom a Prešovskom kraji, najlepšia v Bratislavskom kraji.

Tabuľka 1: Druhy ústavných zdravotníckych zariadení podľa krajov

KRAJ:	Bratislava	Trnava	Trenčín	Nitra	B. Bystrica	Žilina	Prešov	Košice
všeobecná nemocnica	3	2	7	3	7	5	10	6
špecializovaná nemocnica	3	1	0	3	0	0	2	2
liečebňa	0	0	0	0	0	1	0	0
spolu	6	3	7	6	7	6	12	8

Tabuľka 2: Vyhodnotenie navštívených nemocníc a ich zaradenie do jednotlivých skupín (počet poskytovateľov ZS)

Samosprávny kraj	Skupina A	Skupina B	Skupina C	Skupina D	Spolu
Bratislavský	3	2	1	0	6
Trnavský	2	1	0	0	3
Trenčiansky	0	3	4	0	7
Nitriansky	3	2	0	1	6
Banskobystrický	1	5	1	0	7
Žilinský	2	3	1	0	6
Košický	4	4	0	0	8
Prešovský	4	2	5	1	12
spolu	19	22	12	2	55

Tabuľka 3: Vyhodnotenie dostupnosti (počet poskytovateľov ZS)

Dostupnosť	dobrá dostupnosť	zhoršená dostupnosť	neexistuje iná alternatíva pre obyvateľov regiónu	spolu
	20	23	12	55

MIGRÁCIA

Hodnotená bola migrácia podľa údajov štatutárneho zástupcu nemocnice. Údaje neboli porovnávané s inými dostupnými štatistickými údajmi. Údaje sú uvedené v Tabuľke 4.

REPROFILIZÁCIA ÚSTAVNEJ STAROSTLIVOSTI PODĽA POTRIEB REGIÓNU A PRÍSLUŠNÉHO SAMOSPRÁVNEHO KRAJA

Hodnotený bol reálny stav reprofilizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa potrieb regiónu a príslušného samosprávneho kraja. Údaje sú uvedené v Tabuľke 5.

Najvyššia miera reprofilizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti bola zaznamenaná v Prešovskom a Košickom kraji. Zistený bol zvýšený záujem o lôžka pre dlhodobo chorých a o doliečovacie lôžka. Alarmujúcim je nedostatok zariadení pre dlhodobejšiu liečbu pacientov po náhlych cievnych mozgových príhodách s rehabilitačným a resocializačným zameraním a absolútny nedostatok lôžok pre rehabilitáciu detí, najmä s neurologickým, svalovým a pohybovým postihnutím. Sociálnu starostlivosť poskytuje v súčasnosti 12 nemocníc, 8 zdravotníckych zariadení má záujem o poskytovanie sociálnych služieb a vstúpila do rokovaní s príslušným samosprávnym krajom.

HOSPODÁRENIE

Bolo hodnotené, aký je hospodársky výsledok poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti za rok 2007, prediskutovaný bol vývoj hospodárenia v predchádzajúcich troch rokoch (podľa údajov štatutárnych zástupcov). Údaje sú uvedené v Tabuľke 6.

14 nemocníc čerpalo finančné prostriedky z fondov Európskej únie, 12 nemocníc čerpalo finančné prostriedky aj z bankových úverov (za účelom investícií do zdravotníckej techniky, do energetického hospodárenia).

INVESTÍCIE

Hodnotené boli realizované investície podľa viacerých oblastí. Údaje sú uvedené v Tabuľke 7.

Tabuľka 4: Vyhodnotenie migrácie (počet poskytovateľov ZS)

Migrácia	nižšia ako 5 %	od 5 do 10 %	vyššia ako 10 %	spolu
	9	19	27	55

Tabuľka 5: Vyhodnotenie reprofilizácie ústavnej starostlivosti (počet poskytovateľov ZS)

Reprofilizácia ústavnej starostlivosti	nerealizovaná	pripravený plán reprofilizácie	realizovaná reprofilizácia	spolu
	1	10	44	55

Tabuľka 6: Hospodársky výsledok za rok 2007 (počet poskytovateľov ZS)

Hospodársky výsledok za rok 2007	pozitívny	vyrovnaný	negatívny	spolu
	27	18	10	55

Tabuľka 7: Vyhodnotenie realizovaných investícií (počet poskytovateľov ZS)

Investície	bez realizovaných investícií	čiastočné investície	komplexné investície	spolu
zdravotnícka technika pre ambulancie a SVLZ	7	30	18	55
operačné sály*	16	24	15	55
oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny*	20	16	19	55
dialyzačné pracovisko*	49	0	6	55
eneregetické hospodárenie	10	28	17	55
stravovacia prevádzka*	19	20	16	55
centrálna sterilizácia*	33	9	13	55
nemocničný informačný systém	11	15	29	55

** hodnotené boli všetky nemocnice bez ohľadu na to, či prevádzkujú hodnotené pracovisko alebo nie, pokiaľ ho neprevádzkujú, sú zaradení v skupine „bez realizovaných investícií“*

Tabuľka 8: Orientácia pacienta v areáli nemocnice (počet poskytovateľov ZS)

Orientácia (značenie, tabule, informátor)	nie je zabezpečené	nie je úplne jasná orientácia	výborné značenie	spolu
	1	15	37	55

Tabuľka 9: Všeobecne dostupné doplnkové informácie pre pacienta (informačné letáky, poučenia, informácie o prevádzke a pod.) (počet poskytovateľov ZS)

Informácie	nie sú dostupné	ojedinele zabezpečené	systémovo zabezpečené	spolu
	4	27	24	55

Tabuľka 10: Dotazníky spokojnosti pacientov (počet poskytovateľov ZS)

Dotazníky spokojnosti pacientov	nie sú zavedené	ojedinele uplatnené	systémovo realizované, vyhodnocované a aplikované zistenia	spolu
	1	6	48	55

Pozn.: držiteľmi certifikátu kvality ISO 9001 : 2000 je podľa údajov Union zdravotnej poisťovne, a. s. 19 nemocníc

ÚSTRETOVOSŤ VOČI PACIENTOM

Hodnotené bolo, ako nemocnica vychádza v ústrety svojim pacientom. Hodnotené bolo, či nemocnica zverejňuje na vlastnej internetovej stránke informácie o druhoch zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytuje (vlastnú stránku má zriadených 42 nemocníc, údaj štatutárnych zástupcov), ako sa pacient orientuje v jeho areáli, či sú zabezpečené informačné materiály pre pacientov a či nemocnica vyhodnocuje dotazníky spokojnosti pacientov. Vyhodnotenie je uvedené v **Tabuľkách 8 – 10**.

Je pozitívnym zistenie, že početná skupina nemocníc vychádza v ústrety svojim pacientom. Investuje finančné prostriedky do zlepšovania informovanosti nielen pacientov, ale aj ostatného obyvateľstva, vydáva vlastné informačné materiály, niektorí aj edukačné materiály najmä pre chronicky chorých pacientov a vyvíja aktivity na poznanie svojich slabých stránok, aby ich mohla priebežne zlepšovať .

VZDELÁVACIE AKTIVITY

Hodnotením bolo zistené, že 47 nemocníc organizuje ústavné odborné semináre (zúčastňujú sa ich len zamestnanci), 42 nemocníc organizuje regionálne odborné semináre zaradené medzi kreditované akcie aj pre neštátnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a na spoluorganizovaní odborných konferencií nadregionálneho alebo celoslovenského charakteru participuje 9 nemocníc. Celoslovenské alebo medzinárodné konferencie v nedávnej minulosti alebo v najbližšom období organizuje 24 nemocníc. Tradíciu klinicko – patologických seminárov udržiava 14 nemocníc, viaceré nemocnice prezentovali záujem o tieto semináre a ocenilo ich význam. V rámci rezortu školstva má 33 nemocníc uzatvorené dohody so strednými zdravotníckymi školami, 27 sa podieľa na pregraduálnej výchove zdravotníckych pracovníkov a postgraduálnu výuku zabezpečuje 10 nemocníc.

FARMAKOTERAPIA V NEMOCNICI

Hodnotený bol spôsob zabezpečenia liekov pre hospitalizovaných pacientov, zriadenie a činnosť komisie účelnej farmakoterapie a antibiotickej komisie a zavedenie a aktualizácia nemocničného liekového formuláru. 28 nemocníc má zriadenú ústavnú lekáreň, niektoré využívajú služby ústavných lekární iných nemocníc a početná skupina využíva služby verejných lekární. 46 nemocníc má zavedený nemocničný liekový formulár, z toho 35 ho pravidelne upravuje a 11 mu venuje nepravidelnú pozornosť. Bolo zistené, že 39 nemocníc má zriadenú komisiu účelnej farmakoterapie, ktorej činnosť je pravidelná, resp. zasadá aj mimoriadne podľa potrieb pacientov. 11 nemocníc má zriadenú komisiu účelnej farmakoterapie, činnosť je však nepravidelná, skôr podľa aktuálnych potrieb pacientov a zdravotníckeho zariadenia. Niektoré nemocnice majú zriadenú samostatnú antibiotickú komisiu, u niektorých je súčasťou komisie účelnej farmakoterapie.

ZLEPŠOVANIE KVALITY POSKYTOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Bolo hodnotené, či majú nemocnice vypracované vlastné postupy usmerňujúce poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti a otázky boli nasmerované aj na organizovanie vzdelávania neštátnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rámci štandardných alebo samostatne vypracovaných vyšetrovacích a liečebných postupov v jednotlivých špecializačných odboroch v rámci Slovenskej republiky (špecializované nemocnice). Zistené bolo, že 29 nemocníc má vypracované vlastné postupy pre lekárov v rámci poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti a 36 má vypracované vlastné ošetrovateľské postupy. V rámci usmerňovania poskytovania zdravotnej starostlivosti či už na celoslovenskej alebo regionálnej úrovni boli zaznamenané, ale ide skôr o ojedinelé aktivity.

BUDÚCNOSŤ ALEBO POKRAČUJME V TOM, ČO SME ŤAŽKO BUDOVALI A ČO NÁM VŠETKÝM PRINÁŠA SPOKOJNOSŤ

Rozhodovanie o osude druhých je veľmi ťažkým rozhodnutím. Vyžaduje nielen odvahu, ale aj dôkladnú prípravu, zabezpečenie dostatočnej ponuky alternatívnych ciest zdravotnej starostlivosti, dobrú a kvalitnú sieť iných súvisiacich dôležitých služieb, prípravu, vysvetľovanie a vzdelávanie obyvateľstva toho ktorého regiónu. Cieľom Union zdravotnej poisťovne, a. s. je robiť dobrú reálnu zdravotnú politiku so správnym časovým harmonogramom na základe dohody s konkrétnymi zdravotníckymi zariadeniami, profesijnými združeniami, stavovskými organizáciami a príslušnými samosprávnymi krajmi tak, aby nemala negatívny dopad na zdravie jej poistencov. Cieľom Union zdravotnej poisťovne, a. s. je, aby boli jej poistenci spokojní, aby neboli vystavovaní nepriaznivým správam o ich nemocniciach bez toho, aby nemali zabezpečenú dostupnú a kvalitnú alternatívnu zdravotnú starostlivosť. Vybudovanie takéhoto systému vyžaduje možno viac odvahy ako len rozhodnutie, koho vylúčime z kola von, dôležitejšia je konečná vízia, veľmi veľký entuziazmus celého tímu na prípravu nových zmluvných podmienok pre rôzne druhy zdravotnej starostlivosti, ich dostatočné vysvetlenie druhej strane a implementáciu do reálneho poskytovania zdravotnej starostlivosti.

ZÁVER

Aktivity, ktoré vyvíja Union zdravotná poisťovňa, a. s. prijala Asociácia nemocníc Slovenska veľmi pozitívne. Ocenila vypracovanie transparentných kritérií pre diferenciáciu nemocníc, snahu o objektivizáciu aktuálneho stavu zdravotníckych zariadení a najmä korektnosť vo vzájomných vzťahoch. Jednotlivé navštívené zdravotnícke zariadenia ocenili aj edukačné pôsobenie a poradenstvo poskytnuté tímom Unionu. Asociácia nemocníc Slovenska vyjadrila podporu diferenciácie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, jej členov na základe prístupu Union zdravotnej poisťovne, a. s., ktorého dominujúcim prvkom je partnerský vzťah, obojstranná komunikácia a spoločná dohoda.

V júni 2008 sa uskutočnilo v Sofii stretnutie zdravotných poisťovní, členov skupiny EUREKO. Na tomto stretnutí bol podporený partnerský prístup k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý po vzore Union zdravotnej poisťovne, a.s. uplatňuje aj holandská zdravotná poisťovňa Achmea a všetci zástupcovia prejavili záujem o hodnotiace kritériá vypracované tímom Unionu.

LITERATÚRA

1. Príloha č. 4 k nariadeniu vlády Slovenskej republiky č. 751 / 2004 Z. z. o verejnej minimálne sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
2. Príloha č. 5 k nariadeniu vlády Slovenskej republiky č.504 / 2007 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 751 / 2004 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 422 / 2006
3. Zoznam členov Asociácie nemocníc Slovenska poskytnutý Union zdravotnej poisťovni, a. s.
4. International Worhshop Agreement - IWA 1, Systém manažérstva kvality – návod na zlepšovanie procesov, 2. vydanie z 15. 12. 2000, str. 32 – 33
5. Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045 – 15 / 2006 – SL, ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 30. decembra 2003 č. 07045/ 2003 – OAP, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov zo dňa 19. apríla 2006
6. Informácia o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva k 31.12.2006, vzatý na vedomie vládou Slovenskej republiky na rokovaní č. 38 dňa 4. apríla 2007
7. Správa o programe racionalizácie v systéme zdravotníctva Slovenskej republiky, uznesenie vlády Slovenskej republiky č. 462/2007 zo dňa 23. mája 2007
8. Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045 – 7 / 2006 – SL, ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 30. decembra 2003 č. 07045/ 2003 – OAP, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov zo dňa 15. decembra 2004

MUDr. Katarína Kafková bola v čase písania práce riaditeľkou úseku nákupu ZS v ZP Union. Dnes je riaditeľkou súkromnej nemocnice Medissimo.

» kontakt kafkova@medissimo.sk

Faktoid

Farby v nemocniciach

Podľa Tofle, Schwarz, Yoon a Max-Royale (2004) nejestvuje jasný dôkaz, že určitá farba ovplyvňuje pacientovo zdravie, efektivitu personálu alebo efektívnosť zdravotníckeho zariadenia. Podobne aj sumárna štúdia Young (2007) poukazuje na nedostatok dôkazov, podporujúcich existenciu vzťahu medzi farbou prostredia a výsledkami zdravotnej starostlivosti.

(via: Evidence Based Design for Healthcare Facilities, edited by Cynthia McCullough, 2010)

MSc.
in Health Services Management
konečne na Slovensku

Health Management Academy a **Semmelweis University** vám predstavujú študijný program **Master of Science in Health Services Management.**

Štúdium medzinárodného programu MSc. v zdravotnom manažmente bez jazykovej bariéry a priamo v Bratislave. 5-semestrovým štúdiom vás prevedú poprední experti z praxe. Po splnení všetkých študijných podmienok a obhájení záverečnej diplomovej práce získate medzinárodne uznávaný titul MSc.

Simona Frisová
+421 911 596 050, frisova@hma.sk

Health Management Academy, s.r.o.
Hviezdoslavovo nám. 14, Bratislava

SEMMELWEIS UNIVERSITY HEALTH SERVICES MANAGEMENT TRAINING CENTRE

health management academy hma

prečo MSc. u nás

Naši študenti vytvárajú lepšie zdravotníctvo

Ing. Peter Pažitný, MSc.
konateľ
Health Management Academy

Naším cieľom je inšpirovať našich študentov

Ing. Simona Frisová
programová riaditeľka
Health Management Academy

MSc. program je vlajkovou loďou manažérskeho vzdelávania na Semmelweis University

Dr. Miklós Szócska, PhD.
riaditeľ centra pre vzdelávanie zdravotníckych manažérov Semmelweis University

MSc. program poskytuje zručnosti pre strategické riadenie i každodenné fungovanie v zdravotníctve

Dr. Gusztáv Stubnya, MSc.
generálny riaditeľ pre strategický rozvoj a manažérske záležitosti Semmelweis University