



Študentská vedecká aktivita

Problematika tvorby cien vybraných druhov zdravotníckych služieb v SR

Bc. Beatrica Konczová
Bc. Karol Sedliak

Sekcia: Regionálny rozvoj a verejná správa

Konzultant: Ing. Jana Štrangfeldová, PhD.

Banská Bystrica
2012

OBSAH

Úvod.....	3
1. Financovanie zdravotníckych služieb	4
1.1. Platobné metódy v zdravotníctve	5
1.2. Cenotvorba ústavných zdravotníckych služieb	7
1.3. Cenotvorba ambulantných zdravotných zdravotníckych služieb	9
2. Kalkulácia ceny vybraných zdravotníckych služieb	10
2.1. Kalkulácia ceny ústavných zdravotníckych služieb	10
2.2. Kalkulácia ceny ambulantných zdravotníckych služieb.....	14
3. Komparácia tvorby cien zdravotníckych služieb	16
Záver.....	21
Použitá literatúra	22
Zoznam Tabuliek.....	22
Prílohy	23

Úvod

Známy citát hovorí „...bonum aegroti suprema lex“, teda ...dobro pacienta je najvyšší zákon. Na základe tohto citátu sme sa zamysleli nad tým, ako v skutočnosti sa prihliada na dobro pacienta, a teda či je v zdravotníctve u nás, naozaj je to najdôležitejšie.

Môžeme povedať, že zdravotníctvo je jedným z často rozoberaných tém vo verejnom živote. Všímame, že na Slovensku sú už dlhodobo prezentované dva druhy názorov. Na jednej strane väčšinový názor, že zdravotníctvo je finančne poddimenzované, a že je tu neustála potreba zvyšovať množstvo finančných prostriedkov v tomto odvetví. Na druhej strane je to menšinový názor, že v zdravotníctve je dostatok finančných prostriedkov, ktoré však nie sú využívané efektívne.

V našej vedeckej štúdii sa chceme venovať problematike tvorby cien v zdravotníctve. Cieľom štúdie je na základe analýzy tvorby cien vybraných zdravotníckych služieb definovať problematické oblasti cenotvorby a navrhnúť opatrenia na ich odstránenie. Predmetom vedeckej práce je cenotvorba vybraných zdravotníckych služieb, objektmi sú dve nemocnice – jedna prvého a jedna nemocnica tretieho typu.

V úvodnej časti teoreticky analyzujeme zdravotníctvo a zdravotnícky systém, teda trojuholník, ktorý je tvorený poskytovateľmi zdravotníckych služieb, poisťovňami a pacientmi. Analyzujeme ústavné a ambulantné zdravotnícke služby, ich poskytovateľov a spôsob platby za tieto druhy služieb.

Analýzu konkrétnej cenotvorby realizujeme na dvoch konkrétnych zdravotníckych službách, ktoré poskytuje fakultná nemocnica tretieho typu. Zameriame sa najmä na spôsob, akým sa stanovujú ceny vybraných zdravotníckych služieb, ale aj na úhrady, ktoré za ne nemocnice dostávajú od zdravotných poisťovní. Podobne analyzujeme aj ambulantné zdravotnícke služby, z hľadiska spôsobu ich úhrady a porovnávame rozdiely, ktoré medzi týmito spôsobmi existujú.

Na niekoľkých vybraných zdravotníckych službách nie je možné zovšeobecniť úroveň cenotvorby, preto na záver stanovíme celkový vplyv tvorby, ale aj úpravy cien zo strany poisťovní na poskytovateľov zdravotníckych služieb. Tento vplyv aplikujeme na príklade dvoch nemocníc, a to nemocnice N1, ktorá je nemocnicou 3. typu a nemocnice N2, ktorá je nemocnicou 1. typu. V závere uvádzame pozitíva, ale aj negatíva tvorby cien v zdravotníctve, výsledky našej štúdie a navrhujeme opatrenia na riešenie danej problematiky.

1. Financovanie zdravotníckych služieb

Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon (Ústava SR čl.40).

Príjemca zdravotníckych služieb nie je priamym platcom. V jeho zastúpení uskutočňuje úhradu zdravotná poisťovňa, čo v mnohých prípadoch vedie k tomu, že pacient sa nespráva hospodárne a žiada pre seba maximum bez ohľadu na skutočnú potrebu. Najviac zdravotníckych služieb spravidla čerpá ten, kto na ne najmenej prispieva, a naopak (Rašiová, 1999, str. 11).

Úhradu za poskytnuté zdravotnícke služby realizujú zdravotné poisťovne. Otázne je, kto stanovuje cenu za poskytnutú zdravotnícku službu, akým spôsobom a hlavne, či je uhrádzaná v plnej výške. Najmä na tieto otázky sa pokúsime odpovedať v našej vedeckej práci.

Zdravotnícke služby sú financované v prevažnej miere zo zdravotného poistenia od zdravotných poisťovní, ktoré získavajú finančné prostriedky z odvodov zamestnancov, zamestnávateľov, SZČO alebo štátu.

Tabuľka 1: Finančné zdroje v zdravotníctve v tis. Euro a v percentách z HDP v roku 2010

Položka	€	% HDP
Zdroje zdravotných poisťovní	3 621	5,2
Príjmy od ekonomicky aktívnych	2 368	3,4
Príjmy od štátu za poistencov	1 197	1,7
Príjmy z ročného zúčtovania	56	0,1
Verejné zdroje mimo zdravotných poisťovní	235	0,3
Priame platby domácností	1 153	1,6
Iné	350	0,5
Spolu	5 359	7,7

Zdroj: ŠU SR, 2010.

V rámci zdravotníckych služieb sú finančné prostriedky alokované najmä do oblastí ústavných a ambulantných zdravotníckych služieb.

Tabuľka 2: Výdavky na jednotlivé druhy zdravotníckych služieb v percentách v roku 2010

Výdavky	Percentá
Ústavné zdravotnícke služby	27 %
Ambulantné zdravotnícke služby	34 %
Lieky a zdravotnícke pomôcky	34 %
Ostatné	5 %

Zdroj: http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=20&cts=1331780308847&ved=0CHcQFjAJOAo&url=http%3A%2F%2Fumlaufviny.com%2Fwww%2Fres_publica%2Freportaze%2Flekari%2Fdragula_reforma.pps&ei=t-hgT53lCo3ZsgbolJG8CQ&usg=AFQjCNH-EEuL0xHUQZX2sNxL4RiimRsLIw

1.1. Platobné metódy v zdravotníctve

Ako uvádza Kuvíková (1998), možnosti financovania poskytovateľov zdravotníckych služieb sú dané najmä zdrojmi financovania, rozsahom hrađených zdravotníckych služieb a spôsobmi ich úhrady. Spôsob úhrady následne môže byť úplný alebo čiastočný a ovplyvňuje celkové výdavky na zdravotníctvo, administratívu, náklady, efektívnosť spotreby finančných prostriedkov, či spokojnosť pacientov.

Poskytovatelia zdravotníckych služieb majú osobitné postavenie pri rozhodovaní o poskytnutí služby. Klient (pacient, poistenec) ani platiteľ (zdravotná poisťovňa) nerozhoduje o druhu, obsahu, rozsahu, množstve a kvalite služby. Zdravotná poisťovňa ako platiteľ za poskytnuté služby má vždy len viac alebo menej obmedzené finančné zdroje na ich zaplatenie. Pritom ich čerpanie nemôže priamo ovplyvniť. Jedným z mechanizmov na korigovanie takéhoto rizikového prostredia sú platobné metódy. Každá z platobných metód má svoje výhody aj nevýhody (Kováč, 2009, s. 50).

Existuje niekoľko základných typov platobných metód podľa Kováča (2009):

- Platba za výkon
- Platba za prípad
- Platba „za hlavu“
- Platba za ošetrovací deň
- Platba rozpočtom
- Účelovo viazaný rozpočet
- Case – Mix systémy
- Platba za skupiny diagnóz (DRG – Diagnosis Related Groups)

Výhody a nevýhody jednotlivých typov platobných metód sú zhrnuté v tabuľke.

Tabuľka 3: Výhody a nevýhody platobných metód za zdravotnícke služby

	Výhody	Nevýhody
Platba za výkon	- príležitosť k vyššej kvalite služieb - agregácia výkonov do súborov - vytvorenie databázy výkonov - detailná znalosť štruktúry poskytnutých výkonov	- nadprodukcia výkonov - vyššie náklady - administratívna náročnosť - zložitá cenová kalkulácia - orientácia na expanziu výkonov
DRG	- priblíženie ohodnotenia za výkon k skutočným nákladom - agregované výkony - existujúca databáza výkonov	- veľký objem štatistických výkonov - administratívna, softvérová a implementačná náročnosť
Platba za ošetrovací deň	- motivácia k znižovaniu nákladov za jednotku - administratívna a štatistická nenáročnosť	- udržiavanie obsadenosti lôžok - tendencie k znižovaniu kvality - tendencie k zvyšovaniu doby na lôžku - predlžovanie ošetrovacej doby
Platba za hlavu	- nezvyšuje sa intenzita služieb - administratívna nenáročnosť - dobré monitorovanie nákladov	- nemotivuje k rastu kvality - riziko „odsúvania“ pacientov k iným poskytovateľom
Platba na prípad	- jednoduchšia administrácia - ľahšia cenová kalkulácia - malá hrozba expanzie výkonov	- nižšia motivácia ku kvalite služieb - potreba šandardizovania postupov
Platba rozpočtom	- jednoduché plánovanie - najjednoduchšia administrácia - najlepšia možnosť regulácie nákladov na makroúrovni	- riziko nízkej kvality poskytovaných služieb - čakacie doby - rozsiahlejšia kontrola
Účelovo viazaný rozpočet	- efektívne využívanie rozpočtu	- administratívna náročnosť - „šetrenie“ na úkor pacientov

Zdroj: vlastné spracovanie podľa Kuvíková, 1998, Kováč, 2009.

Vplyv platobných metód na poskytovateľov zdravotníckych služieb uvádzame v nasledovnej tabuľke.

Tabuľka 4: Vplyv spôsobu platby na správanie poskytovateľa zdravotníckych služieb

Správanie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Platba											
Rozpočet	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Kapitácia	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
DRG	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Lôžkodenň	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-
FFS	+	+	+	+	+	-	-	+	-	-	-
Úhrada nákladov	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Zdroj: Kuvíková, 1998.

Kde + je nárast, - je pokles a jednotlivé charakteristiky sú nasledovné:

- 1 – počet liečených prípadov
- 2 – štruktúra liečených prípadov
- 3 – dĺžka pobytu v nemocnici
- 4 – intenzita služieb
- 5 – rozsah služieb
- 6 – spokojnosť pacientov
- 7 – kvalita
- 8 – efektívnosť
- 9 – ceny vstupov
- 10 – investície do údržby a pracovnej sily
- 11 – vzdelávacie programy

1.2. Cenotvorba ústavných zdravotníckych služieb

Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa Zákona NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov sú všeobecné a špecializované nemocnice, liečebňa, hospic, dom ošetrovateľskej starostlivosti, prírodné liečebné kúpele a zariadenie biomedicínskeho výskumu.

Pre účely našej štúdie sa budeme zaoberať zdravotníckymi službami, ktoré poskytujú všeobecné nemocnice. Nemocnice podľa rozsahu pôsobnosti sa členia na nemocnice 1. typu majú len základné oddelenia (napr. interné, chirurgické, gynekologicko-pôrodné a detské), nazývajú sa aj „periférne“ nemocnice a majú lokálnu pôsobnosť, nemocnice 2. typu majú viac oddelení, väčšiu spádovú oblasť s regionálnym pôsobením, sú viac špecializované a nemocnice 3. typu majú charakter široké spektrum hlavne špecializovaných oddelení, môžu mať až národný charakter, sústreďuje sa tu najviac špecializovaných lekárov, zaraďujeme sem fakultné nemocnice, ktoré sú základňou pre lekárske fakulty univerzít.

V nemocniciach sa uplatňujú nasledovné platobné metódy:

Platba za ošetrovací deň

Táto platobná metóda používa ako jednotku výkonu jeden ošetrovací deň. Platí sa teda za každý jeden deň pobytu v lôžkovom zdravotníckom zariadení, pričom deň pobytu má kalkulovanú cenu. Cena vzniká ako súčet všetkých nákladov, súvisiacich s poskytovaním zdravotníckych služieb hospitalizovanému pacientovi. V SR sa podľa Kováča (2009) používa v dlhodobej lôžkovej zdravotnej starostlivosti. Ide teda o pevne stanovenú sumu za „lôžkoden“, ktorá nezávisí od diagnóz a poskytnutej starostlivosti.

Kuvíková (1998) uvádza ako výhodu takéhoto spôsobu platby administratívnu nenáročnosť, ale najmä motiváciu k tomu, aby zariadenie znížilo náklady na jednotku. Naopak, nevýhodu vidí v umelom zvyšovaní počtu dní pacientov na lôžku, teda buď ich bude presviedčať, aby zotrvali v zdravotnom zariadení aj v prípade, ak to nie je nevyhnutné, alebo bude umelo predlžovať dobu, počas ktorej je pacient v zariadení.

Platba rozpočtom

Môže byť retrospektívna – t. j. platba za všetky realizované výkony zdravotníckym zariadením za minulé obdobie. Platba môže byť aj prospektívna. Je to platba za vopred plánované výkony podľa štruktúry služieb celého zdravotníckeho zariadenia. Platba rozpočtom, uvádza Kováč (2009), sa najčastejšie používa v ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Účelovo viazaný rozpočet

V tomto rozpočte platiteľ poskytuje poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti na určitý druh zdravotnej starostlivosti. S prideleným rozpočtom poskytovateľ hospodári vo svojej kompetencii, pričom sám zabezpečuje zdravotnú starostlivosť pre pacientov, ktorých má v starostlivosti píše Kováč (2009).

Platba za skupiny diagnóz – DRG

Podstatou tejto platobnej metódy je, že zadeľuje jednotlivé prípady do definovaného počtu kategórií, a to na základe medicínsko–ekonomickej náročnosti prípadov. Pre každú skupinu diagnóz sa nadefinujú váhy medicínsko–ekonomickej náročnosti. K nim sa pripája špecifikácia na prípady s medicínskymi komplikáciami, prípadne aj špecifikácia osobitne náročných diagnosticko-terapeutických postupov. Na základe informácií o nákladoch sa následne kalkulujú ceny (Kováč, 2009).

Kuvíková (1998) uvádza niekoľko možností, ktoré môžu viesť k zneužitiu tohto systému. Poskytovateľ môže zaradiť pacienta do skupiny, ktorá je lepšie platená. Ďalej „vytváraním prípadov“, keď poskytovateľ prijíma pacientov aj v prípade, keď to nie je potrebné a ak posielala finančne nevýhodných pacientov do iných zariadení. Tento spôsob úhrady je náročný

najmä na objem štatistických údajov, na základné ktorých sa potom sa potom oceňujú diagnózy. Napriek negatívam je DRG systém považovaný za hospodárny, pričom vedie lekárov liečiť kvalitne a nevedie k neodôvodneným rozdielom medzi nemocnicami

1.3. Cenotvorba ambulantných zdravotných zdravotníckych služieb

Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti sú ambulancia, zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, stacionár, poliklinika, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti, zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, mobilný hospic.

Pre účely našej štúdie sa budeme zaoberať činnosťami ambulancii v nemocniciach.

Platobné metódy, ktoré sú prevažne používané za ambulantné zdravotnícke služby sú:

Platba za výkon

Platba za výkon je platba za jednotlivú zdravotnícku službu, t. j. za jednotlivý úkon diagnózy, liečenia, ošetrovania. Výkony sú opísané a ocenené priamo alebo bodmi. Vyžaduje sa vypracovanie podrobného zoznamu hrađených výkonov. Zoznam výkonov je zároveň cenníkom, podľa ktorého poskytovateľ účtuje platcovi (Kuvíková, 1998, str. 48).

Tento spôsob vyvoláva nadprodukciiu najmä tým, že čím viac výkonov nastáva, tým viac úhrad dostane poskytovateľ. Najväčšou nevýhodou takéhoto systému však môže byť, že priame ocenenie, alebo hodnota výkonu, nemusí odzrkadľovať skutočné náklady, ktoré poskytovateľ vynaloží na výkon.

Platba za prípad

Pri tejto platobnej metóde sa platí za každý jednotlivý prípad. Prípad je zložený z viacerých výkonov. Na Slovensku sa využíva pri ústavných zdravotníckych službách ako platba za jeden ukončený hospitalizovaný prípad (Kováč, 2009).

Platba „za hlavu“

Platí sa za jednu osobu za definované obdobie (obvykle mesiac). Platí sa mesačná paušálna platba ktorá sa zvykne diferencovať podľa veku a pohlavia klientov, ale aj iných kritérií. V zásade pokrýva všetky zdravotnícke služby poskytnuté pacientovi za definované časové obdobie /mesiac bez ohľadu na to, či klient lekára v definovanom období navštívil alebo nie, a bez ohľadu na počet návštev. Vyžívaná je hlavne pri všeobecných ambulantných službách v kombinácii s platbou za výkon prevencie (Kováč, 2009).

Kuvíková (1998) hodnotí tento spôsob pozitívne v neexistencii motivácie vedúcej k zbytočným alebo nadmerne intenzívnym výkonom, ale na druhej strane nevedie ani

k zvyšovaniu kvality poskytovaných služieb, najmä, ak má poskytovateľ odborný, alebo územný monopol. Administratívne náklady sú veľmi nízke.

2. Kalkulácia ceny vybraných zdravotníckych služieb

V našej štúdii analyzujeme spôsob cenotvorby zdravotníckych služieb, teda na spôsob, akým si cenu zdravotníckych služieb stanovujú nemocnice, akým spôsobom na stanovenú cenu reagujú poisťovne. Následne aký to má vplyv na poskytovateľov zdravotníckych služieb, pacientov, ale aj na celý zdravotnícky systém.

Zameriavame sa pri tom na dve hlavné skupiny zdravotníckych služieb, a to zdravotnícke služby ústavné a ambulantné. Pri oboch typoch zdravotníckych služieb sa kalkulujeme náklady, ktoré má fakultná nemocnica, v porovnaní na výšku ktorú v skutočnosti za zdravotnícke služby zaplatili poisťovne, na základe porovnania nákladov a výnosov za zdravotnícke služby stanovíme výhody a nevýhody tejto tvorby cien.

Náš výskum sme aplikovali vo fakultnej nemocnici členenej na lôžkovú časť a NsP, ktorá poskytuje široké spektrum zdravotníckych služieb. V závere sme komparovali ceny zdravotníckych služieb v nemocnici N1 (nemocnica 3. typu) s inou nemocnicou N2 (nemocnica 1. typu).

2.1. Kalkulácia ceny ústavných zdravotníckych služieb

V štúdii analyzujeme dva druhy zdravotníckych služieb, kalkuláciu ich cien a spôsob úhrady.

Vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni a v poisťovni Union zdravotnícka služba za odber očnej rohovky je stanovená zmluvne. Znamená to, že za zdravotnícku službu, ktorú N1 vykoná, dostane uhradenú vopred zmluvne dohodnutú sumu, ktorá môže, ale aj nemusí pokrývať skutočné náklady na zdravotnícku službu. Zmluvne stanovená cena je taká, ktorá vychádza z nákladovej kalkulácie za zdravotnícku službu, ale v skutočnosti o nej rozhodujú znalci v poisťovni, ktorí ju upravujú podľa vlastného uváženia. Okrem toho môže byť zmluvne stanovený aj počet zdravotníckych služieb. Tie však v tomto prípade neboli stanovené. Ak by aj boli, N1 by ich mala napriek tomu uskutočniť, a v praxi ich aj vo veľkej miere uskutočňuje.

V poisťovni Dôvera nie je táto zdravotnícka služba zmluvne stanovená. Znamená to, že fakultná nemocnica si vytvorí na túto zdravotnícku službu cenovú kalkuláciu, ktorú musí poisťovňa schváliť, a po schválení ju aj preplatí.

Tabuľka 5: Cenová kalkuláciu za odber očnej rohovky

Cena za odber očnej rohovky						
Kalkulačné položky	Názov		Množstvo, jednotky, výkon, čas a %	Kód výkonu - počet bodov	Cena za výkon, deň a hodinu	SPOLU V €
1.Priamy materiál	1.1 Lieky + ŠZM		1 odber		1,64 €	1,64 €
	1.2 Krv a krvné výrobky					
	1.3 SVLZ výkony					
2.Priame mzdy	2.1 Očná banky	2.1.1-1 lekár	2 hodiny		179,30 €	179,30 €
		2.1.2-2 zdravotné sestry	4 hodiny			
	2.2 Oddelenie mikrobiológie	2.2.1-1 vysokoškolák	3.5 hodiny			
		2.2.2-1 laborant	3,5 hodiny			
3.Ostatné priame náklady	3.1 Vyhľadávanie darcu		1 odber		3,91 €	237,92 €
	3.2 Vyšetrenie oka darcu				7,38 €	
	3.3 Excizícia rohovky a uchovanie štepu				11,76 €	
	3.4 Odber krvi z tela darcu				2,02 €	
	3.5 Príprava tkaniva na expedíciu				6,74 €	
	3.6 Sérologické vyšetrenie krvi darcu				61,75 €	
	3.7 Médium na uchovanie rohovky				128,33 €	
	3.8 Služby sterilizácie	3.8.1 Bielizeň	2	8012vreco C-228b	14,98 €	
		3.8.2 Ostatné	1	8001vrecoA-32b	1,05 €	
4.Prevádzková réžia			1 odber		86,21 €	86,21 €
Vlastné náklady na kalkulačnú jednotku						505,07 €
5.Správna réžia			27,64 %			139,60 €
6.Primeraný zisk			20,00 %			
Vlastné náklady na výkon SPOLU						644,6743
Upravené (ponížené) o položky, ktoré boli vyfakturované						
Zaokrúhlenie						-0,004
K úhrade SPOLU						644,67 €

Zdroj: interné materiály nemocnice.

Skutočné náklady na túto zdravotnícku službu sú teda 644,67 €. Tieto finančné prostriedky dostane N1 za zdravotnícke služby od poisťovne Dôvera. Poisťovne Union

a Všeobecná zdravotná poisťovňa majú zmluvne stanovenú sumu 647,28 € za zdravotnícku službu. Znamená to, že v skutočnosti dostanú za zdravotnícku službu o necelé tri eurá viac, ako je kalkulované za jednu zdravotnícku službu.

Táto cena platí od 1. 2. 2012. Do tohto termínu bola cena kalkulovaná na úrovni 812 €. Poisťovňami však bola cena ohodnotená len na úrovni niečo cez 640 €. Preto sa musela kalkulácia (cez znižovanie nákladov) upraviť na takúto cenu.

Tu spočíva jeden z najzávažnejších problémov cenotvorby, a to, že N1 si ceny za zdravotnícke služby stanoví podľa reálnych nákladov, ale poisťovne väčšinou plnú výšku reálnych nákladov neuznajú, a preto je nemocnica nútená si prispôbovať „reálne náklady“ tak, aby im ich poisťovne uznali. Prípadne poisťovne tvrdia, že niektoré z daných zdravotníckych služieb sa nemali uskutočniť a namiesto nich sa mali vykonať iné zdravotnícke služby, s nižšími reálnymi nákladmi.

Cena za transplantáciu očnej rohovky je druhou sledovanou zdravotníckou službou, ktorá však nasleduje po odbere očnej rohovky. Preto je kalkulácia (v tabuľke 6) spracovaná aj vrátane odberu. Znamená to, že môže nastať situácia, kedy sa rohovka odoberie v N1 nemocnici, ale transplantuje sa v inej nemocnici, alebo sa aj odoberá aj transplantuje v N1.

Aj v tomto prípade platí, že vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni a v zdravotnej poisťovni Union sú ceny zmluvne dohodnuté, zatiaľ čo úhrady z poisťovne Dôvera sú stanovené na základe kalkulačného vzorca.

Tabuľka 6: Kalkulácia ceny za transplantáciu očnej rohovky vrátane odberu

kalkulačné položky	názov		množstvo, jednotky, výkon, čas a %	kód výkonu - počet bodov, 3, čas, názov	cena za výkon, deň a hodinu	počet dní hospitalácie	
						6	7
						v EUR	v EUR
1. Priamy materiál	1.1 Lieky + ŠZM		podľa rozpisu		podľa rozpisu	0,00 €	0,00 €
	1.2 Krv a krvné výrobky						
	1.3 SVaLZ výkony						
2. Priame mzdy	2.1 Operačný výkon	2.1.1 - 2 lekári	1 hodina	1,5	42,95 €	64,43 €	64,43 €
		2.1.2 - 1 operačná sestra					
		2.1.2 - 1 inštrumentárka					
3. Ostatné priame náklady	3.1 Operačný výkon	3.1.1 Náklady na operačnú hodinu	1 hodina	1,5	59,04 €	88,56 €	88,56 €
		3.1.2 Príprava a odber orgánu na transplantáciu	podľa Prílohy č. 25 Dokumentu S-A-39		644,67 €	644,67 €	644,67 €

		3.1.3 Inštrumentárium	Baronovt repan	BarronCor nea PUN(Barr onVacuum TRE	82,71 €/90,73 €	82,71 €/90,73 €	82,71 €/90,73 €
		3.1.4 Ostatné inštrumentárium	podľa rozpisu		podľa rozpisu	0,00 €	0,00 €
	3.2 Hospitalizá cia	3.2.1 II. Očná klinika SZU	1 deň		50,62 €	253,10 €	303,72 €
	3.3 ARO	3.3.1 Anestézia	87/97a	6241 b/1688 b	205,09 €/55,47 €	205,09 €/ 55,47 €	205,09 €/ 55,47 €
	3.4 Príjem pacienta	3.4.1 Šatňa	1x	1	3,15 €	8,08 €	8,08 €
		3.4.2 Prijímacou kanceláriou - (admin. časť)			2,98 €		
		3.4.3 Služba centrálnej signalizácie			1,95 €		
	3.5 Stravné	3.5.1 Celodenná strava	1 deň		6,30 €	37,80 €	44,10 €
		z toho: raňajky			1,57 €		
		obed			2,52 €		
		večera			2,21 €		
	3.6 Služby sterilizácie	3.6.1 lôžko	8040	840 b	27,60 €	27,60 €	27,60 €
		3.6.2 Ostatné	podľa rozpisu		podľa rozpisu	0,00 €	0,00 €
	3.7 Dopravné služby	podľa dodav. Faktúry	1 km		0,40 €		
Vlastné náklady na kalkulačnú jednotku						1 558,24 €	1 615,16 €
4. správna réžia			27,64%				
5. Primeraný zisk			20%				
Vlastné náklady na výkon SPOLU						1 558,24 €	1 615,16 €
Upravené (ponížené) o položky, ktoré boli fakturované							
Zaokrúhlenie							
K úhrade SPOLU						1 558,24 €	1 615,16 €

Zdroj: interné materiálny nemocnice N1.

Dôvera teda za každého svojho poistenca nemocnici vyplatí sumu 1 615,16 €. Všeobecná zdravotná poisťovňa a zdravotná poisťovňa Union majú zmluvne stanovenú sumu 1 660 €, ktorá je vyššia, ako skutočné náklady nemocnice o 45 €.

Na základe výsledkov uvedených zdravotníckych služieb by sa mohlo zdať, že N1 dostáva uhradené vyššie sumy, ako sú jej reálne náklady. Najmä pri zmluvne stanovených zdravotníckych službách, ale treba sa zamerať na dva parametre, a to, či naozaj pri všetkých zdravotníckych službách platí fakt, že sú príjmy od poisťovní vyššie, ako reálne náklady, a či konečnú výšku prijatých úrad z poisťovne neovplyvňuje prekročený limit pacientov.

2.2. Kalkulácia ceny ambulantných zdravotníckych služieb

Pri ambulantných zdravotníckych službách, ktoré sa vykonávajú v NsP nemocnice N1 sa treba zamerať na dva základné fakty:

1. Dôvod uskutočnenia zdravotníckych služieb v ambulancii - zdravotnícka služba uskutočnená ako súčasť nejakej liečby, kedy sa uskutočňuje na základe poverenia lekára – v tomto prípade zdravotnícku službu prepláca poisťovňa na základe bodového ohodnotenia. Zdravotnícka služba uskutočnená na základe žiadosti pacienta (napr. lekárska prehliadka pre pracovné účely pacienta, citlivosť na alergény, s ktorými môže pacient pracovať v zamestnaní atď.) – v tomto prípade za zdravotnícku službu platí priamo pacient (najčastejšie v hotovosti).
2. Samotné bodové ohodnotenie, kedy sa poisťovne zmluvne dohodnú s nemocnicou na hodnote bodu, pričom zoznam počtu bodov za konkrétne zdravotnícke služby je stanovený Ministerstvom zdravotníctva a je verejne prístupný, napríklad na internetovej stránke ministerstva zdravotníctva.

Pri ambulantných zdravotníckych službách nie je potrebné stanovovať cenu na základe kalkulácie pretože sú body určené MZ SR. Cena sa tvorí dohodou medzi nemocnicou a poisťovňou na hodnote bodu za ambulantnú zdravotnícku službu.

Hodnota bodu ale málokedy pokrýva skutočné náklady. V minulosti si NsP dohodla s každou poisťovňou rôzne hodnoty bodu, práve od februára 2012 sa NsP prvýkrát podarilo uzavrieť so všetkými troma poisťovňami za ambulantné zdravotnícke služby rovnakú hodnotu bodu na úrovni 0,018257 €/bod. Nemocnica si ale prepočítala, že ak by malo nastať pokrytie všetkých ambulantných nákladov, hodnota bodu za ambulantný výkon by musela byť 0,032862 €/bod. Za takúto hodnotu bodu si určuje NsP cenu za zdravotnícku službu pre samoplatcov.

Práve na základe otorinolaryngologického vyšetrenia môžeme sledovať rozdiel medzi nákladmi, ktoré reálne vzniknú nemocnici na ambulantnú zdravotnícku službu, a sumou, ktorú zaplatí poisťovňa.

Tabuľka 7: Cena za preventívne lekárske prehliadky – otorinolaryngologické vyšetrenie, Variant A a porovnanie s cenou uhradenou od poisťovní

P. č.	Názov	Počet výkonov	Kód výkonu	Počet bodov	Cena v €	Hodnota bodov od poisťovní
1	Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola	1	62	250	4,10775	4,56425
2	Tónové prahové audiometrické vyšetrenie u dospelých obojstranne	1	1591	300	9,8586	5,4771
3	Centové vyrovnanie				0,03365	
	Spolu				14,00 €	10,04135

Zdroj: interné materiálny NsP a vlastné spracovanie.

Z tabuľky vyplýva, že samoplatci uhradia za variant A sumu celých 14 € po halierovom vyrovnaní, zatiaľ čo poisťovne preplatia sumu 10,04135 €. Rozdiel je takmer 4 €.

Tento druh ambulantnej zdravotníckej služby môže mať aj iný variant, kedy dochádza k viacerým výkonom, čím sa zvyšuje aj počet bodov a aj cena, ktorú musia poisťovne uhradiť, ale zároveň aj rozdiel, ktorý vzniká medzi sumou uhradenou poisťovňou a sumou, ktorú uhradia samoplatcovia, teda ktorá by aj mala byť uhradená.

Tabuľka 8: Cena za preventívne lekárske prehliadky – otorinolaryngologické vyšetrenie, Variant B a porovnanie s cenou uhradenou od poisťovní

P. č.	Názov	Počet výkonov	Kód výkonu	Počet bodov	Cena v €	Hodnota bodov od poisťovní
1	Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola	1	62	250	4,10775	4,56425
2	Tónové prahové audiometrické vyšetrenie u dospelých obojstranne	1	1591	300	9,8586	5,4771
3	Tympanometria na meranie impedancie blanky bubienka	1	1596	350	11,5017	6,38955
4	Centové vyrovnanie				0,03195	
	Spolu				25,50 €	16,4309

Zdroj: interné materiálny NsP a vlastné spracovanie.

Pri variante B znova je rozdiel. Na základe kalkulácie bola suma stanovená vo výške 25,5 €, zatiaľ čo poisťovne preplácajú len vo výške 16,43 €, rozdiel je teda cez 9 € za výkon.

3. Komparácia tvorby cien zdravotníckych služieb

Keďže NsP v N1 denne vykonáva tisíce zdravotníckych služieb na základe sledovaných nie je možné určiť úroveň tvorby cien.

Vo všeobecnosti môžeme povedať, že zo strany nemocnice je stanovovanie cien na vhodnej úrovni, pretože vedľa za každú zdravotnícku službu stanoviť objektívnu cenu, v ktorej sú podľa kalkulačného vzorca zahrnuté všetky položky. V skutočnosti cenu tvoria zdravotné poisťovne, pričom prihlasujú na skutočné náklady nemocníc, ale len do určitej výšky.

V Tabuľka 9 je vyčíslený rozdiel na základe ktorého sa nemocnice dostávajú do negatívneho výsledku hospodárenia.

Tabuľka 9: Poskytnuté zdravotnícke služby v NsP v roku 2011 v € zaokrúhlene

	VŠZP	Dôvera	Union	EÚ	Spolu
Fakturovaná suma v €	34 657 959 €	9 832 902 €	2 943 881 €	270 773 €	47434742 €
Suma uznaná po revízii v €	33 788 185 €	9 416 407 €	2 740 827 €	225 260 €	45945419 €
Suma uznaná finančne v €	32 911 697 €	9 358 734 €	2 740 827 €	225 260 €	45011257 €
Rozdiel medzi fakturovanou sumou a sumou uznanou finančne	95%	95%	93%	83%	91%

Zdroj : interné materiály NsP a vlastné spracovanie.

Z tabuľky vyplýva, že nemocnice dokonca nedostávajú od poisťovní ani sumy, ktoré si vyfakturujú. Sumy sú znížené z viacerých dôvodov, ale v tabuľke môžeme vidieť, že v konečnom dôsledku je pre VŠZP fakturovaná suma viac ako 34,6 mil. €, ale nemocnica dostane len 32,9 mil. € teda ani nie 94 % finančných prostriedkov. Od Dôvery dostane tak isto o 5 % menej finančných prostriedkov, teda o 500 000 € a od poisťovne Union dokonca len 93 % z fakturovanej sumy.

Na porovnanie sme uviedli nemocnicu N2, ktorá je nemocnicou 1. typu. N2 neposkytuje až také široké spektrum zdravotníckych služieb, ako N1.

Na začiatku obdobia kedy sa začal zavádzať systém platby za zdravotnícke služby od poisťovní si N2 objednala pracovnú silu, ktorá kalkulovala náklady na jednotlivé zdravotnícke služby. Ceny za zdravotnícke služby nie sú ďalej upravované a nezahŕňajú meniace sa podmienky – inflácia, rozdielne ceny vstupov, atď. Tieto kalkulácie sú základom pre ohodnotenie zdravotníckych služieb poisťovňami. Keďže N2 má posledné 4 roky externú

účtovnícku firmu, mali sme k dispozícii len údaje o príjmoch. Tieto nám však veľmi jasne zobrazujú skutočnú problematiku cenotvorby, a tou je skutočné ohodnotenie zdravotníckych služieb.

Nemocnica má zmluvne dohodnuté všetky 3 zdravotné poisťovne. Každá z poisťovní má na každú jednotlivú službu určený rôzny počet bodov, ktoré pravidelne (aj niekoľkokrát ročne) môže upravovať dodatkami.

Pacienti, ktorí nie sú poistení ani v jednej z týchto 3 zdravotných poisťovní (napr. cudzinci, bezdomovci, a pod.), hradia za vykonané zdravotnícke služby vo výške v ktorej danú zdravotnícku službu uhradza Všeobecná zdravotná poisťovňa.

Tabuľka 10: Poskytnuté zdravotnícke služby v N2 v roku 2011 v € zaokrúhlene

Poisťovňa	VŠZP	Dôvera	Union	Spolu
Fakturovaná suma v €	2 260 252 €	1 341 242 €	281 038 €	3 882 532 €
Suma uznaná po revízii v €	2 153 787 €	1 293 332 €	267 851 €	3 714 970 €
Suma uznaná finančne v €	1 979 280 €	1 209 290 €	254 338 €	3 442 907 €
Rozdiel medzi fakturovanou sumou a sumou uznanou finančne	88%	90%	91%	88%

Zdroj: vlastné spracovanie podľa interných materiálov nemocnice.

Z tabuľky vyplýva, že N1 dostáva dokopy zo všetkých svojich nákladov uhradené len 88,68 % od všetkých zdravotných poisťovní. Z toho zo Všeobecnej zdravotnej poisťovne, kde má poistených najviac pacientov, a je jediná štátna, dostáva uhradený najnižší podiel z fakturovanej sumy, a to 87,57 %. Obidve súkromné zdravotné poisťovne uhrádzajú približne rovnaký podiel z fakturovanej sumy pre nemocnice, okolo 90 %. Rozdiel je však v tom, že v poisťovni Union má nemocnica podstatne menší počet poistených pacientov.

Súhrnne za rok 2010 N2 nemala pokryté náklady vo výške 439 631,09 €. Síce cenotvorba je neaktualizovaná (teda vykalkulované sumy sú v porovnaní so súčasnými narastajúcimi nákladmi nižšie), stále sa nemocnica N2 dostáva do väčšej dlhovej záťaže, ktorú nemá možnosť v blízkej budúcnosti úplne vyrovnať. Napriek tomu sa nemocnica snaží získavať finančné prostriedky aj z iných zdrojov, ako napríklad predaj nehnuteľností, prenájom priestorov a zariadení, znižovaním počtu zamestnancov a iné

V štúdiu sme na základe analýzy identifikovali nasledovné problematické oblasti:

- **náklady**, ktoré reálne majú nemocnice sú oveľa vyššie, ako náklady, ktoré si fakturujú poisťovne. Rozdiel sme mohli vidieť najmä pri ambulantných zdravotníckych

službách, kde cena za bod, na ktorej sa nemocnice a poisťovne dohodli, je takmer o polovicu nižšia, ako by reálne mala byť,

- **fakturovaná suma**, ktorá je síce oveľa nižšia, ako reálne náklady je suma, o ktorú žiada nemocnica poisťovňu na základe dohôd, ktoré spolu uzavreli,
- **suma uznaná po revízii** je taká suma, ktorú aj poisťovňa uzná za fakturovanú sumu, po revízii. Znamená to, že zamestnanci poisťovne upravujú sumu napríklad vtedy, keď je nesprávne udaná zdravotnícka služba, alebo ak je súčasne vykonaných viac zdravotníckych služieb, ktoré sa spolu nevykonávajú, ak je nejaká zdravotnícka služba vykonaná zbytočne, ak je hospitalizácia menej ako 24 hod. atď.,
- **suma finančne uhradená** je taká suma, ktorá skutočne príde nemocnici na účet. Obmedzená je aj preto, lebo poisťovne majú dohodnutý objem na jednotlivé druhy zdravotníckych služieb. Ako príklad môžeme uviesť Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, ktorá má pre zdravotnícke služby na lôžku stanovený objem 15 415 945 €. Znamená to, že keď aj poisťovňa uzná nemocnici vyššiu sumu, uhradí ju len do výšky stanoveného objemu. Limity dohodnuté medzi N1 a zdravotnými poisťovňami uvádzame v prílohe 1. Prekročenie limitov sa porovnáva štvrťročne alebo ročne, pričom riešenie ich prekročenia je pri každej zdravotnej poisťovni iné. Pri Všeobecnej zdravotnej poisťovni je možnosť dohody o urovaní po ukončení zúčtovacieho roka. Zdravotná poisťovňa Dôvera nemá stanovené limity na všetky druhy služieb, ale pri limitovaných prekročení rieši tzv. degresnou platbou, kde sa výška prekročenia prepočítava koeficientom. Zdravotná poisťovňa Union uhrádza všetky výkony, ktoré neuzná revízia vo výške 10% z neuznanej sumy.

Na základe analýzy a identifikovaných problematických oblastí možno konštatovať, že cenu v skutočnosti vôbec neurčuje poskytovateľ zdravotníckych služieb, ale zdravotná poisťovňa, ktorá síce môže prihliadať na skutočný stav, ale len do výšky jej obmedzených finančných prostriedkov. Poisťovne tento stav zdôvodňujú tým že nemajú dostatok finančných prostriedkov.

V konečnom dôsledku aj napriek tomu že cenotvorba jednotlivých zdravotníckych služieb uskutočňovaná zo strany nemocníc správne, nemocnice sa dostávajú do negatívneho výsledku hospodárenia pre vplyv zo strany zdravotných poisťovní. Tento dlh sa snažia pokryť aj inými prostriedkami, ako napríklad príjmami z prenájmu priestorov v budovách nemocnice, predajom nepotrebného majetku atď.

Výstupy štúdie možno zhrnúť nasledovne:

- ústavné aj ambulantné zdravotnícke zariadenia zvyčajne poskytujú zdravotnícke služby, z ktorých si účtovne vyčíslujú náklady,
- ústavné zariadenia ich následne prepočítavajú nákladovou kalkuláciou na jednotlivé zdravotnícke služby, zostavená kalkulácia predstavuje základ pre určovanie cien zo strany nemocníc, pričom ale cena navrhnutá poskytovateľom zvyčajne nie je одобrená poisťovňou, ktorá si prostredníctvom revíznych lekárov určí vlastnú cenu, ktorá sa môže od skutočnej odlišovať o desiatky percent,
- ambulantné zariadenia majú zdravotnícke služby ohodnotené bodmi, ktorých počet bodov stanovilo MZ SR. Cenu za jednotlivé zdravotnícke služby určuje teda hodnota bodu, na ktorej sa poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti dohodne s jednotlivými zdravotnými poisťovňami. Zvyčajne je hlboko pod úrovňou, ktorú by mala hodnota bodu mať,
- nákladová kalkulácia, ako aj prepočet reálnej hodnoty bodu zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti teda v skutočnosti ovplyvňuje reálnu cenu zdravotníckej služby iba nepriamo. Reálna cena síce môže z kalkulácie alebo reálnej ceny bodu vychádzať, v skutočnosti je ale zvyčajne obmedzovaná najmä zásahom revíznych lekárov, ktorí nemusia súhlasiť, nie len s cenou za výkon, ale aj s uskutočnenou zdravotníckou službou, čo vedie k jej úplnému neuhradeniu, resp. k uhradeniu v neúplnej výške,
- najzávažnejšími problémami, ktoré zároveň nepriamo ovplyvňujú cenu všetkých zdravotníckych služieb, sú stanovené limity alebo objemy za vyplatené poskytnuté zdravotnícke služby. Poisťovne sa na nich dohodnú s poskytovateľmi zdravotníckych služieb, pričom môžeme predpokladať, že sa jedná o krok, ktorý nie je v súlade so zákonom. Poisťovne totiž môžu tvoriť zisk len v prípade, ak je uhradená celá zdravotná starostlivosť, čo v prípade stanovených finančných limitov nie je dodržané.
- z uvedených súvislostí môže vyplývať, že poskytovatelia zdravotníckych služieb môžu mať tendenciu k umelému zvyšovaniu cien, zatiaľ čo poisťovne majú tendenciu ceny znižovať.

Tabuľka 11: Vplyv poskytovateľov zdravotníckych služieb a zdravotných poisťovní na cenotvorbu

Subjekt	Vplyv na cenu	Dôvod
Poskytovateľ zdravotníckych služieb	Tendencia zvyšovania ceny za zdravotnícke služby	Umelé zvyšovanie ceny - poskytovatelia snažia doplniť chýbajúce zdroje
Zdravotné poisťovne	Tendencia znižovania ceny za zdravotnícke služby	1. prirodzený regulátor nadhodnotených cien, 2. dosahovanie zisku na úkor úhrady finančných prostriedkov za poskytnuté zdravotnícke služby

Zdroj: vlastné spracovanie.

Uvedené tendencie môžu viesť k záveru, že ceny za zdravotnícke služby v skutočnosti zodpovedajú realite. Analyzované zdravotnícke služby poskytované N1 boli dokonca kalkulované na nižšiu sumu, ako Všeobecná zdravotná poisťovňa a poisťovňa Union preplácajú. Na základe zistenia výšky úhrad od poisťovní je ale zrejmé, že skutočné úhrady sú hlboko pod reálnymi nákladmi. Toto zistenie však nemusí byť až tak viditeľné. Na jednej strane poisťovňa síce vyfakturuje celú sumu za zdravotnícku službu, na druhej strane ale v globále uhradí len sumu do stanoveného objemu. Preto sú v priemere všetky ceny za zdravotnícke služby podhodnotené a nezodpovedajú reálne vynaloženým nákladom.

Stroje a prístroje, ktoré sa využívajú pri ústavných zdravotníckych službách sú zahrnuté v cene prostredníctvom odpisov. V kalkuláciách sú zahrnuté v položke 4 – prevádzková réžia. Pri kalkulácii transplantácie očnej rohovky sa však prevádzková réžia nenachádza, čo môžeme považovať za jednu z mála chýb pri určovaní cien N1.

Určenie konkrétnych chýb v systéme tvorby cien v zdravotníctve nie je jednoduché. Systém je totiž celkovo nastavený spôsobom, ktorý neustále generuje negatívny výsledok hospodárenia poskytovateľov zdravotníckych služieb.

Z nášho pohľadu teda môžeme usúdiť, že problém určovania cien by sa vyriešil, keby nemocnice ako poskytovatelia zdravotníckych služieb určovali cenu, ktorá by bola pevne daná pre zdravotné poisťovne. Zároveň by ale musel pôsobiť regulátor, ktorý by dohliadal na to, aby poskytovatelia cenu nenadhodnocovali. V cene však musia byť zahrnuté aj investičné náklady na rekonštrukciu budovy, či kúpu nových prístrojov. Poisťovne by teda museli uhrádzať reálne náklady, ktoré poskytovateľom vznikajú.

Záver

V našej vedeckej štúdii sme sa zamerali na analýzu tvorby cien zdravotníckych služieb. Pre analýzu sme vybrali dva druhy zdravotníckych služieb v nemocnici, ktoré vykonáva nemocnica 3. typu – odber očnej rohovky a transplantácia očnej rohovky, a dva varianty zdravotníckej služby, ktoré vykonáva poskytovateľ v ambulantných zdravotníckych službách – otorinolaryngologické vyšetrenie.

Pri každej zdravotníckej službe sme sa zamerali na spôsob určenia ceny. Pri ústavnej zdravotníckej službe sa cena určuje na základe kalkulácie, ktorá môže byť priamo predstavovať cenu, za ktorú je služba uhradená, alebo predstavuje základ, ktorý sa upravuje pri zmluvnom stanovení ceny za poskytnutie tejto služby. Pri ambulantnej zdravotníckej službe sa zas dohodne medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou hodnota bodu, ktorá je určujúcim faktorom pri cene služby. Počet bodov je stanovený MZ SR.

Hlbšou analýzou zdravotníckych služieb poskytovaných nami sledovaným ústavným poskytovateľom sme dospeli k záveru, že stanovenie tvorby cien vychádza z reálnych nákladov, avšak v prípade zmluvného stanovenia cena nekorešponduje s kalkulovanou cenou. V nami sledovaných zdravotníckych službách došlo pri zmluvnej dohode k zvýšeniu ceny, čo bolo výhodné pre poskytovateľa ústavných zdravotníckych služieb.

Pri cene za ambulantné zdravotnícke služby sme sledovali najmä hodnotu bodu, ktorá predstavovala iba 55 % z reálnej hodnoty, ktorú by bod musel dosahovať, aby pokryl náklady poskytovateľa. Reálna hodnota bodu je účtovaná iba samoplatcom.

Na základe štyroch vybraných zdravotníckych služieb nebolo možné určiť skutočný vplyv cenotvorby, čo sa nám ale podarilo dosiahnuť porovnaním vyfakturovaných a reálne zaplatených súm poisťovňami. Zároveň sme túto skutočnosť porovnali aj s nemocnicou 1. typu, kde nám vyšli rovnaké výsledky, a to, že reálne poisťovne uhradia okolo 90 % z vyfakturovaných súm, ktoré už aj tak nepokrývajú skutočné náklady.

Zo zistených skutočností sme mohli jednoznačne usúdiť protichodné tendencie na výšku ceny – umelé zvyšovanie zo strany poskytovateľa, a zároveň umelé znižovanie zo strany zdravotných poisťovní.

Použitá literatúra

1. Interné materiály nemocníc N1 a N2
2. Kováč, E. 2009. Zdravotné poistenie. Bratislava : Herba , 2009. 96 s. ISBN 97-8808-917-162-0
3. Kuvíková, H. 1998. Ekonomické aspekty viaczrojového zabezpečenia zdravotníckych služieb. Banská Bystrica: Ekonomická fakulta Univerzity Mateja Bela, 1998. 105 s. ISBN 80-8055-120-0
4. Rašiová, M. 1999. Možnosti optimalizácie vzťahov subjektov v zdravotnom poistení. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela , 1999. 71s. ISBN 80-8055-225-8
5. Ústava SR
6. Zákon č. 578/2004 Z. z.

Zoznam Tabuliek

Tabuľka 1: Finančné zdroje v zdravotníctve v tis. Euro a v percentách z HDP v roku 2010

Tabuľka 2: Výdavky na jednotlivé druhy zdravotníckych služieb v percentách v roku 2010

Tabuľka 3: Výhody a nevýhody platobných metód za zdravotnícke služby

Tabuľka 4: Vplyv spôsobu platby na správanie poskytovateľa zdravotníckych služieb

Tabuľka 5: Cenová kalkuláciu za odber očnej rohovky

Tabuľka 6: Kalkulácia ceny za transplantáciu očnej rohovky vrátane odberu

Tabuľka 7: Cena za preventívne lekárske prehliadky – otorinolaryngologické vyšetrenie,
Variant A a porovnanie s cenou uhradenou od poisťovní

Tabuľka 8: Cena za preventívne lekárske prehliadky – otorinolaryngologické vyšetrenie,
Variant B a porovnanie s cenou uhradenou od poisťovní

Tabuľka 9: Poskytnuté zdravotnícke služby v NsP v roku 2011 v € zaokrúhlene

Tabuľka 10: Poskytnuté zdravotnícke služby v N2 v roku 2011 v € zaokrúhlene

Tabuľka 11: Vplyv poskytovateľov zdravotníckych služieb a zdravotných poisťovní na
cenotvorbu

Prílohy

Príloha 1: Prehľad vyúčtovanej zdravotnej starostlivosti za zúčtovacie obdobie január až december 2011 v €

	VŠZP a.s.						Dóvera ZP a.s.					
	Limit	Fakturované výkony	uznané výkony po revízií	Uznané výkony finančne (limit)	Výkony nad rámec dohodnutého objemu	Výkony neuuznané revíziou	Limit	Fakturované výkony	Uznané výkony po revízií	Uznané výkony finančne (limit)	Výkony nad rámec dohodnutého objemu	Výkony neuuznané revíziou
Lôžko	15415945	15716037	15061108	14861034	-200074	-654929	0	4902034	4535854	4535854	0	-366179
Stacionár	21665	17544	16992	16419	-573	-552	8127	2028	2018	2018	0	-11
Anestézy	30338	72050	35350	35350	0	-36700		0	0	0	0	0
Krv-ústavná sta	0	834181	888619	888619	0	54438		339584	406468	406468	0	66884
Mat. mlieko	1596	2155	2143	1887	-256	-12		978	971	971	0	-7
ŠZM - osobitne	1591701	2226478	2293576	1882042	-411534	67098		467235	493556	493556	0	26322
V.A.C.	215661	94557	100451	90712	-9739	5895		0	0	0		0
Šas - body	2368668	2448738	2356712	2267787	-88926	-92025		634067	470146	569916	-230	-63921
A-lieky šas	0	3971088	3962707	3962707	0	-8381		707311	686560	686560	0	-20751
Krv-šas	0	55106	55182	55182	0	75		19527	19452	19452	0	-76
SVaLZ - lieky	0	91331	23158	23151	-7	-68173		53953	53351	53351	0	-602
SVaLZ - šzm	0	868019	929293	917342	-11951	61274		297334	296023	296023	0	-1312
SVaLZ - body	4898571	3855243	3786568	3772276	-14292	-68675	1573567	1213723	1173248	1131423	-41824	-40476
SVaLZ CZ	1036656	1195707	1182217	1159366	-22851	-13490		316066	310158	299085	-11073	-5908
SVaLZ MR	643290	598833	597374	595789	-1586	-1459		142099	140703	136157	-4547	-1396
IJS/OHV	1905593	1599684	1664246	1549547	-114700	64562		540391	531973	531973	0	-8418
Transplantácie	0	1011208	832488	832488	0	-178720		102499	101854	101854	0	-645
Mimor.fin.náročná SZS					0	0		94072	94072	94072	0	0
Rok 2011 spol	28129684	34657959	33788185	32911697	-876489	-869774		9832902	9416407	9358734	-57674	-416495

	Union ZP a. s.				Spolu				
	Fakturované výkony	Uznané výkony po revízií	Uznané výkony finančne (limit)	Výkony neuuznané revíziou	Fakturované výkony	Uznané výkony po revízií	Uznané výkony finančne (limit)	Výkony nad rámec dohodnutého objemu	Výkony neuuznané revíziou
Lôžko	1763761	1604348	1604348	-159413	22381832	21201311	21001237	-200074	-1180521
Stacionár	2178	2072	2072	-106	21751	21081	20508	-573	-669
Anestézy	32509	26951	26951	-5558	104559	62301	62301	0	-42258
Krv-ústavná sta	114954	123094	123094	8140	1288719	1418182	1418182	0	129462
Mat. mlieko	467	463	463	-4	3600	3577	3321	-256	-23
ŠZM - osobitne	108910	115678	115678	6768	2802622	2902810	2491276	-411534	100188
V.A.C.	0	0	0	0	94557	100451	90712	-9739	5895
Šas - body	180044	146992	146992	-33052	3262849	3073850	2984695	-89156	-188998
A-lieky šas	123273	117130	117130	-6144	4801672	4766397	4766397	0	-35275
Krv-šas	14506	12162	12162	-2344	89140	86796	86796	0	-2344
SVaLZ - lieky	11584	11233	11233	-351	156868	87742	87735	-7	-69126
SVaLZ - šzm	28921	27348	27348	-1573	1194275	1252664	1240713	-11951	58389
SVaLZ - body	360521	344752	344752	-15769	5429488	5304568	5248451	-56117	-124920
SVaLZ CZ	78981	74244	74244	-4737	1590755	1566619	1532695	-33924	-24136
SVaLZ MR	39897	37699	37699	-2198	780829	775776	769644	-6132	-5054
IJS/OHV	67382	80669	80669	13287	2207457	2276888	2162189	-114700	69431
Transplantácie	1295	1295	1295	0	1115001	935637	935637	0	-179364
Mimor.fin.náročná SZS	14696	14696	14696	0	108768	108768	108768	0	0
Rok 2011 spol	2943881	2740827	2740827	-203054	49434742	45945419	45011257	-934162	-1489323