



Vysoká škola ekonomická v Prahe

Fakulta managementu

Jindřichův Hradec

Institút managementu zdravotníctva

Diplomová práca

Bc. Matúš Činčár

2007

Vysoká škola ekonomická v Prahe

Fakulta managementu

Jindřichův Hradec

Institút managementu zdravotníctva

**Analýza nákladov na spontánnny pôrod, pôrod
cisárskym rezom a indukovaný pôrod zakončený
cisárskym rezom**

Vypracoval:

Bc. Matúš Činčár

Vedúci bakalárskej práce:

prim. MUDr. Rudolf Strítecký

Jindřichův Hradec, júl 2007

Prehlásenie:

Prehlasujem, že diplomovú prácu

*„Analýza nákladov na spontánny pôrod, pôrod cisárskym rezom a indukovaný
pôrod zakončený cisárskym rezom“*

som vypracoval samostatne.

Použitú literatúru a podkladové materiály

uvádzam v priloženom

zozname literatúry.

Jindřichův Hradec, júl 2007

.....
podpis študenta

Anotácia

Analýza nákladov na spontánny pôrod, pôrod cisárskym rezom a indukovaný pôrod zakončený cisárskym rezom.

Cieľom práce je prevedenie nákladovej analýzy priamych a nepriamych nákladov na spontánny pôrod, pôrod cisárskym rezom a indukovaný pôrod zakončený cisárskym rezom v zdravotníckom zariadení.

Júl 2007

Pod'akovanie

Za inšpiráciu, námety a cenné rady

týmto ďakujem

prim. MUDr. Rudolfovi Stříteckému

z Vysokej školy ekonomickej v Prahe,

Fakulty managementu v Jindřichově Hradci.

Obsah

ÚVOD	1
1 PÔROD	4
1.1 VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE	4
1.2 PRÍČINY PÔRODU	5
1.3 PÔRODNÉ SILY (KONTRAKCIE).....	5
1.4 PÔRODNÉ CESTY	6
1.5 PLOD (PREDMET PÔRODU)	7
1.5.1 I. pôrodná doba - otváracia	7
1.5.2 II. pôrodná doba - vypudzovania	8
1.5.3 III. pôrodná doba - placentárna.....	8
2 CISÁRSKY REZ, SECTIO CAESAREA	10
2.1 FREKVENCIA A INDIKÁCIE	10
2.2 PRIMÁRNY CISÁRSKY REZ.....	10
2.3 SEKUNDÁRNY CISÁRSKY REZ	11
2.4 PREDOPERAČNÉ ÚKONY.....	11
2.5 PÔRODNÍCKA ANALGÉZIA.....	12
2.5.1 Lokálna anestézia.....	13
2.5.2 Celková anestézia.....	14
2.6 PREVEDENIE CISÁRSKEHO REZU	14
2.6.1 1. Laparotómia.....	15
2.6.2 2. Hysterotómia.....	15
2.6.3 3. Vybavovanie plodu.....	16
2.6.4 4. Vybavenie placenty	16
2.6.5 5. Zošitie rany	16
2.6.6 Komplikácie po cisárskom reze.....	16
2.7 POOPERAČNÁ STAROSTLIVOSŤ	17
3 INDUKCIA A PROGRAMOVÝ PÔROD	18
3.1 INDIKÁCIE A KONTRAINDIKÁCIE.....	18
3.2 METÓDY INDUKCIE.....	19
3.2.1 Mechanické (chirurgické) metódy.....	19

3.2.2	<i>Farmakologické metódy</i>	19
3.3	RIZIKÁ INDUKOVANÉHO PÔRODU	20
4	EKONOMIKA ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA	21
4.1	ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE.....	21
4.1.1	<i>Starostlivosť o zdravie</i>	23
4.1.2	<i>Ekonomika zdravotníckych služieb</i>	25
4.2	NÁKLADY.....	26
4.2.1	<i>Vymedzenie</i>	26
4.2.2	<i>Členenie nákladov</i>	28
4.2.3	<i>Členenie podľa objemu výkonu</i>	28
4.2.4	<i>Druhové členenie</i>	29
4.2.5	<i>Podľa účelu</i>	29
4.3	KALKULÁCIA.....	30
4.3.1	<i>Náklady v kalkulácii</i>	32
4.3.2	<i>Kalkulácie v zdravotníctve</i>	34
4.3.3	<i>Cena</i>	34
5	PRAKTICKÁ ČASŤ.....	37
5.1	ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE.....	37
5.2	NÁKLADY NA PÔROD.....	39
5.3	NÁKLADY NA CISÁRSKY REZ	43
5.4	NÁKLADY NA INDUKOVANÝ PÔROD ZAKONČENÝ CISÁRSKYM REZOM.....	47
5.5	FINANCOVANIE A MZDY	50
5.6	VÝKONOVÉ HODNOTENIE	52
	ZÁVER	60
	LITERATÚRA.....	63
	PRÍLOHA Č. 1.....	66

Úvod

Hodnotový rebríček a potreby sú pre každého človeka individuálne. Vyvíjajú sa v priebehu jeho života, menia sa, a sú taktiež ovplyvňované celospoločenskými javmi. Je nesporné, že za jednu z najdôležitejších hodnôt a zároveň aj potrieb je považované zdravie, a s ním súvisiace prvky ako život, smrť, choroba, bolesť. Zaujať určité stanovisko voči týmto hodnotám sa učia ľudia už od nízkeho veku. Najmä vážiť si to, že hodnota zdravia sa nedá len tak jednoducho vyčíslieť. To si však veľa jedincov uvedomuje až pri jeho strate.

Pojem zdravia sa nevytvára až po narodení dieťaťa, ale už po jeho počatí a prvých príznakoch tehotenstva. Prevládajú snahy zabezpečiť jeho zdravý vývin a celý priebeh tehotenstva, ako aj priviesť na svet nového človeka s čo možno najnižšími komplikáciami. Nie je to však iba problém samotnej rodiny. Aj štát, ako subjekt zabezpečujúci zdravie svojich občanov, sa podieľa na celom procese svojou mierou. Jeho hlavnou úlohou je regulovať právny rámec pre zdravotnícke zariadenia, ktoré potom poskytujú svoje služby občanom. Úloha štátu je teda nemalá, keďže určovaním podmienok pre fungovanie môže vytvárať tlaky na efektívne zhodnotenie zdrojov v celom systéme. Na jednej strane to však znamená zabezpečiť fungovanie a vytvárať podmienky pre financovanie zdravotníckych inštitúcií, na druhej hodnotiť, aký význam a hodnotu má zdravie jednotlivca s ohľadom na výšku finančnej čiastky na to obetovanej.

Úlohou zdravotníckeho zariadenia je zasa zabezpečiť poskytnutie zdravotníckych služieb na určitej úrovni tak, aby bol splnený hlavný cieľ – blaho pacienta. Tento fakt je ovplyvnený všeobecne dobre známym nedostatkom zdrojov a nadbytkom potrieb. Ani v oblasti gynekológie a pôrodnictva to nie je inak. Napriek novým trendom a neustálemu vývoju prebiehajúcejmu v danom obore, sú prostriedky na jeho financovanie primálne. Obdobne je to však aj v iných oboroch. Vďaka nedostatočnému zabezpečeniu príjmov a neustále sa zvyšujúcim nákladom sa vytvára rozdielová bariéra neustálej straty, ktorú je nutné uhradiť. Tá má vplyv nie len na ekonomickú stránku problému, ale aj na stránku medicínsku, pretože sú vytvárané tlaky na zníženie nákladov, ich efektívnejšie spracovanie. Alebo jednoducho na

lacnejšie poskytovanie služieb. Práve toto však nie je riešením problému, aj keď iných efektívnejších možností je málo.

Ústava SR hovorí:

„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.“¹

Na základe tohto článku by mala byť všetkým poskytovaná zdravotnícka starostlivosť bezplatne. Súčasne však musí byť poskytovaná „lege artis“, čiže v súlade so súčasnými vedeckými a medicínskymi poznatkami. Predstaviť si to však pri fungovaní zdravotníckeho systému je ťažko možné, o finančnej stránke už ani nehovoriac. Znamenalo by to každému poskytnúť to najlepšie, čo v tomto ponímaní znamená aj najnákladnejšie. Zabezpečenie spoluúčasti pacienta na hradení časti nákladov, či už čiastkou 20 Sk za vyšetrenie alebo 50 Sk za deň hospitalizácie, ktorá v určitom zmysle regulovala nadspotrebu, bola novou vládou v priebehu roku 2006 zrušená. A zadlžovanie zdravotníckych zariadení sa začína opäť zvyšovať.

Úlohou práce je bližšie priblíženie výkonov, ktoré súvisia priamo s narodením nového človeka – spontánnym pôrodom, cisárskym rezom a indukciou pôrodu. Jedná sa o najbežnejšie výkony, ktoré sú v každodennej náplni práce lekárov – pôrodníkov, a nemalej miere aj iných špecialistov. Tieto výkony sú nasmerované tak, aby zabezpečili narodenie živého dieťaťa a ochránili zdravotný stav jeho, aj matky. Nie je to úloha ľahká vzhľadom na krehkosť, s akou sa musí s novým životom narábať.

Stránka narodenia však nie je iba stránkou medicínskeho výkonu. Aj tu, napriek citlivosti otázky nového života a kvality zdravia, je potrebné sledovanie stránky hospodárnosti a efektívnosti. Aj preto je práve časť práce zameraná na stanovenie nákladov, ktoré zodpovedajú priamo pacientovi, alebo zabezpečujú podmienky pre fungovanie všetkých

¹ Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb.; Hlava Druhá, Piaty oddiel; Hospodárske, sociálne a kultúrne práva, Čl. 40

výkonov. Reč je o priamych a nepriamych nákladoch. Tieto náklady, podobne ako iné, určujú hodnotu spotrebovanú na zabezpečenie výkonu súvisiaceho s pacientom. Problémom je však neochota a nezáujem o ich vykazovanie, aj keď ako jedny z mála poukazujú na hodnotu spotrebovanú na pacienta. Je to spôsobené faktom, že dané vykázania sú vzhľadom na súčasný stav iba ďalšou prácou najviac, ktorá, keďže nemá naviazanie na finančný systém, prináša iba pohľad - „čo by bolo, ak...“.

1 Pôrod

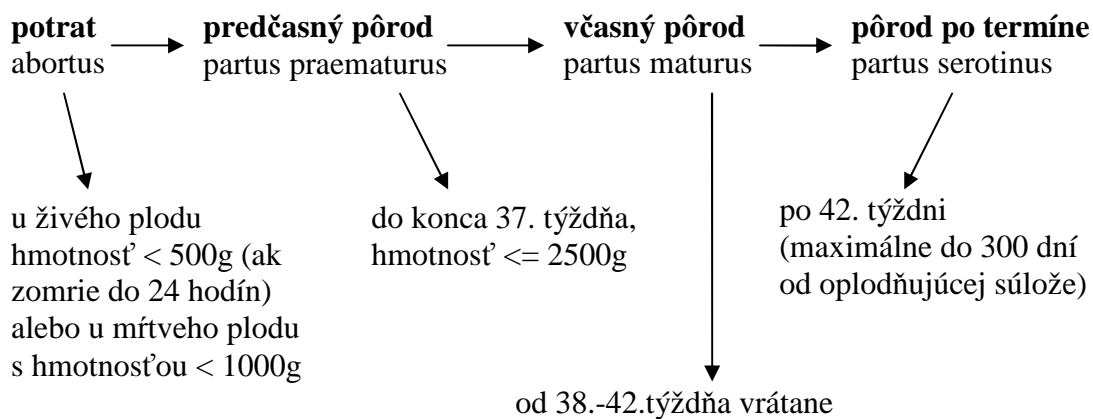
1.1 Všeobecné informácie

V posledných týždňoch tehotenstva, v období 10. lunárneho mesiaca, je každodenný život pre ženu plný zmien a očakávaní. Očakávanie príchodu potomka a množstvo zmien vlastného tela pútajú takmer všetku pozornosť.

Pôrod (*partus*) býva definovaný ako ukončenie tehotenstva, pri ktorom sa narodí živý novorodenec:

- ktorého váha je väčšia ako 500 gramov a prejavuje príznaky života (dýchanie, srdcová činnosť, pulzovanie pupočníka, aktívny pohyb svalov, atď.).
- alebo ak prežije aj s hmotnosťou menšou ako dané minimum 24 hodín.

Definovanie pôrodov a potratov²



² ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B., a kol.: Porodnictví, Grada Publishing, Praha, 1999, ISBN 80-7169-355-3

1.2 Príčiny pôrodu

Koncom tehotenstva sa u ženy objavujú príznaky, ktoré ohlasujú približovanie sa pôrodu. Prvotným znakom je zmena kontúry brucha a zníženie maternicového dna v období desiateho lunárneho mesiaca, ktoré je spôsobené prechodom plodu do panvového vchodu. U ženy to vedie k uvoľňujúcim pocitom pri dýchaní, zmenšovaním tlaku v hornej časti brucha, avšak na úkor silnejších tlakov na močový mechúr a črevá v časti dolnej. To má za následok častejšie močenie, respektíve problémy s vylučovaním. K ďalším pozorovaným zmenám dochádza vo vonkajších genitáliách, lone a pošve, a zvýšenej sekrécie hlienu. Nasledujú nepravidelné kontrakcie, ktoré sa objavujú zvyčajne v intervale 14 a menej dní pred pôrodom. Znamením, označujúcim blízky príchod pôrodu je odtok hlienu z krčka maternice.

Štart pôrodu je ovplyvnený rôznymi anatomickými a funkčnými činiteľmi organizmu matky a dieťaťa. Ku koncu tehotenstva sa spúšťajú procesy podporované hormonálnymi zmenami, ktoré vplyvajú na chod maternice. Medzi faktory, ktoré sa zúčastňujú na pôsobení kontrakcií, patrí:

- mechanické
- endokrinné – vplyv estrogénov, oxytocínu, prostaglandínov a gestagénov
- neurogénne

Pre pôrod sú podstatné tri základne faktory:

- pôrodné sily (kontrakcie)
- pôrodné cesty
- plod (objekt pôrodu)

1.3 Pôrodné sily (kontrakcie)

Kontrakcie svalstva maternice a brušného lisu patria k základným silám uskutočňujúcich pôrod. Všeobecne sú označované ako sťahy. Kontrakcie, ktoré pociťuje žena ako stvrdnutie a prebiehajú v období pred 30. týždňom tehotenstva, sa nazývajú tehotenské. Aktivita

maternice je malá, kontrakcie sú slabé, nekoordinované a bez bolestivých príznakov. V dobe po 30. týždni, keď sa plod posúva do panvového dna, sa sťahy stavajú nepravidelnými a bolestivými. Je to spôsobené tlakom na pôrodné cesty, postupným otváraním sa častí maternice, najmä krčka maternice. Stupňovanie kontrakcií a aktivita maternice sa zvyšuje, až plynule prechádza do pôrodnej činnosti. Čím viac sa pôrodné cesty otvárajú, tým sa zvyšuje intenzita bolesti a častota kontrakcií. Najsilnejšie kontrakcie prebiehajú na dne maternice, odkiaľ sa presúvajú na ďalšie časti a ich intenzita klesá. Dôležitým javom pri sťahoch je ich nenávratnosť do pôvodného stavu pred kontrakciou - retrakcia. Svaly sa sťahujú, stena hrubne, maternica znižuje svoj objem a tým ovplyvňuje vytlačenie plodu. Počas samotného pôrodu, v prvej pôrodnej dobe, sa objavuje jeden až tri sťahy za 10 minút, v druhej dobe je to každé dve minúty. Účinok sťahov je podporovaný aj brušným lisom, brušnými svalmi. Kontrakcie počas prvých dvoch dôb sú sprevádzané bolesťou, zatiaľ čo v tretej dobe, pri vypudení placenty, sa už spravidla neobjavujú.

1.4 Pôrodné cesty

Pôrodné cesty delíme na tvrdé a mäkké. Ku mäkkým cestám patrí krček maternice, pošva a lono, ku tvrdým panva.

Tvrde pôrodné cesty

Panva u ženy je prispôbená na pôrod. Rozoznávame veľkú panvu - horná časť, a malú panvu - dolná časť, a taktiež vchod panvy, stred a východ panvy. Veľká panva nie je pre samotný priebeh pôrodu podstatná. Je však základom pre určenie pomerov panvy malej, ktorá má špecifický význam pre priebeh celého pôrodu, lebo je determinantom tvrdých pôrodných ciest. Vchod, stred a východ panvy uľahčujú svojim tvarom prechod dieťaťa pôrodnými cestami a to tak, že nútia dieťa sa počas prechodu otáčať. Zároveň sa dá z ich pozorovania určiť, či je normálny prechod vôbec možný, a teda či dieťa je možné odroditiť prirodzenou cestou.

1.5 Plod (predmet pôrodu)

Význam plodu počas pôrodu spočíva najmä v jeho tvare, veľkosti a ohybnosti a taktiež v polohe, v ktorej sa nachádza. Vo väčšine prípadov ide o tvar a veľkosť hlavičky dieťaťa a polohu švov a fontanel. Tvar hlavičky dieťaťa je geneticky determinovaný. Hlavička má menšiu tvarovú časť a väčšiu lebku. Fontanely (lupienky) sú blanité miesta medzi časťami lebky. Malý lupienok je v zadnej časti lebky v mieste spojenia šíповého švu so záhlavným, veľký zas pri strete vencovitého, čelového a šíповého švu. Aj tvary lupienkov sa líšia – malý je trojuholníkový, veľký štvorcový. Práve podľa uloženia švov a lupienkov v panve sa určuje postup hlavičky pôrodnými cestami počas pôrodu.

V predpôrodnej príprave sa zisťuje aj uloženie dieťaťa v maternici, poloha hlavičky, priečna alebo pozdĺžna os a podobne. Od všetkých týchto faktorov sa predpovedá ďalší priebeh pôrodu a jeho riziko, respektíve nutnosť operatívneho zákroku. Ak je možné nahmatať malú fontanelu, znamená to, že dieťa je uložené v pôrodných cestách správne, to znamená s hlavičkou zohnutou k hrudnému košu.

Okrem hlavičky je dôležitá aj poloha dieťaťa. V prípade úplného neotočenia, keď je jeho poloha priečna alebo šikmá, zvyšuje sa pravdepodobnosť operatívneho pôrodu.

Priebeh pôrodu je rozdelený na 3 fázy, pôrodné doby.

1.5.1 I. pôrodná doba - otváracia

Začiatok prvej pôrodnej doby je spojený s pravidelnými kontrakciami maternice a postupným otváraním spodných pôrodných ciest. Pre plod uložený v maternici je prvotnou prekážkou krček maternice a bránka. Tie sa v prvej pôrodnej fáze vďaka pravidelným kontrakciám a retrakciám rozširujú, a to až do stavu, kedy krček maternice zmizne a vonkajšia bránka sa úplne otvorí. Počas tohto procesu dochádza k uvoľneniu hlienovej zátky z krčka maternice a vyklenovaniu dolných plodových obalov. Tie sa pri určitom tlaku pretrhnú – dochádza k odtoku plodovej vody.

Podľa času, kedy plodová voda odteká, rozlišujeme:

- Predčasný odtok – pred začatím kontrakcií
- Včasný odtok – počas prvej pôrodnej doby

V tejto fáze by sa mali vykonať aj opatrenia ako:

- podanie klystíru, resp. vyprázdnenie čriev,
- dezinfikovanie a očistenie vonkajších pohlavných orgánov,
- polohovanie rodičky

1.5.2 II. pôrodná doba - vypudzovania

Po úplnom otvorení krčka maternice a odtoku plodovej vody začína druhá fáza – vypudzovanie. Je tvorená aktívnou a pasívnou časťou. Za pasívnu označujeme postupné zostupovanie hlavičky dieťaťa až na panvové dno, na ktoré spolu s rektom vyvíja tlak, a tým vyvoláva reflex tlačenia. Sťahy maternice a brušného lisu, spolu s reflexom tlačenia, zvyšujú tlak v maternici a postupné vypudzovanie dieťaťa. Tato fáza je nebezpečnou fázou ako pre dieťa, tak aj pre matku. Riziko spočíva v nedostatočnom prísune kyslíka pre dieťa, jednak pre slabé prekrvenie placenty spôsobené odtokom plodovej vody, a pre zvýšený tlak panvy na stlačenie hlavičky dieťaťa. U matky sa zase napínaním a rozširovaním mäkkých pôrodných ciest zvyšuje ich tlak, čo spôsobuje časté trhanie tkanív. Počas tejto doby môže byť taktiež nutný zásah pôrodníka v podobe nastrihnutia hrádze. Dôvodom je menší tlak na hlavičku dieťaťa a ochrana panvového dna. Po pôrode hlavičky dieťaťa a jej vonkajším rotovaním sa objavujú pliecka, trup a ďalšie časti. Následne sa prestrihne pupočná šnúra.

1.5.3 III. pôrodná doba - placentárna

V tejto pôrodnej dobe dochádza k postupnému odpojeniu placenty od stien maternice a spolu s ďalšími obalmi k jej vypudeniu z tela matky. Trvá to zhruba 5-10 minút. Proces ich vylúčenia je uľahčovaný vďaka popôrodným kontrakciám a retrakciám maternice. Tie svojim sťahovaním uvoľňujú placentu zo stien maternice a vypudzujú ju von. Uvoľnená placenta sa „porodí“ vďaka tlačaniu ženy, poprípade s podporným tlakom na brušné steny. Počas tejto fázy vzniká veľké nebezpečenstvo pre matku, a to pre krvácanie pri odlučovaní placenty.

Taktiež je dôležité ubezpečiť sa, že placenta bola vypudená celá a žiadne časti neostali v tele matky.

Po skončení tretej pôrodnej fázy je matka ešte zhruba dve hodiny pozorovaná. Sleduje sa najmä zastavenie krvácania v maternici a mäkké pôrodné cesty. Až potom označujeme pôrod za skončený.

2 Cisársky rez, Sectio caesarea

Pôrodné operácie sú jednými z najstarších na svete. Patrí medzi ne aj Sectio caesarea – cisársky rez. Jeho potenciál je v možnosti záchrany života matky i dieťaťa, aj keď v minulých storočiach bez poznania zásad sterility a narkózy bola úmrtnosť matky skoro stopercentná. Prežili len výnimky. Cisárske rezy sa vykonávali aj priečne, aj šikmo. Pri pozdĺžnych rezoch dochádzalo pri kontrakciách k extrakcii obsahu do brušnej dutiny, čo spôsobovalo smrť ženy vykrvácaním. Až postupne sa prešlo k rezom priečnym, ktoré zabezpečili postupné uzatvorenie rany sťahmi maternice. Väčšie pokroky dosiahol tento operačný výkon až koncom 19. storočia. Dovedy môžeme povedať, že sekcia bola prevádzaná za účelom záchrany dieťaťa, nie však dieťaťa aj matky.

2.1 Frekvencia a indikácie

Cisársky rez je v súčasnosti dostatočne známa pôrodná operácia. Jej frekvencia sa v rôznych štátoch líši – od 10 do 30 percent. V rozvinutých krajinách je ich percento vyššie, najvyššie dosahuje v moderných klinikách. Dôvodom je jednak stále častejšia možnosť vykonať cisársky rez na požiadanie, ale aj zníženie možného rizika viesť pôrod prirodzenou cestou a vyhnúť sa zbytočným komplikáciami. Nejedná sa o operáciu nadmieru zložitú – má však svoje problematiky, na ktoré je potrebné sa pripraviť. Výsledným efektom má byť novorodenec a zdravá žena, na ktorej sekcia nezanechá odozvy v smere poškodenej plodnosti, sexuálnych, estetických a obdobných problémov.

2.2 Primárny cisársky rez

Cisársky rez označujeme za primárny, v prípade jeho predošlého plánovania do doby, kým nenastúpia kontrakcie maternice. Cisársky rez sa plánuje, ak:

- dieťa je v abnormálnej polohe (priečne alebo panvovým koncom) alebo sa vyskytujú iné prekážky

- pri viacplodovej tehotnosti je aspoň jedno dieťa v abnormálnej polohe
- vyšetrenia matky ukážu nedostatočné rozpätie malej panvy pre prechod dieťaťa
- v prípadoch zvýšeného rizika pôrodu normálnou cestou pre matku (pri určitých ochoreniach – gestózy, srdcové chyby, a pod.)
- diabetes melitus
- placenta praevia - placenta je umiestnená v oblasti cervixu
- existuje riziko nákazy dieťaťa matkou pri vážnych infekciách – hepatitída B a C, vírus HIV, herpes genitalis a podobne

2.3 Sekundárny cisársky rez

Sekundárny cisársky rez prebieha až po začatí pôrodu, po nástupe kontrakcií, v prípadoch náhleho zvýšeného rizika pri priebehu pôrodu normálnou cestou. Riziko je predstavované pre matku alebo dieťa. Je následkom pôrodných komplikácií. Vykonávame ho vtedy, ak:

- dieťa je ohrozené nedostatočným prísunom kyslíka – zistenie pomocou CTG
- neprebíha dostatočná pôrodná činnosť

Jednotlivé rozhodnutia, či využiť cisársky rez počas prebiehajúceho pôrodu, sú v kompetencii samotného lekára a na jeho vlastnom uvážení, preto sa prehodnotenia líšia.

2.4 Predoperačné úkony

Hlavným cieľom je príprava pacientky na prevedenie operácie a zamedzenie možných komplikácií. Je to súbor úkonov, ktoré sú uskutočňované pred príchodom anestéziologického tímu a prevezení pacientky na operačný sál. Problém nastáva v časovom rozhraní, hlavne z faktu, že časť cisárskych rezov je vykonávaných akútne a je len málo času na prípravu. Prvotnou prípravou je slovný kontakt s pacientkou, zisťovanie alergií, prekonaných chorôb a úrazov. K ďalším krokom patrí:

- zavedenie močového katétru a jeho následná fixácia

- vyholenie ochlpenia
- bandážovanie a fixácia dolných končatín
- dezinfikovanie operačného poľa
- pripravenie narkotizačného a operačného zariadenia a nástrojov

2.5 Pôrodná analgézia

Pôrodné bolesti patria medzi najsilnejšie vnímané bolesti. Preto je zameraná pozornosť na ich tlmenie. Podaním anestetík sa pôrodné bolesti nielen tlmia, ale predchádza sa nimi aj možným komplikáciám počas pôrodu a po ňom. Nesmú však ovplyvňovať fyziológiu ženy, plodu alebo novorodenca, priebeh pôrodu a zároveň musia byť dostatočne účinné.

V pôrodnickej analgézii hovoríme o dvoch typoch analgézie:

- nefarmakologickej
- farmakologickej

Pod nefarmakologickou analgéziou rozumieme psychofyzickú prípravu rodičky na pôrod, za účelom odstránenia strachu alebo obavy z priebehu pôrodu, zároveň aj prípravu ženy a jej organizmu na záťaž spôsobenú celým priebehom pôrodu. Od tejto metódy sa odvíjajú aj rôzne alternatívne metódy vedenia pôrodu.

Nefarmakologické metódy pôrodnickej analgézie:³

1. Psychologické metódy

- Psychofyzická príprava na pôrod
- Alternatívne pôrody
- Hypnóza
- Audioanalgézia

2. Fyzikálne metódy

- TENS (transkutánná elektrická nervová stimulácia)

³ TOMÁŠ,S.,DANKO,J. 2001. Pôrodná analgézia. In: Praktická gynekológia, 8, 2001, č. 4

- Intrakutánne vpichy sterilnej vody
- Abdominálna dekompresia

3. Akupunktúra, akupresúra

4. Iné metódy pôrodníckej analgézie

- Gravidjoga
- Aromaterapia

Farmakologické metódy pôrodníckej analgézie:⁴

1. Systémová (celková) analgédia

- Opiáty
- Benzodiazepíny
- Inhalačné anestetiká – N₂O

2. Regionálna analgédia, aplikovaná pôrodníkom

- Infiltračné znecitlivenie
- Pudendálna analgédia (PUD)
- Paracervikálna analgédia (PCB)

3. Regionálna analgédia, aplikovaná anesteziológom

- Epidurálna analgédia (EDA)
- Spinálna (subarachnoidálna) analgédia
- Kombinovaná subarachnoidálna a epidurálna anestézia (CSE)
- Kaudálna blokáda

Po príchode anestéziologického tímu je pacientke podaná lokálna alebo celková anestézia.

2.5.1 Lokálna anestézia

Lokálna anestézia zahŕňa dve obdobné metódy umŕtvenia dolnej polovice tela - spinálnu a peridurálnu (PDA) anestéziu.

⁴ TOMÁŠ,S.,DANKO,J. 2001. Pôrodnická analgédia. In: Praktická gynekológia, 8, 2001, č. 4

Spoločným znakom oboch týchto metód je zavedenie lokálneho anestetika. Tento prípravok sa vstrekuje tenkou ihlou do miechového kanála pri jeho lokálnej narkóze, na mieste medzi dvoma driekovými stavcami. Rozdielom je oblasť, do ktorej sa vstrekuje daný roztok v miechovom kanáli.

Pri peridurálnej anestézii sa miesto zavedenia fixuje a anestetikum je dodatočne vstrekované, aby bolo umŕtvovanie udržiavané počas a aj po celej operácii. Spinálna anestézia sa podáva len raz.

Ich výsledkom je umŕtvenie dolnej časti tela od operovanej oblasti. Celý proces zavedenia a prvého umŕtvenia trvá 10 až 15 minút. Výhodou je fakt, že rodička nemá stratu vedomia a ihneď po pôrode môže nadviazať kontakt s dieťaťom.

2.5.2 Celková anestézia

Celková narkóza je pri cisárskych rezoch využívaná pri vysokej časovej náročnosti. Je tu nutnosť rýchleho odoperovania, aby dieťa bolo čo najmenej pod vplyvom narkotík. Jej nežiaduce účinky na dieťa sú väčšie ako pri lokálnej anestézii, avšak môže mať výhody - operácia nie je pri vedomí, narkóza nastupuje dostatočne rýchlo a je lepšie regulovateľná.

2.6 *Prevedenie cisárskeho rezu*

Po prvotných prípravách a zavedení anestézie je rodička pripravená na pôrodnícku operáciu. Pripravený tím pozostáva z operujúceho lekára, asistenta a inštrumentárky. Pre zabezpečenie anestézie je privolaný anestéziológ a tím dopĺňa detský lekár. Prevedenie cisárskeho rezu ma 5 fáz:

1. otvorenie brušnej dutiny – laparotómia
2. otvorenie maternice – hysterotómia
3. odobratie plodu
4. odobratie placenty
5. zošitie rán

2.6.1 1. Laparotómia

Je viacero rezov slúžiacich na otvorenie brušnej dutiny. V prípade cisárskeho rezu sa v súčasnosti najviac využíva Pfannestielov rez. Ten je vedený poväčšine na hornej strane ochlpenia. Koža sa napne, aby nevznikali záhyby brzdiace dráhu skalpelu a rez nebol nelineárny. Jedná sa o rez priečny. Dôležitá je jeho hĺbka – nesmie byť príliš jemný, aby nevznikali problémy pri vybavovaní plodu, ale ani príliš hlboký. Peritoneum sa natrihne nad močovým mechúrom a dilatuje. Po otvorení brušnej dutiny sa jej okraje zarúškujú. Ďalším krokom je odpreparovanie močového mechúra a jeho kaudálne zosunutie o niekoľko centimetrov nižšie.

2.6.2 2. Hysterotómia

Po uskutočnení všetkých častí prvého kroku pokračuje operácia priečnym narezaním maternice v dolnej časti. Je dôležité si pred rezom ohmatať približnú veľkosť hlavičky dieťaťa, aby rez nebol príliš malý na vybavenie plodu, zároveň príliš veľký, aby mohol spôsobovať rozsiahlejšie krvácanie, poškodil svalovinu maternice a mohol spôsobiť jej neskoršie prasknutie. Pri hysterotómii rozoznávame viacero rezov:

1. korporálny – využíva sa pri priečnej polohe plodu, je u neho však vyššia pravdepodobnosť ruptúry maternice pri ďalšom tehotenstve a iné komplikácie. Je vedený pozdĺžne v hornej časti operačného poľa.
2. cervikokorporálny – taktiež využívaný pri priečných polohách plodu, predstavuje menej komplikácií ako korporálny
3. transverzálny – malý priečny rez na hornej strane ochlpenia
4. poloblúčkovitý – obdoba transverzálneho rezu, nie však priečne, ale v tvare U
5. S-rez – vlnkovitý rez, používaný pri väčších plodoch
6. U-rez
7. Obrátený T-rez

2.6.3 3. Vybavovanie plodu

V tejto fáze je operatér pripravený na odobratie plodu z maternice. Môže pri tom použiť vákuovú pumpu alebo lyžicu. Komplikácie počas tejto fázy môžu byť nasledovné:

- malý rez – veľmi vážny faktor, ktorý ohrozuje matku aj plod
- hlavička je už v panvovom vchode
- rôzne priečne a šikmé polohy plodu, poloha koncom panvovým
- väčší počet plodov

2.6.4 4. Vybavenie placenty

Po vybavení plodu sa pri cisárskych rezoch poväčšine nečaká na samovoľné odlúčenie placenty. Tá je spolu s plodovými obalmi odobraná následne po dieťati. Na ubezpečenie sa, že všetky plodové obaly a zvyšky sú odobrané, vykonáva sa revízia maternice.

2.6.5 5. Zošitie rany

Prvotne je zošívajú rez na maternici jednotlivými stehmi. Následne sa prišívajú peritoneum močového mechúra. Po vyčistení rán a brušnej steny nasleduje zošitie častí brušnej steny.

2.6.6 Komplikácie po cisárskom reze

K najčastejším komplikáciám, ktoré vznikajú pri a po cisárskom reze patrí:

- počas operácie – poškodenia maternice, močového mechúra, hysterektómia, krvácania, poruchy krvnej zrážanlivosti a pod.
- po operačnom zákroku – sepsa, abscesy, infekcie močových ciest, zápaly a poruchy hojenia rán, trombóza, anémia a pod.

Je medicínsky aj morálne ťažké posudzovať výhody a nevýhody cisárskeho rezu. Výhodou je jeho plánovateľnosť, menšia bolesť, oproti vyššej rizikovosti infekcie, krvácaniam a rôznym možným následkom, v ojedinelých prípadoch končiacich neplodnosťou. Taktiež je potrebné zvážiť možnosť ďalšieho tehotenstva a s ním vyššie riziko opätovného cisárskeho rezu.

V niektorých prípadoch pri vykonávaní cisárskeho rezu môže dôjsť aj k úmrtiu rodičky alebo dieťaťa. To je však vďaka novodobým medicínskym postupom a rozvoju technológie a znalostí veľmi nízke.

Na veľkých súboroch sa prejavujú rozdiely ukazujúce, že materská morbidita a mortalita je po sekcii viacnásobne vyššia než u samovoľných pôrodov. Mortalita je okolo 2 promile, môže byť až 10-krát vyššia ako mortalita po samovoľnom pôrode. Vo Francúzsku a Anglicku hodnotili v rokoch 1967–69 z 35 000 cisárskych rezov mortalitu, ktorá činila 1,2 ‰. V tomto súbore štvrtinu tvoria anestetické príhody, nasleduje pľúcna embólia, krvácanie, infekcia, paralytický ileus, EPH gastóza, srdcové príhody, v 30% sa podieľajú ďalšie príčiny. Tieto čísla sa príliš nemenia. V SRN v rokoch 1973–74 zo 41 000 cisárskych rezov bola úmrtnosť 1,5 ‰. Riziko tromboembólie sa po zavedení antikoagulačných prostriedkov značne znížila, ale riziko smrti matky je u sekcii stále 3–6krát väčšie ako u spontánneho pôrodu. V Českej republike bolo zistené, že sekcia figuruje v 45% medzi príčinami smrti ženy počas pôrodu a v šestonedelí.⁵

2.7 Pooperačná starostlivosť

Po operačnom zákroku ostáva pacientka pozorovaná na lôžku, a to minimálne dve hodiny. Ak nie je dieťa stále pod vplyvom narkotík, je privezené k matke a prebieha tzv. „bonding“ – prvé nadväzovanie vzťahu medzi matkou a dieťaťom. Je nutné, aby matka po cisárskom reze ostala minimálne dva dni na nemocničnom lôžku z možného otvorenia rany. Ak sa rana dobre hojí a nevznikajú komplikácie, je v priebehu 3-5 dní prepustená.

⁵ DOLEŽAL, A.: Technika porodnických operáci, Grada Publishing, Praha, 1998, ISBN 80-7169-549-1

3 Indukcia a programový pôrod

Problematika programového pôrodu je veľmi diskutovanou. Dôvodom je skutočnosť, že jej cieľom je umelé vyvolanie pôrodu. Tehotenstvo je ukončené indukciou vo vhodnom čase (v dobe pravdepodobného pôrodu) a za vhodných podmienok. K jeho najväčším výhodám patrí pripravenie rodičky na pôrod, možnosť naplánovania rodinných záležitostí či pracovných povinností, minimalizácia stresu súvisiaceho s náhlym príchodom pôrodu, a zároveň je istou prevenciou na potermínový pôrod.

Pod samotnou indukciou však chápeme umelé vyvolanie činnosti maternice po 28. týždni tehotenstva za účelom jeho ukončenia, v prípade, ak nie sú príznačné maternicové kontrakcie. Jej úlohou je ochrana matky, plodu alebo oboch.

Predtým je nevyhnutné vylúčenie kontraindikácií vedenia pôrodu normálnymi pôrodnými cestami. Zdravotnícke zariadenie musí byť schopné monitorovať stav plodu počas celého pôrodu. Veľkým ohrozením je hypoxia plodu. V súčasnosti je potrebné, aby rodička súhlasila s indukciou pôrodu, nestačí len rozhodnutie lekára.

Ani táto metóda sa však nezaobíde bez viacerých rizík. Dôkazom toho je aj zvýšená frekvencia zakončenia cisárskym rezom. Je to spojené s umelým vyvolaním pôrodu v prípade úplnej nepripravenosti celého tela rodičky. Najčastejšou príčinou prevedenia cisárskeho rezu pri indukcii je dystokia, maternicová hyperaktivita a s tým súvisiaca hypoxia plodu.

3.1 Indikácie a kontraindikácie

K indikáciám pre indukciu pôrodu patrí:

Potermínová gravidita viac ako 10 dní, diabetes mellitus, odtok plodovej vody a nenastúpenie kontrakcií do 24 hodín, chronická hypoxia, hypertenzné a renálne ochorenia v gravidite, úmrtie plodu počas tehotenstva alebo pôrod mŕtveho plodu, programový pôrod, sociálne a geografické indikácie.

Kontraindikácie delíme na absolútne a relatívne

1. Absolútne kontraindikácie:

- kefalopelvický nepomer
- akútna alebo chronická hypoxia plodu
- akútne pôrodnické krvácanie
- nezrelosť plodu
- stavy po rekonštrukčných operáciách v malej panve
- ťažké vývojové chyby maternice
- karcinóm v oblasti malej panvy

2. Relatívne kontraindikácie (viazane sú na typ indukčného preparátu):

- známa precitlivosť na oxytocín alebo na preparáty obsahujúce prostaglandíny
- kontraindikácie podania prostaglandínov
- kontraindikácie podania oxytocínu
- infekcie pôrodných ciest
- jazva na maternici
- nezrelý krček maternice⁶

3.2 Metódy indukcie

3.2.1 Mechanické (chirurgické) metódy

Patrí medzi ne Hamiltonov chmat – odlúčenie dolnej časti vaku blán od steny maternice, a amniotómia - disrupcia vaku blán. Používajú sa súčasne. Ak ani po disrupcii nedôjde do dvoch hodín ku kontrakciám, je nutné využiť medikamentné metódy.

3.2.2 Farmakologické metódy

Podanie oxytocínu – perorálne, intramuskulárne alebo intravenózne.

⁶ HAVALDA, A., ŠTENCL, P., PALDIA, R. a kol. 2001 Súčasný pohľad na programovaný pôrod. In: Slovenská gynekológia a pôrodníctvo, 8, 2001

Podanie prostaglandínov – vaginálne, intracervikálne, extraamniálne. Prostaglandíny sú nenasýtené mastné kyseliny produkované v membránach tkaniva v mieste ich pôsobenia. Ich hlavný význam spočíva v podpore dozrievania hrdla maternice a vyvolávaní kontrakcií v poslednom období tehotenstva.

3.3 Riziká indukovaného pôrodu

Riziká pri prevádzaní indukovaného pôrodu môžeme rozdeliť na tri druhy:

1. medicínske: sú spojené s faktom, že každé umelé navodenie pôrodnej činnosti je spojené so zvýšeným rizikom a vyššou pravdepodobnosťou vzniku komplikácií. Ďalším faktorom zvyšujúcim riziko sú účinky spôsobené podaním medikamentov oxytocínu a prostaglandínov.

2. ekonomické: indukcia je umelo vyvolávaným pôrodom. U pacientok, ktorých pôrod je vedený indukciou, je vysoký predpoklad prebehnutia normálneho pôrodu. Medikamenty, ktoré sú základom indukcie, zvyšujú nákladovú položku daného výkonu až o niekoľko tisíc korún. Nevýhodnosť z ekonomického hľadiska uzatvára fakt, že vysoké percento indukcií končí cisárskym rezom, ktorý dané náklady zvýši o ďalšie veľké položky.

3. etické: problémom je proces samotnej indukcie. Indukcia môže byť chápaná ako zásah do normálnej fyziológie tehotenstva, ktorá nie je založená na medicínskej báze.

4 Ekonomika zdravotníckeho zariadenia

4.1 Základné informácie

V tržnom hospodárstve dochádza k neustálej výmene peňazí za iné protihodnoty, statky alebo služby. Miestom výmeny je trh, kde na seba pôsobia dve protichodné sily – dopyt a ponuka. Tento systém je v tržnom hospodárstve potrebné ohodnotiť aj v jednotlivých špecifických trhoch, kde sa môžu objavovať problémy s jeho aplikovaním v danej konkrétnej sfére. Príkladom je oblasť poskytovania zdravotníckych služieb. Je samozrejmé, že zdravotnícky systém ako systém zabezpečujúci zdravie obyvateľstva nemôže fungovať iba na tržných princípoch. V každom zdravotníckom systéme je totiž riešený problém neobmedzenosti prianí zákazníkov a obmedzenosti zdrojov. A práve tento problém nedokonalosti tržného mechanizmu sa musí riešiť ako na úrovni štátu, tak aj na úrovni jednotlivých zdravotníckych zariadení. Na jednej strane sa tu spája problematika poskytovania čo najlepšej zdravotnej starostlivosti pre každého pacienta, otázka medicínskej etiky, a na strane druhej problematika ekonomická, t.j. výška nákladov na zabezpečovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Určenie rovnováhy a ideálneho fungovania na hranici medzi oboma cieľmi je problematikou zdravotníctva na celom svete. Výsledkami sú rôzne modely efektívnejšieho poskytovania a financovania zdravotníckych služieb, na ktoré pôsobí v rôznej miere princíp solidarity.

K tejto inkonzistencii cieľov nadväzujú ďalšie problémy súvisiace s princípmi úhrady daných nákladov, podielom pacienta na ich úhrade a taktiež jeho vlastným podielom na kvalite zdravia. Ku konkrétnym výsledkom nie je možné sa dopracovať. No faktom ostáva, že zdravie nie je len záujmom jednotlivca, ale celej verejnosti. Je to záujem verejný. Preto musí časť finančných prostriedkov plynúť z verejných financií.

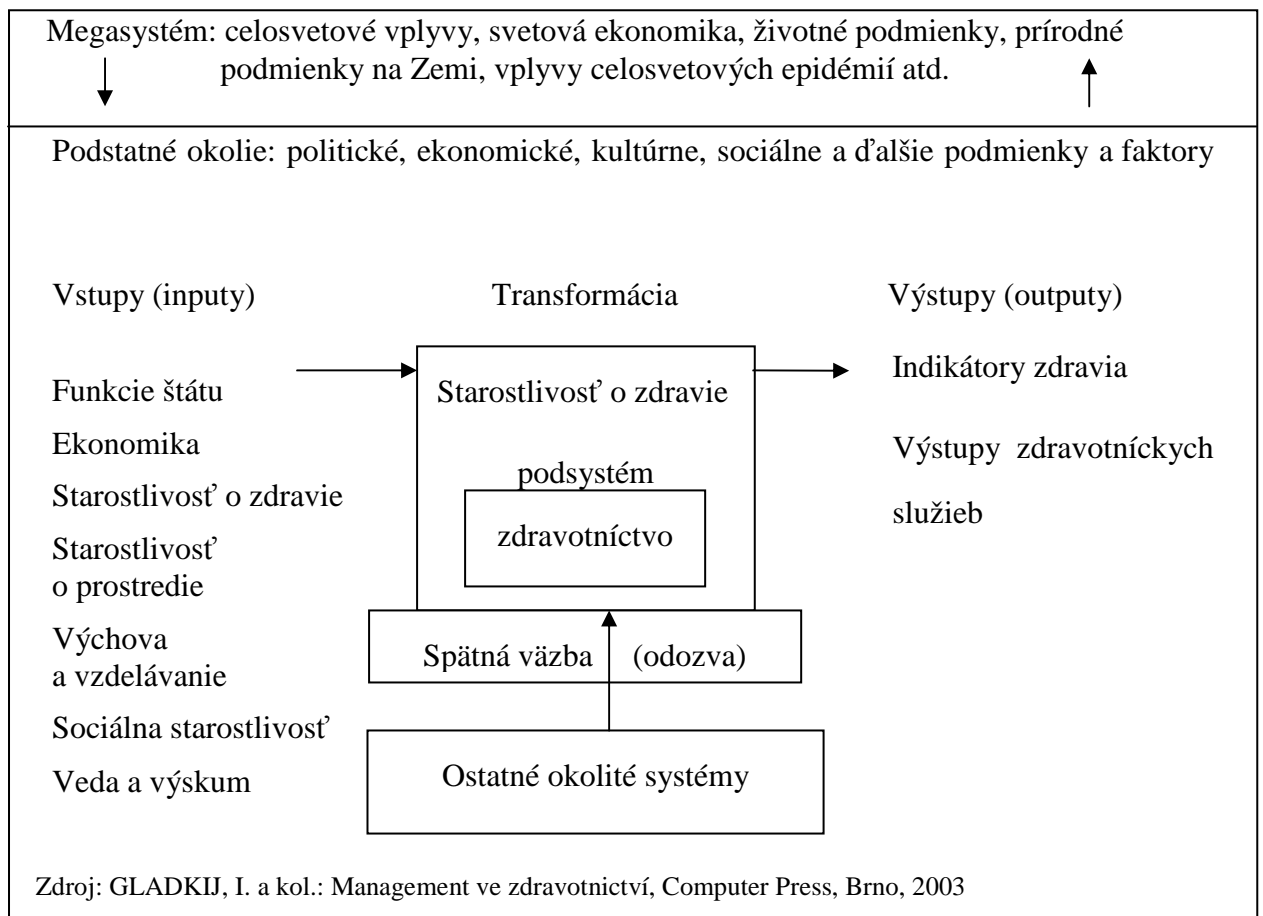
Zdravotnícky systém ma jednotlivé podsystemy – zdravotnícke zariadenia. Tie vystupujú ako rozvíjajúce sa systémy, relatívne izolované, pre ktoré sú charakteristické určité znaky. Z ekonomického hľadiska sa jedná o hospodársky systém s určitými vstupmi, výstupmi

a procesom transformácie medzi nimi.

Pod vstupmi chápeme kapitál:

- ľudský – zamestnanci, pacienti
- finančný – peniaze
- vecný - hmotný – stroje, zariadenia, budovy
- nehmotný – licencie, práva, know-how atď.

Proces transformácie je procesom premeny jednotlivých vstupných faktorov v smere k požadovaným výsledkom. V jeho priebehu sa pridávajú rôzne prvky, ktoré zabezpečujú celkový chod a vytvárajú medzi sebou väzby – externé – medzi okolím a určitým prvkom, alebo interné – medzi prvkami v rámci jedného systému alebo systémov.



Dôležitým prvkom systému je spätná väzba – odozva na zdravotnú starostlivosť.

Na proces transformácie má vplyv okolie podniku a okolité systémy: legislatíva, zdravotnícke zariadenia a ich vzťahy, dodávatelia, postavenie poisťovní, demografické rozdelenie obyvateľstva a ďalšie faktory.

Okrem ekonomického hľadiska je každé zdravotnícke zariadenie ovplyvňované aj svojím pestovaním imidžu a kvalitou poskytovaných služieb, t.j. rozsah služieb, produktivita, výkonnosť, rýchlosť, spokojnosť zákazníka, povest', odborná spôsobilosť a pod. Celý tento systém je zakončený vplyvom právnej formy zdravotníckeho zariadenia.

Zdravotnícky systém je špecifickým systémom. Je to dané tým, že ho nie je možné posudzovať iba z hľadiska čisto ekonomického, ale aj z hľadísk efektívnosti celého systému zdravotníctva a jeho vplyvu na zdravie obyvateľstva. Jeho hlavnou úlohou nie je ani dosahovanie zisku a ani maximalizácia tržného podielu, ale zabezpečenie a ochrana zdravia. Veľká váha sa prenáša na etický princíp zdravotníctva, na ochranu zdravia a fakt, že chyby môžu znamenať smrť alebo trvalé poškodenie pacienta. Preto aj zdroje, ktoré sú využívané v zdravotníctve, nie je možné posudzovať len z ich ekonomickej povahy. Výsledky bývajú často negatívne, alebo aj žiadne. Je potrebné brať v úvahu fakt, že aj malý efekt, hoci sú na neho vynaložené veľké náklady, môže znamenať záchranu života.

Ak chceme hodnotiť ekonomické aspekty starostlivosti o zdravie, musíme sa na systém pozeráť z dvoch pohľadov:

- ekonomika systému starostlivosti o zdravie
- ekonomika systému poskytovania zdravotníckych služieb

Problémy v oboch systémoch sa môžu prelínať a vytvárať rovnaké problémy, či už z hľadiska ekonomického, medicínskeho alebo spoločenského.

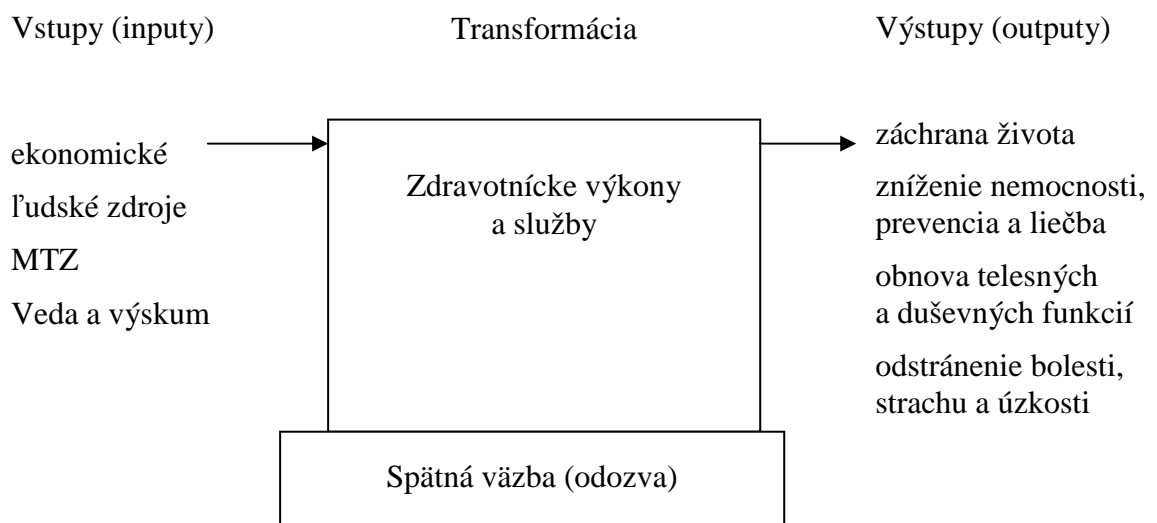
4.1.1 Starostlivosť o zdravie

V tomto systéme existujú ťažko definovateľné skupiny ekonomických ukazovateľov, či už nákladových, výnosových, ziskových, alebo taktiež dosahovania efektívnosti podľa

základných ekonomických princípov. Aj po patričných analýzach je náročné hodnotiť, aké prínosy by dané ukazovatele mali mať.

Pre tento systém je charakteristické, že je súborom väčšieho množstva nákladov ako tých, ktoré sú vložené priamo do systému starostlivosti o zdravie. Dôvodom je fakt, že starostlivosť o zdravie neprebíha iba v zdravotníckych zariadeniach, ale aj v zdravom životnom prostredí a subjektívnej starostlivosti o zdravie. Ďalším problémom je práve výsledný efekt vložených nákladov. Prejavy nedostatočnej starostlivosti sa môžu prejaviť v dlhodobom hľadisku, alebo vôbec, preto je ťažké určiť návratnosť daných investícií.

Podstatné okolie: systém: „starostlivosť o zdravie“



Zdroj: GLADKIJ, I. a kol.: Management ve zdravotnictví, Computer Press, Brno, 2003

Aj po určení nákladov však stále ostáva nezodpovedaná otázka výnosov. Dôvodom je hodnotenie z pohľadu dosiahnutej kvality života. V prípade, keď dôjde k záchrane života, sa samozrejme jedná o pozitívny výstup, no túto dosiahnutú kvalitu môžu znižovať ďalšie faktory ako trvalá invalidita, chronické záťaž a podobne. Ďalším faktorom je existencia rôzneho typu externalít, pozitívnych aj negatívnych.

Kvôli subjektívnemu ponímaniu významu slova zdravie a nejednoznačnosti procesov a postupov v systéme starostlivosti o zdravie sa prešlo k určitým ukazovateľom starostlivosti

o zdravie. Patria medzi ne ukazovatele zdravotného stavu obyvateľstva:

- doba práceneschopnosti na jedného obyvateľa v počte dní
- určenie percentuálnej výšky skupiny osôb s dlhodobou neschopnosťou
- určovanie strednej dĺžky života
- mortalita a morbidita

Ďalšími ukazovateľmi, zameriavajúcimi sa na rozsiahlejšie skupiny, sú indikátory starostlivosti o zdravie:

- ukazovatele zdravotného stavu
- ukazovatele životných a pracovných podmienok
- ukazovatele zdravotníckej politiky
- ukazovatele zabezpečenia zdravotníckej starostlivosti pre obyvateľov

Všetky z ukazovateľov vyjadrujú v priamej či nepriamej súvislosti odraz starostlivosti o zdravie.

4.1.2 Ekonomika zdravotníckych služieb

Táto časť zdravotníckych služieb súvisí so systémom poskytovania služieb v konkrétnom štáte, s historickými faktormi, politickým režimom, legislatívou, dostupnosťou zdravotníckych služieb, odmeňovaním pracovníkov a podobne. Je tu teda reálny podklad pre výpočet výšky nákladov a výnosov.

Aj v ekonomike zdravotníckych služieb pôsobia proti sebe dve protichodné sily – dopyt zabezpečený potrebou a ponuka zabezpečená sieťou zdravotníckych zariadení. Dôležitú úlohu tu zohráva aj štát a jeho zdravotná politika, ktorá pôsobenie tržných síl ovplyvňuje.

Dopyt po zdravotníckych službách je ovplyvnený financovaním v konkrétnom štáte. Zároveň nášho pôsobí rozloženie zdravotníckych zariadení a veľkosť potreby. Potreba po zdravotníckej starostlivosti môže byť buď subjektívna – vnímanie nedostatku zdravia, zníženej kvality života alebo po subjektívnom zhodnotení vlastného zdravotného stavu. Opakom je potreba

objektívna, t.j. sledovanie zdravotného stavu obyvateľstva z dôvodu predchádzania možných rizík. To je práve účelom zdravotníckej politiky.

Ponuka zdravotníckych služieb je ovplyvňovaná štruktúrou, kvalitou a dostupnosťou zdravotníckej starostlivosti, vytváranej vďaka sieti zdravotníckych zariadení. Nemalý podiel na jej tvorbe majú aj ostatné subjekty – štát, spotrebiteľia a platitelia. Ponuka zdravotníckych služieb môže byť však aj vysoko špecializovanou, kde na pochopenie a posúdenie určitých výkonov nemá spotrebiteľ služby dostatočné znalosti a je tak odkázaný na poskytovateľa. Tu sa zasa objavuje problematika etického prístupu poskytovateľa ku spotrebiteľovi týchto špecifických služieb. Je nepopierateľné, že etický princíp je skutočne presadzovaný, na druhú stranu je taktiež nutné upozorniť na nadbytočnú ponuku vytváranú ekonomickým záujmom poskytovateľa. Práve táto oblasť ponuky zdravotníckych služieb je veľmi ťažko hodnotiteľná a dochádza tu k stretu medzi poskytovateľmi a platcami za zdravotnícke služby.

4.2 Náklady

4.2.1 Vymedzenie

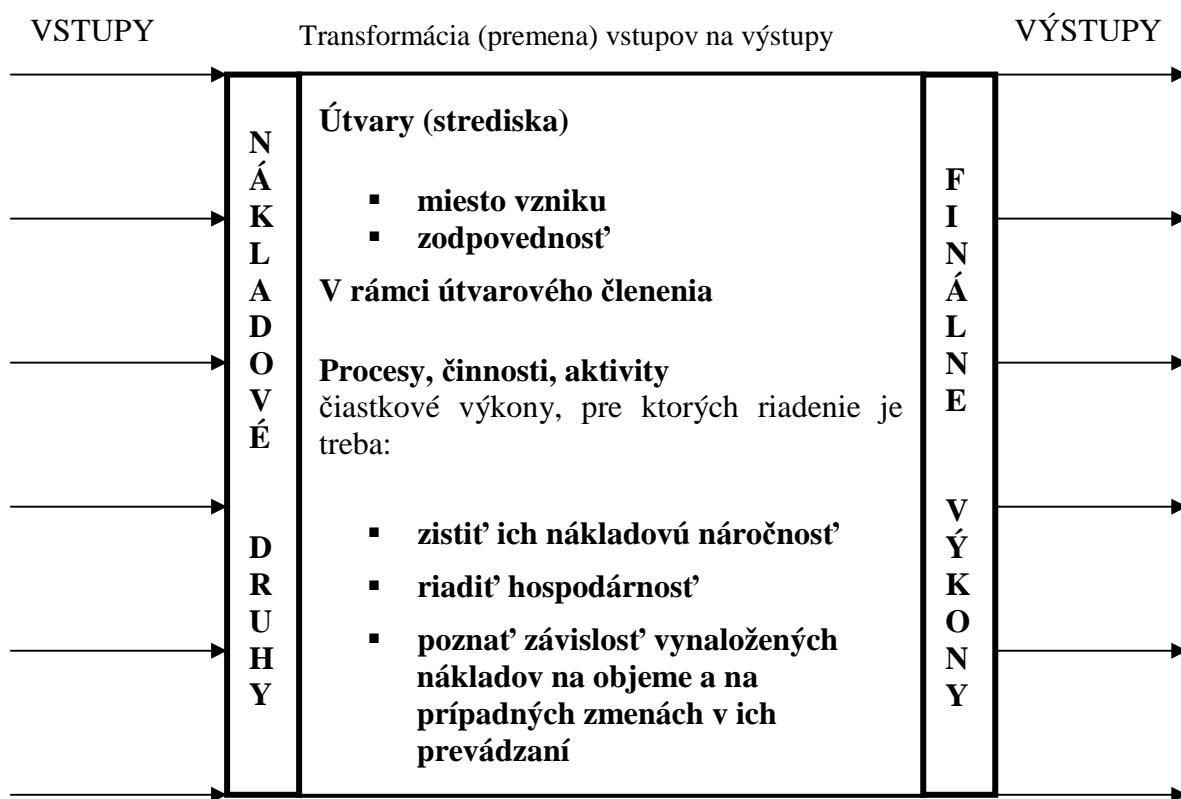
Vo finančnom účtovníctve sa náklady vymedzujú ako úbytok ekonomického prospechu, ktorý sa prejavuje poklesom aktív alebo prírastkom dlhov, a ktorý v hodnotenom období vedie k zníženiu vlastného kapitálu (iným spôsobom, ako je výber kapitálu vlastníckmi). Toto vymedzenie, zjednodušene vyjadrujúce náklad ako ekonomicky zdroj „obetovaný“ na dosiahnutie výnosu z predaja, je charakteristické nielen tým, že je spolu s protikladne vyjadrenými výnosmi základom merania zisku finančného účtovníctva, ale aj ďalšími rysmi:⁷

- medzi nákladmi a predmetom činnosti je voľný vzťah zhodnocujúci vlastníkov kapitál
- snažením sa o zobrazovanie úbytkov vlastného kapitálu, a to aj takých, ktoré nebudú mať vplyv na zhodnocovanie majetku v budúcnosti.

⁷ KRÁL, B. a kol.: Manažerské účetnictví, Management Press, Praha 2003, ISBN 80-7261-062-7

V manažerskom účtovníctve sa naopak vychádza z charakteristiky nákladov ako hodnotovo vyjadreného, účelného vynaloženia ekonomických zdrojov podniku, účelovo súvisiaceho s ekonomickou činnosťou. Pre toto zobrazenie, ktoré zdôrazňuje nielen potrebu následne zobrazit' ich reálnu výšku, ale najmä nutnosť ich racionálneho hospodárneho vynakladania, sú podstatné hlavne nasledujúce rysy:

- účelnosť: nákladom je len také vynaloženie, ktoré je racionálne a primerané výsledku činnosti
- účelový charakter: zmyslom vynaloženia ekonomického zdroja je jeho zhodnotenie.⁸



Zobrazenie nákladov na vstupe do podniku odpovedá na otázku, aké náklady boli vynaložené

Zobrazenie nákladov vo fáze ich postupnej premeny (transformácie) na výkony: členenia sú orientované na riadenie tejto premeny

Zobrazenie nákladov na výstup podniku: členenie odpovedá na otázku vzťahu nákladov k finálnym výkonom

Zdroj: KRÁL, B. a kol.: Manažerské účtovníctví, Management Press, Praha 2003

⁸ KRÁL, B. a kol.: Manažerské účtovníctví, Management Press, Praha 2003, ISBN 80-7261-062-7

4.2.2 Členenie nákladov

Každá podnikateľská jednotka sa musí vysporiadať s analyzovaním a členením nákladov. Inak to nie je ani v zdravotníckych zariadeniach. Predpokladom pre účinné analyzovanie nákladov je ich roztriedenie do jednotlivých skupín. Najvýhodnejším delením je ich rozdelenie podľa účelu, na ktorý slúžia – a to buď pre riadenie procesu podnikania, alebo pre rozhodovanie o budúcich možnostiach a alternatívach podnikania. V prvotnom procese, pri obstarávaní všetkých vstupov, každá jednotka vynakladá obstarávacie náklady slúžiace na nákup a začatie procesu transformácie. Počas tohto procesu vznikajú náklady prevádzkové, ktoré napomáhajú procesu premeny vstupov, až do štádia výstupu konkrétneho produktu alebo služby. Základom správneho hospodárenia každej jednotky je dosahovať maximálne výstupy s minimálnymi vstupmi, t.j. dosahovať vyššie výnosy pri nízkych vstupoch. Časť výnosov každej jednotky však musí byť opätovne preinvestovaná do vlastného podnikania, aby zabezpečila neustály chod činností podniku. Tato časť výnosov je označovaná ako investičné náklady. Predpokladom pre správne ovplyvňovanie a korigovanie nákladov je ich podrobná analýza, ktorej účelom je zistiť ich veľkosť, skladbu, oblasť vzniku a možnosti, akými môžeme dané parametre regulovať.

Okrem vecných rozdielov sa u nákladov objavuje aj časová rôznorodosť. Aj tu existuje rozlíšenie z hľadiska finančného a manažérskeho účtovníctva. Finančné účtovníctvo sa pozerá na náklady až v dobe, kedy stráca svoju užitočnosť. Manažérsky prístup zasa v dobe jeho štrukturálnej premeny.

4.2.3 Členenie podľa objemu výkonu

Delenie nákladov podľa objemu výkonu je dôležitým ukazovateľom v manažérskom účtovníctve pri rozhodovaní a hodnotení alternatív budúceho vývoja. Nejedná sa iba o delenie v rámci finálnych výrobkov alebo služieb, ale aj o jednotlivé čiastkové výkony.

Náklady podľa objemu výkonu delíme na:

- variabilné – menia sa v závislosti na objeme výkonu

- fixné – nemenia sa v závislosti na objeme výkonu

Charakteristickým znakom fixných nákladov je ich nemennosť v závislosti na veľkosti produkcie. Jedná sa väčšinou o náklady na zabezpečenie podmienok pre chod celého podnikateľského procesu. V zdravotníckych zariadeniach môžu predstavovať až 75 percent z celkových nákladov, čím lákajú pozornosť z hľadiska vytvárania použiteľných metód na ich zníženie a vytvorenie úspor. Zmeny vo fixných nákladoch sa odzrkadľujú skokom, resp. nárastom alebo poklesom o určitú úroveň.

Variabilné náklady sú naopak závislé na objeme produkcie a menia sa podľa rozsahu činností. Najčastejšie sa stretávame s variabilnými nákladmi proporcionálnymi – konštantnými, ktoré stúpajú priamo úmerne zvyšovaniu produkcie.

4.2.4 Druhové členenie

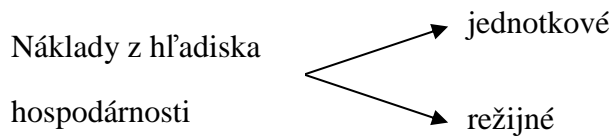
Druhové členenie nákladov označujeme aj ako kalkulačné alebo účtovné. Dôvodom je rovnaké zobrazovanie nákladov v účtovníckych výkazoch a rozvahe. Náklady delené podľa druhu odzrkadľujú rôzne druhy vstupov do transformačného procesu. Patria sem:

- náklady na materiál
- finančné náklady
- mzdové náklady
- odpisy
- réžie (správna, výrobná) a pod.

4.2.5 Podľa účelu

Pri účelovom delení pozorujeme náklady z hľadiska ich hospodárnosti, využitia pre konkrétnu úlohu, resp. na ktorú úlohu bolo vynaložených koľko nákladov. Keďže jednotlivé úkony pozostávajú s čiastkových akcií, dajú sa tieto náklady rozčleňovať do rozličnej hĺbky podrobnosti. Prvotné rozdelenie je na náklady výrobných činností a náklady činností podporných. Základným znakom však vždy ostáva určenie činiteľa, ktorý vyvoláva vznik

nákladov.



Dané rozdelenie nákladov podľa ich účelu z hľadiska riadenia hospodárnosti je základom pre stanovenie konkrétnej nákladovej úlohy.

Jednotkové náklady – majú priamy súvis s konkrétnym čiastkovým výkonom v rámci výrobných činností podniku. Ich riadením sa zaoberá kalkulácia.

Režijné náklady – súvisia s podpornými činnosťami a s výrobným procesom ako celkom. Sú riadené na základe rozpočtu.

4.3 Kalkulácia

V najvšeobecnejšom slova zmysle sa kalkuláciou rozumie prepočet nákladov, marže, zisku, ceny alebo inej hodnotovej veličiny na výrobok, prácu alebo službu, na činnosť alebo operáciu, ktorú je treba v súvislosti s ich uskutočnením vykonať, na podnikovú investičnú akciu alebo na inak naturálne vyjadrenú jednotku výkonu. Práve skutočnosť, že kalkulácia zobrazuje vo vzájomnej súvislosti oba základné póly podnikateľského procesu – naturálne vyjadrený výkon a jeho hodnotovú charakteristiku, to z nej robí najvýznamnejší nástroj, synteticky zobrazujúci vzťah vecnej a hodnotovej stránky podnikania.⁹

Kalkuláciu môžeme chápať v troch smeroch:

- aktivity, ktoré vedú k určeniu nákladov na konkrétny presne stanovený výkon
- výsledok týchto aktivít
- systém prepočtov

⁹ KRÁL, B. a kol.: Manažerské účtovníctví, Management Press, Praha 2003, ISBN 80-7261-062-7

Kalkulácie môžu byť zamerané na všetky čiastkové a individuálne výkony prevádzané v podniku. Vzhľadom na ich množstvo sa však náklady kalkulujú podľa jednotlivých skupín alebo druhov.

Kalkulačné členenie nákladov

Tento typ členenia nákladov vychádza z účelového delenia nákladov. Jeho predpokladom je taktiež pozorovanie riadenia a kontroly hospodárnosti podniku a sledovanie jednotlivých nákladových výkonov. Pri kalkulačnom členení delíme náklady na:

- priame
- nepriame

Priame náklady sú druhom nákladov, ktoré majú bezprostredný súvis s určitým konkrétnym výkonom, t.j. dajú sa stanoviť na konkrétnu jednotku. Patria sem náklady na určitý výkon a na jeho jednotku, náklady, ktoré súvisia s jeho prevedením. Nemusí sa jednať vždy o proporcionálne náklady. Táto vlastnosť je typická pre náklady jednotkové.

Nepriame náklady (režijné) nemajú bezprostredný vzťah k jednému úkonu alebo jednotke. Majú nadväznosť na priebeh procesov v podniku a ich výšku je nutné vypočítavať na celkový počet výkonov alebo výstupov. Nepriame náklady majú síce vzťah ku konkrétnemu výkonu, sú ale vytvárané pre okruh týchto výkonov. Ich menšia časť býva spravidla ovplyvnená úrovňou dosiahnutej kapacity, zatiaľ čo ich väčšia časť vznikla jej zabezpečením. Väčšia časť teda tvorí fixné náklady.

Rozdelenie nákladov na priame a nepriame pomáha pri prerozdeľovaní nákladov k predmetu kalkulácie – **alokácii nákladov**. Tá má za úlohu priblížiť náklady na určitý cieľ a poukazovať na určité rozhodnutie, ktoré je s nimi spojené. Jej najširším cieľom je poskytnúť informácie o nákladoch. Na pamäti je však nutné mať skutočnosť, že všeobecne zlý alebo dobrý spôsob priradenia nákladov neexistuje. Základom je riadenie sa priradenou rozhodovacou úlohou a objektom, voči ktorému sú vyčíslňované. Dané rozhodovacie úlohy môžeme rozdeliť do šiestich oblastí:

- rozhodovacie úlohy o tom, ako budú využité zdroje na vytvorenom množstve výrobku
- rozhodovacie úlohy o prepočítavaní nákladov na jednotlivé výkony
- rozhodovacie úlohy o vytváraní ceny
- rozhodovacie úlohy zamerané na zapojenie zamestnancov na všetkých úrovniach k dosiahnutiu podnikových cieľov
- rozhodovacie úlohy o rozvrhoch o objeme, cenách, sortimente a pod.
- rozhodovacie úlohy o previazanosti zdrojov v produktoch.

Pri alokácii nákladov sa dodržiavajú určité princípy a zásady. Tie dopĺňujú proces analýzy nákladov, ktorej účelom je sledovanie vzájomného príčinného vzťahu medzi nákladmi a konečným výrobkom. Hovoríme o troch fázach alokácie.

V prvej fáze dochádza k priradeniu priamych nákladov objektu, ktorý ich vyvolal. V prípade, ak je objektom konečný výrobok, celý proces alokácie končí už v prvej fáze.

Druhá fáza je zameraná na dôsledné vyjadrenie väzieb a vzťahov medzi jednotlivými objektmi alokácie a prvotným objektom, ktorý vyvolal ich vznik. Jeho dôležitosť je vo vyjadrení vzájomných väzieb medzi nepriamymi nákladmi a koncovými výkonmi. Dostáva sa tak do úlohy akéhosi sprostredkovateľa. Podstatou celej fázy je pretriedenie nákladov medzi objektmi – z jedného na druhý.

V tretej fáze je cieľom vyjadriť čo najpresnejšiu časť nepriamych nákladov, ktoré zodpovedajú jednotlivým druhom výkonov.

Prepojovacím centrom medzi druhou a treťou fázou je tzv. rozvrhová základňa. Je to akési spájadlo, ktoré ovplyvňuje priraďovanie hodnoty nepriamych nákladov ku kalkulačným jednotkám.

4.3.1 Náklady v kalkulácii

Základným faktom je, že každý podnik si zisťuje a stanovuje náklady na jednotlivé výkony osobitne. Používa na to kalkulačné vzorce. Pod nimi si nepredstavujeme presne stanovené

kritéria pridelovania nákladov a stanovenia, ku ktorému výkonu patria. Ich predpokladom je prispôsobenie sa požiadavkám na typ rozhodovacej úlohy alebo užívateľa, pre ktorého sú určené. A to nielen náklady celkové, ale aj ich jednotlivých položky, časti, druhy, väzby a pod.

V súvislosti s priamymi a nepriamymi nákladmi sa používajú vzorce dynamickej kalkulácie.

Tzv. dynamická kalkulácia vychádza z tradičného kalkulačného rozčlenenia nákladov na priame a nepriame náklady a z členenia nákladov podľa fáz reprodukčného procesu. Zachováva sa tak informačný základ typového kalkulačného vzorca. Jeho vypovedacia schopnosť je však rozšírená o odpoveď na otázku, ako budú náklady v jednotlivých fázach ovplyvnené zmenami objemu prevádzaných výkonov. Táto forma kalkulácie sa využíva hlavne ako podklad pre ocenenie vnútro podnikových výkonov ďalej posúvaných na rôzne úrovne podnikovej štruktúry. Jedna z ich možných variant je nasledujúca:¹⁰

Priame (jednotkové) náklady

Ostatne priame náklady - variabilné

- fixné

Priame náklady celkom

Výrobná réžia - variabilná

- fixná

Náklady výroby

Odbytová réžia - variabilná

- fixná

Náklady výkonu

Správna réžia

Úplné náklady výkonu

¹⁰ KRÁL, B. a kol.: Manažerské účetnictví, Management Press, Praha 2003, ISBN 80-7261-062-7

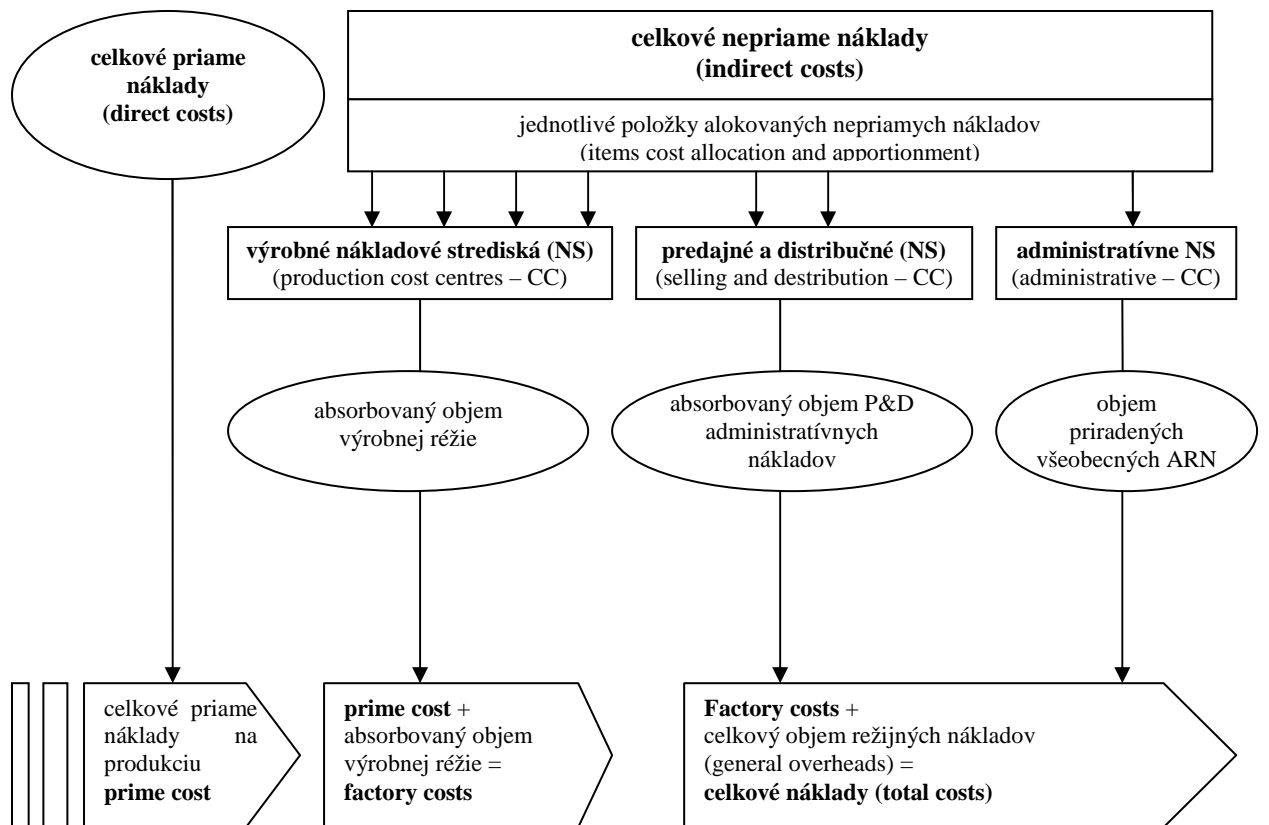
4.3.2 Kalkulácie v zdravotníctve

Tak ako v každej podnikateľskej činnosti, aj v zdravotníckych zariadeniach pri poskytovaní špecifických služieb, každá činnosť, ktorá sa podieľa na výrobe finálnej služby, vyvoláva spotrebovanie určitej výšky nákladov. Každý ekonomický subjekt musí s týmto faktom počítať. Preto je bežné využívať predbežné kalkulácie na predpoveď budúceho vývoja nákladov. Je to taktiež krok k určeniu ceny finálneho statku alebo služby. V zdravotníctve sú tieto kalkulácie vytvárané nielen jednotlivými zdravotníckymi zariadeniami, ale aj zdravotnými poisťovňami. Sú predpokladom tvorby ceny (v zmysle úhrady), ktorá vzniká v dohodovom riadení medzi poskytovateľmi (zdravotníckymi zariadeniami) a platiteľmi (zdravotnými poisťovňami). Každá takáto prehľadná kalkulácia nám môže pomôcť pri hľadaní úspor alebo výhod. V prípade, ak je subjekt viazaný zmluvnými cenami, musí vytvárať nielen predbežné kalkulácie, ale aj operatívne (počas priebehu procesov) a finálne (výsledkové). Dôvodom je to, že výsledné ukazovatele umožňujú porovnávanie s predbežnými, a tým zabezpečujú kontrolu a korigovanie možných odchýlok alebo stavov, určenia chýb v prípade ich výskytu, alebo taktiež pozitívnych prínosov. Preto by mali byť súčasťou hospodárskych aktivít každého zariadenia, nie len zdravotníckeho. Vzhľadom na fakt, že výsledkom celého procesu má byť stanovenie ceny, musia byť vytvorené kalkulácie s detailnými informáciami o jednotlivých nákladoch. Výsledkom je cena, ktorá bude akceptovateľná pre všetkých troch účastníkov zdravotníckej starostlivosti – poskytovateľov, platcov aj spotrebiteľov.

4.3.3 Cena

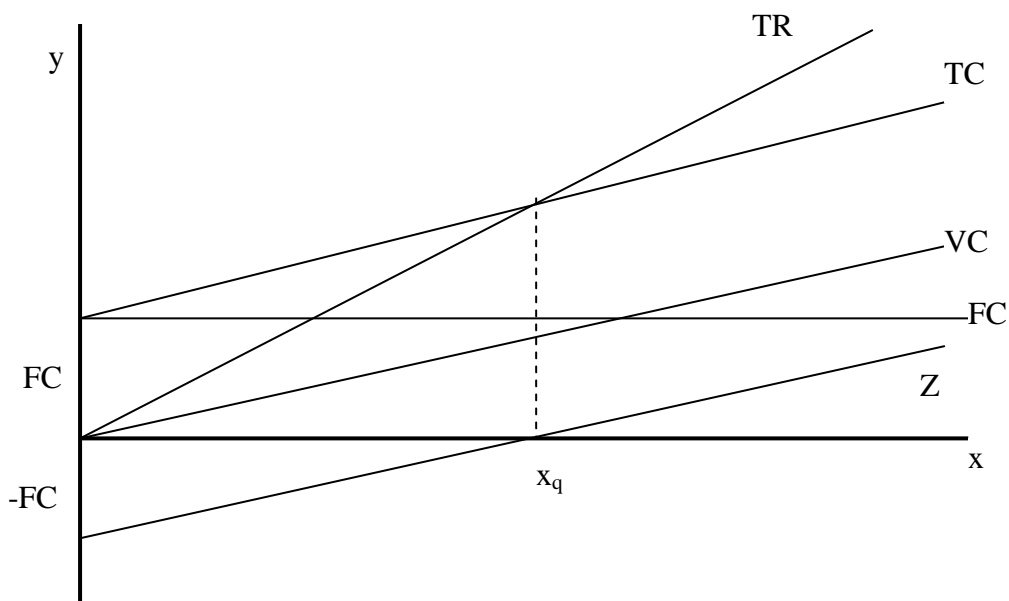
Ako bolo spomenuté skôr, ceny v zdravotníctve sú regulované a sú vytvárané v dohodovom riadení medzi poskytovateľmi zdravotníckych služieb a platcami. Základom tvorby ceny je tzv. break-even point (bod zvratu). Je to bod, kedy objem predaných služieb je rovný súčtu fixných a variabilných nákladov na jeho vytvorenie. Celkové náklady sú ekvivalentné dosiahnutým výnosom a zisk je práve v tomto bode nulový. S predaním ďalšieho množstva tovaru alebo služby začína byť firma zisková.

Určenie celkových nákladov (total costs) firmy v klasickom prístupe



Zdroj: PETŘÍK, T.: Ekonomické a finanční řízení firmy, Grada Publishing, Praha, 2005

Grafické znázornenie bodu zvratu



y – tržby, náklady a zisk v Kč
x – objem zdravotníckych služieb

TR – celkové tržby
TC – celkové náklady
FC – fixné náklady
VC – variabilné náklady
Z - zisk

x_q - bod zvratu
p - cena
q - objem služieb
b - jednotkové variabilné náklady

$TR = p * q$
 $VC = b * q$
 $TC = FC + b * q$

Výraz $TR = p * q$ vyjadruje celkovú výšku tržieb pri nemennej cene. Výraz $VC = b * q$ odzrkadľuje proporcionálny vývoj variabilných nákladov, kde náklady bezprostredne súvisia s jednotkou objemu. Celkové náklady sa teda rovnajú súčtu proporcionálnych variabilných nákladov a fixných nákladov. Fixné náklady boli vynaložené na zabezpečenie priebehu výroby. Návratnosť celého procesu ovplyvňujú sklony priamok variabilných nákladov a tržieb. Rozdiel medzi týmito dvoma veličinami nám určuje maržu – príspevok na tvorbu zisku a úhradu fixných nákladov. Samotný bod zvratu môžeme nájsť na prelome priamok TR a TC – je to teda bod, kedy podnik začína byť predajom svojich výrobkov alebo služieb ziskový. Samotný bod môžeme vypočítať podľa vzťahu $TR = TC$, t.j.

$$x_q = \frac{FC}{p - b}$$

5 Praktická časť

5.1 Základné informácie

Ako objekt pozorovania bola vybratá jedna z nemocníc v Prešovskom kraji. Jej gynekologicko-pôrodná klinika bola zriadená v septembri 2002. Lôžkový fond je tvorený 69 lôžkami, z toho je 47 pôrodných a 22 gynekologických. V prízemí sa nachádzajú ambulantné zariadenia - príjmová ambulancia, ambulancia pre liečbu sterilít, pre rizikové tehotenstvo a podobne. Na prvom poschodí sú umiestnené pôrodné sály a lôžková časť. Oddelenie disponuje tromi operačnými sálami – gynekologickým, zákrokovým a pôrodným.

Na čele kliniky je prednosta kliniky. Zodpovednosť v otázkach zdravotníckej starostlivosti má na starosti primár oddelenia. Celkovo oddeleniu prislúcha 11 zdravotníckych pracovníkov s vyšším medicínskym vzdelaním (lekárov), 45 pracovníkov so stredným medicínskym vzdelaním (pôrodné asistentky) a 14 pracovníkov s nižším zdravotníckym vzdelaním (sanitári). Na oddelenie pripadá jeden pracovník zabezpečujúci technicko-hospodárske procesy.

Gynekologicko-pôrodné oddelenie sa zaoberá danými výkonmi:

1. Ambulantné

- všetky štandardné ambulantné výkony
- CTG vyšetrenia
- SONO vyšetrenia
- hysterosalpingografia
- intrauterinná inseminácia, a.i.

2. Gynekologické:

- hysterektómia, cystektómia, adnexotómia
- konizácia krčka maternice
- hysteroskopia, laparoscopia
- gynekologické zákroky
- odstránenie polypov
- cysty a abscesy
- diagnostické a liečebné kyrety, a.i.

3. Pôrodnícke:

- spontánne pôrody (fyziologické aj patologické),
- vykonávanie sectio caesarea,
- prevádzanie vacuumextrakcií,
- indukované pôrody a potraty
- iné výkony (amnioskopia, manuálna lýza, atd.)

Gynekologicko-pôrodnícke oddelenie vykázalo spolu príjmy vyplatené poisťovňami vo výške 22 508 695 Sk. Iné tržby a príjmy tvorili položky vo výške 317 093 Sk, čo vytvára spolu výnosy vo výške 22 825 788 Sk.

Súhrn celkových nákladov oddelenia bol v roku 2006 vo výške 61 311 114 Sk. Tento súhrn vznikol spočítaním jednotlivých vykazovaných nákladov, rozčlenených do 4 skupín:

- Priame náklady – 47 042 625 Sk
- Nepriame náklady prevádzkové – 224 170 Sk
- Réžie – 4 295 754 Sk
- Špecifické réžie – 9 743 565 Sk

Hospodársky výsledok za dané gynekologicko-pôrodnícke oddelenie v roku 2006 teda predstavoval stratu vo výške - 38 485 326 Sk.

5.2 Náklady na pôrod

Gynekologicko-pôrodnické oddelenie previedlo v danom období 1 899 pôrodov. Z tejto výšky prislúcha 579 pôrodov prevedených pomocou operačného zákroku sectio caesarea. Výška operatívnych zákrokov je vysoká, tvorí 30,53 percenta z celkového počtu pôrodov. Z ďalších ukazovateľov je známe, že 71 pôrodov bolo v danom období prevedených indukciou a 46 z nich (64,78 percenta) bolo zakončených cisárskym rezom.

Prevedenie fyziologického pôrodu bez využitia pôrodnických operácií alebo nových metód pôrodu je najbežnejším pôrodnickým výkonom. Jeho základom je zabezpečiť narodenie dieťaťa v čo možno najkratšom časovom úseku a popri tom zabezpečiť minimalizovanie rizík pre matku aj dieťa.

Náklady rozoberané v súvislosti so spontánnym pôrodom nepredstavujú náklady na celý jeho priebeh. Popisujú iba obdobie strávené na pôrodnickom sále. Dĺžka hospitalizácie pred a po pôrode nie je v súvislosti so sledovanými nákladmi relevantná. Treba však poznamenať, že kvôli spôsobu financovania nemocničných zdravotníckych zariadení, nie sú tieto náklady nepodstatné, práve naopak. Celková dĺžka hospitalizácie zabezpečuje nemocnici príjmy od zdravotných poisťovní.

Dôležité je oddeliť časť indukovaných pôrodov, ktoré boli zakončené cisárskym rezom. Táto časť pôrodov je zahrňovaná v nákladoch na operačný sál, keďže pri nich došlo k operačnému zákroku. Je dôležité taktiež neopomenúť zvýšené náklady pri indukovaných pôrodoch a to pre potreby samotnej indukcie. Pri nich je nutné započítavať aj náklady spojené s infúznym roztokom s oxytocínom a prostaglandínmi. Hodnota jedného infúzneho roztoku sa pohybuje okolo 50 Sk, po pridaní oxytocínu vo výške 120 Sk. Prostaglandíny sú však omnoho drahšie. Pri ich započítaní sa nám cena indukovaného pôrodu zvyšuje o 3 800 Sk. Konečná výška pridaných nákladov na jednu indukciu je teda **3 980 Sk**.

Z celkového počtu 1 899 pôrodov je 1 320 pôrodov vedených bez operačného zákroku. Po odčítaní pôrodov s indukciami bez zakončenia cisárskym rezom dostávame počet fyziologických pôrodov, t.j. **1 295** pôrodov, bez indukcie.

Prehľad nákladov na spontánny pôrod		
	Druh nákladov	Výška nákladov v Sk
1	dezinfekcia	5 730
2	medicíálny kyslík	11 462
3	infúzne roztoky	69 330
4	šicí materiál	245 346
5	ostatný ŠZM	325 926
6	čistiace a hygienické prostriedky	5 149
7	dezinfekčné pomôcky	23 085
8	ostatný všeobecný materiál	15 538
9	materiál na údržbu zdravotníckej techniky	32 448
10	ostatný materiál na údržbu	19 469
11	ostatná údržba a oprava	18 263
12	upratovanie a čistenie	271 275
13	dezinfekcia, deratizácia a dezinfekcia	252
14	spotreba energií	2 143 701
15	odpisy DHM pre zdravotnícke účely	157 635
16	elektrika, voda, plyn - ostatné náklady	46 485
	Spolu	3 391 094

Infúzne roztoky predstavujú podporu pre stabilizovanie procesov v tele človeka a udržiavanie jeho homeostázy. Sú podávané intravenózne pri každom operačnom výkone a taktiež po ňom, aby dopĺňali potrebné živiny, vodu, elektrolyty, a udržiavali ich stabilnú hladinu. V prípade indukovaného pôrodu sú spojené s oxytocínom na otvorenie pôrodných ciest a zabezpečenie plynulého chodu pôrodu.

Náklady na dezinfekciu sú nákladmi na vytvorenie čo najsterilnejšieho prostredia, v našom prípade počas priebehu pôrodu. Cieľom je likvidovanie choroboplodných alebo iných nežiaducich mikroorganizmov a predchádzanie možnému vzniku infekcie. Jej súčasťou je aj sterilizácia, ako očistenie od mikroorganizmov pôsobením vysokej teploty. V našom prípade

ide o vytvorenie sterilného prostredia, využitia sterilných a dezinfikovaných medicínskych pomôcok a dezinfikovanie rán pri operačných pôrodných zákrokoch.

Mediciálny kyslík predstavuje priamy náklad využívaný či už počas spontánneho pôrodu v prípade menších komplikácií, taktiež počas pôrodných operácií. Cieľom je buď podpora dýchania počas pôrodu alebo zabezpečenie prísunu kyslíka v narkóze počas operačného zákroku.

Vieme, že priame náklady sú označované ako náklady, ktoré konkrétne súvisia s pacientom. Z daného výpisu nákladových ukazovateľov sú to tieto:

Prehľad priamych nákladov na spontánny pôrod		
	Druh nákladov	Výška nákladov v Sk
1	dezinfekcia	5 730
2	mediciálny kyslík	11 462
3	infúzne roztoky	69 330
4	šicí materiál	245 346
5	ostatný ŠZM	325 926
6	dezinfekčné pomôcky	23 085
7	ostatný všeobecný materiál	15 538
8	odpisy DHM pre zdravotnícke účely	157 635
	Spolu	854 052

Priame náklady na jeden spontánny pôrod sú teda vo výške podielu hodnoty celkových priamych nákladov a počtu spontánnych pôrodov, t.j.:

$$CPN_{SP} = \frac{854\,052}{1\,295} = 659,5 \text{ Sk}$$

To sa zaokrúhlene rovná **660 Sk.**

Nepriame náklady na spontánny pôrod sú nákladmi vynaloženými na všetky doplnkové činnosti, ktoré nezávisia priamo na pacientovi. Vytvárajú podmienky pre prevedenie daných výkonov, ale aj pre činnosti odlišné. Ich veľká časť je vždy súčasťou fixných nákladov.

Z daných položiek sú to tieto:

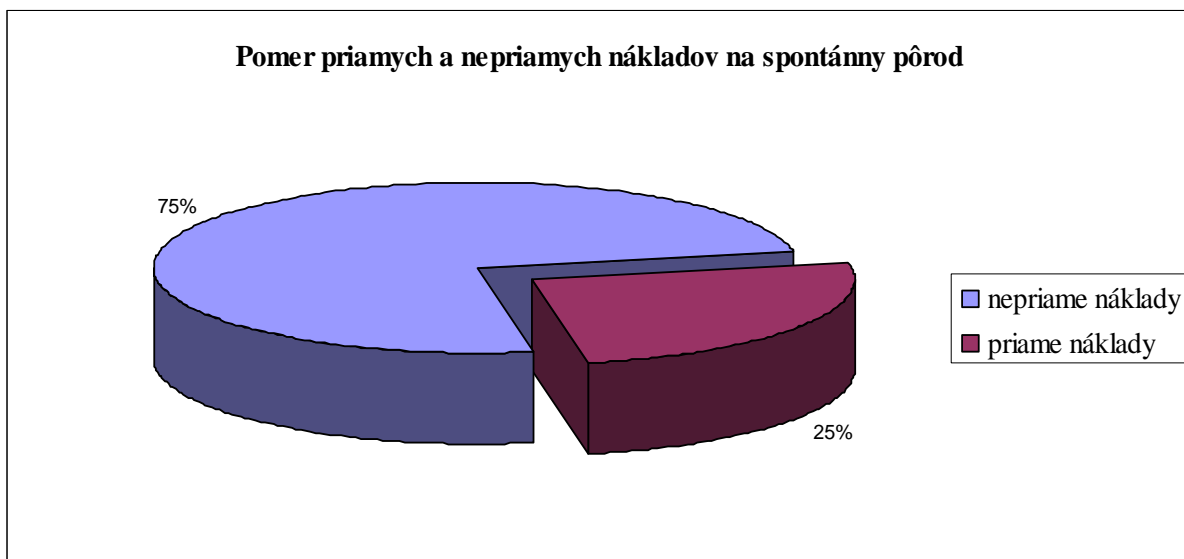
Prehľad nepriamych nákladov na spontánny pôrod		
	Druh nákladov	Výška nákladov v Sk
1	čistiace a hygienické prostriedky	5 149
2	materiál na údržbu zdravotníckej techniky	32 448
3	ostatný materiál na údržbu	19 469
4	ostatná údržba a oprava	18 263
5	dezinfekcia, deratizácia a dezinfekcia	252
6	spotreba energií	2 143 701
7	upratovanie a čistenie	271 275
8	elektrika, voda, plyn - ostatné náklady	46 485
	Spolu	2 537 042

Výšku nepriamych nákladov na jeden spontánny pôrod vypočítame ako podiel medzi súhrnom všetkých nepriamych nákladov a počtom spontánnych pôrodov, t.j.:

$$CNN_{SP} = \frac{2\,537\,042}{1\,295} = 1\,959,1 \text{ Sk}$$

To sa zaokrúhľene rovná **1 959 Sk.**

Celková výška nákladov na spontánny pôrod je sumou nepriamych a priamych nákladov na jeden pôrod, t.j. **2 619 Sk**. Jedná sa samozrejme o náklady bez započítania priebehu hospitalizácie, pooperačnej starostlivosti, ako aj náklady súvisiace s mzdovým ohodnotením zdravotníckych pracovníkov.



Nepriame náklady sú väčšou časťou tvorené fixnými nákladmi a ich ovplyvnenie je z hľadiska krátkočasového horizontu nereálne. Možnosť obmedzovať výšku priamych nákladov je reálnejšia, avšak vzhľadom na nezávislosť výšky nákladov k príjmom získaných od zdravotných poisťovní, nie je vytváraný tlak na ich efektívnejšie vynakladanie.

5.3 Náklady na cisársky rez

Sledovanie nákladov na cisárskych rez je obdobné ako na spontánný pôrod. Podstatou je zachytenie rozdielu medzi priamymi nákladmi a nákladmi nepriamymi. Tieto náklady sú vykazované z nákladov zodpovedajúcich na operačný sál, kde sa vykonávajú iba pôrody cisárskym rezom. Veľkosť celkových nákladov tým nie je ovplyvnená dĺžkou hospitalizácie pacienta, ktorá je pri cisárskom reze v priemernej výške 6,8 dňa.

K nákladom na cisársky rez musíme okrem položiek vytvárajúcich priame náklady na spontánný pôrod pripočítať aj náklady, ktoré sa objavujú v súvislosti s prevedením operácie. Patria medzi náklady na krv a krvné výrobky, obväzový materiál, obežný hmotný majetok zdravotnícky, náklady súvisiace s poskytnutím anestézy (mediciálne plyny a ostatné náklady anestézy), a taktiež položka ostatných nákladov vynaložených na operačný sál. Je neprehliadnuteľné, že práve položka ostatných nákladov je v súvislosti s pôrodnickým sálom najvyššou položkou dokumentácie. Entity, ktoré vytvárajú danú položku, sú špecifikované

presne zdravotníckym zariadením ako súčasť ich špecifickej réžie vnútroorganizačného účtovníctva. Preto nie je presne jasné, čo obsahuje. Faktom iba ostáva, že vzhľadom na fakt, že sa jedná o skupinu špecifických réžií, konkrétnejšie ostatné náklady vynakladané operačným sálom, môžeme danú výšku nákladov zahrnúť do nepriamych nákladov súvisiacich s cisárskym rezom.

Prehľad nákladov na cisársky rez		
	Druh nákladov	Výška nákladov v Sk
1	dezinfekcia	6 074
2	mediciálny kyslík	26 745
3	infúzne roztoky	92 526
4	šicí materiál	286 237
5	ostatný ŠZM	380 247
6	čistiace a hygienické prostriedky	5 149
7	dezinfekčné pomôcky	17 243
8	ostatný všeobecný materiál	12 397
9	materiál na údržbu zdravotníckej techniky	38 630
10	ostatný materiál na údržbu	21 724
11	ostatná údržba a oprava	15 360
12	upratovanie a čistenie	257 524
13	dezinfekcia, deratizácia a dezinsekcia	110
14	spotreba energií	2 154 790
15	odpisy DHM pre zdravotnícke účely	187 436
16	elektrika, voda, plyn - ostatné náklady	37 245
17	krv a krvne výrobky	265 464
18	obväzový materiál	89 330
19	OHM zdravotnícky	273 190
20	anestéza - ostatné náklady	725 255
21	OS pôrodnícky – ostatné náklady	5 030 527
22	mediciálne plyny - ostatné náklady	55 766
	Spolu	9 978 969

Krv a krvné výrobky majú za úlohu zabezpečovať dostatok krvi a jej vyhovujúce zloženie. V našom prípade sa krv podáva pacientke pri pôrode cisárskym rezom. Je to z dôvodu strát krvi počas operačného zákroku.

Výška nákladov na cisársky rez je samozrejme vyššia ako náklady na spontánny pôrod. Aj keď je počet pôrodnických operácií menší oproti normálnym pôrodom, náklady zvyšujú najmä položky zohľadňujúce operačný zákrok, avšak pomer priamych a nepriamych nákladov bude v podstate rovnaký.

Ku priamym nákladom pri cisárskom reze radíme

Prehľad priamych nákladov na cisársky rez		
	Druh nákladov	Výška nákladov v Sk
1	dezinfekcia	6 074
2	mediciálny kyslík	26 745
3	infúzne roztoky	92 526
4	šicí materiál	286 237
5	ostatný ŠZM	380 247
7	dezinfekčné pomôcky	17 243
8	ostatný všeobecný materiál	12 397
15	odpisy DHM pre zdravotnícke účely	187 436
17	krv a krvné výrobky	265 464
18	obväzový materiál	89 330
19	OHM zdravotnícky	273 190
20	anestéza – ostatné náklady	725 255
21	mediciálne plyny - ostatné náklady	55 766
	Spolu	2 417 910

Výška priamych nákladov na jeden cisársky rez je vypočítaná podľa rovnakého vzťahu ako pri spontánnom pôrode, t.j. pomerovaním sumy priamych nákladov vykazovaných operačným

pôrodnickým sálom ku počtu všetkých cisárskych rezov, aj indukovaných.

$$CPN_{cs} = \frac{2\,417\,910}{579} = 4\,176,01 \text{ Sk}$$

To sa zaokrúhľene rovná **4 176 Sk.**

Nepriame náklady majú taktiež veľkú podobnosť s nepriamymi nákladmi pri spontánnom pôrode. Výška jednotlivých réžii je obdobne vysoká aj vzhľadom na fakt, že cisárske rezy tvoria zhruba tridsať percent zo všetkých pôrodov.

Prehľad nepriamych nákladov na cisársky rez		
	Druh nákladov	Výška nákladov v Sk
1	čistiace a hygienické prostriedky	5 149
2	materiál na údržbu zdravotníckej techniky	38 630
3	ostatný materiál na údržbu	21 724
4	ostatná údržba a oprava	15 360
5	upratovanie a čistenie	257 524
6	dezinfekcia, deratizácia a dezinsekcia	110
7	spotreba energií	2 154 790
7	OS pôrodnicky ostatné náklady	5 030 527
8	elektrika, voda, plyn - ostatné náklady	37 245
	Spolu	7 561 059

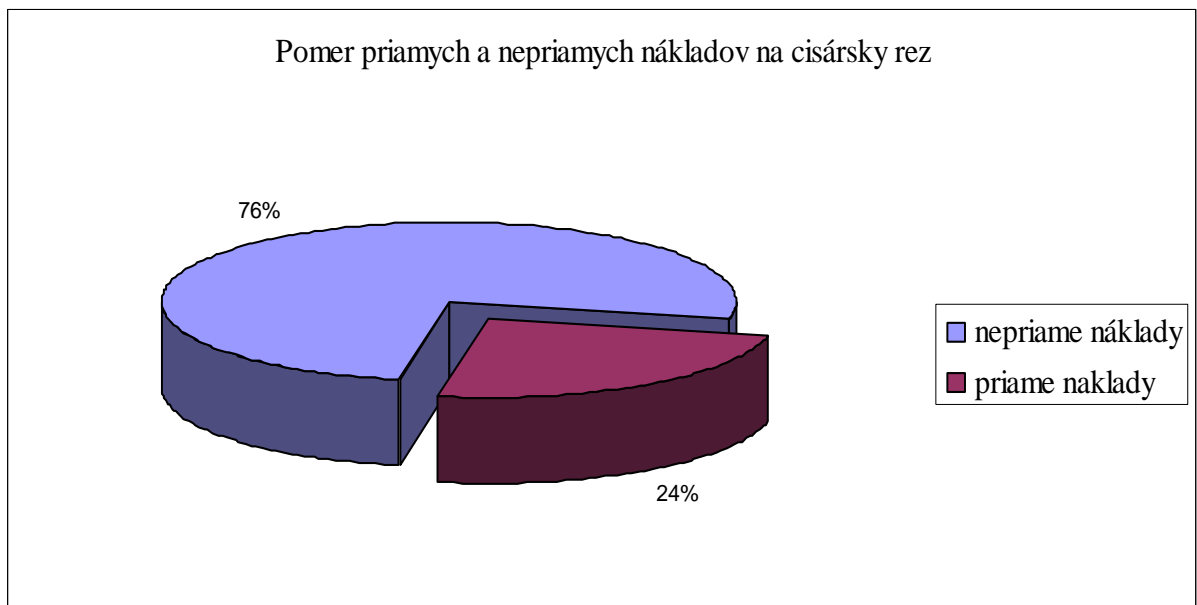
Výšku nepriamych nákladov na jeden cisársky rez vypočítame taktiež ako podiel celkových nepriamych nákladov vykazovaných operačným pôrodnickým sálom a počtom všetkých cisárskych rezov.

$$CNN_{sc} = \frac{7\,561\,059}{579} = 13\,058,82 \text{ Sk}$$

To sa zaokrúhľene rovná **13 059 Sk.**

Pri pohľade na pomerové porovnanie priamych a nepriamych nákladov na cisársky rez si môžeme všimnúť, že opäť prevláda nepriama zložka nákladov nad nákladmi priamo súvisiacimi s konkrétnym výkonom. Je to odôvodnené faktom, že každá operácia si vyžaduje presne stanovený postup s presne deleným materiálom, aj keď pri každej môžu vzniknúť individuálne komplikácie.

Celková výška nákladov na jeden pôrod prevedený cisárskym rezom je rovná súčtu priemerných priamych a priemerných nepriamych nákladov prislúchajúcich jednému výkonu, kde priame náklady sú nákladmi spotrebovanými priamo počas operačného zákroku a ich výška je 4 176 Sk, a náklady nepriame, vytvárané operačným sálom, ktorých výška je 13 059 Sk. Výsledný náklad na pôrod cisárskym rezom je rovný **17 235 Sk**.



5.4 Náklady na indukovaný pôrod zakončený cisárskym rezom

Indukovaný pôrod je druhom pôrodu, ktorý je vedený normálnymi pôrodnými cestami, no ovplyvňovaný lekármi. Jeho prevedenie súvisí s podaním látok, oxytocínu a prostaglandínov, ktoré podporujú dozrievanie pôrodných ciest. Tento spôsob vedenia pôrodu je často spomínaný kvôli svojim pozitívam a negatívam. Na strane obhajoby a presadzovania tohto pôrodu je fakt, že umelé vyvolanie pôrodu umožňuje jeho konkrétne naplánovanie, a tým aj

prípravu lekárov aj rodičky na pôrod. Tento druh pôrodu prebieha väčšinou počas pracovnej doby, kde sa žene, budúcej matke, podajú latky vyvolávajúce pôrod. Ide o podanie intravenózne spojené s infúziou a zároveň o podanie prostaglandínov obsiahnutých vo vaginálnych géloch alebo čípkoch. Ich pôsobením dochádza k vyvolaniu pôrodu.

Negatívnou stránkou celého procesu je skutočnosť, že aj keď je týmto spôsobom možné načasovať pôrod, žena nemusí byť dostatočne pripravená na jeho priebeh. To môže spôsobovať určité komplikácie, ktoré ohrozujú matku, dieťa, alebo oboch zároveň. V prípade, ak sa začnú objavovať dané komplikácie, je jedinou možnosťou ich ovplyvnenia vykonanie cisárskeho rezu.

Pri indukovaných pôrodoch je frekvencia cisárskych rezov dosť vysoká, približne 50 a viac percent. Aj tu musíme byť pozorný, keďže každý operačný zákrok v celkovej anestéze je spojený s ďalšími rizikami pre pacienta, a v tomto prípade až dvoch.

Špekulovať o výhodách a nevýhodách indukovaného pôrodu by sa dalo donekonečna, ostáva však faktom, že aj napriek kladom, ktoré má, obsahuje zvýšené medicínske riziko poškodenia matky alebo dieťaťa, a zároveň prináša dodatočné náklady spojené s podávaním medicínskych preparátov – oxytocínu a prostaglandínov.

Pri vykazovaní nákladov na indukovaný pôrod zakončený cisárskym rezom môžeme vychádzať z faktu, že jeho ekonomické náklady sú najväčšou časťou tvorené nákladmi na prevedenie cisárskeho rezu. Preto priame a nepriame náklady sú aj náklady vynakladanými pôrodnickým operačným sálom. Pred samotným cisárskym rezom je proces začatý podaním uvedených látok a vyčkávaním na prvé príznaky začatia pôrodu. Z toho vyplýva, že celkové náklady na jednu indukciu zakončenú cisárskym rezom, budú nákladmi na prevedenie cisárskeho rezu spojeného s nákladmi na podanie medikamentov. Samozrejme, dalo by sa špekulovať nad využitím časti nákladov na prevedenie spontánneho pôrodu. Tie sú však oproti vzniknutým nákladom z operačného sálu a krátkemu časovému intervalu strávenému na pôrodnej sále zanedbateľné. Preto sú celkové náklady určené iba ako zodpovedajúca časť nákladov na cisársky rez spojených s nákladmi na podanie medikamenty.

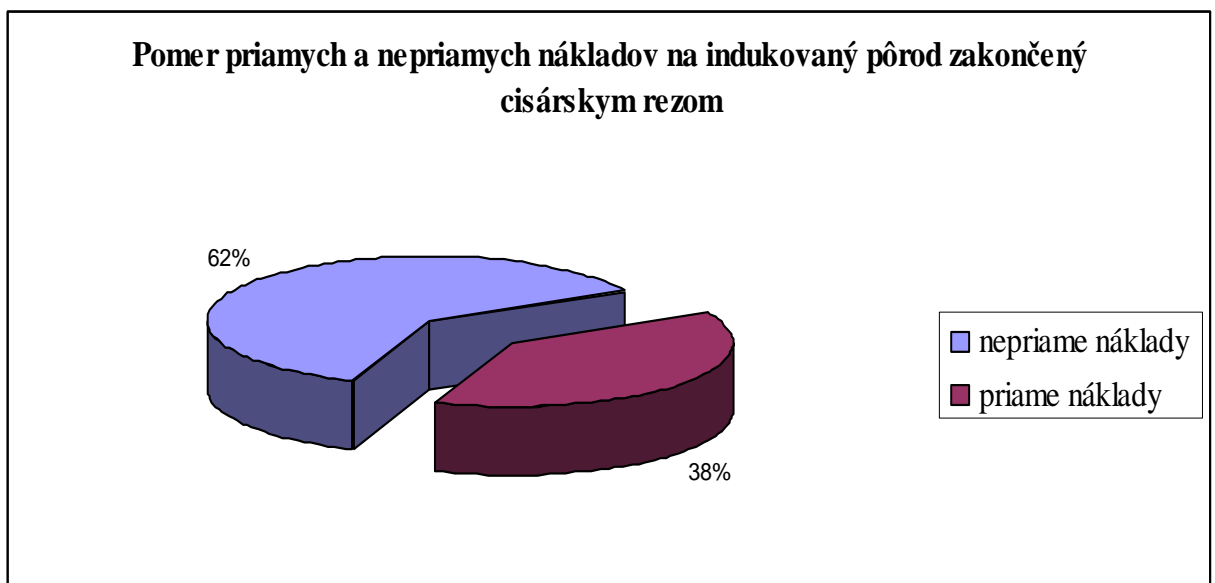
Výška nepriamych nákladov na indukovaný pôrod zakončený cisárskym rezom je rovná

$$\text{CNN}_{\text{IP}} = \frac{7\,561\,059}{579} = \mathbf{13\,059\text{ Sk.}}$$

U priamych nákladov je potrebné k výške priamych nákladov na cisársky rez pripočítať aj priamy náklad spojený s podaním medikamentov, t.j.

$$\text{CPN}_{\text{IP}} = \frac{2\,417\,910}{579} + 3\,980 = \mathbf{8\,156\text{ Sk.}}$$

Celková výška nákladov na prevedenie indukovaného pôrodu, ktorý je ukončený cisárskym rezom, je **21 215 Sk.**



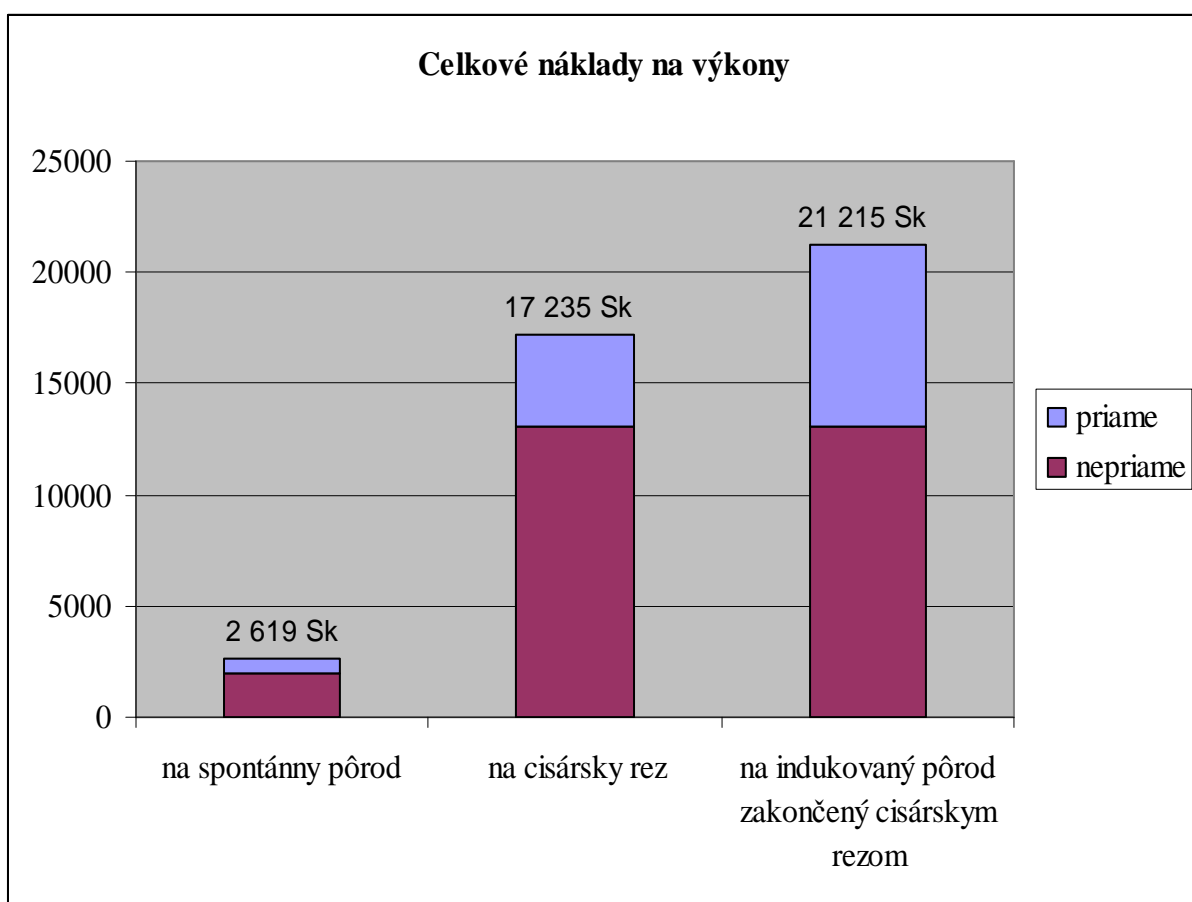
Celkové náklady pre jednotlivé výkony sú teda nasledujúce:

Celkové náklady na spontánny pôrod: **2 619 Sk.**

Celkové náklady na cisársky rez: **17 235 Sk.**

Celkové náklady na indukovaný pôrod zakončený cisárskym rezom: **21 215 Sk.**

Náklady	priame	nepriame	celkové
na spontánny pôrod	660	1959	2619
na cisársky rez	4176	13059	17235
na indukovaný pôrod zakončený cisárskym rezom	8156	13059	21215



5.5 *Financovanie a mzdy*

Vieme, že účelové členenie nákladov rozdeľuje náklady na priame a nepriame. Kým nepriame náklady sú vytvárané nie na konkrétny výkon, ale na ich celý okruh, priame bezprostredne súvisia s konkrétnym výkonom. Sú tvorené jednak mzdami pracovníkov, ktorí ich vykonávajú,

jednak presnou spotrebou materiálu k nim súvisiacej, a taktiež odpismi majetku, ktorí sa pri vykonávaní konkrétneho úkonu amortizuje. Práve tu sa stretávame s problémom pri určovaní v zdravotníctve.

Financovanie nákladov v zdravotníctve je mierne komplikované a neposkytuje informácie, ktoré by boli potrebné pri delení nákladov. Zdravotnícke zariadenia, ktoré poskytujú ambulantnú starostlivosť (všeobecný lekár, lekár pre deti a dorast, gynekológ), sú platené poisťovňami na základe kapitácie, t.j. platby za pacienta. V praxi to znamená, že ambulantný lekár dostane každý mesiac zaplatené za pacienta evidovaného v svojej kartotéke, či sa tento pacient objaví v jeho ambulancii alebo nie.

Ďalším financovaním je financovanie výkonové, ktorým sú financované ostatné špecializované ambulancie. Tu je platba založená na tom, že lekár vykáže pri každom zdravotníckom výkone určitý počet bodov, ktoré vzniknú sčítaním bodového ohodnotenia jednotlivých položiek pri danom výkone. Presné bodové ohodnotenia sú v zákone. Na základe počtu bodov a presne stanovenej hodnoty za jeden bod platí poisťovňa poskytovateľovi zdravotníckych služieb, ale len do výšky dohodnutého limitu.

Tretím typom je financovanie nemocníc. Tu sa stretávame s financovaním za „lôžkodeň“, resp. za hospitalizáciu. Je to financovanie za obsadené lôžko pacientom na určitý počet dní. Nemocnica teda dostáva príjmy jedine za hospitalizáciu pacientov a za lieky. To, že výkony nemajú veľa spoločného s celkovou hospitalizáciou pacienta, vytvára sledovanie jednotlivých položiek nákladov venujúcich sa výkonovému zameraniu zbytočným. Pre nemocnicu, resp. dané oddelenie ostáva fakt, že za jedného hospitalizovaného pacienta získa priemerný príjem 9 780 Sk, ale vynaloží 22 670 Sk. Výsledkom je priemerná strata - 12 890 Sk na pacienta.

Ďalšou problematickou skutočnosťou je to, že neexistovanie výkonového systému financovania pre nemocnice nevytvára ani tlak na výkonové platové ohodnotenie zdravotníckeho personálu. Zdravotnícky personál je teda rozdelený podľa presne stanovených kritérií do mzdových tabuliek, od ktorých sa im prideliuje mesačná mzda. To znemožňuje presné určenie mzdy ako priameho nákladu súvisiaceho s konkrétnym výkonom, či už v našom prípade fyziologickým pôrodom, cisárskym rezom alebo indukovaným pôrodom

zakončeným cisárskym rezom. Preto sú v predchádzajúcich výsledkoch náklady bez započítania mzdy pracovníkom.

Z čisto teoretického hľadiska môžeme vypočítať približný mzdový náklad na cisársky rez pomocou nasledujúcich ukazovateľov:

Počet cisárskych rezov na mesiac: $579 / 12 = 48,28$

Počet mesačne odpracovaných hodín okrem nočných služieb: $22 * 8 = 176$ hodín

Priemerná dĺžka jedného cisárskeho rezu: $876 \text{ hod} / 579 = 1,51 \text{ hod} = 91 \text{ min}$

Priemerný plat lekára v zariadení je 28 000 Sk

Z daných ukazovateľov nám teda vyplýva, že hodinová mzda jedného lekára je v okolí 160 Sk/hod, t.j. za prevedenie priemerného cisárskeho rezu prichádza v úvahu $160 \text{ Sk} * 1,51 \text{ hod}$. Výsledná hodnota na jedného lekára je teda 241,60 Sk.

Na sestru, ktorej platové ohodnotenie sa pohybuje okolo 15 000 Sk a počet odpracovaných hodín je obdobný, vychádza hodinová mzda vo výške 85 Sk/hod. Jej by teda mala prislúchať za jeden priemerný výkon čiastka vo výške 128,40 Sk.

Ak si vezmeme v úvahu, že pri operačnom zákroku musia byť prítomní štyria lekári (pôrodník operatér a jeho asistent, neonatológ a anestéziológ), sestra pre anestéziológa, sestra inštrumentárka, sestra pre neonatológa a pomocný pracovník, získame približné mzdové ohodnotenie na jeden cisársky rez vo výške:

$241,60 \text{ Sk} * 4 = 966,40 \text{ Sk}$ - za ohodnotenie lekárov

$128,40 \text{ Sk} * 4 = 513,60 \text{ Sk}$ - za ohodnotenie sestier a pomocného pracovníka

Výsledné mzdové náklady by teda boli vo výške **1 480 Sk** na operačný zákrok.

5.6 Výkonové hodnotenie

Jediné možné porovnanie financovania spontánneho pôrodu, cisárskeho rezu a indukovaného pôrodu zakončeného cisárskym rezom je s výkonovým systémom, ktorý ho predchádzal. Ten

bol založený na bodovom ohodnotení jednotlivých medicínskych výkonov podľa zákona, a určitom cenovom ohodnotení za jeden bod. Ohodnotenie jedného bodu bolo limitované a každá poisťovňa si v zmluvných vzťahoch uplatňovala iné ohodnotenie. Priemerné bodové ohodnotenie však bolo vo výške 0,65 Sk za bod.

Na určenie bodového ohodnotenia jednotlivého výkonu je potrebné presné dodržiavanie stanovených podmienok . K spontánnemu pôrodu by boli vykázané tieto bodové ohodnotenia:

Body	Výkon
30	Inhalácia kyslíka vrátane inhalovaného kyslíka, za každých 30 minút.
500	Komplexné predoperačné vyšetrenie, vrátania zhodnotenia výsledkov laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Súčasťou výkonu je aj kompletná lekárska správa. Výkon pod kódom 60a sa nemôže vykazovať súčasne s výkonmi pod kódmi 60, 62 a 63. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie.
1 200	Kategória I - trvanie operácie viac ako 30 minút, nevyhnutná asistancia, štandardné inštrumentárium špecifické pre odbor.
230	Externé kardiokografické vyšetrenie (CTG) Výkon pod kódom 118 sa môže vykazovať za jeden deň aj v prípade dvojčiat a trojčiat, najviac dva razy.
330	Vyšetrenie rodičky s plánovaním vedenia pôrodu.
35	Sterilizácia zdravotníckych pomôcok z textilu vlhkým teplom v sterilizačnom obale o objeme 1cSJ / maska, čiapka, žinka, šnúrka na pupočník, šnúrka na podviazané cievy, pláténé rukavice
70	Sterilizácia zdravotníckych pomôcok z textilu (operačná bielizeň) vlhkým teplom v sterilizačnom obale o objeme 4cSJ v dvojitom obale / maska, čiapka, žinka, rúška na ruky, pláténé rukavice, pre transplantačné jednotky (TJ), OAIM, JIS, operačné sály (OS), onkologické oddelenia.
600	Ultrazvukové sledovanie tehotenstva, vrátane biometrie plodu, najviac trikrát počas fyziologického tehotenstva)

Zdroj: Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045-9/2005 – SL zo 16. marca 2005, ktorým sa mení a dopĺňa opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov

Súhrn bodov vykázaných za celý priebeh pôrodu by sa rovnal výške **2 995 bodov**. Pri hodnote bodu 0,65 Sk za bod na vytára náklady na jeden pôrod vo výške

2 995 * 0,65 = 1 946,75 Sk, čo sa zaokrúhľene rovná **1 947 Sk**.

K pôrodu cisárskym rezom je výkonových položiek oveľa viac:

Body	Výkon
30	Inhalácia kyslíka vrátane inhalovaného kyslíka, za každých 30 minút.
500	Komplexné predoperačné vyšetrenie, vrátania zhodnotenia výsledkov laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Súčasťou výkonu je aj kompletná lekárska správa. Výkon pod kódom 60a sa nemôže vykazovať súčasne s výkonmi pod kódmi 60, 62 a 63. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie.
2 500	Kategória II - trvanie operácie viac ako 1 hodinu, asistencia lekára je nevyhnutná, použitie špeciálneho inštrumentária špecifického pre odbor alebo osobitné náklady.
230	Externé kardiokografické vyšetrenie (CTG) Výkon pod kódom 118 sa môže vykazovať za jeden deň aj v prípade dvojčiat a trojčiat, najviac dva razy.
330	Vyšetrenie rodičky s plánovaním vedenia pôrodu. Pri výkone pod kódom 1020 sa výkony pod kódmi 4, 5, 6, 8, 60 až 63 a 103 nemôžu vykazovať.
35	Sterilizácia zdravotníckych pomôcok z textilu vlhkým teplom v sterilizačnom obale o objeme 1cSJ / maska, čiapka, žinka, šnúrka na pupočník, šnúrka na podviazané cievy, plátené rukavice
70	Sterilizácia zdravotníckych pomôcok z textilu (operačná bielizeň) vlhkým teplom v sterilizačnom obale o objeme 4cSJ v dvojitom obale / maska, čiapka, žinka, rúška na ruky, plátené rukavice, pre transplantačné jednotky (TJ), OAIM, JIS, operačné sály (OS), onkologické oddelenia.
80	Sterilizácia zdravotníckych pomôcok z textilu (operačná bielizeň) vlhkým teplom v sterilizačnom obale o objeme 4 cSJ /maska á 5 ks, čiapka á 5 ks, rúška na ruky á 3 ks, vak na dermatóm, rúška perforovaná á 3 ks, súška celá á 5 ks, okuliare plátené na fototerapiu, plátené rukavice, návlek na RTG, sonda, suspensor
810	Dekontaminácia prístrojov. Kompetné rozmontovanie, dezinfekcia, mechanická očista, zloženie a kontrola funkčnosti - endoskopy. Tento výkon môže vykazovať aj gastroenterologické pracovisko, ktoré sterilizáciu vykonáva.
840	Dekontaminácia lôžok s príslušenstvom-príjem, odstrojenie, triedenie kontaminovanej posteľnej bielizne a príprava na odvoz do pracovne,dezinfekcia konštrukcie postele a lôžkovín, kontrola technického stavu postele,v prípade potreby zabezpečenie opravy, kompletizovanie postele, príprava na výdaj a výdaj dekontaminovanej postele.
600	Ultrazvukové sledovanie tehotenstva, vrátane biometrie plodu, najviac trikrát počas fyziologického tehotenstva)

500	Transfúzia krvného prípravku vrátane skúšky kompatibility a znášanlivosti.
150	Transfúzia každého ďalšieho krvného prípravku v nadväznosti na výkony pod kódom 280 alebo 281 vrátane skúšky kompatibility a znášanlivosti.
200	Infúzia intravenózna v trvaní od 10 do 30 minút.
280	Infúzia intravenózna v trvaní viac ako 30 minút vrátane výmeny infúzných fliaš.
5 906	Celková kombinovaná anestézia aplikovaná endotracheálnou kanylou. /Celková anestézia s ľubovoľným spôsobom úvodu /i.v, i.m a podobne/ s ľubovoľným inhalačným anestetikami a analgetikami, aplikovaná endotracheálnou kanylou, ale bez použitia svalových relaxancií a UVP/.
1 181	Celková kombinovaná anestézia aplikovaná endotracheálnou kanylou. Uvedené bodové hodnotenie je za každých ukončených 20 minút anestézie nad 1 hodinu trvania čistého času anestézie.
5 794	Poanestetická starostlivosť na zobudzacích izbách. Zahŕňa komplexnú starostlivosť v bezprostrednom pooperačnom období, ktorú vykonáva anesteziológ alebo anestetická sestra až do doby stabilizácie vitálnych funkcií a návratu protektívnych reflexov v maximálnej dĺžke trvania 2 hodín od ukončenia anestézie.

Zdroj: Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045-9/2005 – SL zo 16. marca 2005, ktorým sa mení a dopĺňa opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov

Súčet bodov za prevedenie cisárskeho rezu je vo výške **20 036 bodov**, čo pri hodnote bodu 0,65 Sk dáva hodnotu nákladov vo výške

$$20\,036 * 0,65 \text{ Sk} = 13\,023,40 \text{ Sk. To je zaokrúhlene } \mathbf{13\,023 \text{ Sk.}}$$

Výška daného bodového ohodnotenia jednotlivých výkonov predstavovala jediný príjem, ktorý nemocničné oddelenie získavalo a prerozdievalo podľa uváženia, či už na úhradu priamych alebo nepriamych nákladov. To znamená, že v daných výkonoch museli byť započítané nielen náklady na výkon a pri ňom spotrebovaný materiál, ale aj na mzdy pracovníkom, náklady na amortizáciu, náklady zohľadňujúce údržbu, upratovanie, opravy, energie a pod.

Ak by sme chceli porovnať súčasný systém financovania a výkonový systém, zabudli by sme zohľadniť fakt, že momentálne financovanie je založené na platbe za jedného pacienta a jeho hospitalizáciu. Akokoľvek je s ním vynakladané, príjmy nekorešponujú nákladom

vynaloženým na jednotlivé výkony. Dôkazom toho môže byť porovnanie príjmov získaných od poisťovní na jedného pacienta a vykázaných priemerných nákladov.

Ich výška je nasledujúca:

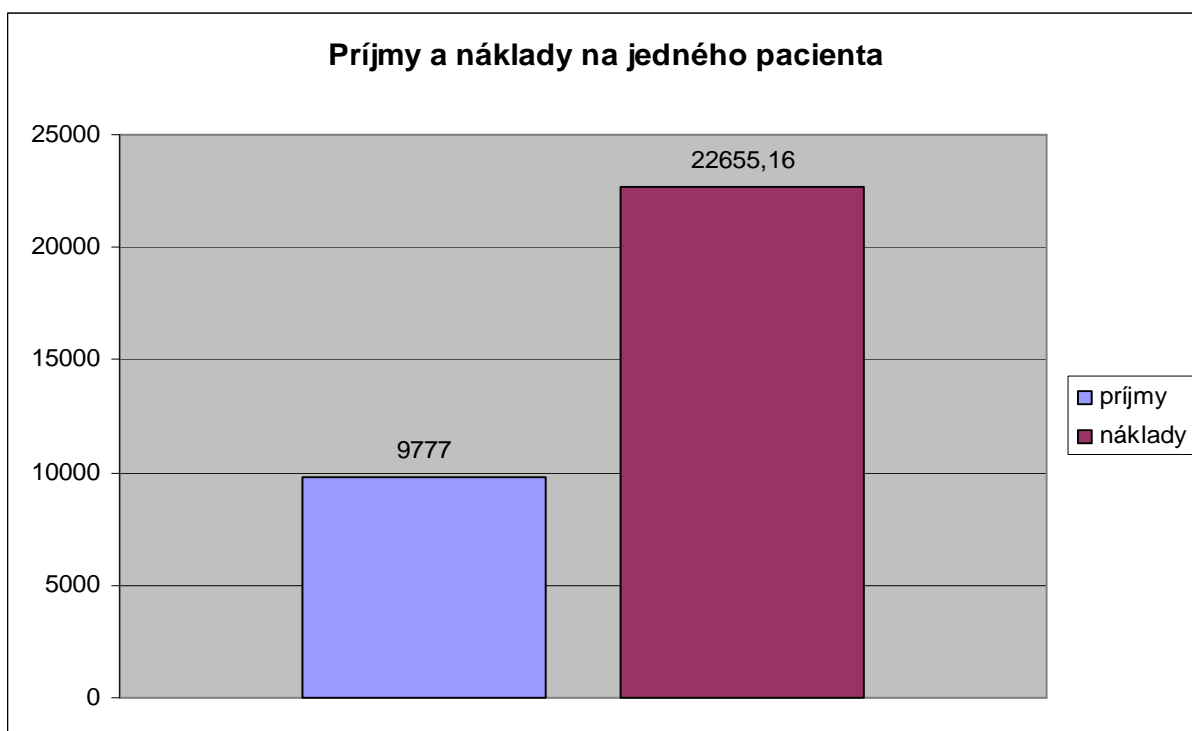
Celkové príjmy oddelenia 22 516 426 Sk

Celkové náklady oddelenia 52 174 840 Sk

Hospodársky výsledok oddelenia- 29 658 414 Sk.

Celkový počet pacientov 2303

$$\text{Príjem na jedného pacienta} = \frac{22\,516\,426}{2\,303} = \mathbf{9\,777\text{ Sk.}}$$



$$\text{Náklad na jedného pacienta} = \frac{52\,174\,840}{2\,303} = \mathbf{22\,655.16\text{ Sk.}}$$

Výška nákladov je tak 2,3krát vyššia ako príjmy na jedného pacienta získané od poisťovne. Ak podelíme výšku príjmov na jedného pacienta priemernou dobou hospitalizácie (6,8 dňa),

dostaneme, že na jedného pacienta sú na jeden deň získané prostriedky vo výške:

$$9\,777 / 6,8 = \mathbf{1\,437,80\ Sk/deň}$$

Táto čiastka je v prípade pacienta schopná uhradiť náklady na spontánny pôrod za dva dni. Za náklady na hospitalizovanie a lieky pacientovi by však ostávalo primálne percento. V prípade, ak by sa jednalo o pôrod cisárskym rezom, získaný celkový príjem vo výške 9 777 Sk by nepokrýval ani výšku nepriamych nákladov s ním spojených.

Na porovnanie výkonového systému a súčasného je teda výhodnejšie použiť skutočne vykazované náklady (priame aj nepriame), zvýšené o predpokladané mzdy. Dôvodom je skutočnosť, že výkonový systém zahŕňa aj iné náklady ako priame.

Mzdové náklady ku cisárskemu rezu sme vypočítali vo výške **1 480 Sk** na operačný zákrok. Vzhľadom ku spontánnemu pôrodu, jeho dĺžke a zabezpečovacom personáli by bol mzdový náklad na jeho prevedenie vo výške:

Priemerná doba spontánneho pôrodu : 35 minút = 0,583 hod

Personál zabezpečujúci pôrod tvorí lekár a pôrodná sestra, z toho:

Lekár – 160 Sk/hod.

Pôrodná sestra – 85 Sk/hod.

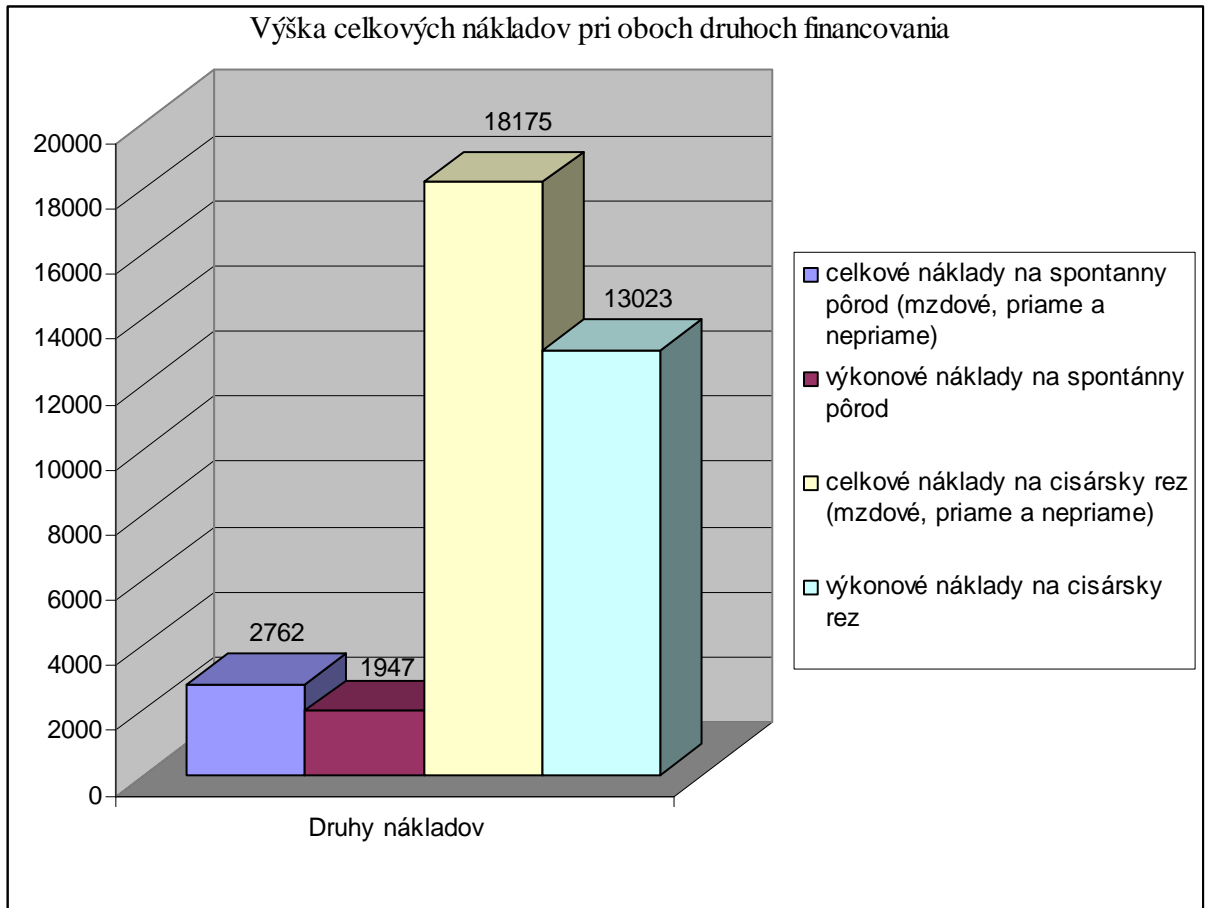
Mzdové náklady na spontánny pôrod by tak tvorili čiastku:

$$1 * 160\ Sk/hod * 0,583\ hod + 1 * 85\ Sk/hod * 0,583\ hod = \mathbf{142,80\ Sk.}$$

Dané výpočty môžeme zhrnúť do nasledujúcej tabuľky:

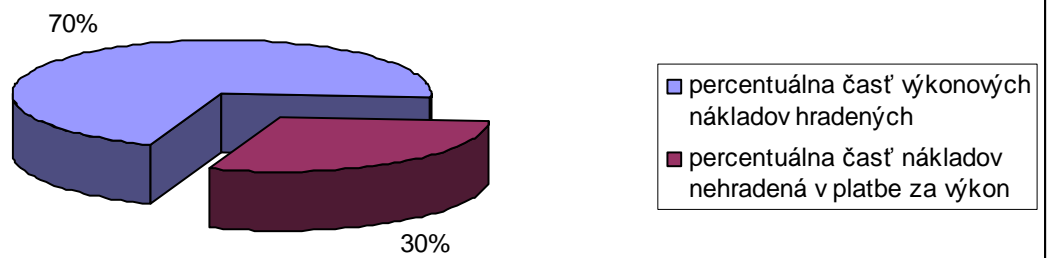
Náklady	celkové v Sk	celkové s mzdami v Sk
na spontánny pôrod	2 619	2 762
na cisársky rez	17 235	18 175

Porovnanie oboch typov by malo viesť k predbežnému náhľadu, či predchádzajúci spôsob financovania dostatočne zabezpečoval pokrytie nákladov vynaložených na daný výkon. Najlepšie je si to znázorniť na grafe.

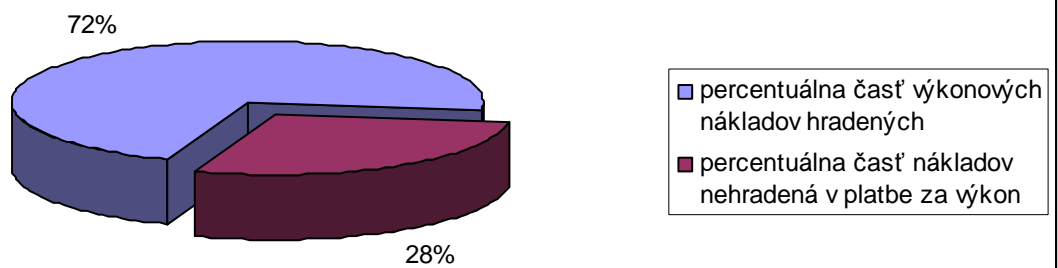


Z grafu je možné vidieť, že výkonový systém bol zameraný na daný typ nákladov oveľa perspektívnejšie. Výška nákladov bola v platbách efektívnejšie zahrnutá. Aj keď neuhrádzal celkové náklady vynaložené na daný výkon, bol schopný zabezpečiť nižšiu stratovosť.

Pomer hradených a nehradených nákladov pri spontánnom pôrode



Pomer hradených a nehradených nákladov pri cisárskom reze



Záver

Problematika poskytovania zdravotníckych služieb a financovania zdravotníckeho systému sa odvíja od obdobia po roku 1989. Po páde komunistického režimu a prechode na demokratické štruktúry prebiehali zmeny vo všetkých smeroch štátnej sféry. Zdravotníctvo od tej doby prešlo viacerými reformami, ktoré mali zabezpečovať lepšie podmienky ako pre poskytovateľov, tak pre pacientov a aj platiteľov za zdravotnícke služby. Je to však skutočne tak?

V súčasnosti je systém nastavený na zabezpečovanie bezplatnej zdravotníckej starostlivosti zakotvenej v Ústave SR, v spojení s princípom solidarnosti. Pacient má tak možnosť využívať širokú škálu zdravotníckych služieb, ktoré sú na dostatočne vysokej úrovni, a v hrubom kontexte môžeme konštatovať, že sa nemá na čo sťažovať. Problém je však koncipovaný inde. Vzniká v oblasti medzi platiteľmi a poskytovateľmi zdravotníckych služieb, ktorá je regulovaná štátom. Od roku 1990, kedy sa datujú začiatky súčasného systému zdravotného poistenia, sa v obore vystriedalo 10 ministrov zdravotníctva, snažiacich sa riešiť mimo iné aj neustále zvyrazňujúcu sa problematiku známu ako inkonzistencia cieľov, čiže rozhodovanie medzi ekonomickým a medicínskym cieľom v poskytovaní zdravotníckych služieb. Rýchle prestriedavanie, nemožnosť dotiahnuť vytvárané reformy dokonca a časté začínanie niečoho nového spôsobuje, že sa na danú problematiku akurát pozerá z viacerých hľadísk, ale nestíha sa riešiť. Aj preto sa súčasné zdravotníctvo označuje za „čiernu dieru“, ktorá neustále naberá finančné prostriedky, no akosi nie je schopná ich patrične zhodnotiť.

V oblasti gynekológie a pôrodnictva je situácia obdobná. Nasvedčuje tomu už len fakt, že sledované oddelenie vykazuje každoročne niekoľko miliónovú stratu. Úhrada, platená zdravotnými poisťovňami, nie je v súčasnom systéme schopná patrične zahrnúť vykazovanú výšku nákladov zdravotníckym zariadením.

Na problematiku v oblasti pôrodov, cisárskych rezov a indukcií pôrodu je však potrebné sa pozeráť nielen z hľadiska ekonomického, ale aj medicínskeho. Je samozrejmé, že cisársky rez

alebo indukcia pôrodu si vyžadujú vyššiu starostlivosť a vytvárajú vyššie nároky na hospitalizáciu pacientov. Je to dané vyššou rizikovosťou daných výkonov v porovnaní so spontánnym pôrodom, a skutočnosťou, že vytvárajú dodatočné náklady pôsobiace v popôrodnej starostlivosti a v starostlivosti o novorodencov. Problém sa však nemusí odvíjať priamo od vykonania daných výkonov. Dôvodom je skutočnosť, že problematiku pôrodu u pacienta je nutne hodnotiť už od obdobia počatia, kedy začína príprava a poradenstvo súvisiace s tehotenstvom a samotným pôrodom, akýmkoľvek spôsobom bude prevedený. Nová koncepcia zdravotnej starostlivosti, vydaná pre odbor gynekológia a pôrodníctvo, ktorá rieši a formuluje túto problematiku, vošla do platnosti 1. februára 2007. Jej predošlá aktualizácia prebehla ešte v roku 1998. Táto koncepcia má zabezpečiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti v obore „lege artis“, vôbec sa však nezamýšľa nad finančnými zdrojmi.

Ani podané pre a proti však nie sú schopné odpovedať na otázku, kde sa vyskytuje základ problému. Ostáva faktom, že nerovnováha úhrad a nákladov spôsobujúcich straty nie je patrične sledovaná, aby mohla mať dostatočnú vypovedajúcu hodnotu pre priblíženie sa ekonomickej problematike. Finančné prostriedky pre nemocničné zariadenia, založené na systéme platenia za hospitalizáciu, alebo lôžkoden, nevytvárajú tlak na sledovanie skutočne vynakladaných nákladov pre jednotlivé výkony. Nemocnice, obklopené existenčnými problémami, nie sú motivované tieto náklady ani sledovať, keďže výsledky by boli pre nich pravdepodobne nadbytočné a zároveň frustrujúce. Sledovanie nákladov, ktoré sa najviac približovalo skutočne vynakladaným nákladom, bolo podložené výkonovým systémom. Jeho platnosť však bola zrušená v máji 2006.

Možnosti riešenia je možné uviesť iba v teoretickej rovine. Je ťažko pravdepodobné, že sa „čierna diera“ zdravotníctva zaplní neprestajnými dodávkami finančných zdrojov alebo zmenou celého systému poskytovania týchto špecifických služieb.

V roku 2005 bol založený Národný inštitút kvality a inovácií (NIKI), ktorého základným cieľom je vytváranie klinických guidelines, čiže systematických odporúčaní postupov pri poskytovaní zdravotníckych služieb primeraným spôsobom. Tieto odporúčania musia byť

prispôsobené špecifickým podmienkam a zohľadňovať prínos daného postupu v smere k nákladom na neho vynaloženým.

Zavedenie systému DRG (diagnosis related group), čiže platba za diagnózu uvedenú v systéme, by zasa umožňovala konkretizáciu nákladov, ktoré sú potrebné na dosiahnutie požadovaného zdravotného stavu u pacienta. Zefektívnenie sledovania nákladov v tomto smere by vytváralo tlaky aj na efektívnejšie využívanie lôžok počas hospitalizácie pacientov.

Ďalším, nemenej dôležitým bodom, je aj hodnotenie kvality poskytovaných zdravotníckych služieb, či už v oblasti internej alebo externej, a následná kontrola na jednotlivých úrovniach zdravotníckeho systému.

Tieto kroky by mohli viesť k uváženiu finančnej participácie pacienta na poskytovaných službách. Znamená to stanoviť, ktoré služby budú pacientovi poskytované bezúplatné, a za ktoré sú požadované priame platby, resp. zaplatenie na základe rôznych druhov pripoistenia.

Tieto možnosti riešenia načrtávajú základne „gro“ problému, ktorý sa odohráva v celom zdravotníckom systéme, zahrňujúc aj oblasť gynekológie a pôrodnictva. Na ich postupnom vytváraní sa už podieľajú patričné inštitúcie, no otázka ich zavedenia a funkčnosti je stále vidinou budúcnosti.

Literatúra

Knižné zdroje

- [1] BÁDROSSŠ, A., BRUCHÁČ, D., DLHOŠ, E., a kol.: Gynekológia a pôrodnictvo 1, Osveta, 1972
- [2] BRECKWOLDT, M., MARTIUS, J., PFLEIDERER, A., a kol.: Gynekológia a pôrodnictvo, Osveta, 1996, ISBN 80-88824-55-9
- [3] ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kol.: Porodnictví, Grada Publishing, Praha, 1999, ISBN 80-7169-355-3
- [4] DOLEŽAL, A.: Technika porodnických operací, Grada Publishing, Praha, 1998, ISBN 80-7169-549-1
- [5] FOLLAND, S., GOODMAN, A. C., STANO, M.: The Economics of Health and Health Care, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ 07458, 1997, ISBN 0-13-565987-6
- [6] GAROVÁ, M., VALENTOVÁ, I., GARA, K.: Administratíva a zdravotnícka dokumentácia, Osveta, Martin, 2003, ISBN 80-8063-135-2
- [7] GLADKIJ, I. a kol.: Management ve zdravotnictví, Computer Press, Brno, 2003, ISBN 80-7226-996-8
- [8] HAVALDA, A., ŠTENCL, P., PALDIA, R. a kol. 2001 Súčasný pohľad na programovaný pôrod. In: Slovenská gynekológia a pôrodnictvo, 8, 2001
- [9] KRÁL, B. a kol.: Manažerské účetnictví, Management Press, Praha 2003, ISBN 80-7261-062-7
- [10] KUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., NEMEC, M.: Ekonomía zdravotníctva, Phoenix, Banská Bystrica, 1995, ISBN 80-900563-1-8
- [11] PETŘÍK, T.: Ekonomické a finanční řízení firmy (Manažerské účetnictví v praxi), Grada

Publishing, Praha, 2005, ISBN 80-247-1046-3

[12] TOMÁŠ,S.,DANKO,J. 2001. Pôrodnická analgézia. In: Praktická gynekológia, 8, 2001, č. 4

[13] WAN, T.: Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče, Vydavatelství Univerzity Palackého, Olomouc 1998, ISBN 80-7067-834-8

Elektronické zdroje

Asociácia súkromných lekárov Slovenskej republiky - <http://www.aslsr.sk> [05.04.2007]

Elektronická zbierka zákonov - <http://www.zbierka.sk> [12.7.2007]

Ministerstvo zdravotníctva SR - <http://www.health.gov.sk> [12.7.2007]

Primar.sk - Virtuálne medicentrum - <http://www.primar.sk> [08.06.2007]

Projekt rozvoja kvality zdravotníckej starostlivosti v SR - <http://www.quality.heealthnet.sk> [07.06.2007]

Virtuální porodnice - <http://www.porodnice.cz> [05.03.2007]

Zdravotníctvo.sk - <http://www.noveydravotnictvo.sk> [20.06.2007]

Právne normy

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045-9/2005 – SL zo 16. marca 2005, ktorým sa mení a dopĺňa opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov.

Ústava Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb. z 1. septembra 1992.

Zákon 577//2004 Z.z. z 21. októbra 2004 o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Zákon 578/2004 Z.z. z 21. októbra 2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti,

zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách, v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon 720/2004 Z.z. z 2. decembra 2004, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách, v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a o zmene a doplnení zákona č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Príloha č. 1

Príloha k opatreniu č. 07045-9/2005 Z. z. (vybraná časť)

332	30	Inhalácia kyslíka vrátane inhalovaného kyslíka, za každých 30 minút.	
280	500	Transfúzia krvného prípravku vrátane skúšky kompatibility a znášanlivosti.	
282	150	Transfúzia každého ďalšieho krvného prípravku v nadväznosti na výkony pod kódom 280 alebo 281 vrátane skúšky kompatibility a znášanlivosti.	
		<p>Náklady spojené s činnosťou SVALZ sa uhrádzajú poisťovňou poskytovateľovi na základe skutočne vykonaných výkonov. Výkon možno vykázať iba vtedy, ak bol vecne a obsahovo naplnený a boli splnené kvalitatívne kritériá. Vykonáva sa systematická validácia poskytovaných výkonov a zabezpečuje sa pravidelná kontrola kvality výsledkov. Náklady spojené s prepácaním profilov, tolerančných, stimulačných alebo supresívnych testov sa vykazujú za jednotlivé vyšetrenia a sú započítané v cene výkonu. Parametre získané jednoduchým alebo zložitým výpočtom z dvoch alebo viacerých iných parametrov sú uvedené ako samostatný výkon. Náklady na likvidáciu materiálu biologického alebo iného pôvodu použitého pri vyšetrení alebo liečbe sú súčasťou nákladov jednotlivých výkonov s výnimkou nakladania s rádioaktívnym odpadom z oddelení nukleárnej medicíny a rádioterapie, ktoré sa vykazujú osobitne. Náklady na transport biologického alebo iného materiálu na požadované vyšetrenie nie sú v nákladoch jednotlivých výkonov zarátané a vykazujú sa osobitne.</p> <p>V odbore rádiológia, rádioterapia, nukleárna medicína a klinická rádiofyzika sa osobitne vyказuje materiál spotrebovaný priamo pri vyšetrení a liečbe: lieky (okrem odboru rádiológia, v ktorom sú započítané v cene výkonu), záťažové a kontrastné látky určené na použitie in vivo, rádiofarmaká, zdravotnícke pomôcky použité pri výkonoch intervenčnej rádiológie a rádioterapie, napríklad vodiče, katétre, drény a iný materiál potrebný na diagnostický liečebný proces, podľa zmluvne dohodnutých podmienok poskytovateľa s príslušnou zdravotnou poisťovňou.</p>	
		Za výkony v pohotovostných službách a statimové vyšetrenia sa môže vykázať príplatok podľa zmluvne dohodnutých podmienok poskytovateľa s príslušnou zdravotnou poisťovňou. Pod urgentným vyšetrením sa rozumie vyšetrenie, ktoré sa vo výnimočných prípadoch vykoná v deň objednania so zabezpečením prevádzky aj mimo pracovného času.	
271	200	Infúzia intravenózna v trvaní od 10 do 30 minút.	
272	280	Infúzia intravenózna v trvaní viac ako 30 minút vrátane výmeny infúzných fliaš.	
60a	500	Komplexné predoperačné vyšetrenie, vrátenia zhodnotenia výsledkov laboratórných a prístrojových vyšetrení. Súčasťou výkonu je aj kompletná lekárska správa. Výkon pod kódom 60a sa nemôže vykazovať súčasne s výkonmi pod kódmi 60, 62 a 63. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie.	
		Kritériá na stanovenie úhrady výkonov:	
		1.) Ak sa operačný alebo neoperačný výkon plne uhradza z verejného zdravotného poistenia, vyказuje sa takýmto spôsobom aj anestetická starostlivosť.	

		2.) Ak sa operačný alebo neoperačný výkon čiastočne uhrádza pacientom, takýmto spôsobom sa uhrádza aj anestetická starostlivosť.	
		3.) Ak sa výkon operačnej alebo neoperačnej povahy realizuje na základe zmluvného pripoistenia, rovnakým spôsobom sa uhrádza aj anestetická starostlivosť.	
		4.) Ak sa výkon operačnej alebo neoperačnej povahy uhrádza v plnej výške pacientom, uhrádza sa pacientom v plnej výške aj anestetická starostlivosť.	
		Pri vykonaní príslušného výkonu anestézie sa môže vykazovať príslušný kód anestézie, pričom súčasťou výkonu je nutná príprava pred anestéziou ako aj najviac 15 minút budenia po anestézii za jednotný čistý čas anestézie do jednej hodiny trvania.	
		Ak čistý čas anestézie prekročí 1 hodinu, pripočíta sa bodové hodnotenie za každých ukončených 20 minút anestézie nad 1 hodinu trvania čistého času anestézie, ak nie je uvedené inak.	
		Vo výkone anestézií sú zahrnuté: premedikácia, príprava pacienta na anestéziu, zavedenie snímačov, intravenózných prístupov, náhradné diely, údržba, opravy kalibrácie, filtre, sterilizácia, dezinfekcia, cena kyslíka, vzduchu, N ₂ O a poanestetická starostlivosť do 15 minút od ukončenia anestézie.	
		Vo výkone anestézie nie sú zahrnuté: anestetiká, infúzie, svalové relaxanciá, antidotá, iné lieky, séra, očkovacie látky, krv a krvné deriváty, spotrebný a špeciálny zdravotnícky materiál. Ďalšie výkony súvisiace s podávaním anestézie pre detských a rizikových pacientov sú jednorázové bez ohľadu na dĺžku výkonu. Poanestetická starostlivosť sa môže vykazovať len v prípade, že bola vykonaná anestéziológom alebo sestrou v zobúdzacej izbe, v trvaní maximálne 2 hodiny od ukončenia anestézie.	
89	5 766	Epidurálna anestézia, vrátane kaudálnej anestézie. /Jednorázové podanie anestetika a iných liečiv /analgetík a podobne/ do epidurálneho priestoru ihlou, vrátane i.v. podávania roztokov a v prípade potreby sympatomimetík/.	
89a	1 153	Epidurálna anestézia, vrátane kaudálnej anestézie. Uvedené bodové hodnotenie je za každých ukončených 20 minút anestézie nad 1 hodinu trvania čistého času anestézie.	
90	5 975	Spinálna anestézia s použitím katétra, kontinuálna spinálna anestézia s použitím katétra alebo kombinovaná spinálna a epidurálna anestézia s použitím katétra, alebo epidurálna anestézia s použitím katétra. /Zavedenie katétra do spinálneho kanála za účelom podávania anestetík a iných liečiv /analgetík a podobne/ alebo kombinovaná anestézia s použitím jednorázovej aplikácie anestetika do spinálneho kanála a do epidurálneho priestoru špeciálnym setom. Epidurálna anestézia aplikovaná katétrom, vrátane i.v. podávania roztokov v prípade potreby sympatomimetík/.	
90a	1 195	Spinálna anestézia s použitím katétra, kontinuálna spinálna anestézia s použitím katétra alebo kombinovaná spinálna a epidurálna anestézia s použitím katétra, alebo epidurálna anestézia s použitím katétra. Uvedené bodové hodnotenie je za každých ukončených 20 minút anestézie nad 1 hodinu trvania čistého času anestézie.	

97c	5 794	Poanestetická starostlivosť na zobúdzacích izbách. Zahŕňa komplexnú starostlivosť v bezprostrednom pooperačnom období, ktorú vykonáva anesteziológ alebo anestetická sestra až do doby stabilizácie vitálnych funkcií a návratu protektívnych reflexov v maximálnej dĺžke trvania 2 hodín od ukončenia anestézie.	
		Ak sa vykazuje operačný výkon, ktorý nie je uvedený v cenovom opatrení a zozname zdravotných výkonov, môže sa vykonaný operačný výkon vykazovať podľa niektorého z nasledujúcich kódov. V závislosti od dĺžky operačného času, ako aj od personálneho, prístrojového vybavenia a špeciálneho inštrumentária sa môže vykazovať aj dodatok k príslušnej operačnej kategórii podľa výkonov pod kódmi 98a až 98d, pričom pri kategóriách I a IV sa vyžaduje splnenie troch kritérií a pri kategóriách II a III najmenej dvoch z troch uvedených kritérií. Za trvanie operácie sa pokladá čas vlastného operačného výkonu. Podľa kódov 95 až 98 je potrebné indikácie a operačný postup predložiť na formulári ako podklad na zúčtovací doklad o ošetrovaní.	
98a	1 200	Kategória I - trvanie operácie viac ako 30 minút, nevyhnutná asistencia, štandardné inštrumentárium špecifické pre odbor.	
98b	2 500	Kategória II - trvanie operácie viac ako 1 hodinu, asistencia lekára je nevyhnutná, použitie špeciálneho inštrumentária špecifického pre odbor alebo osobitné náklady.	
98c	4 500	Kategória III - trvanie operácie viac ako 2 hodiny, asistencia viacerých lekárov je nevyhnutná, použitie špeciálneho inštrumentária špecifického pre odbor alebo osobitné náklady.	
98d	6 500	Kategória IV - trvanie operácie viac ako 3 hodiny a 30 minút, asistencia viacerých lekárov je nevyhnutná, použitie špeciálneho inštrumentária špecifického pre odbor alebo osobitné náklady.	
		Pri vykazovaní uvedených operačných výkonov pod kódmi 99a až 99b je potrebné indikácie a operačný postup predložiť na určenom formulári ako podklad na zúčtovací doklad o ošetrovaní.	
		Z. STERILIZÁCIA A INÁ DEKONTAMINÁCIA	
		1. Výkony sú definované na jedného pacienta.	
		2. Sterilizáciu zdravotníckych pomôcok môžu vykonávať zdravotnícki zamestnanci odborne na výkon spôsobilí.	
		3. V zdravotníckej praxi má byť výkon prípravy sterilnej zdravotníckej pomôcky v súlade s STN EN 556 Sterilizácia zdravotníckych pomôcok, STN EN 285 Sterilizácia - Parné sterilizátory, STN EN 867 Nebiologické systémy na použitie v sterilizátoroch, STN EN 868 Obalové materiály a systémy balenia zdravotníckych pomôcok určených k sterilizácii.	
		4. Hodnota zdravotníckej pomôcky, ktorá je predmetom dekontaminačného postupu nie je zahrnutá v bodovej hodnote výkonu.	
		5. Náklady na transport kontaminovanej zdravotníckej pomôcky od objednávateľa výkonu a transport sterilnej zdravotníckej pomôcky objednávateľovi nie je zahrnuté v bodovej hodnote výkonu.	
		6. Požadované výkony mimo prevádzkovú čas sa vykazujú so 100% prirážkou.	
		Vysvetlivky:	
		SJ - sterilizačná jednotka - 54 litrov (300x300x600)	
		cSJ - stotina (centi) SJ - 0,54 litra	

		A. Fyzikálna sterilizácia	
		Sterilizácia zdravotníckych pomôcok vlhkým teplom (nasýtenou parou pod tlakom)	
		Sterilizácia vlhkým teplom sa vykonáva pri týchto parametroch: pri teplote 120 °C, tlak 2,0 (atm), pretlak 70 (kPa), sterilizačná expozícia 20 min.; pri teplote 134 °C, tlak 3,0 (atm), pretlak 140 (kPa), sterilizačná expozícia 10 min.	
8009	70	Sterilizácia zdravotníckych pomôcok z textilu (operačná bielizeň) vlhkým teplom v sterilizačnom obale o objeme 4cSJ v dvojtom obale / maska, čiapka, žinka, rúška na ruky, pláténé rukavice, pre transplantačné jednotky (TJ), OAIM, JIS, operačné sály (OS), onkologické oddelenia.	
8016	628	Sterilizácia zdravotníckych pomôcok z textilu (operačná bielizeň) vlhkým teplom v dvojtom sterilizačnom obale P120 /sety OB, ktorých príprava trvá minimálne 30 min. a počet OB je nad 10 ks. Set ECC pre kardiologickú operáciu, prádlo k setu na otváranie hrudníku, prádlo ku kardiol. operácii, prádlo k brušnej operácii (bal. č. 3), prádlo k operácii ucha	

		Popis obecného postupu zdravotného výkonu sterilizácie zdravotníckych pomôcok kovových, gumových a sklenených je vypracovaný podľa zásad správnej výrobných praxe a STN EN 285, STN EN 556. Postup prípravy sterilnej zdravotníckej pomôcky kovovej pozostáva z troch fáz:- predsterilizačnej prípravy, - sterilizácie, - manipulácie so sterilným materiálom. Predsterilizačná príprava pozostáva z príjmu, dezinfekcie kontaminovaného materiálu, mechanickej očisty, sušenia, kontroly účinku dezinfekcie a mechanickej očisty chemickými a mikrobiologickými metódami, setovania, balenia, šaržovania. Sterilizácia pozostáva zo šaržovania, (pred prvým sterilizačným cyklom sa vykoná vákuový test a Bowie Dick test), naplnenia komory sterilizátora materiálom po predsterilizačnej príprave a šaržovaní, sterilizácie, monitorovania sterilizačného procesu a vyloženia materiálu zo sterilizátora. Manipulácia so sterilným materiálom pozostáva z výstupnej kontroly, skladovania, distribúcie a evidencie do záznamovej dokumentácie.	
8022	152	Sterilizácia zdravotníckych pomôcok kovových, gumových a sklenených vlhkým teplom v sterilizačnom obale o objeme 4 cSJ /punkčné ihly, gumička pod cievu, rektálna rúrka, turniket, mikrobudog, jemné nožnice, silikónové zátky, ihlové elektródy, liekovka, gumenný drén, set na punkciu, sternálny set, mikropinzety, mikronožnice, lyžička, náustok, nôž, tácka malá, nôž príborový, kovová miska na ihly/	
8039	810	Dekontaminácia prístrojov. Kompetné rozmontovanie, dezinfekcia, mechanická očista, zloženie a kontrola funkčnosti - endoskopy. Tento výkon môže vykazovať aj gastroenterologické pracovisko, ktoré sterilizáciu vykonáva.	
8040	840	Dekontaminácia lôžok s príslušenstvom-príjem, odstrojenie, triedenie kontaminovanej postelnej bielizne a príprava na odvoz do práčovne,dezinfekcia konštrukcie postele a lôžkovín, kontrola technického stavu postele,v prípade potreby zabezpečenie opravy, kompletizovanie postele, príprava na výdaj a výdaj dekontaminovanej postele.	