

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

**KONTROLA STROŠKOV V ZDRAVSTVENIH
ORGANIZACIJAH – PRIMER ANGLEŠKE PSIHIATRIČNE
KLINIKE**

Ljubljana, september 2003

ANDREJ MOŽE

IZJAVA

Študent/ka _____ izjavljam, da sem avtor/ica tega diplomskega, ki sem ga napisal pod mentorstvom _____ in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne _____

Podpis: _____

KAZALO

UVOD -----	1
1. KONTROLA STROŠKOV -----	2
1.1 KONTROLA STROŠKOV V PODJETJIH -----	3
1.1.1 Proces nadzora stroškov-----	3
1.1.2 Sistemi stroškov – koncept stroškov po aktivnostih poslovnega procesa (SAPP)-----	5
1.2 KONTROLA STROŠKOV V ZDRAVSTVU -----	7
1.2.1 Problematika naraščajočih stroškov v zdravstvu-----	7
1.2.2 Posebnosti ekonomike v zdravstveni dejavnosti-----	9
1.2.3 Obvladovanje izdatkov s strani ZZZS-----	12
1.2.4 Nadzor stroškov v zdravstvenih organizacijah – primer Kliničnega centra Ljubljana--	15
2. KONTROLA STROŠKOV V PODJETJU CYGNET HEALTH CARE -----	17
2.1 PREDSTAVITEV PODJETJA CYGNET HEALTH CARE -----	18
2.1.1 Organizacijska struktura-----	18
2.1.2 Zaposleni-----	19
2.1.3 Finančni podatki-----	19
2.2 STROŠKI V PODJETJU CYGNET HEALTH CARE -----	20
2.3 INSTRUMENTI NADZORA STROŠKOV V PODJETJU CYGNET HEALTH CARE -----	25
2.3.1 Gibljivo predračunavanje in koncept stroškov na BOD-----	26
2.3.2 Natančno predračunavanje in redna mesečna poročila o poslovanju-----	28
2.3.3 Stimulacija zaposlenih kot sredstvo za boljši nadzor nad stroški-----	30
2.3.4 Vojaška hierarhija in struktura odločanja-----	32
3. NADZOR STROŠKOV V SLOVENSКИH PSIHIATRIČNIH KLINIKAH – PRIMER PSIHIATRIČNE KLINIKE LJUBLJANA -----	33
4. PREDLOGI ZA KONTROLO STROŠKOV V SLOVENSКИH PSIHIATRIČNIH KLINIKAH -----	36
SKLEP -----	38
LITERATURA -----	41
VIRI -----	43

UVOD

Zdravje je pomembno, predstavlja tudi enega od kazalcev uspešnosti oziroma kakovosti življenja v določeni državi. Izdatki za zdravstveno nego predstavljajo že velik delež bruto domačega proizvoda določene države, zato je potrebno tudi na področje zdravstva uvajati ekonomiko.

Namen diplomskega dela je prikazati primer dobrega sistema kontrole stroškov, ki sem ga imel možnost spoznati na praksi v Angliji, kjer sem delal v podjetju, ki upravlja z 11 psihiatričnimi klinikami in 2 domovoma za ostarele. Ta bo predstavljal dober vzgled za slovenske zdravstvene organizacije.

Za preučevanje izbrane tematike sem se odločil, ker je v svetu in tudi pri nas opazen trend naraščanja izdatkov za zdravstveno nego, o čemer priča podatek, da je delež izdatkov za zdravstveno nego v BDP-ju svetovnih držav znašal med obema vojnama 2 do 3 odstotke. Do danes pa se je povzpел že na 6 do 9 odstotkov (Prevolnik, 1997, str. 1). Hkrati postajajo zdravstvene storitve vedno dražje. Razlogov za to je več, vse od staranja prebivalstva in s tem naraščanja števila starostnih bolezni do hitrega razvoja tehnologije v zdravstvu, ki je vedno dražja, pa vse do slabega delovanja samih zdravstvenih organizacij oziroma v pomanjkanju dobre kontrole nad stroški poslovanja v teh organizacijah, ki bi pripomogla k zmanjšanju stroškov na opravičljivo raven oziroma na tisto raven stroškov, pri katerih še ne ogrožamo kakovosti zdravstvenih storitev. Temeljni cilj zdravstvenih organizacij je zagotoviti porabnikom zdravje; torej je cilj le-teh skrb za svoje porabnike in ne doseganje dobička, kar je značilno za ostala podjetja. Po drugi strani staranje prebivalstva povečuje razmerje med upokojenimi in delovno aktivnimi ljudmi in s tem zmanjšuje tako davčne prilive kot obseg vplačanih premij za zdravstveno zavarovanje, kar še dodatno otežuje razmere v zdravstvu in zahteva podrobnejšo analizo poslovanja ter uvajanje ekonomskih načel v to panogo (Rejc, 2003, str. 45).

Diplomsko delo obsega dva večja vsebinska sklopa. V prvem obravnavam kontrolo stroškov v podjetjih, kjer predstavim proces nadzora stroškov in koncept stroškov po aktivnostih poslovnega procesa, ki je tudi med najbolj uveljavljenimi v današnjih podjetjih. V spremenjenih razmerah poslovanja, kjer v razmerah zelo avtomatizirane proizvodnje klasičnega neposrednega dela tako rekoč ni, povečujejo pa se splošni proizvodni stroški, klasičen sistem razporejanja splošnih stroškov na posamezne stroškovne nosilce s pomočjo ključev ni več primeren. Kot osnovo za ključne največkrat uporabljajo enega izmed pokazateljev obsega (ure neposrednega dela, neposredne strojne ure itd.), to pa v razmerah sodobnih proizvodnih načel pomeni vnašanje nedopustno visoke stopnje arbitrarnosti v določanje lastnih cen proizvodov (Tekavčič, 1997, str. 67). V takih razmerah je primernejši koncept stroškov po aktivnostih poslovnega procesa (SAPP), katerega osrednjo sestavino sestavljajo aktivnosti, ki povzročajo stroške. V prvem sklopu obravnavam tudi kontrolo

stroškov v zdravstvu. Tukaj bom predstavil problematiko naraščajočih stroškov v zdravstvu ter posebnosti ekonomike v zdravstvu, ki se vedno bolj uveljavlja prav zaradi naraščajočih izdatkov. Stroške v zdravstvu lahko kontroliramo tako na ravni plačnika zdravstvenih storitev, v Sloveniji je to Zavod za zdravstveno zavarovanje, kot na ravni izvajalca zdravstvenih storitev, to so razne zdravstvene organizacije. Zato bom v prvem sklopu tudi predstavil predloge za obvladovanje izdatkov s strani ZZZS v letu 2003, ki ga je predstavil generalni direktor ZZZS Borut Miklavčič, ter prikazal sistem kontrole stroškov, ki so ga razvili v Kliničnem centru Ljubljana.

V drugem sklopu se bom osredotočil na sistem kontrole stroškov v angleški zasebni psihiatrični kliniki, kjer sem bil 4 mesece na strokovni praksi. V uvodu bom podal poslovanje podjetja in njihovo organizacijsko strukturo, nato pa bom predstavil glavne vrste stroškov in njihovo gibanje v obdobju od leta 1998 do 2003. V naslednjem koraku se bom osredotočil na sistem kontrole v podjetju, ki ga bom prikazal preko analiziranja različnih instrumentov, ki sestavljajo ta sistem.

V nadaljevanju bom prikazal stanje nadzora stroškov v slovenskih psihiatričnih klinikah in bolnicah na primeru Psihiatrične klinike Ljubljana, ki je v letu 2002 šla skozi proces sanacije zaradi velike izgube.

V zadnjem delu diplomskega dela bom podal poglobljene ugotovitve iz analiziranja sistema kontrole stroškov v angleški psihiatrični kliniki in predstavil konkretne predloge za dober sistem kontrole stroškov v slovenskih psihiatričnih klinikah.

Vire za prvi del diplomskega dela, kjer prikazujem nekaj teoretičnih pogledov na kontrolo stroškov v podjetjih in zdravstvenih organizacijah, sem črpal predvsem iz slovenske literature. V drugem sklopu, kjer prikazujem sistem kontrole stroškov v angleški psihiatrični kliniki, sem uporabljal interno gradivo podjetja, pridobljeno med opravljanjem strokovne prakse, ter lastne zapiske iz pogovora z direktorjem (CEO) podjetja Johnom Hughesom. Podatke o nadzoru stroškov v Psihiatrični kliniki Ljubljana sem pridobil iz pogovora z vodjo plansko-analitske službe Nevenko Miklavčič ter z odgovornim za pravno področje v kliniki Lanom Vošnjakom.

1. KONTROLA STROŠKOV

Domača strokovna literatura o ekonomiki podjetja in računovodstvu stroške opredeljuje kot v denarju izražene potroške prvin poslovnega procesa (Tekavčič, 1997, str. 13). Torej ima po tej razlagi strošek dve prvini, in sicer potrošek prvine poslovnega procesa in ceno te prvine. Vendar je ta razlaga v praksi dokaj neoperativna, saj ne moremo vseh stroškov izraziti z zmnožkom količine in cene določene prvine poslovnega procesa. Zato za potrebe

prakse uporabljamo tudi razlago, da so stroški denarno ovrednotena poraba poslovnih prvin pri pridobivanju učinkov poslovnega procesa.

V preteklosti podjetja stroškom niso namenjala velike pozornosti. Problem prevelikih stroškov so reševala z višjimi prodajnimi cenami proizvodov ali storitev. Vendar pa tak način poslovanja danes ni več mogoč, saj nas vedno večja konkurenca sili k postavljanju vedno nižjih cen, da bi na ta način pridobili cenovno zavednega kupca, ki pri nakupu gleda tako na ceno kot tudi na doseženo korist (vrednost) za to ceno. Zaradi tega je pomembno, da podjetje proizvaja ekonomične proizvode. To je mogoče v podjetju doseči le z zavedanjem o pomembnosti stroškov in s tem s sprotnim spremljanjem oziroma nadziranjem gibanja stroškov. Zato lahko rečemo, da sistem nadzora stroškov v podjetju postaja pomemben.

1.1 KONTROLA STROŠKOV V PODJETJIH

Stroški predstavljajo negativno postavko v poslovanju podjetja. Vendar pa so stroški nujen rezultat poslovanja vsakega podjetja oziroma vsake institucije ne glede na to, ali je ta profitna ali neprofitna. Če želimo poslovati, bomo morali ustvarjati tudi stroške, vendar je od dobre kontrole in racionalizacije odvisno, s kakšnimi stroški bo podjetje obratovalo.

Po drugi strani je mogoče z boljšim nadzorom nad stroški vplivati na višino prodajne cene in s tem na konkurenčnost podjetja. Cena proizvoda je sestavljena iz lastne cene proizvoda, kar so stroški na enoto proizvoda, in iz zelenega dobička na proizvod ali marže. Tako lahko z nižjimi stroški na enoto znižamo tudi ceno proizvoda in s tem omogočimo večjo konkurenčnost podjetja.

1.1.1 Proces nadzora stroškov

Nadzor stroškov identificira stroške ter z njimi povezane koristi in poskuša ugotoviti, ali so upravičeni zaradi koristi, ki jih prinašajo (Kleindienst, 2000, str. 8).

Prvi korak pri nadzoru stroškov je planiranje. Plan je opredeljen cilj ravnateljstva za neko obdobje in je tudi merilo, na podlagi katerega izvajamo kontrolo. Celoten proces torej smiselno začnemo predračunavanje, ki upošteva upravičeno velikost stroškov za izdelavo učinkov ali izvedbo neke aktivnosti in kot tak vsebuje postopke standardizacije stroškov in daje osnovo za oblikovanje meril oziroma ciljev, ki morajo biti merljivi. V praksi poteka planiranje stroškov večinoma tako, da se upošteva kot osnovo ali merilo oziroma standard neko uresničeno stanje preteklega planskega obdobja (Kleindienst, 2000, str. 8).

Ko imamo enkrat postavljena merila, moramo zagotoviti tudi obračunske informacije. Potrebno je vzpostaviti dober sistem obračunavanja stroškov. Ta sistem vsebuje vse vrste stroškov, ki nastanejo med poslovanjem, stroškovna mesta in stroškovne nosilce.

Stroškovno mesto je funkcijsko, prostorsko ali stvarno zaokrožena enota, na kateri ali v zvezi s katero se pri poslovanju pojavljajo stroški, ki jih je mogoče razporejati na posamezne proizvode in je zanje nekdo odgovoren (Turk, 1980, str. 159). Pri vzpostavljanju stroškovnih mest ima podjetje proste roke. Glavni cilj je, da podjetje z vzpostavljanjem stroškovnih mest najprej omogoči natančnejši obračun stroškov po stroškovnih nosilcih, razmeji odgovornost za nastanek stroškov in poskrbi za lažje nadziranje stroškov.

Stroškovni nosilec pa je sam poslovni učinek. Je proizvod ali opravljena storitev, zaradi katerega so stroški nastali in s katerimi je tudi povezan (Turk — Melavc, 1994, str. 59). Za stroškovne nosilce bi lahko rekli, da se pojavljajo zadnji v verigi: vrste stroškov — stroškovna mesta — stroškovni nosilci. Glede ugotavljanja stroškov po stroškovnih nosilcih ločimo neposredne stroške stroškovnih nosilcev in posredne stroške stroškovnih nosilcev. Neposredne stroške ugotovimo iz listine stroškovnega nosilca, ki je stroške povzročil, posredni oziroma splošni stroški pa nastanejo ob pomožnih opravilih v proizvodnji in jih ob samem nastanku ne moremo zajemati po proizvodih, ampak jih nanje razporejamo s pomočjo ključev. Z dobro organizacijo stroškovnih nosilcev in stroškov, ki jih ti nosilci povzročajo, je zagotovljena dobra strategija za oblikovanje prodajnih cen, hkrati pa omogočen dober izbor proizvodnega programa ter nadzor stroškov.

Naslednji korak pri kontroli je analiza odmikov, ki služi za ugotavljanje vzrokov predvsem za neugodne odmike. Ugodni odmiki pa nas ne smejo zavesti, saj lahko ugotovimo napake pri planiranju. Vzroki za odmik od standardne velikosti merila, ki je standardiziran bodisi na enoto učinka bodisi na enoto kakšne aktivnosti, so osnova za najpomembnejšo etapo nadzora, ukrepanje (Kleindienst, 2000, str. 9).

Na podlagi ugotovljenih odmikov vodstvo podjetja ali odgovorni primerno ukrepa z namenom odpravljanja teh odmikov. V vsakdanji praksi se nadzorne informacije mnogokrat uporabijo le za sankcioniranje tistih, ki naj bi bili odgovorni za nastale neugodne rezultate. Bistvo pa seveda ni v tem, temveč ugotovitev vzrokov, izvorov in mest izgub in izbor akcij ter ukrepov, ki dosledno te vzroke odpravijo. Če se isti neugodni odmik pojavlja večkrat, je možno, da ukrepi niso bili dobro izvedeni ali pa da ni bil ugotovljen pravi vzrok nezaželenega učinka (Kleindienst, 2000, str. 9).

Nazadnje je treba povedati še, da mora struktura nadzora in nadzornih informacij slediti in biti oblikovana v skladu z organizacijsko strukturo, kar sovpada tudi z nosilci odgovornosti za posamezna področja, kjer gre za različna in še posebej različno pojmovana mesta odgovornosti.

1.1.2 Sistemi stroškov – koncept stroškov po aktivnostih poslovnega procesa (SAPP)

Za dober nadzor stroškov v posameznem podjetju je potrebno imeti dober sistem stroškov. Pojmovnik poslovne informatike (Turk, 1987, str. 267) opredeljuje sistem stroškov kot celoto medsebojno povezanih potroškov in cen pri prvinah poslovnega procesa ter poslovnih učinkih. Končni cilj sistema stroškov v določenem podjetju je torej vrednotenje poslovnih učinkov, ki nam pove, koliko stroškov povzročajo posamezni poslovni učinki.

Sistem stroškov mora biti v podjetju oblikovan tako, da bo ugotavljal stroške in jih razmejeval med stroške obdobja in stroške zalog za potrebe sestavljanja računovodskih poročil, namenjenih zunanjim uporabnikom. Hkrati pa mora managementu v podjetju zagotavljati zanesljive podatke o stroških posameznih poslovnih funkcij in poslovnih učinkov za potrebe nadzora poslovanja (Tekavčič, 1997, str. 154).

Vsak stroškovni sistem lahko opišemo s tremi temeljnimi elementi sistema stroškov: načinom zajemanja stroškov, vrednotenjem posameznih stroškovnih komponent in vrednotenjem zaloge nedokončane proizvodnje in dokončanih poslovnih učinkov (Tekavčič, 1997, str. 53). Na podlagi teh kriterijev lahko najdemo veliko sistemov stroškov. Vedno večja konkurenca, ki vlada na trgu, žene k vedno večjemu perfekcionizmu in izboljšavam, kar pomeni tudi naraščajoče potrebe po zanesljivih informacijah o stroških. Vsako podjetje si želi z minimalno porabo prvin poslovnega procesa (stroški) doseči čim višjo kakovost in s tem zadovoljiti vedno bolj zahtevnejšega kupca. Tekavčičeva v svoji knjigi Obvladovanje stroškov posveča veliko pozornost sistemu stroškov po aktivnostih poslovnega procesa kot primernemu sistemu stroškov za novo nastale spremenjene razmere poslovanja. Stari sistemi stroškov so se večinoma ohranili še iz obdobja, ko sta bila neposredno delo in material odločilna proizvodna dejavnika. Veliko je bilo neposrednih stroškov, posredni stroški pa so bili predvsem posledica aktivnosti, namenjenih nemotenemu izvajanju neposrednega proizvodnega procesa. Vrednotenje poslovnih učinkov v teh sistemih zato temelji predvsem na neposrednih spremenljivih stroških, torej neposrednih stroških dela in materiala, posredni stroški in morebitni neposredni stalni stroški pa se razporejajo na posamezne stroškovne nosilce na podlagi tako imenovanih ključev, ki kot osnovo za razporejanje stroškov največkrat uporabljajo enega izmed pokazateljev obsega (ure neposrednega dela, neposredne strojne ure itd.). Vendar pa v spremenjenih razmerah poslovanja, kjer klasičnega neposrednega dela skorajda ni več in ga zamenjuje vedno več zaposlenih v proizvodni režiji, kot so na primer tehnologji, programerji, vzdrževalci in podobno, takšni sistemi niso primerni. Kajti takšno stanje povzroči, da postanejo ključni, ki kot osnovo za razporejanje stroškov uporabljajo enega od pokazateljev obsega, povsem neprimeren pripomoček za vrednotenje poslovnih učinkov. Pogosto se namreč zgodi, da znašajo le-ti tudi nekaj sto ali celo tisoč odstotkov

(Tekavčič, 1997, str. 54). V takih razmerah je primernejši koncept stroškov po aktivnostih poslovnega procesa (SAPP).

Osnovna sestavina sistema SAPP so posamezne aktivnosti, ki sestavljajo konkretni poslovni proces. Pri tem je aktivnost opredeljena kot vsako delovanje, ki v procesu ustvarjanja poslovnih učinkov izrablja prvine poslovnega procesa – delovna sredstva, predmete dela, delo in tuje storitve (Tekavčič, 1997, str. 95). Osnovna postavka koncepta stroškov po aktivnostih poslovnega procesa je, da so aktivnosti tiste, ki izrabljajo prvine poslovnega procesa v podjetju in povzročajo stroške, proizvodi in storitve pa so le porabniki teh aktivnosti. Aktivnosti pomenijo torej osnovne povzročitelje stroškov. Sistem SAPP na prvi stopnji stroške zbere na ravni aktivnosti (gre za t. i. stroškovne bazene), na drugi stopnji pa jih z ravni stroškovnih bazenov razporedi na stroškovne objekte, ki niso nujno klasično pojmovani učinki poslovnega procesa. Ti so lahko proizvod, serija, proizvodna linija, oddelek ali celo podjetje. Razporejanje iz stroškovnih bazenov na stroškovne objekte poteka na podlagi meril aktivnosti, ki morajo biti čim tesneje povezana s povzročitelji stroškov, torej z aktivnostmi. Ko so stroški razporejeni na posamezne stroškovne objekte, pot do ugotavljanja lastnih cen ni več dolga, saj jih je treba le še prenesti na posamezne proizvode (Tekavčič, 1997, str. 96).

Uvajanje sistema SAPP v podjetje je dolgotrajen in drag proces, ki terja preiščeno odločitev, ali je ta nujen v konkretnem podjetju. Pred uvedbo sistema SAPP v podjetje mora le-to opredeliti aktivnosti in stroške, povezane s temi aktivnostmi, saj predstavljajo aktivnosti središče koncepta stroškov po aktivnostih poslovnega procesa. Temu sledi določitev stroškovnih objektov ter določitev meril aktivnosti na drugi stopnji razporejanja stroškov. Nazadnje pa je potrebno določiti še centre aktivnosti, za katere želi podjetje zbirne podatke. Pri izgradnji sistema SAPP je potrebno posebno pozornost nameniti osnovam za dodeljevanje splošnih stroškov na prvi stopnji in povzročiteljem ter merilom aktivnosti za dodeljevanje stroškov na drugi stopnji razporejanja stroškov (Tekavčič, 1997, str. 164).

Z modelom SAPP vodstvo podjetja natanko ve, koliko ga določene aktivnosti stanejo in s tem jih lahko primerja s cenami na tržišču. Ugotovi lahko, katere službe v podjetju so predrage in na katerih ustvarja dobiček, torej ga stanejo manj, kot če bi jih najel. SAPP model zagotavlja tudi nov pogled na vpliv stroškov na različna ključna področja odločanja. Pogled na proizvod/storitveno linijo nam da pravo informacijo o stroških in profitnih stopnjah posameznih produktov. Pogled na poslovne procese omogoča analizo, kako organizacija deluje. Pogled na organizacijo poroča o stroških po poslovnih funkcijah in pomaga pri uskladitvi stroškov po aktivnostih s tradicionalnim računovodstvom. Pogled na stranke/trge pokaže dejanske stroške zagotavljanja produktov za posamezen trg ali skupino strank (Bajuk, 2001, str. 23).

Koncept SAPP je bil uspešno vpeljan že v več zdravstvenih organizacij, povsod je to pomagalo znižati tudi celotne stroške zdravljenja. Vzrok je ta, da v fazi ugotavljanja

procesov oziroma aktivnosti, povezanih s posamezno vrsto in primerom zdravljenja, pogosto odkrijemo aktivnosti, ki ne koristijo v postopku zdravljenja ali pa se izvajajo na neučinkovit način. Če odpravimo vse aktivnosti, ki niso potrebne v poslovanju zdravstvene organizacije, in če poskrbimo, da bodo tiste, ki so potrebne za poslovanje, opravljene na učinkovit način, znižamo celotne stroške zdravljenja (Rejc, 2003, str. 49).

1.2 KONTROLA STROŠKOV V ZDRAVSTVU

Pomembnost nadzora stroškov se povečuje tudi v zdravstvu. Obdobje po prvi svetovni vojni je bil čas, ko so države prvič močneje posegle na področje socialne varnosti. V zdravstvenem varstvu so v okviru javnega zdravstva povečale skrb za javne higienske razmere ter zdravstveno-prosvetno in vzgojno delo z ljudmi v boju z nalezljivimi boleznimi. Razpoložljivost virov je bila majhna. Drugače je bilo v naslednjem obdobju – v času gospodarskega razcveta je bil razvoj zdravstvenih zavarovanj hiter, prav tako tudi naraščanje javnih izdatkov za zdravstveno varstvo. V tem obdobju so obilni finančni viri onemogočali velike naložbe v medicinsko znanost in tehnologijo. Omejevalna dejavnika razvoja zdravstvenega varstva sta bila medicinsko znanje in zmogljivosti. Ta neusklajenost je vodila do pojava ekonomike zdravstva s prvimi ekonomskimi analizami. Tretje obdobje, ki še vedno traja, se je začelo z ekonomsko krizo leta 1973. Pospešeni razvoj medicinske znanosti ter zmogljivosti javne zdravstvene službe zdaj zdravstveni politiki niso več dobrodošli. Zdravstveno osebje je vedno številnejše, razvoj znanosti in tehnologije napreduje, denarja pa primanjkuje. Sedaj so omejevalni dejavniki finančna sredstva (Česen, 1997, str. 142). Primanjkovanje finančnih sredstev pa narekuje potrebo po skrbnem ravnanju oziroma poslovanju, da bi tako na čim boljši način izkoristili dana finančna sredstva. Pri tem so stroški zelo pomembni. Zato je potrebno skrbno kontrolirati stroške tudi v zdravstvu. Drugi problem, ki se pojavlja v zdravstvu in narekuje skrbno kontrolo stroškov, je tudi trend naraščanja izdatkov za zdravstveno varstvo, ki že zajemajo ogromna sredstva, za katera si ne moremo privoščiti slabega gospodarjenja.

Zdravstvo je cel kompleks storitev (bolnišnice, ambulate, zavarovalnice), ki skrbi za zdravje in blagor ljudi. Njegov osrednji del, brez katerega bi bilo njegovo delovanje onemogočeno, je zdravnik. Trend naraščajočih stroškov v zdravstvu, zahteva, da se v to dejavnost začenja uvajati tudi ekonomika oziroma uporaba ekonomskih načel v zdravstvenih postopkih. V nadaljevanju bom povedal nekaj več o problematiki naraščajočih stroškov v zdravstvu, nato pa predstavil značilnosti ekonomike v zdravstvu.

1.2.1 Problematika naraščajočih stroškov v zdravstvu

V zdravstvu na splošno je opazen trend hitrega naraščanja izdatkov za zdravstveno varstvo.

Skupni izdatki za zdravstveno varstvo v razvitem svetu so med obema vojnama dosegli dve do tri odstotke bruto domačega proizvoda. V šestdesetih letih, v času gospodarskega razcveta, so se izdatki povzpeli na pet do sedem odstotkov bruto domačega proizvoda, v sedemdesetih in osemdesetih letih pa so že narasli na šest do devet odstotkov. V devetdesetih letih se je sicer rast izdatkov za zdravstveno varstvo umirila, vendar izdatki že zajemajo ogromna sredstva (Prevolnik, 1997, str. 1).

Razlogov za rast izdatkov za zdravstveno varstvo je več. O naraščajočih stroških v zdravstvu in nujnosti nadzora nad rastjo stroškov v zadnjih letih pišejo mnogi avtorji. Med navedenimi razlogi se pogosto pojavlja staranje prebivalstva (Oliver, 2003, str. 201), zaradi česar bo vedno več sredstev potrebno namenjati zdravljenju bolezni, povezanih s starostjo, hkrati pa naraščajoče razmerje med upokojenimi in delovno aktivnimi ljudmi zmanjšuje tako davčne prilive kot obseg vplačanih premij za zdravstveno zavarovanje (Rejc, 2003, str. 45).

Baumol je leta 1993 izdelal študijo prav za zdravstvo, s katero je prišel do ugotovitve, da so stroški zdravstvenega varstva v razvitem svetu rasli hitreje kot cene tudi po povojnem obdobju in to ne glede na to, ali je bilo zdravstveno varstvo organizirano kot javno ali zasebno. Ta pojav je poimenoval »bolezen stroškov osebnih storitev« in utemeljil, da je najpomembnejši vzrok zanjo razmeroma nizka produktivnost dela v teh (t. i. stagnantnih) storitvah. Produktivnost v določeni panogi ali določenem podjetju lahko povečujemo s standardizacijo delovnih procesov. V zdravstvu pa to ni mogoče, saj je zdravljenje precej individualizirano, tudi tedaj, ko gre za isto bolezen. Drugi razlog za nizko rast produktivnosti v zdravstvu je dejstvo, da je kakovost storitev povezana z obsegom dela medicinskega osebja. Če na primer zdravnik skrajša čas in zato obseg preiskave pacienta, tvega pravilnost diagnoze oziroma terapije. Zato krajšanje časa v zdravstvu ni mogoče in s tem je večanje produktivnosti oteženo. Tudi napredek v razvoju medicinske tehnologije bistveno ne prispeva k večanju produktivnosti, saj je zdravstvena panoga precej delovno intenzivna. Razvoj tehnologije povečuje le kakovost storitev. Če torej produktivnosti dela ni oziroma če ta zaostaja za rastjo nominalnih plač, stroški zdravljenja na pacienta naraščajo. Ti pa naraščajo tudi zaradi razvoja nove tehnologije, ki je precej dražja (Rejc, 2003, str. 46).

Eden od razlogov za rast stroškov v zdravstvu je tudi brezbržno delovanje samih zdravstvenih organizacij oziroma je kriva odsotnost nadzora nad stroški v teh organizacijah (Rejc, 2003, str. 45). Tradicionalno poslanstvo zdravstvenih organizacij je skrbeti za zdravje ljudi in ne dobičkonosnost poslovanja, zato tudi ne skrbijo pretirano za stroške in sam poslovni uspeh. Po drugi strani pa jih tudi v svetu uveljavljeni storitveni sistem zdravstvenega varstva ne spodbuja k temu. Za storitveni sistem zdravstvenega varstva velja, da se posamezne zdravstvene storitve plača po vnaprej dogovorjenih cenah, zato so zdravstvene organizacije motivirane poslovati v čim večjem obsegu in realizirati čim več prihodkov, nadzor nad stroški, ki pri tem nastajajo, pa ni tako pomemben. Več kot je

pacientov in višja ko je zasedenost postelj, več je tudi prihodkov (Devine et al., 2000, str. 184; Oliver, 2003, str. 199).

1.2.2 Posebnosti ekonomike v zdravstveni dejavnosti

Ekonomika zdravstva se je razvila šele v zadnjih nekaj letih, in sicer njen začetek sega v leto 1958, ko je profesor Herbert Klarman izdal knjigo z naslovom »The Economics of Health«. Je veda, ki razvija teorijo, metode in empirične raziskave, torej instrumentarij, ki ga potrebujejo nosilci odločanja, ko se srečujejo s problemi razdelitve sredstev za zdravstvo in s težavami gospodarjenja z njimi.

Zaradi vztrajnega naraščanja deleža stroškov zdravstvenega varstva v BDP-ju, ki so ga povzročile tudi spremenjene družbenoekonomske razmere v povojnem času, se je zanimanje ekonomske stroke za področje zdravstva v naslednjih letih hitro povečalo. Povečale so se tudi investicije v razne ekonomske raziskave in iskanja primernih postopkov za umiritev rasti stroškov v zdravstvu. Najboljši pogoji za raziskovalno delo so bili tedaj v ZDA. Njegov nacionalni biro za ekonomske zadeve je leta 1966 začel s preučevanjem ekonomskih odnosov v zdravstvu (Bohinc, 1994, str. 4–5). V Sloveniji se je ozaveščenost o pomembnosti ekonomike v zdravstvu razvila v zadnjih nekaj letih. V zadnjih letih smo pričali raznim seminarjem s tematiko ekonomike v zdravstvu in nadziranjem stroškov v zdravstvenih organizacijah¹.

Kot v vseh dejavnostih je tudi v zdravstveni prisoten pojav redkosti sredstev, ki terjajo celovito obravnavo problemov s strokovnega, z ekonomskega in s socialnega vidika. Ekonomika v sistemu zdravstvenega varstva mora gotovo upoštevati posebnosti ter tudi pomen te dejavnosti v družbi.

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je zdravje stanje popolne fizične, mentalne in socialne blaginje, po novejših stališčih pa seštevek dobrega fizičnega stanja, ustrezne prehrane, zdravega okolja, uspešnega obvladovanja stresov in odgovornosti za lastno zdravje (Česen, 1988, str. 12). Za potrebe ekonomike zdravstva pa je primernejša njegova ožja definicija, ki jo navaja Roberts. Zdravje namreč pojmuje kot odsotnost bolezni ali sposobnost upreti se bolezni in smrti. Na zdravje poleg zdravstvenih storitev deluje cela vrsta pomembnih dejavnikov, kot so posameznikovo okolje, njegov družbeni položaj in sami genetski dejavniki (Škapin, 1998, str. 3).

Organizacijski sistem zdravstvenega varstva obsega vse potrebne aktivnosti, ki določeni populaciji zagotavljajo optimalno možen zdravstveni standard. Gre za skupno delovanje

¹ Gea College Ljubljana je v sodelovanju z univerzami in inštituti iz Evrope (Milano, Utrecht, St. Gallen) razvila program usposabljanja zdravstvenih managerjev z imenom »Management v zdravstvu«, kar tudi kaže na uvajanje ekonomskih načel v zdravstvu pri nas.

zdravstvene politike, zdravstvene dejavnosti in zdravstvenega zavarovanja. Spremlja in podpira ga izobraževanje ter usposabljanje kadrov, kakor tudi razvoj medicinske znanosti in tehnologije (Česen, 1995, str. 4). Zdravstvene organizacije v procesu zdravljenja zdravijo obolele prebivalce. Z uporabo dosežkov medicinske znanosti bolnikom nudijo pestro paleto zdravstvenih storitev, za katere je značilna tudi določena stopnja tveganja. Pravi in koristni učinki dela izvajalcev so pravzaprav zdravstveni rezultati, ki se kažejo v kakovosti delovanja zdravstvenega sistema, to je v izboljšanjem zdravju prebivalstva (Škapin, 1998, str. 3).

Omejena razpoložljiva sredstva, izredno zapleten sistem zdravstvenega varstva z velikim številom dejavnikov in povzročiteljev stroškov, kot tudi zelo povečane možnosti, ki jih je prinesel razvoj zdravstva, terjajo uporabo različnih kriterijev za preudarne odločitve pri izbiri med alternativnimi možnostmi porabe. **Temeljne odločitve v zdravstvu** se nanašajo na obseg sredstev za zdravstvene storitve, izbiro njihove optimalne izvedbe, izbiro ustreznega načina porazdelitve storitev v določeni populaciji, kot tudi na kombiniranje kakovosti in količine storitev. Pomanjkanje znanja, informacij in orodij za objektivno vrednotenje posameznih alternativ vsekakor otežuje ustrezno izbiro (Škapin, 1998, str. 3).

Na **menjalne odnose v zdravstvu** odločilno vplivajo že posebnosti samih zdravstvenih storitev. Na obnašanje bolnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev, kakor tudi na sam mehanizem vzpostavljanja tržnega ravnotežja in oblikovanja cen pa pomembno vpliva družba. V zdravstveni dejavnosti pogoji za prosto delovanje tržnih zakonitosti niso v celoti izpolnjeni, predvsem zaradi poseganja plačnika, to je države in zavarovalnega sistema, v odnos med ponudnikom in porabnikom storitev. Zato lahko govorimo le o omejenem delovanju trga zdravstvenih storitev, izjema so samo čisto tržno naravnani sistemi zdravstva. Vloga trga v zdravstvu opravlja način financiranja, tržni odnosi pa se odvijajo v okviru izbranega sistema vrednotenja zdravstvenih storitev ((Svetic, 1994, str. 4–5).

Povpraševanje po zdravstvenih storitvah je nestalno in nepredvidljivo. Obstaja le v primeru bolezni oziroma pri možnosti rizika smrti oziroma nepopolnega funkcioniranja. Medtem ko je pomanjkanje drugih dobrin mogoče odpraviti z denarjem, pri zdravju to ni mogoče (Arrow, 1985, str. 23). Bistven dejavnik potreb po zdravstvenih storitvah je obolevnost populacije, ki je močno odvisna od starostne strukture prebivalstva. Poleg potreb po zdravljenju vplivajo na bolnikovo povpraševanje še kulturni, demografski in genetski dejavniki, kakor tudi soudeležba bolnikov v stroških zdravljenja. Na posebnost povpraševanja pomembno vpliva delovanje zdravstvene politike in zavarovalnega sistema. Sistem zdravstvenega zavarovanja v veliki meri zmanjšuje dohodkovno elastičnost povpraševanja. Naloga države pa je vzpostavitev racionalnega zdravstvenega sistema in zaščita uporabnikov, saj se ti pojavljajo na trgu v podrejenem položaju, ker predvsem ponudnik določa storitev (Škapin, 1998, str. 4).

Ponudbo zdravstvenih storitev globalno opredeljuje skupna dejavnost zdravstvenih organizacij, izražamo pa jo s količino in z vrsto opravljenih storitev. Med najpomembnejše dejavnike ponudbe štejemo kadrovske zmogljivosti, opremljenost in tehnologijo dela izvajalcev storitev, medicinsko tehnologijo in njen napredek ter tudi opredeljeno kakovost storitev (Škapin, 1998, str. 4). Ponudba zdravstvenih storitev je omejena s podeljevanjem licenc za opravljanje poklica. Ta omejenost pa zvišuje stroške zdravstvene oskrbe. Ponudnik storitev — zdravnik naj v nasprotju s ponudniki v ostalih dejavnostih ne bi deloval s ciljem pridobivanja dobička, marveč s ciljem zagotavljanja zdravja za svoje paciente. Zdravnik misli le na svoje paciente in ne sme nikoli misliti na lastne interese. Promocija, oglaševanje, cenovna konkurenca in profitni motiv v tem poklicu niso primerni (Prevolnik, 1997, str. 17).

Cene storitev v javni zdravstveni službi niso rezultat ponudbe in povpraševanja na trgu zdravstvenih storitev, ampak rezultat pogajanj med izvajalci, njihovimi združenji, Zavodom za zdravstveno zavarovanje, Ministrstvom za zdravje in profesionalnimi zbornicami. Te ne določajo menjalnega razmerja med »kupcem«, to je bolnikom, in ponudnikom storitev. Cena omogoča zgolj financiranje programov in je zato odvisna od sistema financiranja zdravstva z vgrajenim načinom vrednotenja storitev. Šele v sodobnih obračunskih sistemih, v katerih konkurenca sili izvajalce storitev k boljšemu poslovanju, pridobiva cena svoj pravi pomen in tržno vlogo (Škapin, 1998, str. 5).

V središču delovanja vsakega zdravstvenega sistema je **zdravnik**, zato je pomembno poznavanje njihovega obnašanja in vloge v zdravstvu. Zdravnik s svojimi odločitvami vpliva na ponudbo in tudi na povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Zdravniki so namreč najučinkovitejši in najcenejši način pospeševanja povpraševanja po zdravstvenih storitvah, saj v procesu zdravljenja bolniku storitve tudi svetujejo in ponujajo (Svetic, 1993, str. 77). Zdravniki nedvomno bolj vplivajo na povpraševanje v plačilnih sistemih po opravljenih storitvah. Povpraševanje, spodbujeno s strani ponudnika (Supplier-induced demand (SID)), odraža zdravnikov lastni interes doseganja nekega ciljnega dohodka, ki mu prilagajajo svoj obseg dela. Tako zdravnik skuša obenem realizirati še svoje interese, ko se odloča v imenu bolnika, saj je njegov dohodek v plačilnih sistemih po opravljenih storitvah vezan na količino opravljenih storitev. Povpraševanje, spodbujeno s strani ponudnika, je v teoretičnem smislu podobno monopolu. Porabniki plačajo za zdravljenje več, kot bi bilo potrebno zaradi monopola znanja in informacij zdravnikov in nedeljivosti postopkov zdravljenja. Lahko rečemo, da zdravniki prejemajo monopolistično rento (Prevolnik, 1997, str. 9). Prav zaradi možnosti vplivanja zdravnikov preko ponudbe na povpraševanje v zdravstvu se v vseh sistemih uvaja nadzor.

Dejstvo, da imajo zdravniki monopol znanja in informacij, nas navaja k temu, da je vpliv zdravnikov na višino stroškov velik, saj oni določajo, katere preglede mora pacient opraviti oziroma kakšno zdravljenje potrebuje. Vse to pa vpliva na stroške v zdravstvu. Ocenjuje se, da zdravniki »kontrolirajo« skoraj tri četrtine stroškov zdravstva. Vedeti je še treba, da

večje število zdravnikov nikakor ne vodi k zniževanju stroškov opravljenih storitev, kot je značilno in normalno v gospodarskih dejavnostih. V zdravstvu se dogaja ravno obratno. Večji obseg zdravniškega kadra povečuje koriščenje storitev, kar posledično zvišuje stroške zdravstvenega varstva in povzroča nadaljnjo rast cen (Škapin, 1998, str. 5).

Stroške v zdravstvu lahko kontroliramo tako na ravni plačnika zdravstvenih storitev, pri nas je to Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kot na ravni izvajalca zdravstvenih storitev, to so razne zdravstvene organizacije.

1.2.3 Obvladovanje izdatkov s strani ZZS

Zaradi naraščajočih stroškov v zdravstvu le to postaja vedno dražje in s tem povzroča pomanjkanje finančnih sredstev za financiranje zdravstvenih storitev. V državah, kjer imajo javni sistem zdravstvenega varstva, pomanjkanje finančnih sredstev rešujejo z naraščanjem prispevnih ali davčnih stopenj, kar pa ne more biti dolgoročna rešitev. Zato je potrebno pričeti stroške in s tem izdatke v zdravstvu obvladovati, jih nadzirati. To pa je mogoče tako na ravni države oziroma pri nas Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZS), ki je odgovoren za financiranje zdravstvenih storitev, kot tudi na ravni samih zdravstvenih organizacij (bolnice, psihiatrične klinike, zdravstveni domovi itd.). V nadaljevanju bom predstavil program za izboljšanje obvladovanja izdatkov, ki ga je predstavil generalni direktor ZZS Miklavčič.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije bo za zagotovitev boljšega obvladovanja izdatkov v letu 2003 pristopil k naslednjim prednostnim nalogam (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003):

1. preverjanje možnosti uskladitve obremenjenosti z DDV za zdravstvene materiale, zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke s stanjem v državah Evropske unije,
2. v partnerskih pogajanjih z javnimi zdravstvenimi zavodi in ministrstvom za zdravje uveljaviti usmeritev Zavoda za financiranje obsega programov zdravstvenih storitev na ravni obstoječega (na ravni 2002) ter za financiranje le tistih dodatnih programov, ki prinašajo pozitivno razmerje med koristmi in stroški,
3. obvladovanje izdatkov za bolnišnične dejavnosti,
4. racionalizacija porabe in obvladovanje izdatkov za zdravila,
5. racionalno ocenjevanje začasne del nezmožnosti in zmanjševanje absentizma,
6. okrepljena nadzorna aktivnost Zavoda ter racionalizacija stroškov strokovne službe Zavoda,
7. zavzeli se bodo in podprli prizadevanja za standardizacijo in racionalizacijo postopkov nabave blaga in storitev v zdravstvenih zavodih².

² Dodatnih razlag o standardizaciji in racionalizaciji postopkov nabave blaga in storitev s strani ZZS gradivo ne vsebuje.

1. Zavod bo ponovno analiziral stanje na področju uveljavljenih stopenj za DDV za zdravstvene materiale, zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke, ki znašajo v Sloveniji 8,5 % oziroma 20 %. Po sedanjih ocenah se vpliv uvedbe DDV na letni ravni kaže kot povečanje odhodkov Zavoda za okoli 11 milijard tolarjev. Zavod bo na tej osnovi z ustreznimi predlogi na državni ravni skušal povišane odhodke nadomestiti ali iskati druge načine, da se ta sredstva, ki so se preusmerila v državni proračun, vrnejo za zdravstvene namene. Za omenjeno blago so v državah Evropske unije pri uvajanju DDV imeli naslednje znižane stopnje DDV: Belgija 1 %, Grčija 4 %, Španija 4 %, Francija 2 %, Irska 2,5 %, Italija 4 %, Luksemburg 3 %, Nizozemska 6 %, Portugalska 5 %, Nemčija 7 %, Finska 6 % (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003).
2. Zavod bo v partnerskih pogajanjih uveljavljal usmeritev, da večina programov ostane na ravni iz leta 2002. Izvedba dodatnih programov pa je utemeljena kot izjema le v primerih, ko so širitve na prednostnih področjih smiselne zaradi ugodnega razmerja med stroški in koristmi (srčna kirurgija, transplantacija idr.) oziroma kjer z izvedbo takih programov več prihranimo, kot če bi odlašali z izvedbo. Če prikazemo to na primeru sive mreže: na operacijo za odstranitev sive mreže čaka po zadnjih podatkih okoli 11.000 oseb, pri čemer znaša čakalna doba v povprečju 15 mesecev. Čeprav večina teh bolnikov ni več aktivnih zavarovancev, lahko tisti posamezniki, ki so zaradi sive mreže (izrazito poslabšanega vida) začasno nezmožni za delo, v 15 mesecih bremenijo Zavod iz naslova nadomestila plače za časčasne zadržanosti od dela tudi do 2,2 milijona tolarjev ali celo več. Zavod je letos v dodatno razpisanem programu za operacijo sive mreže dosegel ceno v višini 122.000 tolarjev (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003).
3. Prihranki na področju bolnišnične dejavnosti so mogoči na osnovi racionalne izvedbe programov. Zavod bo v dogovoru in pogodbah prizadevanja za obvladovanje izdatkov na ravni bolnišničnih storitev nadgradil z uvajanjem določenih vzpodbud in stimulacij za tiste izvajalce, ki bodo uspešno preusmerili del bolniške dejavnosti v stroškovno učinkovitejšo izvajanje dnevne in enodnevne bolnišnice. Številne študije dokazujejo, da je mogoče brez negativnih učinkov izvesti učinkovito zdravljenje izbranih bolezni in stanj zavarovanih oseb z izvajanjem programov dnevne oziroma enodnevne bolnišnice na področju ginekologije, dermatologije, pediatrije, okulistike, otorinolaringologije ter na področju kirurgije in internistike. V kolikor bi se vsaj 3–5 % omenjenih programov izvajalo na omenjeni način, bi se lahko prihranilo skupaj 632 milijonov tolarjev, od tega bi polovico prihrankov kot spodbudo za racionalno izvajanje programov zadržal izvajalec, polovico pa bi na leto prihranil Zavod (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003).
4. Podatki o rezultatih aktivnosti za obvladovanje porabe zdravil v letu 2002 so ohrabrujoči. Zato bodo z racionalizacijo predpisovanja zdravil na recepte in zmanjševanjem trenda porabe zdravil vključno s sistemskimi spremembami, kot so

uvedba sistema referenčnih cen zdravil in neposredna pogajanja s proizvajalci zdravil o ceni zdravil, nadaljevali. Po raziskavi Zavoda (april 2002) le 55,6 % zdravnikov splošne in družinske medicine pri uvajanju zdravila v dolgotrajno zdravljenje (kronična terapija) pogosto upošteva tudi ceno zdravila, tretjina zdravnikov pa le redko. V primeru, da bi zdravniki v večji meri predpisovali cenejša generična zdravila, bi Zavod na letni ravni prihranil najmanj 1 milijardo tolarjev. V letu 2002 je 52 zdravnikov v Sloveniji predpisalo zdravila v skupni vrednosti 6,65 milijarde tolarjev, v povprečju 127,9 milijonov tolarjev na zdravnika (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003).

5. Lani se je število dni odsotnosti z dela v Sloveniji povečalo, s tem pa tudi izdatki Zavoda za nadomestila plač zaradi začasne zadržanosti od dela (bolniški stalež). Zavod je lani sprejel zelo pomembne strokovne kriterije in izdelal poseben priročnik za ocenjevanje začasne delanezmožnosti, pri čemer so sodelovali predstavniki vseh strokovnih kolegijev izbranih medicinskih strok. Pozitivno mnenje in priporočilo pa sta dala tudi Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije. S tem so dane dobre strokovne osnove za okrepljeno aktivnost Zavoda, katere cilj je racionalno ocenjevanje začasne delanezmožnosti v Sloveniji. Za celovito obvladovanje pojava absentizma v Sloveniji pa ti ukrepi ne bodo dovolj, temveč bosta potrebna tudi medsektorska usklajenost, sodelovanje socialnih partnerjev, predvsem delodajalcev na splošno in še posebej pri nesrečah na delu. Zdravniške komisije Zavoda so lani izdale 262.881 mnenj v zvezi z ugotavljanjem začasne nezmožnosti za delo nad 30 dni. Na osnovi strokovnih kriterijev je ob večjem poenotenju postopkov ocenjevanja delanezmožnosti med območnimi enotami možno zmanjšati povprečno trajanje začasne zadržanosti z dela vsaj za en dan. Na letni ravni bi s tem zmanjšali izdatke za nadomestila plač za okrog 1,3 milijarde tolarjev (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003).
6. Zavod bo okrepil nadzor nad poslovanjem zdravstvenih organizacij ter izvedel tudi program racionalizacije stroškov za lastno poslovanje oziroma stroškov strokovne službe Zavoda, ki deluje na 55 lokacijah v Sloveniji. Največji obeti pri tem se kažejo pri zmanjševanju materialnih stroškov poslovanja in učinkovitem sistemu javnega naročanja (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2003).

Seveda pa je potrebno za znižanje izdatkov za zdravstvo znižati tudi stroške na ravni samih zdravstvenih organizacij, ki so izvajalke zdravstvenih storitev. Zato bom v nadaljevanju povedal nekaj o nadzoru stroškov v zdravstvenih organizacijah in predstavil primer kontrole stroškov v Kliničnem centru Ljubljana.

1.2.4 Nadzor stroškov v zdravstvenih organizacijah – primer Kliničnega centra Ljubljana

Nikoli popolnoma zadovoljene potrebe in omejenost dobrin na drugi strani človeka silijo v njihovo gospodarno uporabo. Zato pridobivanje dobrin nenehno spremlja proces gospodarjenja.

Uporaba ekonomike je nujna na vseh področjih in ravneh človekovega delovanja. Prav tako je potrebno uporabljati ekonomska načela pri razporejanju omejenih sredstev v zdravstvu za doseganje zastavljenih ciljev. K učinkoviti uporabi omejenih sredstev za zdravstvo lahko največ prispeva prav uspešno gospodarjenje organizirane zdravstvene službe, saj je ta osrednji dejavnik v sistemu zdravstva (Škapin, 1998, str. 17).

Vsako podjetje oziroma organizacija, ki posluje, potrebuje neko mero uspešnosti poslovanja. V podjetjih je temeljna mera uspešnosti njihova donosnost. Tega pa ne moremo reči za zdravstvene organizacije, kjer je osnovni namen gospodarjenja izpolnjevanje njihovega poslanstva. Zanje je zato merilo uspešnosti predvsem stopnja zadovoljitve potreb uporabnika in ne le opravljena količina zdravstvenih storitev. Pri tem imajo organizacije omejena dodeljena sredstva, zato morajo v tem okviru tudi nadzirati svoje poslovne stroške. Uspešnost obvladovanja stroškov je odvisna od številnih dejavnikov.

Pogoje gospodarjenja zdravstvenih organizacij določa najprej cela vrsta objektivnih dejavnikov, saj poslovni uspeh zavodov pomembno zavisi od okolja, v katerem delujejo. Posebnosti ekonomike v zdravstvu ter tudi sam pravni položaj organizacij in z njimi povezanimi cilji njihovega poslovanja izhajajo že iz samih posebnosti in značilnosti zdravstvenih storitev, o katerih sem že govoril. V zdravstveni dejavnosti ima zelo velik vpliv stopnja razvoja in tehničnega napredka medicinske stroke. Kajti prav stroka opredeljuje organizacijo zdravstvene službe v državi in v posameznih organizacijah. Pomanjkanje podjetniške miselnosti v zdravstvenih zavodih v pretežni meri izvira iz značilne strukture zaposlenih, kjer prevladuje predvsem medicinsko izobraženo osebje. Na delovanje in položaj zavodov imajo pomemben vpliv še tekoča dogajanja v družbi in gospodarstvu. Predvsem pa je potrebno izpostaviti oziroma omeniti normativno organiziranost sistema zdravstvenega varstva v državi. Vendar je poslovni uspeh zavodov odvisen tudi od njihovih lastnih sposobnosti. Tukaj velja omeniti sposobnost posloводства in ostalih zaposlenih, raven tehnologije in opremljenosti dela, učinkovitost organizacijske sestave, kakor tudi kakovost informacijskega sistema zavoda (Škapin, 1998, str. 17). Nenazadnje je pomemben še dober sistem nadzora stroškov, s katerim dobimo dobre informacije o nastalih stroških in s tem možnost ugotavljanja njihove ustreznosti glede na učinke, ki jih le-ti povzročijo.

Sistem obvladovanja stroškov v Kliničnem centru Ljubljana je v zadnjih nekaj letih doživel drastične spremembe. Leta 1998 so v Kliničnem centru vpeljali nov sistem nadzora – kontroling, predvsem zaradi težnje po večji preglednosti poslovanja, da bi s tem lahko bil zunanji nadzor večji in učinkovitejši. Eden od razlogov je tudi težnja po decentralizaciji odgovornosti poslovanja, saj do sedaj odgovornost ni bila usklajena s pristojnostmi odločanja. Odgovornost za poslovanje je slonela predvsem na Kliničnem centru kot enoviti organizaciji (Bohinc, 2000, str. 116).

Celoten koncept rešitev, ki ga lahko označimo kot sistem sprotnega spremljanja poslovanja, zajema realizacijo programa storitev in obvladovanje stroškov poslovanja. Ta je zasnovan na tem, da se (Bohinc, 2000, str. 117):

1. s plani predvidijo programski in materialni okviri poslovanja posameznih enot,
2. sproti spremlja realizacija, sprva vsak mesec, pozneje pa tudi pogosteje izdelava sistem kazalcev, ki bo omogočil primerjave med enotami in na tej podlagi popravke planskih okvirov,
3. znova vzpostavi sistem interne realizacije in internih cen,
4. zaradi poznavanja stroškov posamezne dejavnosti vpelje stroškovna mesta,
5. postopno preide na sistem obračunavanja storitev po diagnostičnih skupinah (sprememba v načinu financiranja bolnišnic).

Prvi plani za določanje primerne višine določenih stroškov so bili izdelani na podlagi triletnega povprečja stroškov, v naslednjih letih pa so bile dodatno upoštevane spremembe v programu storitev in s tem povezano zaposlenostjo ter stroški ugotovitve analize poslovanja, ki je v nekaterih primerih pokazala negospodarno porabo (Bohinc, 2000, str. 120).

Spremljanje stroškov poslovanja je bilo zasnovano tako, da so vse stroške razdelili na (Bohinc, 2000, str. 120):

- stroške materiala,
- stroške dela in
- stroške storitev.

V grobem sestavljajo stroški dela v celotnem Kliničnem centru 52 % vseh stroškov, stroški materiala 30 % in stroški storitev 18 %. Znotraj te delitve so še razdelili stroške materiala in storitev na medicinske stroške materiala in storitev in nemedicinske stroške materiala in storitev (Bohinc, 2000, str. 120).

Razvrstitev materiala po vrstah je vsebinska, vsaka vrsta predstavlja posebne materiale, ki ustrezajo specifičnim potrebam in se razlikujejo tudi po načinu nabave. To je bila hkrati podlaga za določitev minimalnih zalog na oddelkih in v skladiščih. Plan stroškov materiala je prilagojen dinamiki planiranega obsega storitev po mesecih. S tem želijo v Kliničnem centru odpraviti nepotrebno kopičenje zalog na oddelkih v posameznih obdobjih, saj je

oskrba normalna, rezerva pa so zaloge v skladiščih in ni potrebno, da bi bile rezerve v zalogah na oddelkih. Želeni cilj v bolnici je, da zaloge na oddelkih in v skladiščih ne bi presegle 30-dnevne porabe (Bohinc, 2000, str. 120).

Stroški dela v Kliničnem centru zajemajo vse stroške, povezane z zaposlenimi, ne glede na to, kako jih razvršča računovodstvo. Zato med stroške dela uvrščajo tudi stroške za pogodbe o delu, avtorske honorarje, delo študentov, stroške strokovnega usposabljanja, prehrano med delom, prevoze na delo in vse druge stroške, povezane z delom. Prav tako tudi stroški storitev zajemajo vse storitve ne glede na to, kako jih razvršča računovodstvo. Takšen pregled stroškov materiala dela in storitev je za uporabnika podatkov razumljivejši kakor pregled stroškov po kontih. Kontrola stroškov po kontih je smiselna in potrebna le tedaj, ko se podrobneje preučujejo posamezni stroški (Bohinc, 2000, str. 121).

Hkrati z uvajanjem odločevalskega informacijskega sistema – OIS je bila vpeljana tudi interna realizacija za vse storitve med enotami v Kliničnem centru. Prvo leto še po vrednosti točke, že v naslednjem letu pa po internem ceniku, ki je upošteval kalkulacijo stroškov za posamezne storitve. Tako je bila dosežena objektivnost v cenah za posamezne interne storitve. V interni realizaciji se obračunavajo storitve laboratorija, rentgena, nuklearne medicine ter vse do prehrane in storitev tehničnih služb (Bohinc, 2000, str. 120).

Za sprotno spremljanje stroškov uporabljajo v Kliničnem centru podatke, ki nastajajo na transakcijski ravni. Zato so viri podatkov različni. Podatke o stroških dela in zaposlenosti dobimo iz obračuna plač, podatke o materialnih stroških iz materialnega poslovanja, podatke o realizaciji programa iz bolnišničnoinformacijskega sistema (BIS), podatke o interni realizaciji pripravi na podlagi obračunov planska služba, le podatki, ki niso dosegljivi drugje kot v glavni knjigi, se prenašajo iz glavne knjige. Vse podatke, razen tistih iz glavne knjige, pridobijo do 10. v mesecu za pretekli mesec. Za boljše spremljanje stroškov so leta 1999 pripravili projekt vpeljevanja stroškovnih mest. Od leta 2000 je evidentiranje stroškov vezanih na 292 stroškovnih mest. To bo omogočilo bistveno boljše in natančnejše spremljanje stroškov in hkrati tudi verodostojnejše izračunavanje kazalnikov (Bohinc, 2000, str. 121–122).

2. KONTROLA STROŠKOV V PODJETJU CYGNET HEALTH CARE

Podjetje Cygnet Health Care je zasebno angleško podjetje, ki posluje v panogi psihiatrije oziroma zdravstva.

Vedno večji vir dohodka za podjetje predstavljajo dohodki iz naslova outsourcinga za angleški nacionalni zdravstveni sistem (v nadaljevanju NHS – national health service). V času, ko NHS išče čim boljši “value for money” (najvišjo vrednost za določeno vsoto

denarja) oziroma čim nižje cene za čim boljšo kakovost storitev, ko se odloča, kam poslati svoje paciente, morajo v podjetju težiti k čim nižjim cenam. Da bi lahko to dosegli, morajo posvečati pozornost kontroli stroškov oziroma poskušati poslovati s čim nižjimi možnimi stroški, ne da bi pri tem ogrozili kakovosti svojega poslovanja.

Iz teh razlogov imajo v podjetju Cygnet Health Care razvit sistem kontrole stroškov, ki bo tudi predmet analize v nadaljevanju tega poglavja. Najprej bom predstavil podjetje in različne kategorije stroškov, ki jih opazujejo oziroma izračunavajo v podjetju. Prikazal bom njihovo gibanje v zadnjih 4 letih in njihov delež v celotnih stroških.

2.1 PREDSTAVITEV PODJETJA CYGNET HEALTH CARE

Podjetje, ki je bilo ustanovljeno leta 1988, upravlja 11 psihiatričnih klinik in 2 doma za ostarele s skupno 501 posteljo za bolnike. Je drugi največji ponudnik storitev psihiatričnega zdravljenja za zasebne bolnike v Angliji in je največji outsourcing ponudnik angleškemu nacionalnemu zdravstvenemu sistemu (NHS – national health service) v akutni in intenzivni psihiatriji. Podjetje je tudi največji ponudnik storitev detoksikacije za zasebni in javni sektor. Na tem področju je razvilo nov koncept zdravljenja, ki se imenuje DETOX 5 (Cygnet Health Care Company Handbook, 2003).

2.1.1 Organizacijska struktura

Pravno-formalna oblika podjetja Cygnet Health Care je družba z omejeno odgovornostjo (LTD). Večinski lastnik podjetja je John Hughes, ki upravlja tudi funkcijo direktorja podjetja (Chief Executive). Njegov lastniški delež v podjetju je 65 %. 25 % delež v podjetju ima Ken Wilson, ki je tudi finančni direktor podjetja. Preostalih 10 % podjetja je v lasti zaposlenih.

Podjetje je razdeljeno na več lokalnih centrov, kjer prevladuje lokalni administrativni management. Že sama osebnostna narava dela zahteva, da je le to vodeno iz večih lokalnih centrov. Ti centri delujejo kot samostojne oziroma samozadostne organizacijske enote podjetja. Vsak center je voden s strani lastnega lokalnega upravnega odbora. Tega sestavlja (Cygnet Health Care Company Handbook, 2003):

- vrhnji manager,
- zdravstveni direktor,
- 2 izvršilna direktorja ter
- predstavnik zaposlenih.

Posamezne organizacijske enote podjetja (psihiatrične klinike, domovi za ostarele, centri za detoksifikacijo) se morajo prilagajati lokalnim potrebam s svojo ponudbo (na primer:

ena od bolnic je odprla nov oddelek "mati in otrok" za matere, ki trpijo za postnatalno depresijo) in s svojo organizacijsko strukturo (večje bolnice imajo več administracije kot manjše in podobno). Zato je ta v posameznih bolnicah nekoliko različna, vendar pa je v vseh prisoten klinični in administrativni manager (hospital manager). Nadzor nad njimi pa opravljajo regionalni direktorji, ki so zadolženi za vodenje več bolnic oziroma enot. Organizacijska struktura podjetja je prikazana v prilogi 1.

2.1.2 Zaposleni

Konec poslovnega leta 2002 (31.10.2002) je bilo v podjetju zaposlenih 750 ljudi, polovica je medicinskih sester (Cygnet Health Care Company Handbook, 2003). Vrhnji managerji so po izobrazbi ekonomisti in prav tako v večji meri tudi izvršilni direktorji. Njihove naloge so ekonomskega značaja (nadzor nad pretokom denarja, vodenje računov, oblikovanje strategij za nadaljnji razvoj in drugo), zato je tudi pravilno, da jih upravlja ekonomsko izobražen kader. Vendar je zanimivo, da ima veliko vrhnjih managerjev v podjetju "kvalifikacijo medicinske sestre" (nursing qualifications), ki so jo po večini pridobili v času dela v podjetju Cygnet Health Care. To izhaja iz filozofije podjetja, ki zahteva, da mora vsak zaposleni vedeti, kaj je glavna dejavnost podjetja, in ta je zdravljenje in pomoč bolnim ljudem. Vsak zaposleni mora skozi trening "spoznavanja narave dela" v podjetju, ki vključuje delo z bolniki ne glede na stroko, iz katere izhaja, oziroma delo, ki ga bo opravljal v podjetju (recimo računovodja podjetja). Nalogo zdravstvenega direktorja upravlja zdravnik. Njegove naloge posegajo na področje zdravljenja oziroma zdravstvene dejavnosti podjetja, saj je zadolžen za brezhibno delovanje le-te. Skrbeti mora, da je vedno na razpolago dovolj medicinskih sester in zdravnikov za določen dan ter da je standard zdravljenja bolnikov ustrezen³.

V podjetju ne zaposlujejo psihiatrov, vendar so ti neke vrste zunanji sodelavci. Le-tem podjetje omogoči vso potrebno infrastrukturo (prostore, vodenje računov itd.) za njihovo nemoteno delovanje. Ti pa podjetju zaračunavajo standardno ceno za pregledanega pacienta oziroma ure dela.

2.1.3 Finančni podatki

Poslovno leto podjetja Cygnet Health Care poteka od 1. novembra do 31. oktobra.

Tabela 1 prikazuje nekatere podatke o poslovanju podjetja Cygnet Health Care v obdobju od leta 1998 do 2002 ter gibanje deleža prihodkov iz naslova outsourcinga za NHS. Iz tabele 1 je razvidno, da so prihodki vse od leta 1998 strmo naraščali in so v letu 2002 znašali približno 37 mio angleških funtov, v primerjavi z letom 1998, ko so le-ti znašali

³ Podrobnejših podatkov o kvalifikacijski strukturi zaposlenih v podjetju niso želeli posredovati.

okoli 12 mio angleških funtov. V letu 2002 je bila rast prihodkov glede na prejšnje leto 8-odstotna, kar je precej manj kot v letu 2001, ko je rast prihodkov glede na leto 2000 znašala 46 %, kar predstavlja tudi najvišjo rast v zadnjih 5 letih.

V tabeli 1 lahko vidimo, da je tudi vrednost prihodkov pred obrestmi, davki, depreciacijo in amortizacijo (v nadaljevanju EBITDA (earnings before interest, taxes depreciation, amortization)) v opazovanem obdobju precej naraščala. V letu 2002 je bila EBITDA 8,5 mio angleških funtov, kar je predstavljalo le 3-odstotno rast glede na leto 2001. Največjo rast v vrednosti EBITDA je podjetje doseglo v letu 1999 ko je le-ta znašala kar 130 %, in sicer je iz 1,041 mio angleških funtov v letu 1998 EBITDA narasel na 2,395 mio angleških funtov v letu 1999.

Podjetje je torej v zadnjih 5 letih doseglo visoko rast v poslovanju, kar pa je potrebno pripisati predvsem povečani rasti prihodkov iz naslova outsourcinga za NHS. Kakor lahko vidimo v tabeli 1, je delež prihodkov iz naslova outsourcinga za NHS v letu 1998 znašal 50 % vseh prihodkov, v letu 2002 pa že 65 % vseh prihodkov.

V tabeli 1 je prikazana tudi ocena rezultatov poslovanja za poslovno leto 2003. V letu 2003 pričakujejo 17-odstotno rast prihodkov, in sicer naj bi ti narasli na 42,697 mio angleških funtov. Prav tako pričakujejo rast v vrednosti EBITDA za 23 % ter tudi rast v deležu prihodkov iz naslova outsourcinga za NHS, in sicer iz 65 % v letu 2002 na 70 % v naslednjem letu.

TABELA 1: Prihodki in EBITDA v obdobju od leta 1998 do 2003 ter prikaz gibanja deleža prihodkov iz naslova outsourcinga za NHS v podjetju Cygnet Health Care (vrednosti v 1000 angleških funtov)

ELEMENT	1998	1999	2000	2001	2002	ocena 2003
PRIHODKI	12.081	16.374	23.066	33.638	36.494	42.697
EBITDA	1.041	2.395	4.643	8.255	8.507	10.483
NHS PRIHODKI %	50 %	58 %	67 %	65 %	65 %	70 %
RAST PRIHODKOV GLEDE NA PRETEKLO LETO	24 %	36 %	41 %	46 %	8 %	17 %
RAST EBITDA GLEDE NA PRETEKLO LETO	-3 %	130 %	94 %	60 %	3 %	23 %

VIR: »Cygnet revenue & EBITDA growth, showing changes in NHS outsourcing income«, september 2002.

2.2 STROŠKI V PODJETJU CYGNET HEALTH CARE

V podjetju Cygnet Health Care težijo k čim nižjim stroškom, saj to predstavlja zanje vir konkurenčnosti.

Iz mesečnega poročila za vsako organizacijsko enoto oziroma psihiatrično kliniko, ki ga pripravljajo v računovodstvu, lahko vidimo, da v podjetju zelo podrobno razvrščajo in nadzirajo stroške. Vsak oddelek ima zelo natančno razdeljene stroške, ki jih mora nadzirati. Tako lahko v poročilu najdemo stroške za čistila v oddelku čistilk, stroške uniform v oddelku kuhinje itd. Vendar pa so v končnem poročilu ali konsolidiranem izkazu uspeha za določeno organizacijsko enoto v podjetju stroški poslovanja grupirani v naslednje kategorije, ki bodo tudi predmet moje analize (Management Accounts Cygnet Hospital Ealing, 2002):

- neposredni stroški (direct costs),
- stroški zdravstvenih storitev (medical services),
- stroški storitve zdravstvene nege za akutne bolnike (nursing services — acute),
- stroški storitve zdravstvene nege za težke bolnike (nursing services — picu),
- stroški delovne terapije (occupational therapy),
- stroški “hotelskih” storitev (hotel services),
- stroški uprave (administration),
- stroški plina, elektrike in vode (utilities).

Iz zgornje razvrstitve stroškov lahko vidimo, da delijo v podjetju stroške za storitve zdravstvene nege na akutne in težke bolnike. V posameznih bolnicah imajo dva oddelka, in sicer oddelek za akutne bolnike, ki se zdravijo lažjih mentalnih motenj, kot so depresija in podobno, in oddelek za težke bolnike, ki so nevarni samemu sebi (samomorilska nagnjenja) in do drugih. Ta oddelek je zaprt in varovan.

V kategorijo **neposrednih stroškov** spadajo stroški farmacije (zdravila), patoloških pregledov, radiologije, pregledov ob sprejetju pacienta v kliniko, stroški posebne zdravstvene nege (posebna nega je potrebna, če je pacient preveč vznemirjen, problematičen in je potreben 24-urni nadzor), stroški prevoza bolnika itd. (Management Accounts Cygnet Hospital Ealing, 2002).

Kategorija **stroškov zdravstvenih storitev** vključuje vse stroške, ki so nastali v zdravstvenem oddelku (medical department). Sem so vključeni stroški plač zdravstvenega direktorja (medical director), njegove tajnice, plače »junior« zdravnikov in ostalih zaposlenih v tem oddelku ter stroški zavarovanja in pokojninskih prispevkov za zaposlene v tem oddelku (Management Accounts Cygnet Hospital Ealing, 2002).

Stroški zdravstvene nege predstavljajo stroške plač, obveznega zavarovanja in pokojninskih prispevkov za direktorja zdravstvene nege (nursing director) in medicinskih sester. V to kategorijo so vključeni tudi stroški part-time medicinskih sester, ki jih pošiljajo agencije. Ta skupina stroškov predstavlja v podjetju veliko težavo, saj morajo zaradi pomanjkanja medicinskih sester v Angliji iz agencij najemati medicinske sestre, ki so

slabše in predvsem dražje kot redno zaposlene sestre. V tej kategoriji so upoštevani še stroški rednih pregledov in vzdrževanja medicinske opreme ter stroški ostalega materiala, ki ga potrebujejo medicinske sestre (Management Accounts Cygnet Hospital Ealing, 2002).

Naslednja kategorija stroškov, **stroški delovne terapije**, vključuje vse stroške v zvezi z delovno terapijo, torej stroške delovne terapevtke, asistenta, socialnega delavca, stroške materiala, porabljenega v delovni terapiji, in podobno (Management Accounts Cygnet Hospital Ealing, 2002).

Vse te kategorije stroškov predstavljajo stroške medicinskega oddelka oziroma stroške medicinskega dela poslovanja, medtem ko so stroški hotelskih storitev, administracije in vode, plina ter elektrike stroški nemedicinskega oddelka oziroma nemedicinskega dela poslovanja.

Med **stroške hotelskih storitev** spadajo vsi stroški, nastali v oddelkih kuhinje (catering department), čistilk (housekeeping department) in vzdrževanja (maintenance department). V vsakem od teh oddelkov se beležijo stroški plač zaposlenih ter vsi prispevki, ki spadajo zraven. Hkrati se beležijo stroški materiala, porabljenega v teh oddelkih (čistila v oddelku čistilk, različna orodja v oddelku vzdrževanja ali različni pripomočki v kuhinji). Tukaj se pravzaprav beležijo vsi stroški, ki so nastali kot rezultat "hotelskih" storitev klinike (Management Accounts Cygnet Hospital Ealing, 2002).

Kakor je razvidno iz tabele 2 na strani 23, največji delež v celotnih stroških predstavljajo **stroški administracije**. V to kategorijo sodijo vsi stroški plač zaposlenih v administraciji ter vsi prispevki, ki spadajo zraven. Poleg teh stroškov ta kategorija zavzema še stroške pisarniškega materiala, telefona, stroške raznih akreditacij s strani države, potrebnih, da lahko klinika sploh posluje, stroške reklame, amortizacija sredstev in podobno (Management Accounts Cygnet Hospital Ealing, 2002).

Vsaka izmed teh kategorij stroškov ima svojo posebno stran v mesečnem poročilu, ki ga pripravi računovodstvo, kjer so natančno prikazane vse vrste stroškov, ki spadajo v določeno zgoraj opisano kategorijo. To nam prikaže, kako natančno beležijo in nadzirajo stroške v posamezni kliniki in v podjetju skupaj.

V nadaljevanju bom prikazal gibanje različnih kategorij operativnih stroškov v zadnjih treh letih ter njihov delež v celotnih stroških. Analizo bom izvedel za organizacijsko enoto podjetja oziroma psihiatrično kliniko, ki predstavlja največji vir prihodka za podjetje. To je psihiatrična klinika Beckton (v nadaljevanju PKB).

PKB se nahaja v jugovzhodnem delu Londona in ima 55 postelj za paciente. Le-ti so izključno pacienti iz NHS. 100-odstotni vir dohodka torej v PKB predstavlja outsourcing

za NHS. Kakor je razvidno iz tabele 2, je v letu 2000 klinika imela 4,7 mio angleških funtov prihodkov, ki so v naslednjih dveh letih narasli na 8 mio angleških funtov, kar priča o drastičnem porastu poslovanja te klinike. To se opazi tudi v porastu števila bolniškooskrbnih dni (in-patients days) v letu 2001. Le-ti so narasli za dobrih 7500 dni glede na prejšnje leto. Razlog za to najdemo v odprtju novega oddelka za težke bolnike v letu 2001. Zaradi povečanja poslovanja so porasli tudi stroški poslovanja, ki so se v letu 2001 skoraj podvojili v primerjavi s prejšnjim letom.

Tabela 2 prikazuje različne kategorije stroškov, ki sestavljajo stroške poslovanja PKB in njihove deleže v celotnih stroških poslovanja. V tabeli 2 lahko vidimo, da so stroški poslovanja v letu 2000 znašali 3.301.591 angleških funtov. Ti so do leta 2002 narasli na 6.710.431 angleških funtov, kar pa je v večji meri odraz povečanega poslovanja zaradi odprtja nove enote za težke bolnike v letu 2001.

Kakor je razvidno iz tabele 2, se je struktura stroškov v letu 2000 le malo razlikovala od tistih iz let 2001 in 2002, to pa predvsem zaradi dejstva, da v tem letu še niso imeli oddelka za težke bolnike, zato tudi niso imeli stroškov zdravstvene nege iz tega naslova. Po drugi strani so v tem letu prisotni stroški oddelka medicinskih sester na domu (C. P. N. department), ki jih v naslednjih letih ni. Ta oddelek predstavlja poizkus uvedbe nove storitve oskrbe bolnikov na domu, ki pa je v istem letu že propadla. Njihov delež v celotnih stroških je znašal 25 %. Naslednji dve veliki skupini stroškov v letu 2000 sta bili še stroški zdravstvene nege in stroški administracije, katerih delež je bil nekaj več kot 20 %.

Struktura stroškov v letih 2001 in 2002 je precej podobna in se ni spreminjala. Največ stroškov so imeli v kliniki iz naslova storitev zdravstvene nege, katerih delež v celotnih stroških je v letu 2001 znašal 38,5 %, v letu 2002 pa 37,7 %. Velik delež v celotnih stroških predstavljajo tudi stroški administracije. V letu 2001 so le-ti predstavljali 34,1 % celotnih stroškov, v naslednjem letu pa 1 % več (35 %). Najmanjši delež v celotnih stroških predstavljajo stroški vode, plina in elektrike, katerih delež je bil 0,3 % v letu 2001 in 0,4 % v letu 2002.

TABELA 2: Prikaz različnih kategorij stroškov in njihovih deležev v celotnih stroških v obdobju od 2000 do 2002 za PKB (vrednosti v 1000 angleških funtih)

ELEMENT	LETO 2000		2001		2002	
	Vrednost	odstotki	Vrednost	odstotki	Vrednost	odstotki
Neposredni stroški	231.399	7,0	487.583	7,7	503.739	7,5
Stroški zdravstvenih storitev	309.617	9,4	470.050	7,5	435.577	6,5
Stroški storitev zdravstvene nege—akutni	712.329	21,6	1.009.786	16,0	1.092.638	16,3
Stroški storitev zdravstvene nege—težki			1.414.710	22,5	1.438.032	21,4
Stroški oddelka medicinskih sester na dom	826.061	25,0	0	0,000	0	0,000
Stroški delovne terapije	63.734	1,9	135.590	2,2	170.524	2,5
Stroški hotelskih storitev	373.157	11,3	615.164	9,8	649.241	9,7
Stroški uprave	744.443	22,5	2.143.316	34,1	2.393.278	35,7
Stroški plina, vode in elektrike	40.851	1,2	18.348	0,3	27.402	0,4
Stroški poslovanja	3.301.591	100,0	6.294.547	100,0	6.710.431	100,0
Prihodki	4.722.217		8.418.402		7.889.272	
Število bolniškooskrbnih dni	12.228		19.709		16.208	

VIR: Management accounts Cygnet Health Care-Cygnet Clinic Beckton, october 2000, 2001, 2002.

Če pogledamo gibanje stroškov v obdobju od leta 2000 do leta 2002 v tabeli 3, lahko vidimo, da so v letu 2001 glede na prejšnje leto najbolj narasli stroški administracije, in to za kar 180 %: s 744.000 angleških funtov na 2.140.000 angleških funtov. Razlog za to je odprtje novega oddelka za težke bolnike, ki je zahteval zaposlitev dodatnega administrativnega osebja, ki bi vodil oziroma usklajeval delo v tem oddelku. V letu 2001 so močno narasli tudi neposredni stroški, stroški delovnih terapij ter stroški storitev zdravstvene nege. To je povsem normalno pričakovati, saj so le-ti neposredno povezani s številom bolnikov oziroma bolniško oskrbnih dni. Ti pa so se v letu 2001 povečali za 61 % oziroma za okoli 7500 bolniškooskrbnih dni. Iz tabele 3 pa lahko tudi opazimo, da so se presenetljivo zmanjšali stroški plina, elektrike in vode, za katere bi pričakovali, da se bodo tudi povečali. Celotni stroški poslovanja so se v letu 2001 tako povečali za 90 % glede na leto 2000.

TABELA 3: Indeksi rasti in višina stroškov v letu 2001 in v letu 2002 (vrednosti v 1000 angleških funtih) v PKB

ELEMENT	2001	I_{2001/2000}	2002	I_{2002/2001}
Neposredni stroški	487.583	210,7	503.739	103,3
Stroški zdravstvenih storitev	470.050	151,8	435.577	92,7
Stroški storitev zdravstvene nege- akutni	1.009.786	141,8	1.092.638	108,2
Stroški storitev zdravstvene nege- težki	1.414.710	0,000	1.438.032	101,6
Stroški oddelka medicinskih sester na domu	0		0	
Stroški delovne terapije	135.590	212,7	170.524	125,8
Stroški hotelskih storitev	615.164	164,9	649.241	105,5
Stroški uprave	2.143.316	287,9	2.393.278	111,7
Stroški plina, vode in elektrike	18.348	44,9	27.402	149,3
Stroški poslovanja	6.294.547	190,7	6.710.431	106,6
Prihodki	8.418.402	178,3	7.889.272	93,7
Število bolniškooskrbnih dni	19.709	161,2	16.201	82,2

VIR: Management accounts Cygnet Health Care-Cygnet Clinic Beckton, october 2000, 2001, 2002.

V letu 2002 je bil porast stroškov poslovanja manjši, in sicer je znašal le slabih 7 % glede na leto 2001. Najbolj so porasli stroški plina, vode in elektrike. Njihov porast je znašal 50 % glede na leto 2001. Prav tako so porasli neposredni stroški, stroški storitev zdravstvene nege in pa stroški hotelskih storitev ter uprave, vendar v precej manjšem obsegu kot stroški plina, elektrike in vode. V tem letu lahko opazimo znižanje stroškov medicinskih storitev, in sicer za 7 % glede na leto 2001.

2.3 INSTRUMENTI NADZORA STROŠKOV V PODJETJU CYGNET HEALTH CARE

Sistem kontrole stroškov je v vsakem podjetju organiziran z namenom obvladovanja posameznih kategorij stroškov, ne da bi pri tem ogrozili kakovost poslovanja, kar je v zdravstvu še posebej pomembno. V podjetju Cygnet Health Care imajo razvit sistem nadzora stroškov, ki ga lahko razdelimo na različne instrumente, s katerimi želijo v podjetju izboljšati spremljanje in nadziranje stroškov. Le-ti so (Interni viri podjetja Cygnet Health Care, 2003):

1. natančno predračunavanje in redna mesečna poročila o poslovanju,
2. gibljivo predračunavanje,
3. koncept stroškov na bolniško oskrbni dan,
4. moč odločanja vodij posameznih oddelkov v okviru klinike,
5. finančna vzpodbuda za vodje posameznih oddelkov,

6. finančna vzpodbuda in možnost napredovanja za top managerje (managerji bolnice, regionalni direktorji ...),
7. vojaška hierarhija in struktura poročanja.

Sistem nadzora stroškov v Cygnet Health Care je sestavljen iz dobrega in natančnega predračuna, ki predstavlja osnovo za nadziranje stroškov. Pomembna so tudi mesečna poročila, ki kažejo, ali smo poslovali v okviru danega predračuna. Da bodo ljudje skrbeli za primerno raven stroškov, imajo v podjetju oblikovane različne finančne vzpodbude za odločevalce o stroških. Pri tem je pomembna tudi vojaška hierarhija odločanja, pri kateri natančno vemo, kdo je odgovoren za kaj in komu.

V nadaljevanju diplomskega dela bom bolj nazorno predstavil zgoraj navedene instrumente, ki sestavljajo sistem kontrole stroškov v podjetju Cygnet Health Care.

2.3.1 Gibljivo predračunavanje in koncept stroškov na BOD

Cilj nadzora stroškov je ugotavljanje nezaželenih odmikov od načrtovanih vrednosti in ugotavljanje vzrokov za to ter reševanje teh vzrokov, da se neželjeni odmiki ne bi več ponovili. Pri tem želimo dobiti čim bolj realne in natančne podatke, da bi bile nadaljnje odločitve čim bolj pravilne. V podjetju Cygnet Health Care so zato uvedli gibljivo predračunavanje, ki pomeni prilagajanje predračuna dejansko doseženemu obsegu poslovanja. Določeni stroški so vezani na obseg poslovanja in s tem njihov porast včasih ni le krivda slabega delovanja odgovorne osebe za ta strošek, ampak porasta obsega poslovanja. Zgodi se lahko tudi, da so načrtovani stroški previsoki, ker je bil obseg poslovanja nižji od načrtovanega. V tem primeru je lahko odgovorna oseba za določen strošek po načrtovanih podatkih dosegla načrt, vendar nam nato gibljivi predračun pokaže, da bi se morali glede na upad poslovanja znižati tudi stroški. Zato je potrebno pri izračunavanju odmikov pogledati, kakšni bi bili stroški pri dejanskem obsegu poslovanja in ne pri načrtovanem. S tem izničimo vpliv obsega poslovanja na stroške in ostane nam le odmik, ki je rezultat oziroma odgovornost osebe, ki je za te stroške zadolžena. Torej nam predračunavanje pomaga pri ugotavljanju dejanskih razlogov za odmike od načrtovanih vrednosti.

Naj koncept ponazorim na praktičnem primeru. V psihiatrični kliniki Ealing so bili v oddelku medicinskih sester v mesecu oktobru leta 2002 dejanski stroški agencijskih medicinskih sester (bank nursing) 9094 funtov. Predračun za to kategorijo stroškov je v tem letu znašal 7068 funtov. Po tem izračunu so bili dejanski stroški za 2026 funtov višji od načrtovanih. Vendar če pogledamo fleksibilni predračun, lahko vidimo, da so bili načrtovani stroški za ta mesec le 3952 funtov, saj je bil dejanski obseg poslovanja manjši od načrtovanega. S tem pa je bil odmik precej večji kot 2026 in je znašal 5142 funtov (glej tabelo 4). To pomeni, da odgovorna oseba, v tem primeru vodja medicinskih sester, ni

ravnala ustrezno z upadom poslovanja in so bili s tem stroški precej večji od načrtovanih. Dejanski stroški so bili višji že od samih predračunanih stroškov, vendar nam je fleksibilni predračun pokazal, da je bil odmik še veliko večji.

TABELA 4: Primer gibljivega predračuna za oddelek medicinskih sester v psihiatrični kliniki Ealing za mesec oktober 2002 (vrednosti izražene v angleških funtih)

PART-TIME MED. SESTRE	DEJANSKI STROŠKI	NAČRTOVANI STROŠKI	ODMIK
PREDRAČUN	9.094	7.068	2.026
GIBLJIVI PREDRAČUN	9.094	3.952	5.142

VIR: Management accounts Cygnet Health Care-Cygnet Hospital Ealing, oktober 2002.

Naslednji pomemben dejavnik, ki vpliva na kontrolo stroškov v podjetju, je koncept stroškov na BOD. V podjetju Cygnet Health Care načrtujejo in spremljajo stroške tudi na enoto proizvoda, ki predstavljajo BOD. S tem natanko vedo, koliko lahko določen strošek znaša na enoto BOD in kakšen delež zavzema v ceni BOD. To jim na koncu pomaga določiti cene storitev, saj natanko vedo, koliko morajo dobiti za pokritje stroškov. V tabeli 5, ki nam prikazuje vrednosti stroškov poslovanja ter prihodkov na BOD za mesec september v letu 2002 za PKB, lahko vidimo, da so znašali skupni stroški poslovanja na BOD v mesecu septembru leta 2002 za PKB 588,222 angleških funtov, kar predstavlja spodnjo mejo za vrednost prihodkov na BOD za mesec september, saj bi v nasprotnem primeru imeli izgubo. Cena oziroma prihodek na enoto BOD mora biti višji od stroškov za želeni dobiček na enoto BOD. Iz tabele je razvidno, da je znašal prihodek na enoto BOD v mesecu septembru leta 2002 610,770, kar pomeni, da so v PKB v mesecu septembru dosegli dobiček na bolniško oskrbni dan v višini 22,548 angleških funtov.

TABELA 5: Vrednosti stroškov poslovanja ter prihodkov na bolniškooskrbni dan za mesec september v letu 2002 za PKB (vrednosti v angleških funtih)

ELEMENT	VREDNOST NA ENOTO BOD
Neposredni stroški	36,15
Stroški zdravstvenih storitev	44,11
Stroški storitev zdravstvene nege – akutni	114,05
Stroški storitev zdravstvene nege – težki	133,28
Stroški delovne terapije	7,20
Stroški hotelskih storitev	47,69
Stroški uprave	204,63
Stroški plina, vode in elektrike	1,12
Stroški poslovanja	588,22
Prihodki	610,78
EBIT	22,55

VIR: Management accounts Cygnet Health Care-Cygnet Clinic Beckton, september, 2002.

S tem ko imajo v podjetju podane stroške na bolniškooskrbni dan za vsak mesec v preteklem letu, lahko s pomočjo povprečne vrednosti le-teh določijo prodajno ceno svojega

proizvoda v naslednjem letu. Vedo lahko torej za koliko lahko spustijo ceno v boju s konkurenco, ne da bi bili pri tem v izgubi.

2.3.2 Natančno predračunavanje in redna mesečna poročila o poslovanju

Osnova vsake kontrole so primerna merila, s katerimi lahko nato oblikujemo lastno oceno o ustreznosti določene kategorije, ki jo ocenjujemo. Pri stroških nas tako zanima njihova ustrežna višina glede na učinke, ki jih določen strošek povzroči. V podjetju Cygnet Health Care so merila določena z natančnim predračunavanjem, ki se izvede pred začetkom vsakega poslovnega leta, to je v mesecu septembru. Predračuni so narejeni za vsak mesec posebej in za več kot 100 vrst stroškov iz vsakega oddelka v podjetju (oddelek medicinskih sester, vzdrževanja, administracije itd.). Pri pripravi predračuna sodelujejo tudi odgovorni v posameznih oddelkih. S tem je zagotovljen bolj realen predračun, saj odgovorni najbolje poznajo stroške svojega oddelka. Po drugi strani s sodelovanjem zaposlenih pri sestavljanju predračunov preprečimo, da bi bil predračun preveč ali premalo strog. Predračun predstavlja merilo uspešnosti delovanja zaposlenih in je hkrati tudi instrument motivacije, ki zaposlenega spodbuja k doseganju zastavljenih ciljev in ga tako pripravi k vlaganju več truda v svoje delo. Zato moramo paziti, da to merilo zaposlenega ne »zafrustrira«, ker ga ne more doseči, saj s tem lahko povzročimo, da se bo kvaliteta njegovega dela zmanjšala. Hkrati pa ne smemo postaviti prenizkih meril, saj bo s tem zaposleni težil le k doseganju tega cilja in ne bo izkoristil vseh svojih sposobnosti. S sodelovanjem odgovornih v oddelkih pri sestavljanju predračuna dosežemo tudi, da se zaposleni čuti pomembnega, počuti se kot del podjetja, s čimer povečamo njegovo zavest o pripadnosti podjetju. To končno privede do tega, da se bo zaposleni po svojih najboljših močeh potrudil za dobrobit podjetja.

Ko so predračuni za naslednje poslovno leto narejeni in s tem ustvarjena merila, s katerimi bomo ocenjevali nastale stroške, je potrebno organizirati proces sprotne spremljanja, zajemanja podatkov. V podjetju Cygnet Health Care imajo standardizirano obliko mesečnega poročila o poslovanju, ki ga vsak mesec za vsako organizacijsko enoto posebej pripravijo v računovodstvu podjetja. Poročilo predstavlja rezultat celomesečnega dela računovodstva in zajema tako podatke o prihodkih v podjetju (in z njimi povezano zasedenostjo oziroma številom bolniško oskrbnih dni) kot podatke o stroških, nastalih v posameznem oddelku posamezne organizacijske enote. Poročilo mora biti oddano vodstvu podjetja najkasneje do 10. v naslednjem mesecu (Interni viri podjetja Cygnet Health Care, 2003).

Vsak mesec pripravijo v podjetju 4 vrste različnih poročil, ki so enako strukturirana. Vsako izmed teh mesečnih poročil je sestavljeno iz konsolidiranega izkaza uspeha, ki agregira vse informacije o prihodkih in stroških posameznih oddelkov v organizacijski enoti. Temu sledijo ločena poročila o stroških v posameznih oddelkih podjetja (zdravstveni oddelek

(medical department), oddelek medicinskih sester (nursing department), oddelek delovne terapije, oddelek vzdrževanja (maintenance department) itd.) hkrati z načrtovanimi vrednostmi. Med seboj se razlikujejo po tem, ali so rezultati prikazani na bolniško oskrbni dan ali ne oziroma ali so vrednosti prikazane za tekoči mesec ali kot kumulativa do določenega datuma v tekočem poslovnem letu. Ta različna mesečna poročila so (Interni viri podjetja Cygnet Health Care, 2003):

1. Poročilo o odmikih stroškov na bolniškooskrbni dan od načrtovanih vrednosti (per patient day),
2. Poročilo o odmikih stroškov od načrtovanih vrednosti (variance),
3. Poročilo o kumuliranih rezultatih do določenega meseca v poslovnem letu (year to date- actual),
4. Poročilo o kumuliranih rezultatih na bolniškooskrbni dan do določenega meseca v poslovnem letu (year to date-ppd).

Poročili o odmikih stroškov od načrtovanih vrednosti in odmikih stroškov na bolniškooskrbni dan od načrtovanih vrednosti vsebujeta dejanske stroške, nastale v mesecu, in predračunane, načrtovane stroške za posamezno kategorijo. Tako lahko na zelo enostaven način vodstvo podjetja vidi, kje so razlogi za morebitni slabši uspeh od pričakovanega, saj se da zelo hitro ugotoviti, kje so največja odstopanja od načrtov. Poročili vsebujeta tudi podatke o kumulativnih vrednostih za preteklih 12 mesecev, skupaj z načrtovanimi vrednostmi. Poročili se razlikujeta le v tem, da so vrednosti v poročilu o odmikih stroškov na bolniškooskrbni dan od načrtovanih vrednosti izračunane na bolniškooskrbni dan.

Pomemben element teh predračunov je še gibljivo predračunavanje, ki nam daje bolj realno sliko o odmikih dejanskih stroškov od načrtovanih. Tako imamo v poročilih poleg navadnega predračuna še gibljivi predračun, kjer lahko vidimo odmike dejanskih stroškov od načrtovanih glede na dejanski obseg poslovanja. S tem izločimo vpliv obsega poslovanja na višino stroškov in dobimo dejansko odmike, za katere so odgovorni vodilni v oddelkih, kjer so ti odmiki nastali. V prilogi 2 je podan izsek poročila o odmikih stroškov od načrtovanih vrednosti za mesec oktober 2002 v Cygnet Hospital Ealing, kjer so prikazane dejanske vrednosti različnih kategorij stroškov poslovanja hkrati s predračunanimi vrednostmi za mesec oktober 2002 ter sproti izračunani odmiki. V izseku je prikazan tudi primer gibljivega predračuna z izračunanimi odmiki.

Poročilo o kumuliranih rezultatih do določenega meseca v poslovnem letu in poročilo o kumuliranih rezultatih na bolniškooskrbni dan do določenega meseca v poslovnem letu prikazujeta dejansko nastale stroške za vsak mesec tekočega poslovnega leta do meseca, ki ga opazujemo. Na koncu pa je podana kumulativa stroškov vseh teh mesecev. Poročili nam prikazujeta, kako so se stroški gibal med poslovnim letom in kakšna je bila poraba določene kategorije stroškov do določenega datuma v poslovnem letu. Namen teh poročil je spremljanje gibanja stroškov v tekočem poslovnem letu in s tem ugotavljanje mogočih

trendov oziroma ciklusov gibanja stroškov. To nam lahko pomaga pri načrtovanju primerne višine stroškov v naslednjem poslovnem letu. Izsek poročila o kumuliranih rezultatih do določenega meseca v poslovnem letu za mesec oktober 2002 za Cygnet Hospital Ealing je podan v prilogi 3.

2.3.3 Stimulacija zaposlenih kot sredstvo za boljši nadzor nad stroški

Pri obvladovanju stroškov sodelujejo zaposleni. S svojimi dejanji povzročajo stroške in s tem vplivajo na njihovo višino. Da bi torej imeli čim nižje stroške, je potrebno zaposlene pripraviti, da bodo skrbeli za to, koliko stroškov povzročajo. Potrebno jih je stimulirati. Torej je del dobrega sistema kontrole stroškov tudi sistem motivacije zaposlenih. Brez motivacije zaposlenih še tako dober sistem kontrole stroškov težko pravilno deluje.

V podjetju Cygnet Health Care poznajo več sistemov za motivacijo zaposlenih. Najprej velja omeniti finančno vzpodbudo za dosežen rezultat (Interni viri podjetja Cygnet Health Care, 2003). Finančno vzpodbudo za dosežen rezultat dobijo v podjetju vodje oddelkov znotraj posamezne klinike in tudi vsi višji (top) managerji. Tukaj so mišljeni vsi managerji bolnic (hospital manager), zdravstveni direktorji (medical director) ter regionalni direktorji.

Za **vodje oddelkov** je finančna vzpodbuda strukturirana tako, da dobi vodja oddelka določen bonus glede na dosežen rezultat poslovanja v svojem oddelku. Torej je njegov bonus vezan na doseženo višino stroškov. Če so bili njegovi stroški manjši od načrtovanih, dobi zaposleni določen bonus k fiksnemu delu plače ali celo povišico fiksnega dela plače. Če stroški v oddelku presegajo načrtovane, je zaposleni najprej opozorjen. Če pa se to dalj časa ponavlja, je zaposleni lahko tudi odpuščen.

Še bolj pomembno je, da imajo **višji managerji**, to so team leaderji, managerji organizacijskih enot in podobno velik delež svojega plačila vezan na finančne vzpodbude oziroma bonuse. Za višje managerje je bonus vezan na doseženo vrednost EBITDA. Za vsak funt nad načrtovano vrednostjo EBITDA zasluži manager določen odstotek. S tem je spodbujen k preseganju načrtovanih rezultatov EBITDA. Boljši EBITDA pa bo dosežen, če bodo stroški čim nižji. Zato je višji manager finančno spodbujen, da v svoji enoti pritiska na odgovorne za določene stroške, da držijo le-te na čim nižji ravni.

Naj to prikažem na praktičnem primeru. Manager organizacijske enote zasluži 4 % od vsakega angleškega funta nad načrtovano vrednostjo EBITDA. Torej če njegov oddelek medicinskih sester (nursing department) naredi 200.000 funtov več stroškov na leto, to managerja dejansko stane 8000 funtov na leto ($200.000 \times 0,04$), 666 funtov na mesec oziroma 22 funtov na dan. S tem je manager organizacijske enote (psihiatrične klinike) finančno vzpodbujen, da kontrolira dnevne podatke o urah medicinskih sester in jih

primerja z načrtovanimi vrednostmi. Če le-te niso v okviru načrtovanih vrednosti, bo imel manager enote pogovor z vodjem oddelka medicinskih sester, ki je odgovoren za te stroške, in ga opozoril, naj drži stroške v okviru načrtovanih. Če manager preseže načrtovane stroške, je najprej opozorjen, nato pa ga lahko celo nadomestijo sposobnejši managerji.

V podjetju Cygnet Health Care so tudi plače regionalnih direktorjev in vodstva podjetja vezane na vrednosti EBITDA. Regionalni direktorji in vodstvo podjetja se odločajo in delujejo na podlagi mesečnih poročil, kjer je končni rezultat vrednost EBITDA, na podlagi katerega se določa bonus za višje managerje ter regionalne direktorje in vodstvo podjetja. Logika bonusov za regionalne direktorje in vodstvo je prav tako v tem, da se le-te vzpodbudi, da pritiskajo na podrejene, naj ohranijo stroške v okviru načrtov.

Bonusi za preseganje načrtovanega oziroma za doseganje določenega rezultata predstavljajo **neposredne oblike motiviranja** zaposlenih, saj finančno vzpodbujajo zaposlene k doseganju rezultatov. Poleg tega je v podjetju razvita tudi **posredna oblika stimulacije** zaposlenih oziroma vodilnih v podjetju. Eden od instrumentov posredne motivacije je **razviti delniški sistem** (Equity purchase scheme). Podjetje vsako leto izda določeno število delnic, namenjenih odkupu s strani zaposlenih. Vsak zaposleni ima po 18 mesecih dela v podjetju pravico za nakup delnic podjetja po določeni diskontirani vrednosti (Cygnet Health Care Company Handbook, 2003). S tem ko ima zaposleni določeno število delnic podjetja, teži k temu, da bo poslovanje podjetja čim boljše, saj bo v primeru dobrega poslovanja vrednost delnic narasla, prav tako pa tudi vrednost njegovega premoženja. Dobro poslovanje pomeni tudi nizke stroške, torej bo zaposleni motiviran tudi k nadzoru stroškov. Po drugi strani določen delež v lastništvu podjetja poveča zavest zaposlenega o pripadnosti podjetju in s tem posredno tudi vpliva na to, da prične zaposleni bolj skrbno delati v korist podjetja.

Naj prikažem na primeru regionalnega direktorja, čigar plačilo je vezano na fiksni del plače in na variabilni del, ki ga predstavljajo finančne vzpodbude ter »delniški sistem«. Regionalni direktor zasluži za vsak funt nad načrtovano vrednostjo EBITDA 5 %. Če predpostavimo, da je bil EBITDA na letni osnovi za 1,5 mio angleških funtov višji od načrtovanega, to pomeni, da regionalni direktor zasluži 75.000 angleških funtov (1,5 mio angleških funtov x 0,05), kar predstavlja skoraj še enkrat toliko, kot znaša njegov fiksni del plače. Poleg tega pa 1,5 mio angleških funtov doprinese k vrednosti delnice podjetja 2,5 penija (1,5 mio deljeno s celotnim številom delnic podjetja). Torej če ima regionalni direktor v lasti 1,2 mio delnic (kar je dejansko število delnic, ki jih ima eden od regionalnih direktorjev v podjetju), to pomeni, da pridobi iz naslova delnic še dodatnih 30.000 angleških funtov (1,2 mio delnic x 2,5 penija na delnico). Z dobrim poslovanjem lahko torej regionalni direktor zasluži na letni ravni skoraj dvakrat več kot znaša njegov fiksni del plače.

Iz primera je lepo razvidno, da je več kot polovica plače višjih managerjev in regionalnih direktorjev v podjetju Cygnet Health Care vezana na poslovni uspeh oziroma rezultat. S tem je njihovo delo usmerjeno v doseganje čim boljšega uspeha in ne le pridobivanje osnovne plače.

Poleg finančnih vzpodbud in delniškega sistema poskušajo v podjetju na različne načine povečati lojalnost zaposlenih podjetju in omogočiti, da bo zaposleni pri svojem delu čim bolj zadovoljen, saj bo le tako najbolje delal. V podjetju nudijo zaposlenim različne ugodnosti. Tako imajo razvito pokojninsko shemo, kjer podjetje plača 3,5 odstotka od osnovne plače zaposlenega za prispevke, 1 odstotek pa plača zaposleni. Po dveh letih lahko zaposleni poveča svoj delež od osnovne plače za prispevke na 2 odstotka, pri tem mu Cygnet Health Care plača 5,5 odstotkov. Poleg tega jim nudijo še možnost dodatnega privatnega zdravstvenega zavarovanja in dodatnega življenjskega zavarovanja (Group Life Assurance Scheme). V podjetju imajo še »Birthday Holiday« za zaposlene, kar pomeni, da ima zaposleni za svoj rojstni dan dela prost dan, ki ne šteje med letni dopust.

To kaže na to, da se v podjetju dobro zavedajo, da je zadovoljen delavec najboljši delavec in da bo nadzor nad stroški deloval le, če bo zaposleni zadovoljen in dovolj stimuliran za doseganje le-tega.

2.3.4 Vojaška hierarhija in struktura odločanja

Pomemben element kontrole stroškov v podjetju Cygnet Health Care je tudi obstoj vojaške hierarhije, kjer vsak zaposleni točno ve, komu je odgovoren in za kaj. S tem zaposleni natančno vedo, da je nad njimi nekdo, ki jih nadzira in ocenjuje, in bo zato bolj pazil, kaj dela. Tako imajo v podjetju natančno določeno organizacijsko strukturo, ki jo sestavljajo CEO, regionalni direktorji, managerji organizacijskih enot, managerji oddelkov znotraj teh enot ter ostali zaposleni. Vsak je zadolžen za kontrolo določene kategorije (stroški ali prihodki in s tem povezana zasedenost v bolnicah). Končni cilj vsega je doseči čim višji EBITDA oziroma čim večjo učinkovitost pri poslovanju.

Filozofija v podjetju je, da vojaška hierarhija odločanja najbolje deluje, če so zaposleni oziroma nadrejeni motivirani, da bodo pritiskali na podrejene, če nekaj ne bo v redu. To je mogoče doseči z raznimi finančnimi spodbudami. V podjetju Cygnet Health Care ima tako manager bolnice veliko finančno vzpodbudo, da nadzira delo vodje v oddelku medicinskih sester, saj mu slabo delovanje tega oddelka oziroma višji stroški od načrtovanih dejansko odžirajo dodatni bonus, kar sem že prikazal v primeru na str. 27.

Torej je za dober nadzor pomembna tudi dobra in predvsem jasna struktura odločanja in poročanja, saj brez tega ne moremo dobro nadzirati svojih podrejenih. Natančno moramo imeti določeno, kdo komu odgovarja oziroma poroča o uspehih poslovanja. V primeru

slabega poslovanja takoj vemo, na koga se moramo obrniti oziroma kdo odgovarja za nastali problem. Vojaška hierarhija odločanja in poročanja je zelo pomembna za dober sistem nadzora stroškov, saj je tisti element, ki v podjetju dela red in s tem omogoča boljše izkoriščanje vseh sposobnosti sistema stroškov.

3. NADZOR STROŠKOV V SLOVENSКИH PSIHIATRIČNIH KLINIKAH — PRIMER PSIHIATRIČNE KLINIKE LJUBLJANA

Psihiatrična klinika Ljubljana je bila do leta 1998 del Kliničnega centra Ljubljana. S 1. 1. 1998 pa se je osamosvojila in pričela razvijati nov sistem organizacije klinike. Danes je klinika sestavljena iz 4 **organizacijskih enot**, ki imajo skupaj približno 500 postelj za bolnike. Te enote so (pogovor z Lanom Vošnjakom, 2003):

1. Klinični oddelek za klinično psihiatrijo,
2. Klinični oddelek za mentalno zdravje,
3. Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog,
4. Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, kjer se izvaja ambulantna dejavnost.

Organi psihiatrične klinike so (pogovor z Lanom Vošnjakom, 2003):

- **Svet zavoda**, ki ga sestavlja 6 članov, imenovanih s strani Vlade RS, 3 zastopniki zaposlenih ter 2 predstavnika uporabnikov, ki ju imenujeta Mestna občina Ljubljana ter ZZZS,
- **Strokovni svet**, ki ga sestavljajo vsi predstojniki in direktorji bolnice,
- **direktorica bolnice**, ki je zakonita zastopnica bolnice,
- **direktorica za splošne zadeve**, ki vodi upravno poslovne službe,
- **direktorica zdravstvene nege**, ki skrbi za dejavnost zdravstvene nege.

V kliniki imajo dvoje vrst služb, in sicer upravno poslovne službe, ki so bolj ekonomskega značaja (nemedicinskega) in jih vodi direktorica za splošne zadeve, ter strokovne službe, ki so medicinskega značaja in jih vodi direktorica bolnice.

V plansko-analitski službi izvajajo sistem nadzora v psihiatrični kliniki, ki ga lahko razdelimo v dva večja sklopa: na finančni načrt, ki je sestavljen iz plana priliva prihodkov in iz plana stroškov, ter na spremljanje samega rezultata poslovanja in primerjanja s planom.

Pred začetkom vsakega leta pripravijo v službi za plan dela **finančni načrt**, ki se pripravi na podlagi Splošnega dogovora in Področnega dogovora za bolnišnice, ki sta osnova pogodbe z ZZZS in usklajeno s smernicami Ministrstva za finance. Finančni načrt potrdi svet zavoda in je posredovan Ministrstvu za zdravje. Potrjen letni finančni načrt se razdeli

za vsak mesec posebej na osnovi mesečnih dinamik nastajanja stroškov in predvidenih rasti stroškov. Mesečni plani vsebujejo planirane prihodke in planirane stroške. Sami prilivi prihodkov so sestavljeni iz sredstev po pogodbi z ZZZS, drugih plačnikov zdravstvenih storitev (samoplačniki, konvencije, ministrstva), prilivov organiziranja raznih seminarjev, simpozijev in prilivov sofinanciranja in donacij. V planu priliva prihodkov imamo tako prikazane planirane vrednosti sredstev ZZZS, ki so določena s pogodbo, ter vrednosti sredstev, pridobljenih od samoplačnikov, ministrstva za znanost, ter z organizacijo raznih seminarjev, ki se načrtujejo na podlagi preteklih vrednosti. Na podlagi plana priliva prihodkov pa potem oblikujejo tudi plan stroškov, saj glede na višino prihodkov določijo najvišjo dovoljeno višino stroškov. To je tista višina, pri kateri bodo v kliniki dosegli pozitivno ničlo. Plan priliva prihodkov je torej osnova oziroma zgornja meja pri določitvi plana stroškov. Višino stroškov določijo tudi na osnovi rezultatov prejšnjih let z upoštevanjem morebitnih sprememb v prihajajočem letu. Ko je plan stroškov pripravljen, ga posredujejo predstojnikom (pogovor z Nevenko Miklavčič, 2003).

Ko je finančni načrt pripravljen, sledi **spremljanje stroškov in prihodkov poslovanja**, ki je v psihiatrični kliniki centralizirano in ga izvaja služba za plan dela. Stroške poslovanja imajo razdeljene na (pogovor z Nevenko Miklavčič, 2003):

- stroške dela,
- stroške materiala,
- stroške storitev,
- stroške amortizacije.

Znotraj te delitve se še vsaka od skupin deli še podrobneje. Največji delež v celotnih stroških predstavljajo stroški dela, katerih delež je bil v lanskem letu 72 %.

V Psihiatrični kliniki Ljubljana spremljajo stroške tudi po stroškovnih mestih, ki so v kliniki organizirana na (pogovor z Nevenko Miklavčič, 2003):

- Klinični oddelek za klinično psihiatrijo,
- Klinični oddelek za mentalno zdravje (lokacija Zaloška),
- Enota za zdravljenje odvisnosti od alkohola (lokacija Poljanski nasip),
- Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog,
- Center za izvenbolnišnično psihiatrijo,
- Služba za rehabilitacijo,
- Skupne strokovne službe,
- Prehrana bolnikov,
- Tehnično vzdrževalne službe,
- Vodenje in upravljanje.

Planska služba zbira podatke na mesečni ravni, polletno pa pripravlja obsežnejše poročilo o poslovanju klinike. Podatke o nastalih stroških pridobiva iz računovodstva, kjer se

kontirajo vsi nastali stroški, podatke o zaposlenih pridobiva od kadrovske službe, podatke o realizaciji storitev pa iz zajemnih mest (iz sprejemnih pisarn in ambulant). Prihodek klinike je odvisen od izpolnjevanja pogodbe z Zavodom, saj je v strukturi prihodkov kar 96 % prihodkov od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Nerealiziran del programa vpliva na nižje prihodke, medtem ko je preseganje programa za kliniko neopravičen strošek (pogovor z Nevenko Miklavčič, 2003).

V aprilu leta 2002 so dejanski stroški preseгли načrtovane stroške iz finančnega načrta. Glede na predvidene prihodke in nadaljnjo rast stroškov je bilo očitno, da bo klinika zaključila poslovno leto z izgubo. V mesecu maju je strokovni kolegij sprejel sanacijski program, v katerem je za leto 2002 predvidel prerazporeditev in ukinitvev postelj, zmanjšanje zasedbe zdravstvene nege, načrtovano znižanje nadurnega dela zdravstvene nege, znižanje ur dijakov in študentov, spremembo Pravilnika o delovnem času, premaknitev delovnega časa in dežurstev, spremembo Pravilnika o delovnih razmerjih in znižanje dopusta za delo s težje duševno motenimi osebami, spremljanje porabe materiala in storitev z načrtovanimi iz finančnega načrta za leto 2002 (pogovor z Nevenko Miklavčič, 2003).

Pri izbiri varčevalnih ukrepov je strokovni svet klinike upošteval le tiste, ki ne bi vplivali na pogoje bivanja bolnikov in kakovost njihovega zdravljenja. Ukrepi naj bi vplivali le na pretirano porabo pisarniškega materiala, materiala in storitev za vzdrževanje nemedicinske opreme, telefonskih storitev, delo dijakov in študentov preko servisov, nakup perilnega materiala in uniform, nakup nemedicinske opreme in pisarniškega pohištva, zniževanje nadurnega dela. Učinki ukrepov so vplivali na znižanje stroškov nabave materiala in storitev ter stroške dela, s tem pa posledično na boljšo likvidnost klinike (pogovor z Nevenko Miklavčič, 2003).

Vodstvo klinike je s podrobnejšim pregledom pozitivnih učinkov ukrepov seznanilo člane sveta na seji sveta oktobra 2002. Klinika je poslovno leto 2002 zaključila pozitivno.

Na poslovanje zdravstvenih organizacij in s tem tudi psihiatričnih klinik v Sloveniji pomembno vpliva tudi organiziran zdravstveni sistem. Le-ta opredeljuje strukture in način upravljanja v zdravstvu, sistem financiranja izvajalskih organizacij in z njim povezano planiranje dejavnosti, vlogo države in njeno poseganje v gospodarjenje neuspešnih zavodov ter tudi zdravstveni informacijski sistem. Trenutni sistem financiranja izvajalcev temelji na dogovorjenem programu storitev, za katerega se plača po vnaprej dogovorjeni ceni. Zaradi omejenih finančnih sredstev ZZZS zavodom ne poravnava preseganj dogovorjenega programa storitev (pogovor z Nevenko Miklavčič, 2003). Zavodi si z večjim obsegom opravljenih storitev povečujejo le stroške, kar vodi v poslovanje s slabšim poslovnim izidom; da bi se temu izognili pa zavodi podaljšujejo čakalne dobe za bolnike.

4. PREDLOGI ZA KONTROLO STROŠKOV V SLOVENSКИH PSIHIATRIČNIH KLINIKAH

Psihiatrične klinike v Sloveniji so javne ustanove in s tem državna last. V psihiatrični kliniki Ljubljana so v zadnjih letih veliko postorili na področju nadzora poslovanja in stroškov. V lanskem letu so pričeli z nadziranjem stroškov na mesečni ravni, kar je precej pripomoglo k sprotnemu nadzoru. Vendar so določene spremembe oziroma dopolnitve sistema stroškov v kliniki še potrebne. O tem priča že podatek, da so v lanskem letu izvedli sanacijski program, ki je drastično znižal višino stroškov v podjetju, kar pomeni, da v kliniki še vedno poslujejo s prevelikimi stroški.

Predlogi za kontrolo stroškov v slovenskih psihiatričnih klinikah se nanašajo predvsem na vzpostavitev dobrega sistema kontrole stroškov. Za vzpostavitev sistema kontrole stroškov je potrebno spremeniti tradicionalno razmišljanje, da v javnih zdravstvenih ustanovah, ki predstavljajo neprofitno organizacijo, katere temeljni cilj je dobrobit naroda, ekonomski prijemi niso primerni. Z vpeljevanjem ekonomskih načel v zdravstvo, kot sta učinkovitost poslovanja in doseganja dobička, naj bi se razblinil glavni cilj dobrobit ljudi, pacientov. Moje mnenje je, da z vpeljevanjem ekonomskih načel lahko še bolj pripomoremo k doseganju temeljnega cilja zdravstvenih organizacij tako, da povečujemo kakovost storitev in z večjo učinkovitostjo poslovanja prihranimo denar, ki ga lahko reinvestiramo v razvoj zdravstvene ustanove in s tem še dodatno pripomoremo k povečevanju kakovosti storitev. Zato je potrebno v javnih zdravstvenih zavodih in s tem tudi psihiatričnih klinikah vzpostaviti dober sistem nadzora poslovanja. To pa zajema tudi sistem kontrole stroškov.

Po drugi strani z nižanjem stroškov v posameznih organizacijah, kar je cilj dobrega sistema stroškov, pripomoremo k zmanjševanju trenda rasti stroškov v zdravstveni dejavnosti.

Za vzpostavitev dobrega sistema kontrole stroškov v slovenskih psihiatričnih klinikah je treba poučiti ljudi, zaposlene o primernosti kontrole stroškov in pozitivnih stvareh, ki jih prinese s seboj. Zaposleni morajo biti pripravljene vpeljati sistem kontrole stroškov v organizacijo in na čim boljši način pripomoči k njegovemu delovanju. Ljudje so tisti, ki sistem kontrole stroškov sestavljajo in ga vodijo ne glede na to, ali so to vodilni zaposleni ali le zaposleni na nižjih ravneh.

V slovenskih psihiatričnih klinikah bi bilo treba:

1. Vpeljati mesečna poročila o poslovanju, ki naj bodo pripravljena pravočasno in natančno. Pomembno je natančno planiranje vrednosti za določene kategorije stroškov. Pri pripravljanju predračunov morajo sodelovati vodje posameznih oddelkov, ker ti najbolje vedo, kakšne so realne vrednosti stroškov za njihov oddelek. S tem dobimo realnejše planirane vrednosti, po drugi strani to vodjo oddelka motivira, da bo zastavljene cilje, ki jih je sam pomagal določiti, tudi dosegel.

2. Vzpostaviti stroškovna mesta in stroškovne nosilce, kar bo pomagalo pri evidentiranju in nadziranju različnih kategorij stroškov. Čim bolj natančna razdelitev stroškov je, bolj je, saj je s tem lažje ugotoviti vzroke slabega poslovanja.
3. Uvesti gibljivo predračunavanje različnih kategorij stroškov, kar pomeni, naj se predračuni različnih stroškov prilagajajo dejanskemu obsegu poslovanja in ne načrtovanemu. S tem dobimo realnejšo sliko o odmikih in krivdi odgovornega za določen strošek.
4. Uvesti predračunavanje in kontroliranje stroškov na bolniškooskrbni dan, torej na enoto proizvoda. Natančnejše evidentiranje nam daje boljše informacije o tem, kako poslujemo in predvsem kolikšen delež predstavlja določen strošek v ceni bolniškooskrbnega dne.
5. Uvesti zbiranje dnevnih podatkov o stroških na ravneh različnih oddelkov, tako da lahko vodja tega oddelka dnevno kontrolira potek poslovanja v mesecu in tako hitro reagira na možne probleme. Pri mesečnih podatkih tega ne more storiti. Mesečna poročila so za vodstvo podjetja in prikazujejo prav delo vodij oddelkov, če so bili le-ti sposobni poslovati v okviru planiranih predračunanih vrednosti.
6. Uvesti sistem nagrajevanja zaposlenih. Zaposleni mora biti motiviran za doseganje določenih rezultatov, kar lahko storimo z uvajanjem sistema bonusov za dosežen določen uspeh in sistem graj za nedosežen določen uspeh. Tukaj mislim predvsem na vodje različnih oddelkov, ki naj bi skrbeli za določene stroške. To je v javnih zdravstvenih ustanovah, kot so slovenske psihiatrične klinike, težje izvedljivo, saj so plače v teh ustanovah fiksno določene s strani države, gibljivega dela plač za dosežen uspeh pa ni. Menim, da bi se to moralo uvesti v vse zdravstvene ustanove, saj bi s tem bistveno povečali učinkovitost zaposlenih.
7. V hierarhiji odločanja mora imeti vsak nadrejeni neko finančno vzpodbudo, da pritiska na svojega podrejenega v primeru slabega poslovanja. Tukaj je spet problem gibljivega dela plače, ki ga v zdravstvu ni.
8. Spremeniti sam način financiranja javnih zdravstvenih ustanov in s tem tudi psihiatričnih klinik ter bolnic v smeri, ki bi bolj stimuliral le-te k nadzoru lastnega poslovanja in s tem tudi stroškov. Vloga države v poslovanju psihiatričnih klinik je prevelika in ne dopušča zadostnega manevrskega prostora bolnici, da bi lahko kaj postorila za izboljšanje lastnega poslovanja.

V slovenskih psihiatričnih klinikah je potrebno uvesti sistem nadzora stroškov, ki bo prirojen samemu načinu delovanja klinike. Zato lahko podam le določene nasvete, kako bi lahko izboljšali poslovanje oziroma nadzor v klinikah. Naloga uprave vsake klinike je, da poišče sistem nadzora, ki bo najbolje ustrezal njenemu načinu poslovanja. Tako je naloga uprave, da določi smiselna stroškovna mesta in stroškovne nosilce, ki bodo najbolje služili za analizo in nadzor poslovanja.

SKLEP

Stroški predstavljajo negativno postavko pri poslovanju vsakega podjetja ne glede na to, ali je to profitna ali neprofitna organizacija. Stroški pomembno vplivajo tudi na konkurenčnost podjetja, saj so tisti element, ki nam dopušča, kako nizko lahko spustimo ceno in pri tem še vedno krijemo naše stroške in dosegamo želeni dobiček. Nižji so stroški na enoto, nižjo ceno lahko postavimo v boju s konkurenco. Doseganje nižjih stroškov, je mogoče le preko nadziranja le-teh, torej je v današnjih podjetjih dober sistem kontrole stroškov vedno pomembnejši.

Celoten proces kontroliranja stroškov smiselno začenja planiranje oziroma predračunavanje, ki daje osnovo za oblikovanje meril oz. ciljev, ki morajo biti merljivi. Naslednji korak pri kontroli stroškov je postavitve dobrega sistema stroškov, s katerim bomo zlahka pridobivali ustrezne informacije o nastalih stroških. Ko imamo načrtovane stroške in dejanske stroške, ki smo jih dobili iz sistema stroškov, moramo ugotoviti odmike med tema vrednostma. Vzroki za odmike dejanskih vrednosti od načrtovanih pa so osnova za najpomembnejšo etapo pri nadzoru stroškov, in ta je ukrepanje. Bistvo ukrepanja je ugotovitev vzrokov, izvorov in mest izgub in izbor akcij ter ukrepov, ki te vzroke dosledno odpravijo.

Pri kontroliranju stroškov je pomemben tudi sistem stroškov, katerega cilj je vrednotenje poslovnih učinkov v podjetju. V spremenjenih razmerah poslovanja, kjer klasičnega neposrednega dela skorajda ni več in ga zamenjuje vedno več zaposlenih v proizvodni režiji, kot so na primer tehnologi, programerji, vzdrževalci in podobno, klasični sistemi stroškov, kjer vrednotenje poslovnih učinkov temelji predvsem na neposrednih spremenljivih stroških, torej neposrednih stroških dela in materiala, posredni stroški in morebitni neposredni stalni stroški pa se razporejajo na posamezne stroškovne nosilce na podlagi tako imenovanih ključev, niso primerni. Kajti takšno stanje povzroči, da postanejo ključki, ki kot osnovo za razporejanje stroškov uporabljajo enega od pokazateljev obsega, povsem neprimeren pripomoček za vrednotenje poslovnih učinkov. V takih razmerah je primernejši koncept stroškov po aktivnostih poslovnega procesa (SAPP), katerega osrednja sestavina so posamezne aktivnosti, ki sestavljajo konkretni poslovni proces. Osnovna postavka koncepta stroškov po aktivnostih poslovnega procesa je, da so aktivnosti tiste, ki izrabljajo prvine poslovnega procesa v podjetju in povzročajo stroške, proizvodi in storitve pa so le porabniki teh aktivnosti. Aktivnosti pomenijo torej osnovne povzročitelje stroškov.

Kot v vseh dejavnostih je tudi v zdravstveni prisoten pojav redkosti sredstev, ki terjajo celovito obravnavo problemov s strokovnega, socialnega in z ekonomskega vidika. Ekonomika v sistemu zdravstvenega varstva mora gotovo upoštevati posebnosti ter tudi pomen te dejavnosti v družbi. Hkrati je v svetu opazen trend naraščanja izdatkov za zdravstveno varstvo, kar terja, da se tudi v to panogo začenjajo uvajati ekonomska načela,

ki bodo pripomogla k umiritvi rasti. Stroške v zdravstvu lahko kontroliramo tako na ravni plačnika zdravstvenih storitev, pri nas je to Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kot na ravni izvajalca zdravstvenih storitev, to so razne zdravstvene organizacije. V svojem delu sem tako predstavil načrte za obvladovanje izdatkov za zdravstveno varstvo s strani ZZZS v letu 2003 in naprej, ki jih je predstavil direktor ZZZS Borut Miklavčič, ter prikazal primer kontrole stroškov v slovenski zdravstveni organizaciji, to je v Kliničnem centru Ljubljana, ki je prav v zadnjih letih uvedel nov sistem kontrolinga.

V nadaljevanju sem predstavil podjetje Cygnet Health Care, zasebno angleško podjetje, ki posluje v panogi psihiatrije oziroma zdravstva. Podjetje upravlja 11 psihiatričnih klinik in 2 doma za ostarele s skupno 501 posteljo za bolnike. Poleg tega se podjetje ukvarja z odvajanjem od mamil. Na tem področju je razvilo nov koncept zdravljenja, ki se imenuje DETOX 5. V podjetju imajo dobro razvit sistem kontrole stroškov, saj je cilj podjetja doseganje nižjih cen od konkurence in pri tem nudenje enake kakovosti storitev. To pa je mogoče le z dobrim sistemom nadzora stroškov, s katerim bi znižali stroške na najnižjo možno raven, ne da bi pri tem ogrožali kakovost storitev.

Sistem nadzora stroškov v Cygnet Health Care je sestavljen iz dobrega in natančnega predračuna, ki predstavlja osnovo za nadziranje stroškov, ter iz rednih mesečnih poročil, ki jih pripravljajo v računovodskem oddelku. Pri tem sta pomembna koncept stroškov na bolniškooskrbni dan, ki kaže, kako natančno spremljajo stroške v podjetjih, ter koncept gibljivega predračuna, s katerim dobimo realnejšo sliko o odmikih. Vsak oddelek v podjetju lahko posluje v okviru vnaprej postavljenega predračuna, pri sestavi katerega sodelujejo tudi vodje oddelkov. Povezovalna nit oziroma sredstvo, ki omogoča, da sistem kontrole stroškov v podjetju deluje, so razni motivacijski instrumenti, s katerimi stimulirajo zaposlene k temu, da sistem kontrole stroškov deluje. Zaposleni so tisti, ki sestavljajo sistem kontrole stroškov, so glavni odločevalci o porabi stroškov, zato je nujno potrebno, da so stimulirani za delovanje sistema kontrole stroškov. V podjetju imajo razne finančne vzpodbude za doseganje določenih rezultatov. Politika vodstva podjetja je, da je večji del plače vodilnih v podjetju fleksibilen, vezan na doseganje in preseganje določenih rezultatov. S tem dosežejo, da le-ti delujejo z namenom čim boljšega poslovanja. Poleg finančnih vzpodbud pa v podjetju nudijo zaposlenim razne ugodnosti, s katerimi želijo povečati zadovoljstvo zaposlenega pri delu, saj je zadovoljen delavec najboljši delavec. Tako imajo v podjetju razvito pokojninsko shemo, možnost dodatnega privatnega zdravstvenega zavarovanja in dodatnega življenjskega zavarovanja ter možnost nakupa delnic podjetja po diskontirani vrednosti.

Po pregledu nadzora stroškov v angleški psihiatrični kliniki sem prikazal primer nadzora stroškov v slovenski psihiatrični kliniki — Psihiatrična klinika Ljubljana. Psihiatrična klinika Ljubljana je bila do leta 1998 del Kliničnega centra Ljubljana. S 1. 1. 1998 se je osamosvojila in pričela razvijati nov sistem organizacije klinike. Danes je klinika sestavljena iz 4 organizacijskih enot, ki imajo skupaj približno 500 postelj za bolnike. V

okviru plansko-analitske službe izvajajo sistem nadzora v psihiatrični kliniki, ki ga lahko razdelimo v dva večja sklopa: na finančni načrt, ki je sestavljen iz plana priliva prihodkov in iz plana stroškov, ter na spremljanje samega rezultata poslovanja in primerjanja s planom. Stroške poslovanja imajo razdeljene na stroške dela, stroške materiala, stroške storitev ter na stroške amortizacije. Podatki se zbirajo na mesečni ravni, polletno pa se pripravlja tudi obsežnejše poročilo o poslovanju klinike. Podatke o nastalih stroških pridobiva plansko-analitska služba iz računovodstva, kjer kontirajo vse nastale stroške, podatke o zaposlenih pridobiva od kadrovske službe ter podatke o realizaciji storitev pridobiva iz zajemnih mest (iz sprejemnih pisarn in ambulant). V aprilu leta 2002 so dejanski stroški presegli načrtovane stroške iz finančnega načrta, kar je nakazovalo, da bo klinika končala poslovno leto z izgubo, zato je strokovni kolegij na majski seji sprejel sanacijski program, ki je bil tudi uspešno izveden, saj je bolnica konec leta 2002 končala pozitivno.

Na podlagi primera kontrole stroškov v angleški psihiatrični kliniki, stanja kontrole stroškov v Psihiatrični kliniki Ljubljana in po pogovoru z direktorjem te klinike so moji nasveti za kontrolo stroškov v slovenskih psihiatričnih klinikah usmerjeni predvsem na vzpostavitev dobrega sistema kontrole stroškov, pri čemer je potrebno spremeniti miselnost, da je neprimerno uvajati ekonomske vidike v zdravstvu, češ da cilj zdravstvenih organizacij ni doseganje dobička, temveč doseganje dobrobiti bolnikov. Zaposlene je potrebno poučiti o pomembnosti sistema kontrole stroškov, da bodo le-ti delovali z interesom njegove uveljavitve.

LITERATURA

1. Arrow J. Kenneth: Collected Papers on Kenneth J. Arrow: Applied Economics. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 1985. 270 str.
2. Bajuk Barbara: Spremljanje stroškov po aktivnostih poslovnega procesa v podjetju Tehnunion. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2001. 38 str.
3. Baumol William J.: Health Care, Education and Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice. *Public Choice*, 77(1993), 1, str. 17–28.
4. Bohinc Franc: Sprotno spremljanje poslovanja – kontroling v javnem zdravstvenem zavodu. Zbornik 6. strokovnega posvetovanja o sodobnih vidikih analize poslovanja in organizacije. Portorož: Zveza ekonomistov Slovenije, 2000, str. 114–124.
5. Bohinc Franc: Osnove ekonomike zdravstva. Ponudba v zdravstvu. Povpraševanje v zdravstvu. Stroški, cene, financiranje zdravstvene organizacije. Management v zdravstvu. 1.modul. Zdravstveni sistem in ekonomika zdravstva. Tema 5,6,7,8. Ljubljana: Gea College, 1994. 65 str.
6. Bose Ranjit: Knowledge Management- enabled Health Care Management Systems: Capabilities, Infrastructure, and Decision support. *Expert Systems With Applications*, 24(2002), str. 59–71.
7. Česen Marjan: Ekonomika v zdravstvu – koristna sopotnica ali nujno zlo?. *Zdravniški vestnik*, Ljubljana, 66(1997), 3, str. 113–176.
8. Česen Marjan: Organiziranost zdravstvenega sistema v Sloveniji. Poslovanje v farmaciji. 1 modul. Sistem in pravna ureditev zdravstva. Tema 2. Ljubljana: GEA College, 1995. 57 str.
9. Česen Marjan: Zdravje in denar. Ljubljana: Agencija demokratičnega inozemskega tiska, 1988. 127 str.
10. Devine Kevin, O'Clock Priscilla, Lyons David: Health-Care Financial Management in a Changing Environment. *Journal of Business Research*, 48(2000), 3, str. 183–191.
11. Kleindienst Branko: Vidiki in metode nadzora in zmanjševanja stroškov. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2000. 94 str.

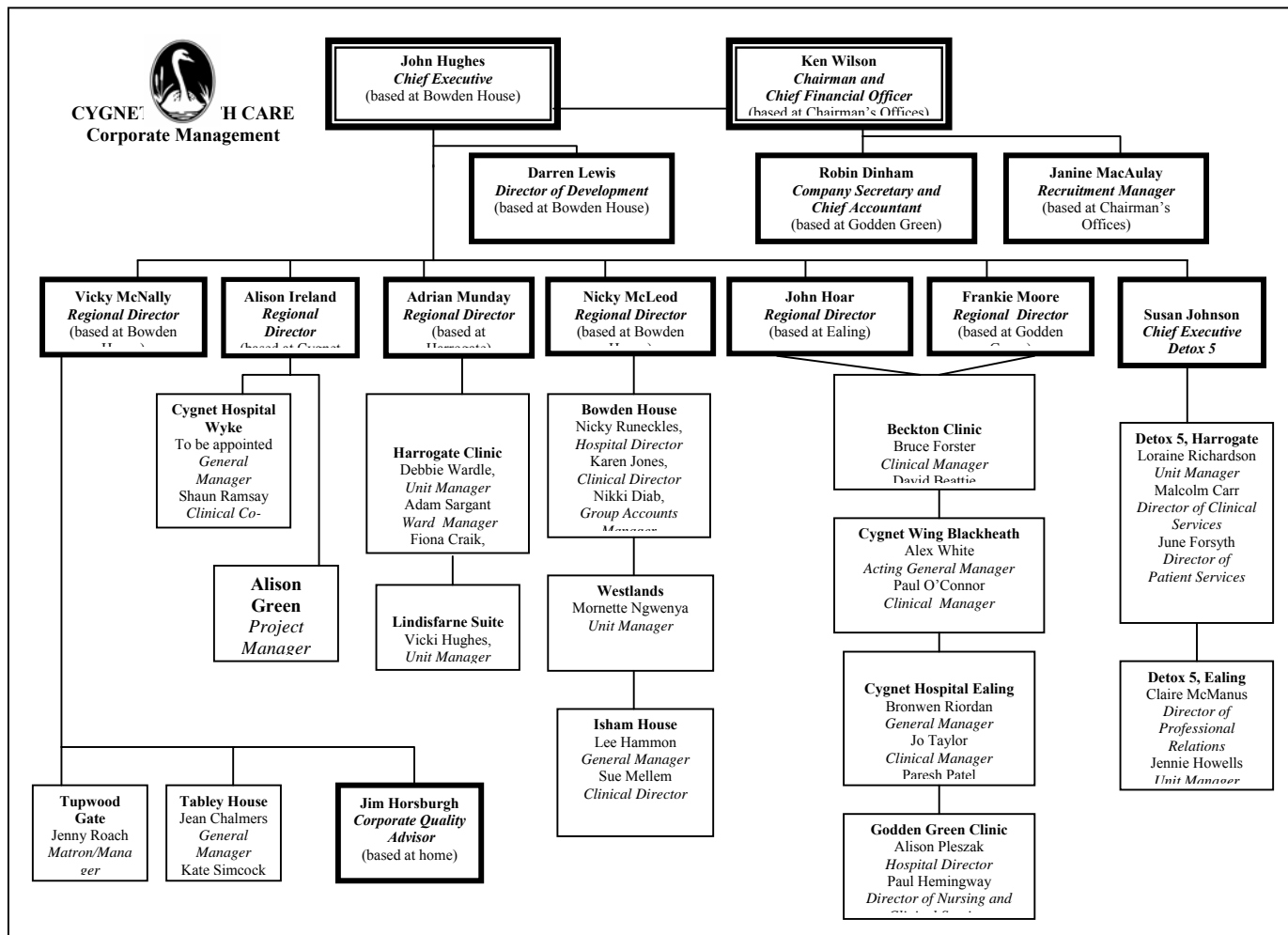
12. Oliver Adam: Health Economic Evaluation in Japan: A Case Study of One Aspect of Health Technology Assessment. *Health Policy*, 63(2003), 2, str. 197–204.
13. Prevolnik Valentina: Ekonomski vidiki odločanja v zdravstvu. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1997. 79 str.
14. Rejc Adriana: Nadzor stroškov v zdravstveni organizaciji. Strokovno posvetovanje »Zdravniki kot managerji«. Portorož: Društvo ekonomistov Ljubljana, 2003, str. 45–53.
15. Svetic Aleša: Možnost za uvajanje tržnega koncepta poslovanja v slovensko zdravstvo. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1993. 101 str.
16. Svetic Aleša: Trženje v zdravstvu. Management v zdravstvu. 3. modul. Finance in marketing. Tema 26a. Ljubljana: Gea College, 1994. 15 str.
17. Škapin Helena: Obvladovanje stroškov v zdravstveni organizaciji. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1998. 52 str.
18. Tekavčič Metka: Obvladovanje stroškov. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1997. 193 str.
19. Turk Ivan, Melavc Dane: Uvod v računovodstvo, 3. dopolnjena izdaja. Kranj: Moderna organizacija, 1994. 492 str.
20. Turk Ivan: Pojemovnik poslovne informatike. Ljubljana: Društvo ekonomistov Ljubljana, 1987. 386 str.
21. Turk Ivan: Stroškovno računovodstvo. 2. dopolnjena izdaja. Maribor: Založba Obzorja, 1980. 502 str.

VIRI

1. Cygnet Health Care Company Handbook. About Cygnet Health Care. London: Cygnet Health Care, 2003.
2. Management accounts Cygnet Health Care-Cygnet Hospital Ealing, october 2002.
3. Management accounts Cygnet Health Care-Cygnet Clinic Beckton, october 2000, 2001, 2002.
4. Management accounts Cygnet Health Care-Cygnet Clinic Beckton, september 2002.
5. Pogovor z Nevenko Miklavčič — vodjo oddelka plansko analitske službe v psihiatrični kliniki Ljubljana, 9. 9. 2003.
6. Pogovor z Lanom Vošnjakom — odgovorni za pravno področje v psihiatrični kliniki Ljubljana, 9. 9. 2003.
7. Poročilo podjetja Cygnet Health Care »Cygnet revenue & EBITDA growth, showing changes in NHS outsourcing income«. London: Cygnet Health Care, 2002.
8. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. [URL: <http://www.zzzs.si/zzzs>], 23. maj 2003.

PRILOGA

Priloga 1: Organigram podjetja Cygnet Health Care



Vir: Cygnet Health Care Company Handbook, 2003.

Priloga 2: Izsek iz mesečnega poročila o odmikih stroškov od načrtovanih vrednosti za mesec oktober 2002 za Cygnet Hospital Ealing

ELEMENT	OKTOBER 2002					
	dejanski	predračun	odmik		giblivi predračun	odmik
Neposredni stroški	7.315	11.525	4.210		10.827	3.512
Stroški zdravstvenih storitev	13.731	12.633	-1.098		12.633	-1.098
Stroški storitev zdravstvene nege-akutni	53.347	44.631	-8.716		41.155	-12.192
Stroški delovne terapije	3.648	5.694	2.046		5.679	2.031
Stroški hotelskih storitev	16.102	20.362	4.260		19.955	3.853
Stroški uprave	59.636	58.231	-1.405		58.876	-760
Stroški plina, vode in elektrike	1.363	1.720	357		1.720	357
Stroški poslovanja	155.142	154.796	-346		150.845	-4.297
Prihodki	187.464	193.148	-5.684		174.024	13.440
EBIT	32.322	38.352	-6.030		23.179	9.143

Vir: Management accounts Cygnet Health Care-Cygnet Hospital Ealing, october, 2002.

Priloga 3: Izsek iz mesečnega poročila o kumuliranih rezultatih do določenega meseca v poslovnem letu za mesec oktober 2002 v Cygnet Hospital Ealing

ELEMENT	nov.01	dec.01	jan.02	feb.02	mar.02	apr.02	maj.02	jun.02	jul.02	avg.02	sep.02	okt.02	Kumulativa
Neposredni stroški	5.516	3.594	8.078	5.639	7.259	7.652	6.075	7.446	10.358	10.655	8.535	7.315	88.122
Stroški zdravstvenih storitev	10.990	10.625	14.930	14.290	9.686	11.080	10.597	10.959	11.939	11.418	12.314	13.731	142.559
Stroški storitev zdravstvene nege - akutni	42.425	39.761	34.688	33.378	44.399	37.244	41.031	38.537	39.026	64.657	36.091	53.347	504.584
Stroški delovne terapije	4.297	3.792	4.329	4.504	4.601	4.229	3.116	2.938	3.341	3.359	2.154	3.648	44.308
Stroški hotelskih storitev	14.944	15.506	16.513	12.592	15.701	13.504	19.172	14.211	14.569	16.700	15.546	16.102	185.060
Stroški uprave	56.283	56.068	54.538	53.583	44.230	51.207	54.920	59.136	56.779	57.258	59.049	40.297	643.348
Stroški plina, vode in elektrike	1.462	748	1.615	2.363	702	108	1.387	1.111	1.068	1.466	593	1.363	13.986
Stroški poslovanja	135.917	130.094	134.691	126.349	126.578	125.024	136.298	134.338	137.080	165.513	134.282	135.803	1.621.967
Prihodki	104.250	125.952	97.472	107.002	134.513	138.861	164.467	131.835	174.589	208.007	193.025	187.464	1.767.437
EBIT	-31.667	-4.142	-37.219	-19.347	7.935	13.837	28.169	-2.503	37.509	42.494	58.743	51.661	145.470

Vir: Management accounts Cygnet Health Care-Cygnet Hospital Ealing, october, 2002.

Priloga 4: Pogovor z John Hughesom, direktorjem (CEO) podjetja Cygnet Health Care, 17. 4. 2003

1. Which category of costs are the most important in your company. Why?

All categories of costs are important, because cost control in one department offset by waste in another gains nothing. Some departments, of course, are larger than others, and therefore contribute more to prudent cost control. Our largest is the department of Nursing, which typically comprises 60% of our total operating costs (before capital charges)

2. What are the characteristics that make your cost control system so efficient?

There are three key principles:

(a) **Cost PPD.** The first is that our management accounts break down ALL costs into “cost per patient day” or simply “PPD”. This enables managers to benchmark costs between different units which may be very different in size or type of service they offer. All of the cost centres of the hospitals are broken down into approximately 250 line items, and in each one the cost PPD is reported monthly.

(b) **Department Head Empowerment.** Each department of our small hospitals is managed by an individual who is daily working on the shop floor. The Chef is in charge of Catering, the Head Housekeeper manages the cleaners, the Director of Nursing manages the largest budget, Nursing, and (s)he may have two or three Nursing Managers who control individual nursing wards. There is also Maintenance, Accounts, Therapy, Utilities (managed by Maintenance) and Direct Costs which are bought-in supplies and services managed by the Hospital Director. Each of these 8-10 people, out of perhaps 50-75 employees in a typical centre, have full authority and control of their department’s line items in the management accounts.

(c) **Core and Flex.** Any hospital’s occupancy (just like hotels) varies wildly during the year. Therefore we agree with each department head a *core* cost for running that department – the bare minimum to keep it open, then we agree a *flex* cost PPD as we increase in occupancy. The department head does not need further authorisation to increase or decrease staffing costs – ideally it happens automatically – as occupancy increases and decreases.

3. What are your suggestions for a good cost control system in a psychiatric hospital?

I think I have answered that above. But another principle is that doctors make bad managers, and managers make bad doctors. Lifetime I have never seen any hospital managed by a doctor which was financially healthy.

4. Do you think your cost control system would operate also in an NHS hospital or for the NHS hospital there should be a different cost control system?

Yes.

We have successfully applied our system to two loss making hospitals, Bowden House and Isham House, both of which were operated by a charity but following NHS employment contracts and other practices. It takes a long time to change these practices. In particular it is necessary immediately to give all NEW employees less protective contracts (the OLD employees are protected forever by law with their old contracts. These can be changed, but only slowly). The secret for success with an NHS hospital (or the ones we turned around) is to offer, very carefully, financial incentive bonuses to the department heads for controlling costs.

It is also essential to put the doctors' remuneration on a PPD basis (in private surgical hospitals they are paid by the procedure, not PPD, but this still ties pay to productivity) – in this way they are encouraged to work, not to take holidays.

The reality in England is that the government has never allowed a private sector operator to try to turn around an NHS hospital. They did it about 15 years ago with rubbish collection, the telephone company, bus lines, airways, steel, etc. extremely successfully – just paid fewer men to work harder and to get the work done on time. So, yes, it would work in the NHS, given time.

5. Do you think a health care company should have more administrative staff or more medical staff? Why?

This is an Apples vs Oranges question. There is no correct answer to this.

We obviously should have as few administrative staff as possible (viz Ealing accounts department -- £16 (Euro 30) million turnover handled entirely by four people) We don't care how many doctors we have – the more the better if they bring patients to us -- we don't care whether the work is done by 40 doctors or 80 doctors or 120 doctors since the specialists get paid on a PPD basis, so the cost to the hospital is the same.

Slovarček slovenskih prevodov tujih izrazov

<u>Tuj izraz</u>	<u>Prevod</u>
Administration	uprava
Bank nursing	agencijske medicinske sestre
Birthday Holiday	rojstnodnevni dopust
Catering department	oddelek oskrbe z živili, oddelek za prehrano
CEO (Chief executive officer)	generalni direktor ali glavni izvršilni direktor
Clinic	klinika
Company Handbook	pravilnik podjetja
Day-patient	bolnik, ki prihaja v bolnico samo na preglede
Department	oddelek
Direct costs	neposredni stroški
EBITDA (earnings before interest, taxes, depreciation, amortisation)	prihodki pred obrestmi, davki, deprecijacijo in amortizacijo
Equity purchase scheme	shema nakupa delniškega kapitala
Group Life Assurance Scheme	shema skupinskega življenjskega zavarovanja
Hospital	bolnica
Hospital manager	direktor splošne službe v bolnici
Housekeeping department	oddelek čistilk
In-patient	bolnik, ki ostane v bolnici in je na opazovanju
Junior doctor	zdravnik pripravnik
Maintenance department	oddelek za vzdrževanje
Management accounts	računovodsko poročilo za potrebe ravnanja podjetja
Manager	ravnatelj, ravnalec, poslovodja, direktor
Medical director	zdravstveni direktor
Medical services	zdravstvene storitve
National health service	državni zdravstveni sistem
Nursing qualifications	kvalifikacija medicinske sestre
Nursing services	storitve zdravstvene nege
Occupational therapy	delovna terapija
Outsourcing	pogodbeni prenos katerekoli dejavnosti podjetja na zunanje izvajalce
Part-time	s skrajšanim, nepolnim delovnim časom
Per patient day	na bolniško oskrbni dan
Revenue	prihodek
Senior manager	vrhnji manager
Supplier-induced demand	povpraševanje, spodbujeno s strani ponudnika
Team leader	vodja skupine
Utilities	stroški plina, vode in elektrike
Value for money	vrednost za denar
Variance	odmik
Year to date- actual	do določenega datuma v poslovne letu - dejanski

