

Financování zdravotnictví v ČR, investice, infrastruktura nemocnic

(Vyžádáno k projektu „Kulatý stůl“ – P. Fiala, 20. 3. 2008)

1. Za závažný problém zdravotnictví ČR ve srovnání se starými zeměmi EU považují zejména jeho výrazně nižší zdroje. Cca 7% z HDP, kolem kterých dlouhodobě osciluje ČR, patrně nedostačuje na pokrytí potřeb rychle stárnoucí populace. Tento podíl je třeba postupně navyšovat. Vyspělá EU se dnes pohybuje v pásmu 9-11% z HDP. Ukazuje se, že zdravotnictví v ostatních zemích Visegrádu, kde se dlouhodobě vydává ještě méně (5,8%-6,8%) kolabovalo nebo kolabuje. S touto výší vystačí pouze země Východní Asie (Tchaj-wan, J. Korea, Japonsko), kde nižší výdaje kompenzuje převážně mladá populace, která do systému více přispívá než čerpá.
2. Nedostatečný podíl na HDP vynikne zejména při vyjádření v absolutních částkách, a to i při přepočtu dle parity kupní síly. Vstupy ve všech zemích (vč. ČR) jsou obvykle přibližně stejně drahé, tj. ve světových cenách (energie, léky), hlavní rozdíl tvoří výrazně nižší mzdy v ČR. K tomu je třeba připočíst „mohutnost“ HDP. Jsou-li v ČR roční výdaje na 1 obyvatele kolem 800 Euro, dle PPP přes 1000 Euro, pak v etablovaných zemích EU je to 2 – 3 tis. Euro, čili až 2x více.
3. V ČR dosud zcela chybí právní forma „neziskových veřejnoprávních institucí“. Na ní jsou postaveny prakticky všechny systémy v západní Evropě, ať už v rámci systému pojišťoven nebo národní zdravotní služby. Pomáhá výrazně šetřit nutně vynakládané prostředky. Přejížděná forma „příspěvkových“ organizací z počátku 90. let se přežila a nenašla se politická vůle k přijetí odpovídajícího zákona, třebaže předloh existuje již několik. Také zákon č. 248/95 Sb. o obecně prospěšných společnostech zůstal nevyužit. Tento nedostatek by měl být co nejdříve odstraněn. Formu a. s. jako převažující právní subjekt ve zdravotnictví nikde jinde ve vyspělých zemích EU nevidíme. Považují ji za velmi rizikový faktor pro další vývoj českého zdravotnictví, za potenciální možnost konfliktů a nebezpečí odčerpávání zdrojů ze zdravotnictví.
4. Současná struktura lůžkových zařízení v ČR (nemocnic atd.) neodpovídá ani EU, ani měnícím se potřebám naší společnosti. Díky výraznému podfinancování lůžek středně- až dlouhodobé péče (rehabilitace, LDN atd.) jejich počet stagnuje. Paušál pojišťoven na 1 ošetřovací den je zde o 300 – 500 Kč (i více) nižší než nezbytně nutné náklady, čímž generuje zřizovateli ztrátu. Pacienti tedy zůstávají na drahých lůžkách akutních, kterých je pak příliš mnoho. Dobrým příkladem je Holandsko s nejhustší sítí dobře zafinancovaných středně- a dlouhodobých lůžek (ošetřování, rehabilitace atp.). Také proto stačí pouze 3,1 akutních lůžek na 1000 obyv. U nás je jich až 2x více.
5. V ČR se podcenila racionální hierarchie nemocnic. Zcela se rozpadl původní třístupňový model, který vidíme dobře fungovat např. v Rakousku (Standard-, Landes- a Uni-spital). Dnes se každá nemocnice snaží dělat „všechno“, zejména lukrativně ohodnocené obory (diagnostika, komplement, kardiologie atd.). V důsledku toho se mnohdy zbytečně vybavují nemocnice těžkou technikou, která nemůže být adekvátně využita, a navíc zhoršuje makroekonomiku zdravotnictví. Systém jejího rozdělování se evidentně neosvědčil, je obvykle výsledkem lobbystických tlaků.
6. S hierarchií nemocnic úzce souvisí i infrastruktura nemocnic a její využití. Řada nemocnic je „převybavena“, zatímco v mnoha jiných zařízeních se investic nedostává. Obecně by investice ve zdravotnictví neměly být hrazeny jen z titulu odpisů z v.z.p.
7. Vše nasvědčuje tomu, že by bylo výhodné obnovit třístupňový systém. Nákladové analýzy nemocnic dle německého modelu ukazují jednoznačně na to, že čím větší nemocnice, tím vyšší náklady ve srovnání s „následnou“ péčí i v nákladech tzv. „hotelových“ (viz příloha). Tento rozdíl nelze ničím racionálně zdůvodnit a je třeba se domnívat, že tak v systému vznikají už jen z tohoto titulu mnohamiliardové ztráty.

Tab. č. 1: Srovnávací analýza nákladů na 1 lůžkoden v tzv. „následné péči“, krajských nemocnicích a ve FN v r. 2005 v Kč

Typ nákladů	LDN a ostatní odb. ústavy (násl. péče)	Okresní, krajské nem.	Fakultní nem.
Náklady „hotelové“	570	1230	2 120
Náklady medicínské	770	2805	4 885
Celkové náklady	1 340	4035	7 005
Z toho:			
1. Denní stravní dávka	120	150	125
2. Náklady na energie	35	110	185
3. Vodné, stočné	15	15	30
4. Úklid	35	75	105
5. Praní prádla	35	50	50
6. Odpad	10	10	15
7. Služby spojů	15	20	20
8. Administrativa	80	150	315
9. Ústavní prádlo, OOP	10	25	15
10. Školení, literatura	15	10	15
11. Doprava a PHM	10	5	45
12. Daně, finanční plnění	15	20	50
13. Leasingy	15	--	--
14. Opravy a údržba	90	220	185
15. Odpisy	50	190	430
16. Ostatní	20	180	535
17. Zdravotnický personál	575	1675	2 190
18. Léky a krev	80	305	695
19. Spotřební zdrav. mat.	70	395	985
20. Ostatní nákl. na dg. a ter.	45	430	1015
Celkem	1 340	4035	7005

Zdroj: MZd. ČR, AČMN

Poznámky:

1. Tzv. "následná" péče se jeví jako neúspěšnější a neekonomičtější typ lůžkové péče prakticky ve všech parametrech, včetně „hotelových“ nákladů.
2. FN a ústavy zřizované MZd. nemohou uzavírat leasingové smlouvy.
3. Náklady na provoz ambulancí tvoří v nemocnicích zpravidla cca 24% z celkových nákladů, jejich výnosy až 33%. Zisk z ambulancí tak dokrývá ztráty z provozu lůžkových oddělení.
4. Po očištění části „hotelových“ nákladů a výnosů od extramurálních pacientů v ambulancích nemocnic lze odhadnout redukované hotelové náklady krajských (okresních) nemocnic na 1100 Kč a FN 1910 Kč, což je 2x – 4x více než v „následné“ péči.