

Název: Vyberte si: chcete nemocnice, nebo léky?

3. ledna 2011

V souvislosti s eskalující situací kolem protestní kauzy Děkujeme odcházíme, kdy hrozí výpovědí tisíce nemocničních lékařů, se v médiích objevují různé statistiky a návrhy, jak situaci řešit přesuny z jiných kapitol zdravotního rozpočtu. Často například slyšíme, že údajné tři chybějící miliardy je možné snadno vzít z nákladů na léky nebo od praktických či ambulantních lékařů. Jedna věc je, že nastavení finančních toků je dáno složitou legislativou a nelze je jednoduše ze dne na den přesměřovat do mzdových prostředků jedné skupiny lékařů, druhá věc je, že uvedená data jsou vykládána jednostranně a účelově. Pokusme se bez ideologie podívat na čísla, která nám uvedené návrhy přiblíží více realitě.

Nejlépe je začít popisem struktury zdravotnického rozpočtu. V roce 2009 zdravotní pojišťovny nasměrovaly zdaleka nejvíce finančních prostředků právě do nemocnic. Z vydaného objemu 210 miliard korun to bylo celých 45 procent, tedy 95 miliard za rok 2009. Náklady na léky tvořily 20 procent celkových výdajů, na ambulantní specialisty 15 procent a na praktické lékaře necelých 6 procent.

Podíl nákladů na léky na celkových výdajích neustále klesá, podle údajů OECD z 25 procent v roce 2005 na 20 procent v loňském roce. Toto číslo patří mezi nejnižší v regionu, více z celkového zdravotního rozpočtu dává na léky jak Polsko (23 %), tak zejména Slovensko (28 %) a Maďarsko (32 %). Neexistuje tedy důvod, proč by zrovna náklady na léky měly být nějak dramaticky redukovány. Od roku 2008 platí v České republice navíc velmi přísná léková legislativa, která ukládá Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SUKL) nastavit úhrady léků na úrovni nejlevnější ceny v kterékoliv zemi Evropské unie. Je třeba podotknout, že jsme jedinou zemí EU, která má tak přísnou regulaci v zákoně. Realitou ovšem je, že SUKL se ani za tři roky fungování nového systému nepodařilo přehodnotit úhrady u všech léčiv na trhu a je zhruba v polovině této práce. Na vině je jak velmi komplikovaný a zdoluhavý legislativní proces, tak také ne zcela zvládnutá procesní a odborná stránka věci. Naproti tomu statistiky jasně říkají, že jsme zemí nejen s velmi vysokým počtem akutních lůžek na 1 000 obyvatel, ale s poměrně dlouhým pobytem v nemocnici. Opět data z OECD za rok 2008 ukazují, že máme 5,2 akutního lůžka na 1 000 obyvatel, když průměr zemí OECD je 3,7. Jednoduché počty říkají, že 30 procent redukce akutních lůžek na průměr zemí OECD by mohlo vytvořit v nemocničních

nákladech finanční rezervy v řádech desítek miliard korun, ze kterých by mohlo být financováno rovněž navýšení platů lékařů a sester.

Průměrná délka hospitalizace je u nás 7,4 dne podle údajů z roku 2008, což je o jeden den déle, než je průměr zemí OECD. Je to dáno zejména ne zcela motivační paušální platbou nemocnicím, která je nenuť zkracovat dobu hospitalizace, jak by to bylo za podmínek platby za diagnózu. Když tedy slyšíme, jak je nutné dotovat nemocniční rozpočty z jiných kapitol zdravotnictví, měli bychom si uvědomit, že je to právě nemocniční segment, který v sobě skrývá nejvyšší potenciál úspor. Zdravotnictví je složitý organismus, ve kterém se uplatňuje mnoho způsobů regulace na různých úrovních. Některé nákladové položky jsou velmi regulovány, jako například úhrady léků, jiné zatím na racionální nastavení regulačních mechanismů čekají. V České republice zatím neproběhla seriózní diskuse nad optimalizací nemocniční sítě a změnou systému jejího financování. Nyní se naskytla příležitost, která by neměla být promarněna.

(Tomáš Doležal, odborník na ekon. zdravotnictví, ředitel institutu iHETA)