

Nemocnice

-

hlavní ukazatele a náklady



**Institut pro zdravotní ekonomiku a technology assessment
(iHETA)**

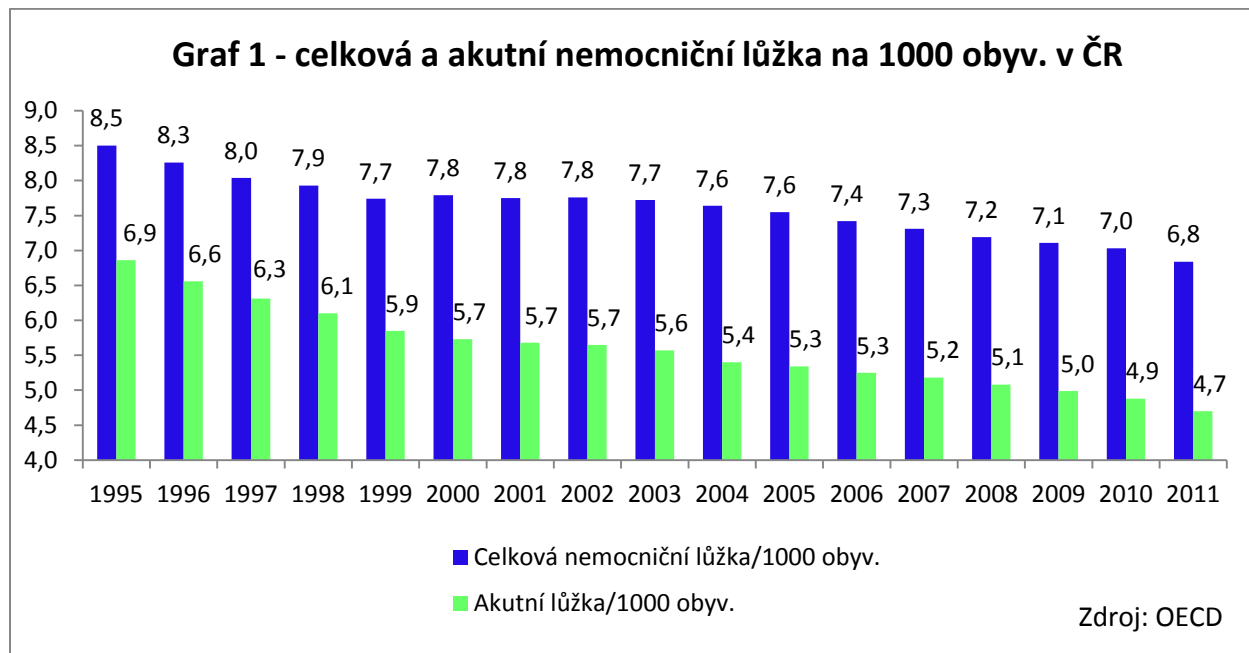
/Tomáš Mlčoch/

Nemocnice – hlavní ukazatele a náklady

Tomáš Mlčoch

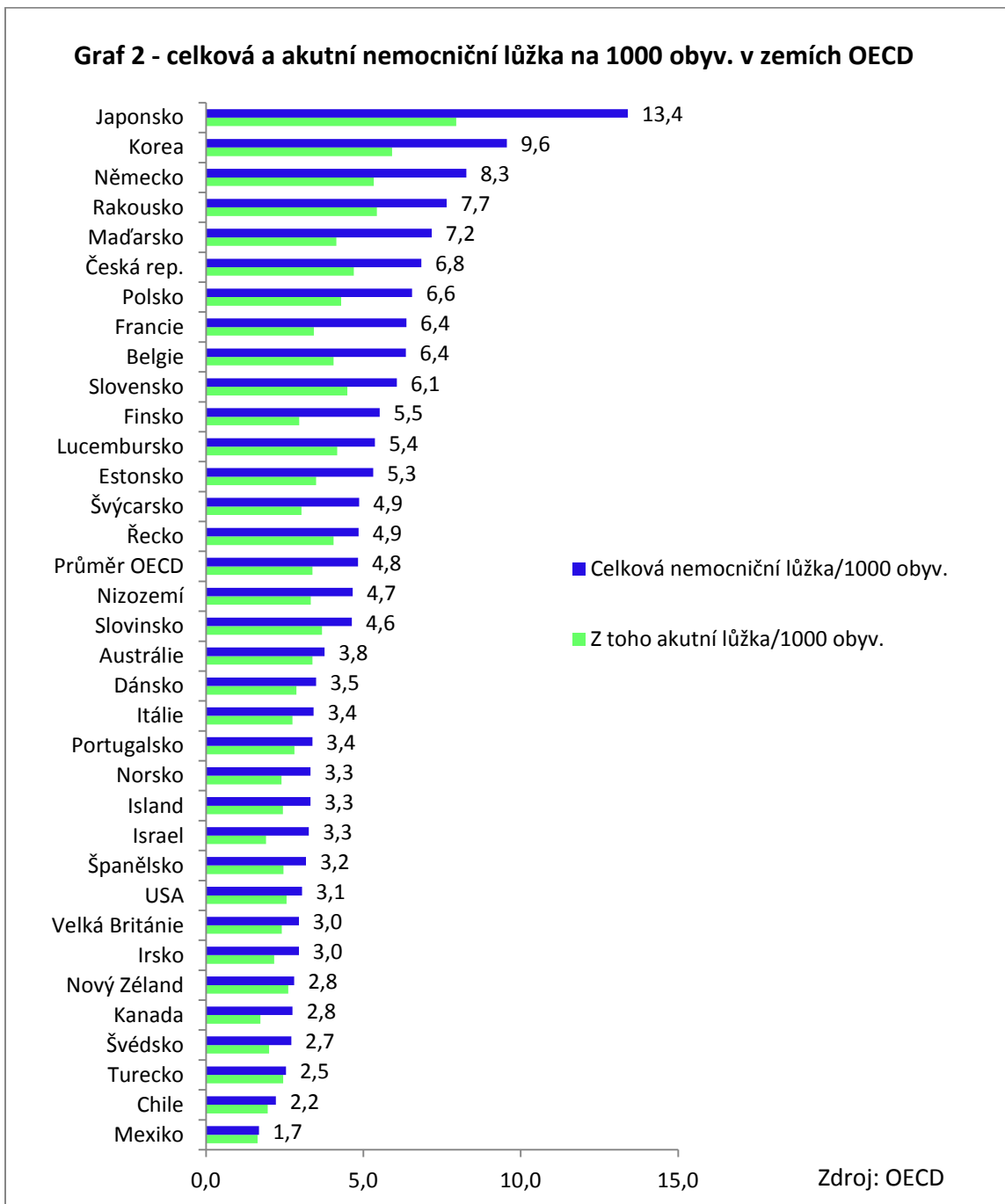
Institut pro zdravotní ekonomiku a technology assessment (iHETA)

Nemocnice se v České republice potýkají v posledních letech s finančními problémy. Dle UZIS a ročenky *Ekonomické výsledky nemocnic 2012* bylo v tomto roce ve ztrátě „29% nemocnic, téměř třetina z nich měla hospodářský výsledek do -5 mil. Kč (str. 12). Otázkou zůstává, čím je tato skutečnost způsobena. Jednou z příčin může být například špatný management nemocnic nebo také vysoký počet lůžek v nemocnicích a to jak celkových, tak i akutních. Tato lůžka znamenají dodatečné náklady pro nemocnice v podobě personálních, energetických a jiných nákladů. Z Grafu 1 můžeme vidět, že se počet lůžek od roku 1995 snížil o 25% a akutních lůžek o 46%.

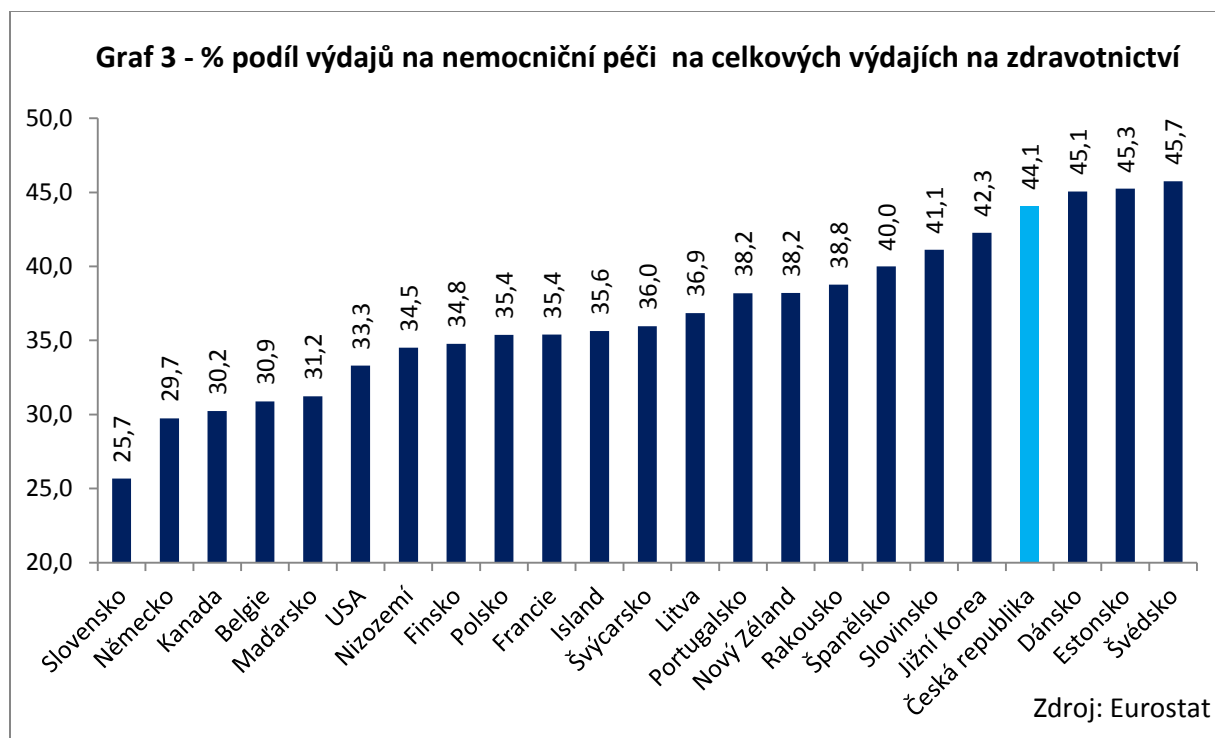


Ačkoli se tato čísla v průběhu let snižovala, je Česká republika stále na předních místech v tomto ohledu mezi zeměmi OECD, jak můžeme vidět z Grafu 2. Česká republika je na 6. místě s 6,8 lůžky na 1000 obyv. a například Itálie a Portugalsko mají těchto lůžek přesně polovinu a Kanada či Švédsko mají pouze 2,8 a 2,7 respektive. Ve zdravotnictví tak s určitou nadsázkou platí, jak se ukazuje, tzv. Roemerův zákon, který říká, že „v pojištěné populaci, nemocniční lůžko znamená

obsazené lůžko“ nehledě na kvalitu výsledné péče a který poukazuje na fenomén zvaný „vyvolaná poptávka“.



Co se týče celkových výdajů na nemocniční péči, je Česká republika rovněž v popředí mezi vybranými zeměmi EU (vizte Graf 3) v podílu výdajů na celkových výdajích. Česká republika je na 4. místě, kdy 44% výdajů jde na nemocniční péči. Tato statistika poukazuje na dlouhodobý problém českého zdravotnictví, kdy praktičtí lékaři posílají pacienty do nemocnice v daleko větší míře než v ostatních zemích a praktičtí lékaři tak nefungují jako správci „vstupní brány“ do nemocniční péče (ang. gatekeeping). V porovnání např. s Německem jsou náklady téměř o 48% vyšší, přestože je počet nemocničních lůžek dokonce vyšší v Německu; nicméně v Německu funguje velmi kvalitně gatekeeping, kdy praktici provádějí taková vyšetření a opatření, které pomáhají snižovat náklady nemocnicím, které se specializují na složitější zdravotní péči a úkony.



V červenci tohoto roku zrušil Ústavní soud možnost pacientů připlatit si za nadstandard (ačkoli jeho definice byla velmi vágní, nejasná a nespecifická), čímž se dále snížila možnost nemocnic nabídnout pacientům, jakožto jejich zákazníkům, dodatečné a kvalitnější služby, za které jsou pacienti ochotni zaplatit. Pokud by se nadstandard lépe definoval a opět zavedl v praxi, mohl by znamenat dodatečný příjem pro nemocnice a také zvýšení komfortu a prospěchu pacientů.

Vzhledem k tomu, že ve zdravotnictví existuje silné neziskové či altruistické motivace, jeví se dary jako další možný zdroj financování. Dary jsou však jen velmi nepatrná část výnosů nemocnic (0,3% v roce 2012 a 0,4% v roce 2011; *Ekonomické výsledky nemocnic 2012 a 2011, UZIS*). Pokud by se nemocnice pokusily oslovit pacienty nebo i ostatní společnosti, tak jako probíhají dary například ve sportu, mohli by tak získat dodatečné prostředky na svůj provoz.