



Úhradová vyhláška na rok 2017 v kontextu plošného 10% navýšení mezd v nemocnicích

Příprava financování zdravotnictví z prostředků veřejného zdravotního pojištění v roce 2017 je v plném proudu. Nejpozději do konce října 2016 musí být vydána úhradová vyhláška na rok 2017 a následně také předloženy návrhy zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven.

Bohužel, příprava na financování zdravotnictví pro příští rok ještě více zvýraznila většinu dlouhodobě neřešených problémů.

Česká lékařská komora, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče a některá sdružení lůžkových zdravotnických zařízení úspěšně vytvářejí, zejména nyní před volbami, na veřejnosti obraz plošné personální a mzdové krize, kterou vyřeší jen okamžité a masivní zvyšování platů v nemocnicích. K tomu však odbory dodávají, že to musí být povinné, a pro všechny stejné navýšení.

Nesmělé hlasy, že v ČR vlastně máme obecně lékařů dost, a že plošné úpravy platů pro jednu skupinu (zaměstnanci nemocnic a dalších lůžkových zařízení) mnoho nevyřeší, bohužel zanikají, protože vláda již vlastně tezi o krizi akceptovala a údajné řešení zahrnula do předvolebního mzdového populismu.

Je však správné si připomenout, kdo „zachraňoval“ dnešní stále méně udržitelnou síť a strukturu lůžkových zařízení, když ji chtěly zdravotní pojišťovny pozvolna a opatrně v roce 2013 začít měnit.

Je tedy báječné slyšet o personální krizi mluvit ty, kteří se na ní dlouhodobě a významně podílejí.

V atmosféře zdůrazňování a akceptování personální krize se samozřejmě i lépe toleruje občasná špatná kvalita lůžkové péče, stejně jako účelové hospitalizace, alibisticky zajišťující "potřebu" předimenzovaných kapacit. Taková péče by v některých nemocnicích v dnešním rozsahu vůbec poskytována být neměla a nemusela.

Plánované zvýšení nákladů na lůžkovou péči posílí již nyní příliš vysoký podíl tohoto segmentu na celkových nákladech. Navíc má být velkou většinou použito na neracionální prosazování **plošné** úpravy platů v nemocnicích a pacientům tak pravděpodobně nic na výkonech nepřinese. Rozpočet veřejného zdravotního pojištění sice opakovaně výrazně vzroste (nyní pro rok 2017 zhruba o 5 %, to je na každého občana o 1300 Kč více), ale pacient za to pravděpodobně nezíská žádnou viditelnou výhodu.

Ti zaměstnanci ve zdravotnictví, kterým je opravdu nutné výrazně platy navýšit (zejména sestry, mladí lékaři a další) dostanou sice možná svých 10 % navíc, ale to by ti potřební mohli dostat i při polovičních nákladech nebo naopak při současných zdrojích by mohli, je-li to odpovídající, dostat přidáno i 20 a více procent. Je přeci zřejmé, že řada zaměstnanců v nemocnicích je již dnes placena dobře, své zaměstnání opouštějí nechtějí a jejich mzdový nárůst by nemusel být tak velký a naopak u řady zaměstnanců je skutečně třeba

výrazně plat upravit co nejdříve. Diferencovaná mzdová strategie by měla být důležitým prvkem manažerské práce i v nemocnicích.

Tím, že se v roce 2017 připravujeme na co největší posílení růstu mzdových nákladů právě do lůžkového segmentu (nemocnic), dojde současně k velkému tlaku na limitaci všech ostatních nákladů.

Je přitom známé, že stárnutí populace a nové léčebné postupy pravidelně ročně zvyšují náklady o 2 – 3 % nad rámec inflace. Pokud ovšem z celkově dostupných 5 % vyčerpáme celkově přes 3 % na mzdy jedné byt velké skupiny a odečteme nutné náklady na další dílčí úpravy systému (např. na zvyšování zdravotních nákladů v sociálních zařízeních, financování výkonů nově nakupovaných přístrojů, nové léčebné postupy apod.), je jasné, že skutečně hrazené ceny v ostatních segmentech budou a opět v zásadě plošně stagnovat nebo budou muset dokonce klesnout, protože poskytovaný objem výkonů alespoň mírně poroste. I když budeme akceptovat již bohužel rozhodnutý záměr o plošném 10% navýšení mezd v lůžkových zařízeních, vzniká další problém. O kolik se vlastně musí navýšit ceny za zdravotnické služby v nemocnicích, aby bylo na plánované navýšení mezd?

V rámci přípravy úhradové vyhlášky na rok 2017 zazněl parametr navýšení úhrad lůžkové péče v souvislosti s potřebou zajištění 10% růstu osobních nákladů, který pro prostou kompenzaci kalkuluje 6 % nárůstu celkového objemu úhrad. Protože se tento parametr zdá nadsazený, pokusíme se jej modelovat.

Pro odhad potřeby lze použít veřejný zdroj - ÚZIS a jeho publikaci Ekonomické výsledky nemocnic, bohužel poslední zveřejněná je za rok 2013. Pro model lze ale využít jako základ poměry jednotlivých nákladových položek, které se v čase výrazně nemění, respektive kolísají kolem stabilních středních hodnot.

V daném roce byly celkové náklady 163 nemocnic 131 136 mil. Kč, z nich pak osobní náklady tvořily 46,3 %, tedy 60 716 mil. Kč.

Při navýšení osobních nákladů v daném modelovém roce o 10 % (tedy na 66 788 mil. Kč) by celkové náklady byly 137 208 mil. Kč a zvýšily by se logicky pouze o 4,6 %.

Při použití nárůstu celkových nákladů o 6 % na 139 004 mil. Kč by tedy bylo nad rámec prosté takto kalkulované kompenzace uhrazeno navíc 1 796 mil. Kč.

Pro korektnost modelu je vhodné se podívat ale i na hlubší členění jednotlivých typů nemocnic, které samozřejmě nemají (s ohledem na charakter poskytovaných služeb) stejné nákladové poměry. Ve výše zmíněném materiálu jsou členěny podle zřizovatele a jednotlivé podíly osobních nákladů jsou pro státní 41,1 %, pro krajské 56,6 %, pro obecní a městské 56,1 %, pro ostatní 49,6 %.

Při modelaci růstu celkových nákladů o 6 % by tedy bylo nad rámec prosté kompenzace uhrazeno s ohledem na objemy jednotlivých typů nemocnic navíc pro státní 1 225 mil. Kč, pro krajské 43 mil. Kč, pro obecní a městské 23 mil. Kč, pro ostatní 505 mil. Kč.

Prosazované 6% navýšení úhrad pro krytí mzdového nárůstu je podle těchto propočtů zjevně nadsazené. Pokud již má být použita metoda plošné účelové úpravy cen, pak by s dostatečnou jistotou mělo stačit 5% navýšení. I ono jedno procento totiž představuje 1,3 miliardy korun, které nejen budou velmi chybět v jiných segmentech, ale také dále prohloubí cenové deformace mezi segmenty.

Ještě jsme ani nestačili toto nerozumné financování uvést do praxe a podle postoje většiny reprezentací v jednání je již nyní zřejmé, že v roce 2017 bude nespokojených zaměstnanců ve zdravotnictví určitě více a celý proces se při přípravě financování na rok 2018 bude nejspíš opakovat. Jedinou nadějí tak je, že vládní program pro zdravotnictví na roky 2018 až 2022 už bude obsahovat alespoň dílčí reformní prvky a omezí vliv státu na smluvní a cenová ujednání.

Na to, jak naše zdravotnictví upravovat existuje mezi odborníky poměrně široká shoda, v řadě doporučení (například, na posílení role a aktivní účasti občanů – pojištěnců, větší individualizaci smluvních vztahů a posílení role i zodpovědnosti plátců i poskytovatelů) je to shoda značná a dlouhodobá.

Naopak veřejná diskuze, jak se má nejlépe oněch 27 000 Kč za každého z nás ročně ve zdravotnictví využít, je překvapivě malá. Dojde-li ke zdražení nějaké služby v průměru o několik málo korun na každého z nás ročně a musíme toto navýšení opravdu zaplatit z vlastní peněženky je reakce veřejnosti velmi živá. V roce 2017 každému z nás zdraží zdravotní péče o 1300 Kč a další rok nejspíše také. To, že je zaplatíme jinak, není důležité. Ptejme se proto, co za to občan dostane a hledejme co nejúspěšnější řešení. Nezapomeňme se ho ale ptát i na to, zda by v budoucnosti preferoval raději výrazný růst pojistného (zcela jistě nad úrovní obecné inflace) při zachování financování i nadbytečných služeb, nebo zda chce skutečně pojištěním řešit svá nepředvídatelná, finančně náročná nebo dlouhodobá onemocnění. Takové otázky nejsou ale dobrým předvolebním tématem.

V Praze dne 30. 8. 2016
Ing. Ladislav Friedrich, CSc.
prezident