**Mají nemocnice na zvýšení platů, nebo ne?**

**19.3.2012**

Od nového roku jsme svědky dohadování mezi ministerstvem zdravotnictví a nemocnicemi na téma „kdo může za to, že peníze na platy nejsou“. Ministerstvo (osamoceně) tvrdí, že z jeho strany je všechno v pořádku a že problém je v neschopnosti managementů nemocnic, vedení nemocnic pak tvrdí (s ním i mnozí další), že úhrady pro rok 2012 žádné prostředky pro zvýšení platů nepřinesou.

Spor se snad podaří rozřešit nezávislým posouzením, které přislíbil premiér Nečas. Co ale říká o úhradách nemocnicím ta stále omílaná úhradová vyhláška? A hlavně – kolik je pravdy na tvrzení ministerstva, že úhrady nemocnicím se zvýší a že „peníze půjdou za pacientem“, tedy že úspěšné nemocnice s hodně pacienty dostanou zaplaceno lépe?

**Chaos, chaos, chaos…**

První zásadní problém tkví v tom, že úhrady nejsou podle jednoho principu. Pacienti jsou rozděleni do čtyř skupin, pro každou je jiný princip úhrady. Při osmi zdravotních pojišťovnách musí nemocnice sledovat a plnit 32 (!) kritérií, aby dosáhla maximální úhrady.

Přitom u řady pacientů nelze dopředu určit, do které kategorie bude spadat, a tudíž jak bude jeho péče hrazena.

**Balíčkové ceny – cesta, jak některou nemocnici finančně podpořit a jinou poškodit**

První skupinu tvoří tzv. individuálně smluvně sjednaná složka úhrady, známá jako balíčky. V roce 2012 sem spadají kloubní náhrady, artroskopie, kardiostimulátory a kardiovertery, oční čočky, operace karpálních tunelů, laparoskopické cholecystektomie a laparoskopické hernioplastiky a gynekologické kyretáže.

Tuto péči si nasmlouvává nemocnice přímo s pojišťovnou. Pojišťovna tedy de facto určí nemocnici cenu a počet výkonů, které je ochotna proplatit. Jde o řízenou péči v tom nejlepším slova smyslu. Pacienti mají smůlu.

Pokud přijdete po vyčerpání limitu stanoveného pojišťovnou, pak už vám nemocnice v roce 2012 péči neposkytne (pokud to neudělá z čistého altruismu a na svoje náklady). Kolik pojišťovny opravdu zaplatí, není jasné. Je to předmětem dodatků ke smlouvám, a ty bývají uzavřeny často až po polovině roku. Zde tedy princip peníze za pacientem neplatí.

Zda nebude tato péče pro nemocnice dokonce ztrátová, to se nyní v žádném případě rozhodnout nedá. Vše záleží zcela na libovůli pojišťovny – některá nemocnice tak může dostat za operaci žlučníku 10 000 Kč, jiná klidně 100 000 Kč.

**DRG – již poněkud vousatá novinka**

Druhá – a největší – skupina péče je hrazena podle tzv. případového paušálu. To je to slavné DRG. Nejde o žádnou novinku, jak tvrdí ministerstvo, část péče již byla takto hrazena v letech 2009 i 2010, až teprve reformátor ministr Heger tuto možnost v roce 2011 zrušil.

Zjednodušeně se tento způsob úhrady dá popsat tak, že každý pacient je na základě svých diagnóz a provedených výkonů zařazen do tzv. DRG skupiny. Těchto skupin je asi 660. Každá skupina má svoji hodnotu vyjádřenou číslem, které stoupá s náročností příslušných pacientů (např. zánět slepého střeva řešený appendektomií má hodnotu 0,8552, dlouhodobá ventilace trvající více než 43 dní s náročným výkonem, velkou operací, má hodnotu 64,5454).

Součet hodnot u všech pacientů pak stanoví tzv. case mix. A teprve ten je základem pro výši platby.

**Kde je zakopán pes**

A zde je zakopaný pes. Case mix se na peníze převede vynásobením tzv. základní sazbou. Celostátní hodnota základní sazby je 29 500 Kč.

Pro nemocnice ale platí sazby individuální. Zatímco některé fakultní nemocnice a některé protežované nemocnice mají tuto sazbu i více než 50 000 Kč, pak malé okresní ani ne 20 000 Kč. Za stejnou péči pak taková nemocnice dostane ani ne polovinu toho, co nemocnice fakultní.

**Podraz a lež**

Druhý podraz je v počtu pacientů, který pojišťovna proplatí. Nemocnice dostane zaplaceno maximálně 105 % péče oproti roku 2010, vyjádřeno v hodnotě case mixu, musí ale ošetřit 103 % pacientů. Pokud ale ošetří pacientů více, pak už jí úhrada nevzrůstá. Naopak, při poklesu počtu pacientů nebo hodnoty onoho case mixu se jí platba krátí bez omezení.

Tvrzení ministerstva, že malé nemocnice jsou proti fakultním zvýhodněné a že nemocnice budou finančně profitovat při výrazném zvýšení počtu pacientů, jsou čistá lež. Například v roce 2010 byl úhradový systém mnohem spravedlivější.

**Kdo šetřil, bude potrestán, kdo plýtval, bude moci plýtvat i nadále**

Do třetí úhradové skupiny patří traumatologie, hematologie, onkologie, transplantační medicína, léčba HIV a některé oblasti psychiatrie. Zde se platí výkonově, tedy podle počtu bodů a spotřebovaného materiálu. Hodnota bodu je však rovněž individuální, když vychází z historických nákladů.

Platí tedy, že nemocnice, která dokázala léčit úsporně, je za to trestána nízkou hodnotou bodu a dostane zaplaceno málo. Naopak nemocnice, která v minulosti plýtvala, bude mít hodnotu bodu vysokou a bude moci plýtvat i nadále.

Ostatně obdobnou nespravedlností trpí i soukromí lékaři – ambulantní specialisté. Počet bodů je limitovaný, při překročení limitu klesá hodnota bodu na polovinu. A celková úhrada v tomto segmentu může být maximálně 103 % roku 2010. Tedy opět tvrdá limitace, preferování drahých nemocnic a zcela bezohledné neproplácení péče při překročení limitu. Přitom se jedná o péči, kterou nelze u pacientů odkládat.

**Za pacientem nejdou peníze, ale ztráta**

Čtvrtou skupinu tvoří pacienti léčící se ve specializovaných centrech. Zde jde o úhradu tzv. centrových léků. Vyhláška je jednoznačná. Připouští se nárůst počtu pacientů na 110 % počtu v roce 2010. Úhrada na pacienta ale klesá na 98 % roku 2010.

K tomu stoupla o 4 procentní body sazba DPH. Pokud tedy nedojde ke snížení ceny léků (a to zřejmě nedojde), pak každý pacient bude pro nemocnici znamenat oproti roku 2010 ztrátu ve výši 5,6 %, oproti roku 2011 to bude ztráta ještě vyšší. U centrové péče tedy neplatí, že by za pacientem šly peníze, za pacientem jde ztráta.

**Prokorupční úhradová vyhláška ministra Hegera nevytváří prostor na vládou slíbené zvýšení platů**

Z uvedeného vyplývá, že úhradová vyhláška nevytváří prostor pro zvýšení příjmu nemocnic, a to ani v tom případě, že budou ošetřovat více pacientů. Ministerstvo v této oblasti zcela bezostyšně dezinformuje veřejnost. Samozřejmě budou i nemocnice, které budou mít peněz dost. Korupční ustanovení vyhlášky, podle kterého se pojišťovna a zdravotnické zařízení mohou „dohodnout jinak“, stále zůstává platné.

**Autoři**

**Miloš Voleman, Tempus Medicorum**