Neprůhledné platby pojišťoven nemocnicím maskují tunelování

Začátek formuláře

Konec formuláře

Úhrady pojišťoven nemocnicím za zdravotní péči jsou džunglí s nejasnými pravidly, v područí lobistů. Ministr Heger vytrvale slibuje, že sjednotí platby za lékařské výkony ve všech nemocnicích. Nesdělil ovšem, kdy a jak se tak stane.

Několik let se u nás mluví o platbách za výkony sdružené do jednotlivých případů – o systému DRG (Diagnosis Related Groups – cíleně sdružených skupin diagnóz či výkonů), který nahradí neflexibilní paušální platby.

Za tento systém a jeho zavádění do praxe pojišťoven a zdravotnických zařízení ministerstvo od roku 2006 zaplatilo stamiliony korun. Bohužel se stále v praxi jedná pouze o nedokonalý, nedokončený a nepoužitelný pokus o překlad jedné z verzí DRG systému, který je běžně využíván v USA a jiných zemích.

Pokud by mělo platit, že systém nastaví stejnou platbu za stejný výkon pro všechna zdravotnická zařízení poskytující akutní lůžkovou péči bez výjimky, pak by se jednalo o účelně investované peníze. Jenomže systém není využíván a ani nastaven v případě následné lůžkové péče všech typů – léčebny dlouhodobě nemocných, ošetřovatelská lůžka, rehabilitace, psychiatrické a jiné ústavy a celé spektrum péče ambulantní, jak v nemocnicích, tak v samostatných ambulancích.

Praktické zkušenosti posledních let bohužel ukazují, že zřejmě není v zájmu nikoho, aby jednotný systém stejné výše úhrady byl zaveden. Ministerstvo zdravotnictví tvrdí, že usilovně pracuje na zavedení jednotných plateb. Jednotlivé zdravotní pojišťovny však vytrvale upřednostňují tak zvaný „individuální“ přístup k jednotlivým zdravotnickým zařízením, zejména vůči lůžkovým zařízením akutní i následné péče.

Nemohou přece připustit, že by všichni dostali zaplaceno stejně, lobistické zájmy by pak nebylo možné prosazovat. A i když existuje systém DRG s jednotnými váhami podle diagnóz, a ne podle zařízení, tak různým zařízením vypočítávají platby podle různých základních sazeb – tedy zcela mimo základní princip uplatňování DRG systému úhrad.

Aby to nebylo málo, tak některým nemocnicím pojišťovny platí tak zvané balíčkové dohodnuté ceny za výkony. Základní sazby DRG a balíčkové ceny se pochopitelně liší podle jednotlivých nemocnic a „kvality vztahů“ mezi nemocnicemi a pojišťovnami. Samozřejmě, pro úhrady existuje právní rámec v podobě tzv. úhradové vyhlášky, kterou vydává ministerstvo, a podle které se postupuje v případě nedohody mezi pojišťovnami a nemocnicemi.

Ovšem úhradová vyhláška se za několik let tak zkomplikovala, že se dnes nemocnice ani pojišťovny neobjedou bez nákladného hardwarového i softwarového vybavení za stamiliony korun, aby se mohly dopočítat, kolik že vlastně peněz pojišťovny vyplatí a nemocnice dostanou.

Nemluvě o tom, že kouzelná krabička – používaný software, do které se data nasypou, aby „se spočítala“, je zcela v rukou pojišťoven. A v každém programu existuje spousta výjimek k hodnocení dodaných dat… Již dnes si některé nemocnice za nemalé prostředky najímají soukromé firmy, které jim mají nastavit vykazování výkonů co nejvýhodněji.

Jestliže Německo dokázalo sjednotit platby za výkony podle systému DRG do dvou let od jeho zavedení, tedy do roku 2005, co brání tomu, aby se tak stalo i u nás? V českých podmínkách se o zavedení plošného použití DRG pokoušíme již od r. 2006 – tedy zatím šest dlouhých let…

Kde je problém? Jsou to soukromé zájmy, korupce a lobismus napříč ministerskými úředníky, politiky, zdravotními pojišťovnami a některými nemocnicemi. A evidentně potřeba peněz na volební kampaně.

Ministerstvo zdravotnictví se přijetím nového zákona o zdravotních službách zbavilo jakékoliv odpovědnosti za tvorbu sítě zdravotnických zařízení s výjimkou specializovaných center.

Odpovědnost tak nyní leží výhradně na zdravotních pojišťovnách, které dostávají politické zadání od vládní koalice, od politických stran a různých lobistů. Vždy minimálně pět členů správní rady jmenuje vláda u zaměstnaneckých pojišťoven a deset členů správní rady u všeobecné zdravotní pojišťovny. Dvacet členů správní rady VZP volí Poslanecká sněmovna. Deset členů správních rad v každé zaměstnanecké pojišťovně je voleno z řad významných zaměstnavatelů a odborových organizací.

Ministerstvo zdravotnictví slibuje odpolitizování zdravotních pojišťoven – to však bude znamenat pouze to, že všech patnáct členů správních rad každé zdravotní pojišťovny bude zřejmě dosazeno jenom významnými zaměstnavateli a odborovými organizacemi a stát ztratí kontrolu úplně.

Co reálně hrozí? V současné době zdravotní pojišťovny, zejména VZP plní zadání od ministerstva zdravotnictví zrušit patnáct tisíc akutních lůžek. Je to „shodou okolností“ v období, kdy pojišťovny mají obnovovat smlouvy se zdravotnickými zařízeními na další období.

VZP spolu s ostatními zdravotními pojišťovnami klade jednotlivým nemocnicím různé podmínky, například: zruší se tato a tato oddělení, akutní lůžková chirurgie či interna se převede na tak zvanou jednodenní chirurgii a podobně.

Proces ekonomického diktátu zdravotních pojišťoven na omezení kapacit lůžkových zdravotnických zařízení probíhá naprosto neprůhledně, podle neexistujících pravidel a ve většině případů za tichého souhlasu zřizovatelů – zástupců krajů.

Právě v tomto období nátlaku zdravotních pojišťoven na zdravotnická zařízení se přímo otevírá příležitost pro likvidaci řady dobrých a levných spádových lokálních nemocnic, které se do budoucna stanou tučným soustem pro soukromé zájemce o jejich koupi.

Pojišťovny, zejména VZP, nyní nastaví parametry nové smlouvy tak, aby některé nemocnice, nikoliv jenom ty špatné a neefektivní, ekonomicky nepřežily. Tyto nemocnice skončí, lékaři a sestry přijdou o práci, ale ne nadlouho. Zůstane tu totiž plně vybavené zdravotnické zařízení, které je třeba nějak udržovat – tedy požadavek na finanční náklady pro zřizovatele, bez zdroje příjmu!

Brzy se objeví soukromí „zachránci“, kteří obnoví provoz nemocnic, nebo je upraví na léčebny dlouhodobě nemocných, či jiný typ dlouhodobé péče o seniory a handicapované, ovšem za naprosto jiných, odlišných a pochopitelně pro veřejnost daleko nevýhodnějších podmínek, než mají současné nemocnice.

A navíc, tito noví majitelé budou všemi vítáni, jako spasitelé, kteří využijí chátrající krajský majetek a dají lidem práci. A majetek movitý i nemovitý, včetně pozemků, jim zřizovatel rád i pod cenou prodá – zbaví se tak břemena úhrady režijních nákladů na dříve zavřená zařízení.

Je tedy velmi pravděpodobné, že sbližování základních sazeb DRG bude trvat v České republice tak dlouho právě proto, aby se v současném neprůhledném systému daly veřejné prostředky tunelovat ze systému veřejného zdravotního pojištění tak dlouho, jak jen to půjde.

Kdyby totiž ministr Heger, vláda a poslanci vládní koalice měli skutečný zájem na transparentnosti finančních toků ve zdravotnictví a na spravedlivém systému hrazení výkonů podle zásady „za stejný výkon stejná úhrada“, pak by už dávno prosadili novelu zákona o svobodném přístupu k informacím a velmi jednoduše stanovili, že podmínkou platnosti smluvního vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením je zveřejnění jakéhokoliv smluvního ujednání na webových stránkách.

A hned by bylo jasné, které zdravotnické zařízení má protekci, a které nikoliv. Jedná se totiž o peníze nás všech, daňových poplatníků, respektive pojištěnců. A tyto peníze a způsob jejich vynakládání nemohou být předmětem obchodního tajemství!

[Ludvík Hovorka](http://www.denikreferendum.cz/autor/531-ludvik-hovorka)

10. 07. 2012