ÚHRADOVÁ VYHLÁŠKA

Úhradová vyhláška pro segment

akutní nemocniční péče

**Při osobním jednání nám pan ministr Holcát sdělil, že úhradovou vyhlášku by chtěl mít jako jednoduchý dokument na jednu dvě stránky. A ta jeho na rok 2014 má stránek sto šest. Oproti roku 2013 doznala vyhláška některých změn k lepšímu. O jasný a pochopitelný dokument ale nejde ani náhodou.**

Z vyhlášky zmizel tzv. korupční paragraf, tedy ustanovení, že vyhláška neplatí pro ty, kteří „se dohodnou jinak“. Ale ani toto žel neplatí na 100 %, jak uvedu dále.

Systém úhrady akutní hospitalizační péče se dosti zjednodušil. Zatímco v roce 2013 existovaly vedle sebe systém úhrad dle individuálně sjednané složky úhrady (balíčky), a dále pak podle DRG alfa, DRG beta a DRG gama, pro rok 2014 již existují pouze balíčky a víceméně jednotné DRG. Toto lze hodnotit pozitivně, ale...

**Balíčky**

Oproti předchozím létům zůstávají v této kategorii pouze defibrilátory a kardiostimulátory. Zde platí, že na výši a způsobu úhrady se zdravotnické zařízení dohodne se zdravotní pojišťovnou. Aby se ale zdravotnické zařízení příliš necukalo, je zároveň uvedeno, že v případě nedohody se úhrada vypočítá podle vzorce, který v důsledku znamená, že zdravotnické zařízení v případě nedohody dostane jen 75 % výše úhrady za rok 2013 (zajímavé je, že v tomto případě se nedodržuje princip referenčního období o dva roky zpět).

V ustanovení o balíčcích se také skrývá obdoba dřívějšího „korupčního paragrafu“. Zatímco dříve byly „balíčky“ přesně definované, nyní si zdravotnické zařízení a pojišťovna mohou dohodnout tento způsob úhrady pro libovolnou péči. Tedy opět je možné, že někomu bude placeno zcela bez jakýchkoli omezení.

**Úhrada podle DRG**

Nebudu zde podrobně rozebírat vzorce pro výpočet úhrady. Jsou tak šílené, že bez základů vyšší matematiky se stejně pochopit nedají. Myslím, že tato složitost je záměrná.

Došlo k avizované změně, kdy byla sjednocena základní sazba pro všechny nemocnice. Právě rozdílnost základní sazby v minulých letech byla příčinou toho, že v jedné nemocnici stála stejná péče i dvakrát tolik než v nemocnici sousední. Toto bylo hodně kritizováno.

Základní sazba je tedy jednotná. Ale zatímco v minulých letech byla celostátní základní sazba (od ní se výpočty odvozovaly) stanovena na 29 500 Kč, v roce 2014 bude jednotná základní sazba pouhých 22 000 Kč, což na první pohled vypadá, že všechny nemocnice, které měly svoji základní sazbu vyšší než 22 000 Kč, na tom budou v roce 2014 hodně špatně. Pro zajímavost – základní sazbu menší než 22 000 Kč měly v roce 2012 jen čtyři nemocnice. Některé velké nemocnice by pak mohly zaznamenat katastrofu. Ale není tomu tak a vyhláška nakrmila vlka při zachování kozy způsobem, který mně osobně připadá velmi špinavý. A to hned dvakrát.

**1. Koeficient specializace.** Nově se ve vyhlášce objevuje tzv. koeficient specializace. V podstatě to znamená, že ke klasickému DRG, kdy je každému pacientovi na základě jeho diagnóz a provedených výkonů přiřazena tzv. relativní váha, ze které se pak odvíjí výše úhrady, je nyní ke každému případu přiřazen ještě index, kterým se cena násobí. Tento index je v hodnotách 1,1 – 1,38 – 1,5 – 1,7 – 3,9. Po rychlém propočtu lze indexy slovně pojmenovat takto: chudinský (1,1) – šulnul (1,38) – lepší šulnul (1,5) – trochu přilepšení (1,7) – luxusní (3,9).

Jak byly tyto indexy stanoveny a proč jsou právě takto vysoké, není vůbec jasné. Tvrzení, že je takto zajišťováno financování zvláště náročné péče, neobstojí. Některé skupiny závažných a drahých pacientů totiž mají zcela nelogicky přiřazeny indexy nízké.

Spíše se zdá, že je takto zajišťován tok financí do některých předem vybraných nemocnic. Vysoce indexovány jsou totiž skupiny pacientů, které mají společné to, že mohou být ošetřeny pouze v několika málo nemocnicích – jiné totiž tuto péči nemají nasmlouvánu. Pokud se jedná o nákladnou péči, ale poskytovanou ve větším množství nemocnic (např. traumatologie, náročná péče u ventilovaných pacientů…), pak tato drahá péče nijak vysoce indexována není.

Jen pro ilustraci. Taková průměrná nemocnice s individuální základní sazbou 29 500 Kč dostala v roce 2012 za klasickou operaci žlučníku 41 011 Kč. Letos to bude (index specializace 1,38) 41 233 Kč. Za klasickou operaci kýly to v roce 2012 činilo 17 134 Kč, letos to ale bude jen 13 617 Kč (index specializace je jen 1,1). Pozor, většina nemocniční péče je hodnocena indexy 1,1 a 1,38.

**2. Cena vyžádané péče se odečítá od úhrady.** Od celkové výše úhrady se zcela natvrdo odečítá tzv. vyžádaná péče. Toto může být katastrofa pro menší nemocnice, které nemají možnost specializovaných vyšetření. Pokud totiž pacienta během hospitalizace na takové vyšetření pošlou, pak toto vyšetření zaplatí ze svého! Opravdu. Paradoxně pak mohou v celkovém součtu platit za to, že u nich by pacient hospitalizován. Typickým příkladem může být odeslání pacienta s tak běžnou diagnózou, jako je ischemická nemoc dolních končetin, na provedení angiografie. A ještě navíc pacientovi na specializovaném pracovišti rovnou dají stent, pak má taková malá nemocnice skutečně finanční problém.

**Stručně lze vyhlášku zhodnotit asi takto**

Pozitivně lze u nové vyhlášky hodnotit způsob regulačních opatření. V zásadě je totiž lze uplatnit až po kontrole a zjištění nedostatků, nikoli plošně.

Dopady vyhlášky se dají zatím těžko předvídat. Jisté ale je, že pro většinu nemocnic zlepšení nepřinese a pro některé bude velkým problémem (a to nejen pro malé, velké problémy budou mít i některé ještě nedávno fakultní nemocnice). O některé nemocnice, které dosud dostávaly vysoké úhrady, bude postaráno přes „indexy specializace“. A jsem přesvědčen, že ty nemocnice, které dosud dostávaly vysoké platby, aniž by se jejich péče nějak významně lišila od ostatních, se opět „dohodnou jinak“.

Vyhláška je napsaná tak, že formálně řeší prakticky všechny výhrady k nespravedlnostem a nejasnostem minulých vyhlášek. V detailu však skrývá ne jednoho, ale řadu ďáblíků. Ti pak zaručují, že princip rovných a rovnějších nebude narušen. A ti rovnější, ti jsou nepochybně již předem vybráni.

**Miloš Voleman**