

## **Vráťme sa k princípom VI - Význam transformácie na a.s. a platby za diagnózu pre nemocnice**

V predchádzajúcich číslach Zdravotníckych novín som sa v sérii zatiaľ piatich článkov o princípoch a zásadách v systéme zdravotníctva SR venoval niektorým úvahám a chystaným zmenám v zdravotníctve, ktoré sa týkali zdravotníckych zamestnancov, zdravotných poisťovní, čiastočne orgánov štátu a naposledy výmenných lístkov v ambulantnej sfére. V nasledujúcom texte sa budem venovať dvom zámyslom, ktoré sa týkajú nemocníc, a to významu zavedenia platby za diagnózu a ich uvažovanej transformácii na akciové spoločnosti.

Od tzv. DRG systému sa má odvíjať cena za zdravotnú starostlivosť, avšak podľa môjho názoru sú až fetišistické očakávania od podrobného DRG systému. Áno, je dôležité dodržiavať princípy rovnosti a spravodlivosti, takže by malo platiť „za porovnateľný výkon porovnateľná cena“. Avšak po prvé, je podstatné, aby stanovenie určitej ceny za konkrétnu poskytnutú zdravotnú starostlivosť malo jasnú dynamickú štruktúru a malo by umožniť poznať: do akej miery pokrýva **úhradu za jednotlivé zdravotné výkony, ktorých nositeľom a vykonávateľom je zdravotnícky pracovník**, do akej miery zohľadňuje **cenu potrebného prístrojového vybavenia**, do akej miery pokrýva **úhradu za lieky, špeciálny a spotrebný zdravotnícky materiál** (možno by si pacient chcel dokúpiť lepšiu endoprotézu), do akej miery pokrýva **úhradu za tzv. hotelovú časť**, čo zahŕňa najmä stravu, vodu, kúrenie, odpisy budov, prípadne nájom (ich cena sa môže v jednotlivých regiónoch aj podstatne líšiť) a do akej miery zahŕňa **úhradu za nevyhnutné administratívne a hospodárske činnosti**. To treba pokladať za oveľa dôležitejšie ako prípadný spor chirurgov a gynekológov, o koľko

eurocentov je drahšia zdravotná starostlivosť pri cholecystektómii oproti hysterektómii; viem si predstaviť, že by obe tieto operácie aj s niektorými inými boli zaradené do jednej kategórie s jednotne určenou cenou.

Po druhé treba povedať, že **DRG systém nijako nerieši neuhradené výkony od zdravotných poisťovní**. V podstate len umožní presnejšie zistiť celkovú cenu evidenčne síce uznaných, ale neuhradených výkonov a teda výšku škody poskytovateľa – nemocnice. Ak má DRG systém začať fungovať, je potrebné začať dôsledne uplatňovať zásadu poistenia fyzickej osoby, ktorá vyplýva zo zákona 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení (§3 ods.1, §9 ods.1 a §22 ods.1 písm.b), teda že **poistenec ako konkrétna osoba má nárok, aby zdravotná starostlivosť, ktorá mu bola poskytnutá, bola uhradená z verejného zdravotného poistenia**; pri neuhradení zdravotnej starostlivosti zdravotná poisťovňa porušuje jeho práva! A je nevyhnutné vo všeobecne záväznom právnom predpise (aby to bolo zrejmé vopred, nie že to až ex post určí zdravotná poisťovňa) **konkretizovať, ktorá zdravotná starostlivosť je neodkladná**, ktorej poskytnutie je pre poskytovateľa i zdravotníckeho pracovníka povinné zo zákona (§79 ods.1 písm.b), §80 ods.1 písm.a) a Etický kódex zdravotníckeho pracovníka v zák. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch) a teda jej **neuhradenie zdravotnou poisťovňou by bolo neprípustné a sankcionované**; a zdravotnú starostlivosť plánovanú, ktorej obsah a rozsah by bol špecifikovaný v zmluve medzi zdravotníckym zariadením a zdravotnou poisťovňou. Takže v rámci DRG systému by bolo vhodné už a priori určiť, ktorá zdravotná starostlivosť sa pokladá za neodkladnú a ktorá sa za neodkladnú nepokladá – či už cez výkony a/alebo diagnózy, ale logickejšie a v zmysle princípu právnej istoty zdravotníckeho pracovníka i poskytovateľa, ale určite aj pre pacienta asi najvhodnejšie cez symptómy (viď už dosť bohatú „judikatúru“ ÚDZS). Takže ak to zhrniem:

dôležitá je nielen cena naozaj zohľadňujúca náklady na zdravotný výkon, ale aj celkový objednaný počet výkonov; pri nízkom počte výkonov, ak je nepretržitá prevádzka, sa náklady poskytovateľa a teda jednotková cena za výkon nevyhnutne zvyšujú (keďže prevádzkové náklady majú aj svoju dolnú hranicu a tzv. stand-by poisťovne nemocniciam neuhrádzajú); a to DRG systém nerieši!

V druhej časti tohto príspevku sa ešte dotknem uvažovanej transformácie nemocníc na akciové spoločnosti. Obhajoba tejto transformácie argumentovaním už transformovanými zdravotníckymi zariadeniami totiž pokrívajú; pri tejto argumentácii sa totiž porušuje jeden dôležitý logický princíp, a to princíp príčinnej súvislosti. Nesmieme totiž zabúdať na jednu dôležitú vec: v prípade už transformovaných zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti najprv došlo k vyrovnaniu ich rozpočtov a až následne k ich transformácii, takže **vyrovnané hospodárenie bolo príčinou transformácie, nie jej následkom**, ako sa zvykne argumentovať. Napríklad v prípade často spomínaných kardioustavov došlo v danom období istým zásahom štátu k reštrukturalizácii úhrad zdravotných poisťovní za zdravotnú starostlivosť, čo viedlo k dôležitému zvýšeniu ich príjmov a tým následne aj k eliminácii tvorby dlhu. Som presvedčený, že ak by došlo k zmenám úhrad zo zdravotných poisťovní a napríklad k paušálnemu zahrnutiu všetkého špeciálneho zdravotného materiálu do ceny výkonu (ako majú napríklad traumatológovia v prípade aj osteosyntetického materiálu), prípadne k zníženiu ich limitov s následne nevyhnutnou tvorbou nadlimitných výkonov hlavne z dôvodu poskytovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ako je to u mnohých iných poskytovateľov, tak ani forma akciovej spoločnosti by nezabránila ich zadlžovaniu.

*Miroslav Pavlák, Zdravotnícke noviny č. 10/2011, uverejnené pod názvom:  
„Význam transformácie na akciovky a platby za diagnózu pre nemocnice“*