

Koho diskriminujú odlišné úhrady za zdravotnú starostlivosť?

V niektorom z predchádzajúcich príspevkov som písal, že za jednu z príčin problémov dnešného zdravotníctva považujem, že to najpodstatnejšie, vzájomný vzťah pacient – lekár (zdravotník), ustúpil do pozadia a dominanciu nadobudol vzťah poisťovňa – poskytovateľ. V problematike rozdielnych úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť Asociácia fakultných nemocníc (AFN) argumentuje, že fakultné nemocnice (FN) poskytujú vysoko odbornú a finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, preto požadujú od zdravotných poisťovní (ZP) reálne ceny výkonov. Asociácia nemocníc Slovenska (ANS) vníma odlišné úhrady ako diskrimináciu a **nevidí dôvod na vyššie platby pre FN za bežné hospitalizácie**. Združenie ZP sa síce odvoláva na zák. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, ZP však dávajú od tohto problému skôr ruky preč. No **hoci sa na prvý pohľad sa zdá, že konflikt vzniká medzi AFN a ANS, v skutočnosti spor vyplýva zo vzťahu nemocníc a ZP**. ZP totiž nie sú ochotné akceptovať menšej nemocnici za výkon takú (reálnu) cenu ako FN. Takže správnejšie by malo znieť, že ANS **nevidí dôvod na nižšie platby menším nemocniciam za bežné hospitalizácie** oproti fakultným.

Stanovenie výšky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť upravuje zák. 581/2004 Z.z., kde sa uvádza (§7 ods.9 písm.c), že zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj výšku úhrady. Jej výška spočíva **v dohode medzi poskytovateľom a ZP** a má charakter akéhosi „limitovaného balíka peňazí“. Ak poskytovateľ poskytne zdravotnú starostlivosť, vo **vzťahu poisťovňa – poskytovateľ** môže žiadať od ZP peňažné plnenie podľa dobrovoľne(?) uzavretej zmluvy. Uzavretie zmluvy a plnenie z nej sa riadi aj ustanoveniami Obchodného prípadne Občianskeho zákonníka. Aj preto rozhodovanie Protimonopolného úradu

môže byť z pohľadu kompetencií úradu problematické, keďže spory z obchodných záväzkových vzťahov riešia súdy. Ak si v AFN určili zosúladený postup a dohodli sa na cenách, ktoré budú vyžadovať od ZP (§4 zák. 136/2001 Z.z. o ochrane hospodárskej súťaže), alebo ak FN zneužívajú svoje dominantné postavenie tým, že si uplatňujú rozdielne podmienky pri zhodnom alebo porovnateľnom plnení (§8 dtto), aj tak by celé rozhodovanie úradu mohlo skončiť na tom, že tento zákon sa nevzťahuje na prípady obmedzovania súťaže zo strany podnikateľov, ktorí poskytujú služby vo verejnom záujme (§2 ods.2 dtto). Tu však treba zdôrazniť, že aby sa zákon o ochrane hospodárskej súťaže na FN nevzťahoval, musí byť splnená ešte jedna podmienka – uplatňovanie tohto zákona by im znemožnilo fakticky alebo právne plniť úlohy vyplývajúce z právnych predpisov. Ja osobne toto riziko nevidím (viď aj posledný odsek). Počkáme si na rozhodnutie.

Pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti je ale podstatný **vzťah pacient – lekár (zdravotník)**. Keby nebolo pacientov a zdravotníkov, nebol by žiaden dôvod na existenciu poskytovateľov a poisťovní. A keby nebolo pacientov, neexistovali by zdravotníci. Takže začnime od osoby, poisťenca a potenciálneho pacienta, pretože úhrada ZP za poskytnutú zdravotnú starostlivosť má aj iný rozmer a ten vyplýva priamo z právnych predpisov.

Každá osoba má právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a toto právo sa zaručuje rovnako každému v súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania. Každý má právo na výber poskytovateľa. A poskytovateľ nesmie osobu postihovať alebo znevýhodňovať preto, že osoba uplatňuje svoje práva podľa tohto zákona (§11 zák. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti). **Zdravotná starostlivosť sa poskytuje vo vzťahu k chorobe** určenej zdravotníckym pracovníkom (§4 dtto). Takže

ak si nejaká osoba vyberie nemocnicu, schopnú poskytovať zdravotnú starostlivosť pri jej chorobe, táto pacienta nesmie znevýhodňovať pri aplikácii diagnostických, terapeutických, prípadne ošetrovateľských postupov len z toho dôvodu, že dostane za zdravotnú starostlivosť 50% úhrady, ako má FN. Nemocnica môže osobu odmietnuť len z dôvodov uvedených v zákone (§12 dtto), no prekročenie limitu hospitalizácií, ani nedostatok zdrojov pre liečbu danej diagnózy nie sú dôvody. Aká **zdravotná starostlivosť sa plne uhrádza na základe verejného zdravotného poistenia**, určuje zák. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti. Patrí sem aj neodkladná zdravotná starostlivosť a zdravotné výkony vedúce k zisteniu choroby a poskytnuté pri liečbe (§3 zák. 577/2004 Z.z.). Prirodzene platí, že pacient musí byť súčasne aj osobou verejne zdravotne poistenou (§3 zák. 580/2004 Z.z.).

Takže doriešme otázku: kto má teda **právo na úhradu zdravotnej starostlivosti zo zákona**? A tu je príčina problematického právneho postavenia nemocníc z ANS pri požadovaní rovnakých úhrad, ako majú FN pri bežných hospitalizáciách. FN síce majú na základe zákona aspoň právo na uzavretie zmluvy zo ZP, ale je to **poistenec**, ktorý **má zo zákona právo na úhradu zdravotnej starostlivosti** (§9, §22 dtto) Lenže tomuto zákonnému právu poistenca nezodpovedná žiadna relevantná zákonná povinnosť ZP. Povinnosť ZP zabezpečiť poistencovi zdravotnú starostlivosť (§25 ods.2 písm.a) dtto) je dubiózna, pretože o tom, že jej poistenec vyžaduje zdravotnú starostlivosť, sa dozvedá až počas alebo po jej poskytnutí. A povinnosť ZP uhrádzať poskytnutú zdravotnú starostlivosť poskytovateľom vyplýva z dvojstrannej zmluvy, v ktorej je určená aj (maximálna) cena (§8 ods.1 zák. 581/2004 Z.z.) a s právom poistenca na úhradu nemá nič spoločné. Inak by nemohol vzniknúť taký vysoký schodok (v podstate pohľadávka poskytovateľov voči ZP) medzi

tzv. finančne a evidenčne uznanými výkonmi. Takže tu síce máme legitimovanú osobu, ale tá sa ako poistenec nedožaduje voči ZP práva na rovnakú, nediskriminačnú úhradu; no ako pacient sa svojich práv voči lekárom a ostatným zdravotníkom zvyčajne dožaduje veľmi dôrazne! A máme tu poskytovateľa, ktorý má dôvod dožadovať sa práva na nediskriminačnú úhradu od ZP (nediskriminačnú hlavne voči zdravotníkom, ktorý vykonali porovnateľné výkony pri danej chorobe, ako vo FN), avšak len do dobrovoľného(?) podpísania zmluvy.

Pacient je teda **konkrétna osoba, verejne zdravotne poistená a s konkrétnou chorobou**. Nie je akceptovateľné, aby dve rôzne osoby, obe verejne zdravotne poistené v tej istej poisťovni a s rovnakou chorobou (s obdobnými prejavmi) mali právo na úhradu zdravotnej starostlivosti v tak rozdielnej výške len preto, že jedna bola liečená vo FN a druhá nie. Aj z ekonomického hľadiska je zrejmé, že inak by mohla vyzerat' diagnostika a liečba za úhradu 12 000 Sk a 24 000 Sk. Nemožno sa vyhovárať, že FN poskytujú vysoko náročnú liečbu (ktorá, mimochodom, netvorí až také veľké percento všetkých hospitalizácií), pretože **zákonné právo na úhradu zdravotnej starostlivosti má konkrétny pacient s konkrétnou chorobou**. Solidarita sa môže uplatňovať v zdravotnom poistení, no určite nie priamo pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (napr. pri polovičnej úhrade by sa dvaja pacienti rozdelili o jednu dávku antibiotika). Z tohto pohľadu existencia tak vágnej a nekonkrétnej paušalizácie úhrad (hoci ide o tzv. case-mix systém) nemá v slovenskej zdravotníckej legislatíve oporu.

Ako z toho von? Myslím si, že nie je nevyhnutné, aby sa rýchlo prešlo na podrobný DRG systém platby. Na začiatok by úplne stačilo rozdeliť diagnózy ev. výkony na 3 základné (podľa náročnosti a ceny) skupiny: 1) ktoré sa môžu realizovať aj v jednodňovej starostlivosti aj v lôžkovej, 2) ktoré len v lôžkovej starostlivosti a 3) ktoré môžu (a musia) realizovať len

fakultné (ev iné: krajské, vojenské, špecializované) nemocnice. A možno by sme zistili, že je príliš nadnesené niektoré nemocnice nazývať fakultnými a určite by sme zistili, ako to naozaj vyzerá s hospodárením práve FN.

Miroslav Pavlák, Zdravotnícke noviny 3/2009, uverejnené pod názvom: „Koho diskriminujú odlišné úhrady?“