

ZÁPISNICA Z 48. ZASADNUTIA RIADIACEHO VÝBORU DRG KONANÉHO DŇA 02.06.2022 O 13,30 HOD.

Dátum stretnutia: 02.06.2022 o 13,30 hod.

Miesto stretnutia: online MS Teams

Prítomní členovia riadiaceho výboru: MZSR, AŠN, AL, VŠZP, UNION, DÔVERA

Prítomní zástupcovia členov riadiaceho výboru a iní hostia: MZSR, ANS, UNION, DÔVERA, VŠZP, Advance Healthcare Management Consulting, PwC

Program:

1. Otvorenie riadiaceho výboru
2. Predstavenie predsedníčky Riadiaceho výboru p. štátnej tajomníčky
3. Predloženie dokumentu „Analýza súčasného stavu a návrh odporúčaní pre rozvoj systému DRG“ na schválenie Riadiacim výborom (materiál bol členom riadiaceho výboru prezentovaný počas neformálneho stretnutia členov Riadiaceho výboru dňa 22.2.2022)
4. Metodiky pre naštartovanie kultivácie DRG na Slovensku
5. Metodológia pre aktualizáciu Definičnej príručky
6. Skúsenosti z testovania metodológie a dátových kontrol
7. Pripočítateľné položky - rešerš a odporúčania pre metodológiu
8. Metodológia pre aktualizáciu Relatívnych váh
9. Spätná väzba ku kvalite dát a prístup k aktualizácii DRG systému
10. Diskusia

K bodu č.1 a č.2: ***Otvorenie riadiaceho výboru a Predstavenie predsedníčky Riadiaceho výboru p. štátnej tajomníčky***

Riaditeľka CKS otvára 48. zasadnutie Riadiaceho výboru a konštatuje, že sú prítomní zástupcovia všetkých organizácií a predstavuje program stretnutia a novú predsedníčku Riadiaceho výboru, štátnu tajomníčku. Zároveň dáva hlasovať o hosťoch prítomných na stretnutí Riadiaceho výboru.

Hlasovanie

- Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 1) : **ZA**
- Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 2): **ZA**
- Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 3): **ZA**
- Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky (AŠN SR): **ZA**
- Asociácia nemocníc Slovenska (ANS): **ZA**
- Asociácia laboratórií (AL): **ZA**
- Všeobecná ZP (VŠZP): **ZA**
- Union ZP (Union): **ZA**
- Dôvera ZP (Dôvera): **ZA**

K bodu č.3: ***Predloženie dokumentu „Analýza súčasného stavu a návrh odporúčaní pre rozvoj systému DRG“ na schválenie Riadiacim výborom***

Riaditeľka CKS predkladá Riadiacemu výboru materiál Analýza súčasného stavu a návrh odporúčaní pre rozvoj systému DRG, ktorý bol členom Riadiaceho výboru prezentovaný počas neformálneho stretnutia dňa 22.02.2022 a otvára k nemu diskusiu. K materiálu nie sú žiadne otázky ani komentáre.

K bodu č. 4: **Metodiky pre naštartovanie kultivácie DRG na Slovensku**

Riaditeľka CKS popisuje, že pri kúpe DRG systému z Nemecka neboli zakúpené metodiky pre jeho údržbu a aktualizáciu, preto bola požiadaná Európska komisia o technickú pomoc, kde jedna časť bola tvorba a aktualizácia metodík pre štandardizáciu vyhodnocovania zmien zapracovaných do systému. Riaditeľka CKS predáva slovo hosťom projektu TSI.

K bodu č. 5: **Metodológia pre aktualizáciu Definičnej príručky**

Host' z Advance Healthcare Management Consulting (ďalej ako AHMC) predstavuje čo má na mysli vývojom Definičnej príručky, pričom cieľom vývoja by malo byť zlepšenie predikcie nákladov, z ktorých potom vyplýva spravodlivejšia úhrada. Východzí stav SK-DRG je bez existencie metodiky pre údržbu Definičnej príručky. Popisuje, že viaceré štáty ponechávajú jednu verziu Definičnej príručky viacero rokov, keďže vývoj DP je reaktívny. Taktiež nie je možné dopredu popísať spôsob vývoja a preto aj vo svete väčšinou platí, že metodiky sa dopredu nezverejňujú – väčšinou tímy pracujú na vývoji s následným popisom dôvodu prečo bola zmena implementovaná. Existujú rozsiahlejšie DRG systémy, v ktorých môžeme nájsť „návod“ na aktualizáciu. Systémy, z ktorých bolo čerpané sú hlavne Austrália a Nemecko, ktoré ex post popisujú prečo boli zmeny vykonané. Vývoj Definičnej príručky je spätý aj s prípadnou snahou centralizácie určitej zdravotnej starostlivosti do istých ústavov alebo so stratégiou zjednocovania základnej sadzby – pokiaľ je základná sadzba zjednotená, tak sú nároky na predikciu vyššie. Pri výbere oblasti pre revíziu je prínosné hľadať prienik v externých podnetoch, interných podnetoch a zahraničných vzoroch zmien v G-DRG. Pokiaľ by v istej oblasti existoval prienik týchto troch, dá sa považovať za ideálnu pre oblasť revízie ak je v súlade s národnou stratégiou v danej oblasti.

Následne je potrebné spracovanie štatistických podkladov, pričom finálny návrh predstavuje syntézu poznatkov so známym dopadom na distribúciu úhrad. V rámci zostavovania metodiky boli navrhnuté kritériá vychádzajúce z Austrálskeho systému, ktoré je treba lokalizovať na slovenský systém. Hlavná idea je, aby zložitosť systému nenarastala neúmerne tomu ako narastá prediktívna schopnosť systému.

V rámci projektu bola položená aj otázka vývoja PCCL, nakoľko CCL hodnoty a výpočet PCCL prešli v Nemecku výraznými zmenami ale dopad bol na malý počet DRG a malý počet prípadov. Z tohto dôvodu nepovažuje vývoj PCCL, pri momentálnych kapacitách CKS, za prioritný, keďže vo svete je toto niekoľkoročný proces. Je možné kombinovať dva prístupy – štatistický a pragmatický – pokiaľ je vidieť, že diagnózy sú upcodované, tak sa ich CCL hodnota umelo znižuje. Ako špecifický problém boli podané chybové skupiny, kde bol predstavený postup postupnej minimalizácie diagnóz nesúvisiacich s výkonom.

Odporúčením pre CKS je zamerať sa na kvalitu dát a testovať to na rôznych výpočtoch RV, pričom by boli tieto RV považované za skúšobné. Je treba urobiť rozhodnutie či nasledovať prísne vývoj nemeckého DRG alebo ísť vlastnou cestou a nechať sa voľne inšpirovať – obe majú svoje výhody a nevýhody, no vec ktorú treba zvážiť sú kapacity tímu, ktoré sú v porovnaní so zahraničím značne nižšie.

K bodu č. 6: **Skúsenosti z testovania metodológie a dátových kontrol**

Host' z AHMC ďalej popisuje, že na základe porovnania zmien v nemeckom systéme bola vybraná ako prvá DRG skupina pre testovanie metodiky revízie Definičnej príručky, skupina ADRG H08 *Laparoskopická cholecystektómia*. V Nemecku došlo v tejto ADRG k vzniku novej DRG skupiny. Pred testovaním nového algoritmu skupiny bolo potrebné venovať veľa času kontrole nákladových dát

nákladovej matice hospitalizačných prípadov. HP v tejto skupine sa vyznačujú nákladmi, ktorých hodnoty možno predvídať – konzultáciou s odborníkom určiť isté predpokladané hodnoty súm konkrétnych SNS a SND. Pri veľa iných skupinách náklady týmto spôsobom nie je možné predvídať. Host z AHMC porovnáva 4 príklady nemocníc a popisuje ako bolo postupované pri čistení nákladových dát. Cieľom kontroly bolo určiť nemocnice, ktoré mali správne vykazované náklady. Ďalej zdôrazňuje potrebu analýzy a zlepšovania nákladových dát, pričom odporúča vytvoriť vzorku nemocníc, z ktorých by bolo možné prevádzať analýzy nákladových dát a výpočet relatívnych dát.

Zástupca AHMC zdôrazňuje potrebu intenzívne sa venovať vyčisteniu dát a potrebu odlišovať medzi aktualizáciou DRG systému v zmysle prepočtu relatívnych váh a v zmysle zániku, tvorbe a kultivácie DRG skupín.

AŠN reaguje, že témou vzorky nemocníc sa zaoberajú v „zákulisných“ diskusiách už dosť dlho, no aj keby sa pristúpilo k takémuto riešeniu tak je dôležité vzdelávanie vo vykazovaní dát – nie len vzdelávanie kóderov v klinickom vykazovaní ale aj v ekonomickom vykazovaní – na kvalitu musia tlačiť ekonomické úseky.

Riaditeľka CKS odpovedá, že je to správny prístup a ďalej na to bude reagovať v svojej prezentácii.

K bodu č. 7: **Pripočítateľné položky - rešerš a odporúčania pre metodológiu**

Zástupca AHMC prezentovala zhrnutie rešerše a odporúčaní pre metodológiu pripočítateľných položiek (PP). Vychádzali z dokumentu k pripočítateľným položkám, ktorý im poskytlo CKS ako aj z prístupov v zahraničí. Podotýka, že zmyslom PP nie je hradiť každý drahý materiál, ale len ten materiál, ktorý je zdrojom nákladovej nehomogenity. Zmyslom vzniku PP by mali byť situácie, kedy DRG systém nedokáže korektné predikovať náklady a ani nie je možné vytvoriť novú DRG skupinu tak aby zohľadnila nehomogenitu alebo by prinášala zlé motivácie.

Medzi krajinami Je veľká variabilita v prístupoch k PP, resp. k dodatočným úhradám – mimo DRG systém resp. DRG prípadový paušál. Napr. Dánsko sa rozhodlo vynímať len typy pacientov, ktorí sú vysoko špecializovaní, ale všetku ostatnú starostlivosť hradí v DRG. Iný prístup predstavuje Veľká Británia prostredníctvom vynímania celých nemocníc. Najštandardnejším prístupom je vynímanie produktov, služieb alebo materiálu a jeho hradenie nad rámec DRG skupiny. Počet PP je v jednotlivých krajinách rôzny – neexistuje istý best practice, je to len konkrétne rozhodnutie krajiny ako k tomu pristúpiť. G-DRG je príklad krajiny, ktorá využíva kombináciu riešení k vysporiadaniu sa s nehomogenitou. Nemecko nemá jasne zverejnenú metodiku aktualizácie PP, má definované len isté kritéria ktoré sú zvažované pri každej PP. InEK zbiera dáta o týchto položkách a analyzuje kritéria a konečné rozhodnutie je vo forme záverečného dokumentu, ktorý ako celok schvaľuje predsedníctvo InEKu. Francúzsko má rozsiahly systém PP ale na rozdiel od Nemecka má detailne zverejnenú metodiku. Do procesu zapája Health Technology Assesment (HTA) agentúru, ktorá posudzuje či nová technológia v úhrade má prínos pre pacienta a následne Francúzsky správca DRG systému posudzuje, či spĺňa isté kritéria a zároveň analyzuje motivácie, ktoré tieto inovácie v systéme spôsobia. Cez PP sa vo Francúzsku hradí viac ako 5 % nemocničnej spotreby.

V rámci návrhu metodiky aktualizácie zoznamu PP v SK-DRG je možné rozdeliť proces na štyri kroky – 1. zber podnetov – existujúce PP, podnety od užívateľov, vlastná analýza ktorú by bolo treba doplniť o proces vstupu inovácii. 2. zoznam kandidátov na PP a jeho posúdenie - stanovenie plnenia kritérii. Kritériá boli zatiaľ navrhnuté zo zahraničia ale je možné ich lokalizovať na SVK podmienky. 3. analýza dát a prípadný doplnkový zber dát. Úlohou CKS by malo byť pripraviť záverečnú správu pre RV. 4. Rozhodnutie.

Advance odporúča dopracovať metodiku – otestovať kritéria a dopracovať jasné prahové hodnoty pre to, čo sa považuje za PP. Možno by stálo za úvahu alokovať istú časť rozpočtu na PP (3-5% v zahraničí), aj keď žiadna krajina to nemá alokované dopredu ale skôr ako reakciu na zdroje ktoré sú k dispozícii.

AŠN – vnímajú, že isté výkony sú v iných krajinách vyňaté a platené iným spôsobom. Avšak kardio ústavy sú príkladom takéhoto príbehu na SVK ale niektoré srdcové výkony sú robené aj v iných PUZS, pretože ich robia aj „necentralizované“ PUZS, a potom tie iným spôsobom hradené položky by im neboli preplácané – ako potom postupovať aby sme „neubližovali“ ostatným, keďže DRG nie je zavedené ako systém pre všetky PUZS, lebo pokiaľ boli odčítané v roku 2017 PP z celého budgetu alokovaného na DRG, tak sú tieto PP hradené napríklad kardio ústavom dvakrát.

Zástupca ZP Union – toto by bol systém práce ak by sme mali relevantný zoznam PP, ktoré na Slovensku existujú, avšak SVK zoznam je obsolentný a na PS sa hovorilo o tom že relevantný zoznam PP by mal byť vedľajším produktom k výpočtu RV. To by mali byť materiály a služby ktoré vyjdú z výpočtu RV ako zdroje nehomogenity – bude zoznam nových PP výstupom vytvárania nových RV a ich prepočtom?

AHMC - proces kultivácie zoznamu musí byť ako doplnok – jedno riešenie je, že sa vytvorí viac úrovní splitov medzi DRG skupinami alebo, že sa vytvorí PP, toto čo sme definovali sú princípy na ktorých by mohli byť robené PP. Toto ešte nehovorí o vstupe inovácii do systému. Je potrebné aby toto riešenie bolo ruka v ruke s DP. Ktorým smerom ísť, musí byť výstupom zo stratégie krajiny.

Riaditeľka CKS – reakcia na AŠN – chceli sme si spraviť rešerš a prehľad o tom, ktoré prístupy sú vo svete ale vylučovanie ústavov nie je podľa nás niečo, čo by malo byť u nás – skôr zohľadňovať nejaké špecifiká - od čoho sme ešte ďaleko. Najskôr musíme dobre nastaviť preplácanie teraz. K reakcií ZP Union – musíme dobre aplikovať kritéria čo máme a samozrejme musia byť PP brané ako doplnok k relatívnymi váham.

K bodu č. 8: **Metodológia pre aktualizáciu Relatívnych váh**

AHMC komentuje predchádzajúcu diskusiu – otázky vyňatia pracovísk - má to dopad aj do výpočtu relatívnych váh (RV) – je pravdepodobné, že táto ZS nebude dobre alokovaná. Pokiaľ treba niečo z jeho pohľadu vynímať, tak je to z pohľadu starostlivosti a nie z pohľadu nemocníc.

Ďalej uvádza zhrnutie k spracovaniu metodiky pre aktualizáciu RV. Boli zoznámení so stavom, že RV neboli spočítané s využitím reálnych slovenských nákladových dát, čo má celý rad konsekvencií. Prvé – RV nie dobre reflektujú náklady v SK nemocniciach alebo nereflektujú nákladové proporcie v nemocniciach a nereagujú na zmeny v klinickej praxi. DRG systém môže reagovať na zmeny hlavne cez relatívne váhy. Inak sa DRG odpojuje od reality – preto je kľúčové spočítať RV nanovo, čo si CKS uvedomuje.

CKS spracovalo už pred začiatkom TSI projektu metodiku k prepočtu RV a ich úlohou ako dodávateľa bolo doplniť a oponovať metodiku RV, tak aby bola použiteľná k výpočtu RV. Čerpali z nemeckých dokumentov a z metodík z Čiech. Identifikovali 5 hlavných oblastí v metodike výpočtu RV vhodných k doplneniu alebo úprave:

1. Stanovenie podielu nákladov, ktoré majú byť alokované na horných outlierov – Nemecko alokovalo 5-6% a na základe toho boli schopní namodelovať výpočet ďalších parametrov. CKS odporúčajú podobný postup.

2. Určenie RV pre nízko-početné skupiny – v G-DRG sú definované ako tie skupiny, kde je menej ako 30 inlierov. Takýchto skupín je v SK DRG viac ako 300. Pokiaľ by sa k tomu pristúpilo striktnie tak ako v Nemecku, tak RV nie sú spočítané a určené – v Nemecku nedochádza v týchto prípadoch k určeniu

RV poisťovňami a táto starostlivosť má byť hrazená inak ako cez DRG. Na Slovensku je menej hospitalizačných prípadov (HP), preto aj skupín bez RV by bolo viac. ÚZIS v ČR k tomu pristupuje tak, že ako prvý krok dopĺňa prípady z predchádzajúceho roku a v druhom kroku je stanovenie RV s použitím HP z klinicky podobných prípadových skupín. Ide teda o rozhodnutie či použiť DRG ako úhradový mechanizmus tam, kde je dostatok HP a tam kde nie je, použiť k úhradám iný úhradový mechanizmus alebo sa snažiť vypočítať RV pre všetky skupiny. Asi najhorším scenárom by bolo aby RV pre tieto skupiny určovali poisťovne.

3. Úpravy parametrov zníženia/ zvýšenia RV pre outliers. Zníženia – princípom je alternatívny spôsob ako upravovať váhy pre HP s ošetrovacou dobou menej ako 2 dni. Ak sa tam bude nachádzať významný počet HP táto skupina má potenciál pre presunutie starostlivosti do JZS. Zvýšenia – ide o nastavenie pravidiel na identifikáciu prípadových skupín, kde zvyčajne navýšenie úhrad efektívnou relatívnou váhou nevykompenzuje navýšenie nákladov pri dlhých ošetrovacích dobách.

4. Úprava RV pre externé prípady – odporúčajú v aktuálnej verzii pracovať s tými výnimkami ktoré sú aktuálne v KPP a ktoré sú prevzaté z Nemecka z doby kedy sa systém preberal a do budúca si výnimky redefinovať s cieľom zachovať motivácie ktoré sú v systéme žiaduce.

5. Pracovať s medziročnou valorizáciou nákladov pre výpočet RV – RV sú vždy počítané na starých dátach a preto môže stať za zváženie valorizovať jednotlivé nákladové zložky (inflácia mzdových nákladov, inflácia ostatných nákladov) zvlášť.

Pre všetky uvedené analýzy a spočítanie RV je však potrebné mať validné nákladové dáta. Treba posilniť komunikáciu na kvalitu dát s nemocnicami – priebežne vyžadovať opravu dát a dopracovať kľúčové body metodiky.

K bodu č. 9: **Spätná väzba ku kvalite dát a prístup k aktualizácii DRG systému**

CKS približuje v akom stave je kvalita nákladových dát a čo táto kvalita znamená pre ďalšiu aktualizáciu DRG systému, cez príklad práce vykonanej na ADRG H08 *Laparoskopická cholecystektómia*. Výsledkom kontroly dát tejto skupiny bolo určenie vzorky 7 PÚZS (z 58 PÚZS vykazujúcich túto DRG skupinu), ktoré nemajú nesprávne vykazované nákladové dáta (v ADRG H08). CKS poukazuje na podobnú kontrolu, ktorá bola pre porovnanie robená aj pre ADRG I47 *Revízia alebo náhrada bedrového kĺbu bez komplikujúcej diagnózy*, z ktorej ako vzorka nemocníc vyšlo 15 PÚZS z 50 PÚZS vykazujúcich túto skupinu. Prekryv týchto dvoch vzoriek bol v piatich PÚZS. CKS ďalej ilustruje dopad nekvality dát na výsledky analýz a podotýka, že pri použití nekvalitných nákladových dát nemožno s presnosťou modelovať dopady zapracovaných zmien na DRG systém – konkrétne napríklad zmeny v Definičnej príručke a Katalógu prípadových paušálov. CKS týmito dôvodmi podkladá návrh vytvorenia vzorky PÚZS, ktoré sa vykazujú vysokou kvalitou nákladových dát a predáva slovo riaditeľke CKS.

Riaditeľka CKS opisuje štatistiku doteraz podaných ročných dávok od PÚZS:

- štatistika podania ročných dávok k **31.5.2022**:
 - očakávaných podaní: 87
 - podaných: 78 (**89,66%**)
 - s dotazníkom: 69
 - chýba: 9
 - z toho oznámilo posun termínu voči 30.4.: 7 (UNLP KE, FN NR, FN Prešov, VNŠP LC, INMM BA, OFTAL, NsP PB)
 - bez informácie: 2 (Šahy, ORL HE)

- podaných v termíne do 30.4.2022 podalo: 47 (**54,02%**)
- v termíne do 31.5.2022 podalo: 31 (35,64%)

Riaditeľka CKS nadväzuje na tému kvality nákladových dát a hovorí, že CKS by chcelo v prvom rade vyčistiť nákladové dáta a z toho stanoviť vzorku nemocníc, ktoré dobre vykazujú s tým, že táto vzorka by bola doplnená tak aby v nej boli zastúpené všetky typy nemocníc. Riaditeľka CKS ďalej opisuje, že CKS v oblasti validácie pracuje na automatizovaných kontrolách, pričom prioritou je vyčistenie dát v nasledujúcich mesiacoch, následne výpočet relatívnych váh a zhodnotenie ich spoľahlivosti. Ďalej popisuje priority roka 2022, ktorými sú hlavne aktualizácia metodík, otestovanie metodík a stanovenie hraničných hodnôt v oblastiach kde je to potrebné. Ďalšími prioritami je validácia dát a postupné budovanie kapacít CKS. V neposlednom rade je na zváženie aj zapracovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti na budúcotýždňovom stretnutí Riadiaceho výboru.

Dôvera sa pýta na odporúčanie o JZS pre budúcnosť.

Riaditeľka CKS popisuje, že zatiaľ sa najideálnejším spôsobom javí zaradenie nových JZS skupín do DRG systému, aby DRG Grouper rozhodoval o zaradení pacienta v rámci systému, čím by sa vyhlilo vzniku konfliktov medzi ZP a PÚZS.

Riaditeľka CKS zdôrazňuje, že téma JZS bude zaradená na diskusiu na budúcotýždňovom stretnutí Riadiaceho výboru spolu s konvergenciou základnej sadzby (49. stretnutie RV).

Dôvera sa pýta všeobecne ako sa bude postupovať v zvyšných témach na najbližšie obdobie, nakoľko z ich interných diskusií vzišlo, či dostupné dokumenty neposunúť do jednotlivých Pracovných skupín na spresnenie ďalšieho kroku v konkrétnych oblastiach.

Riaditeľka CKS navrhuje aj ďalšie stretnutie Riadiaceho výboru (50. stretnutie RV), kde by sa diskutovalo čo ďalej s jednotlivými témami, pričom jej názor na posunutie tém k Pracovným skupinám je podobný, keďže CKS z dostupných dát vidí, že materiál k revízii Definičnej príručky je niečo čo na tento rok CKS „nevie“ použiť s očakávaným účelom, keďže je pre aktualizáciu potrebný vysoký detail presnosti dát. Potenciál vidí v práci Pracovných skupín na tom, aby boli metodiky vybudované do finálneho stavu, ktorý by bol predložený Riadiacemu výboru, práve na Pracovných skupinách keďže ďalšia možnosť spolupráce s konzultantami po ukončení spomínaného projektu už nie je. Riaditeľka CKS dodáva, že aktuálne stretnutie Riadiaceho výboru je skôr informačného charakteru – konkrétne na prezentáciu výstupov, ktoré CKS už pozná a na ďalšom stretnutí (50. stretnutie RV) by sa rozhodovalo, čo s komunikovanými výstupmi robiť ďalej.

Riaditeľka CKS upozorňuje, že na budúcom stretnutí Riadiaceho výboru (49. stretnutie RV) by sa diskutovalo aj o zmenách v zákone 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

AŠN upozorňuje, že začína intenzívna komunikácia o eLab-e, ktorá môže zásadne ovplyvniť aj vykazovanie v DRG systéme, preto navrhuje otvoriť a prejsť aj túto tému na nastávajúcich stretnutiach.

Riaditeľka CKS vyzýva aj ďalších členov Riadiaceho výboru na vyslovenie vstupov, ktoré by boli mohli byť zaradené do programu a prejdené na ďalšom stretnutí Riadiaceho výboru (50. stretnutie RV).

Union navrhuje prediskutovať otázku nastavenia štátneho rozpočtu (ŠR) s ohľadom na dáta získané prostredníctvom DRG ako aj nastavenie štruktúry výdavkových tabuliek ŠR tak, aby v nich boli jasnejšie

uvedené disponibilné zdroje ústavnej zdravotnej starostlivosti, o ktoré by sa vedelo spoľahlivo oprieť pri výpočte základných sadzieb pre rok 2023.

Riaditeľka CKS reaguje, že bola podaná žiadosť na navýšenie zdrojov, no bude potrebné túto žiadosť podložiť výpočtami.

AŠN rekapituluje predchádzajúce stretnutie RV, na ktorom nebolo jasné, či v údajoch od zdravotných poisťovní používaných pre stanovenie disponibilných zdrojov pri výpočte základnej sadzby boli uvádzané náklady na SVLZ a ŠAS extra alebo v rámci hospitalizácií.

Riaditeľka CKS potvrdzuje, že je potrebné určiť metodiku pre disponibilné zdroje, pre čo bude potrebné zvolanie Pracovných skupín a určenie dát, ktoré majú do výpočtu vstupovať. Ďalej informuje zúčastnených o plánovanej DRG konferencii, ďakuje zúčastneným a uzatvára 48. stretnutie Riadiaceho výboru.

Zapísal tajomník Riadiaceho výboru