

ZÁPISNICA Z 49. ZASADNUTIA RIADIACEHO VÝBORU DRG KONANÉHO DŇA 09.06.2022 O 13,00 HOD.

Dátum stretnutia: 09.06.2022 o 13,00 hod.

Miesto stretnutia: online Zoom

Prítomní členovia riadiaceho výboru: MZSR (CKS), AŠN, VŠZP, UNION, DÔVERA

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

Program:

1. Otvorenie riadiaceho výboru
2. Diskusia k odporúčaniam pre rozvoj jednotňovej zdravotnej starostlivosti na Slovensku, predloženie materiálu „D10_Analýza rozvoja jednotňovej zdravotnej starostlivosti v rámci systému SK-DRG_v2.0“
3. Vzdelávanie v systéme SK-DRG - zrušenie Odborne spôsobilých osôb, certifikácia pre vzdelávateľov, a iné.
4. Rôzne - Novela zákona 581/2004 Z. z., a iné.
5. Skúsenosti z oblasti konvergencie základných sadzieb z Nemecka a Švajčiarska
6. Skúsenosti z oblasti konvergencie základných sadzieb z Veľkej Británie a Českej republiky
7. Diskusia a záver

K bodu č.1 a č.2: **Otvorenie**

Riaditeľka CKS otvára 49. zasadnutie Riadiaceho výboru a predstavuje hostí, ktorí majú príspevky v programe. Súčasne dáva hlasovať o hostoch 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):
- Všeobecná ZP (VŠZP): **ZA**
- Union ZP (Union): **ZA**
- Dôvera ZP (Dôvera): **ZA**

K bodu č.3: **Diskusia k odporúčaniam pre rozvoj jednotňovej zdravotnej starostlivosti**

Riaditeľka CKS predkladá materiál „D10_Analýza rozvoja jednotňovej zdravotnej starostlivosti v rámci systému SK-DRG_v2.0“, ktorého odporúčaním je prevziať jednotňovú zdravotnú starostlivosť (JZS) do DRG systému. Ďalej popisuje aktuálny stav JZS na Slovensku a odporúča hlasovanie o nasledujúcom návrhu:

„Riadiaci výbor žiada CKS o **prípravu návrhu na rozšírenie DRG systému o výkony JZS**, vrátane zjednotenia vykazovania výkonov v JZS s výkonmi poskytovanými v ústavnej starostlivosti (zavedenie používania zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém na vykazovanie výkonov v JZS).

Riadiaci výbor žiada CKS o **prípravu rámcového harmonogramu, tém na riešenie a vytvorenie pracovnej skupiny** na zaradenie JZS do DRG systému a jeho predloženie Riadiacemu výboru najneskôr do 30.9.2022.“

Dôvera súhlasí s navrhovaným znením a predpokladá, že sa bude rozprávať o možnostiach vykazovania, nakoľko je v tejto oblasti viacero možností.

VŠZP zdôrazňuje potrebu špecifikácie výkonov, ktoré by určite mali byť v ústavnej starostlivosti a ktoré by určite nemali byť súčasťou ústavnej starostlivosti, pretože výkony JZS zahŕňajú veľkú škálu výkonov.

Riaditeľka CKS vysvetľuje, že z diskusii ktoré boli vedené ku JZS vyplýva potreba prípravy návrhu za účelom otvorenia témy JZS a jej možného zaradenia do DRG systému

Dôvera dopĺňa, že JZS je komplexnou témou, ktorú chcú do 30. septembra „otvoriť“ a pripraviť rámcový návrh a harmonogram, ktoré by pomenovali čo má byť predmetom riešenia v tejto oblasti, spolu s definovaním pracovnej skupiny.

VŠZP súhlasí, že by vykazovanie malo byť jednotné, ale nemyslí si že všetky výkony JZS patria do DRG systému – pokiaľ sa biopsia robí ambulantne tak by mala ostať pod ambulantným výkonom. Myslí si teda, že aj výkony, ktoré sa nedostanú do DRG by mali byť nejak zjednotené.

Riaditeľka CKS súhlasí, že by malo byť zjednotené aj vykazovanie pre výkony, ktoré by neboli hradené cez JZS.

Zástupca ANS vyjadruje, že by chcel podporiť riešenie, ktoré povedie k jednotnému vykazovaniu, keďže z pohľadu PÚZS je toto najväčší problém – rôzny spôsob vykazovania sa využíva v rôznych PÚZS, preto požadujú jednotný systém vykazovania naprieč poisťovňami.

AŠN si vie predstaviť zaradenie JZS do DRG, no myslí si že by bolo prínosné zaradiť to do samostatného rokovania, pretože táto diskusia ovplyvní veľa častí systému do budúcnosti.

Riaditeľka CKS dáva hlasovať o uvedenom návrhu.

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):
- Všeobecná ZP (VŠZP): **ZA**
- Union ZP (Union): **ZA**
- Dôvera ZP (Dôvera): **ZA**

K bodu č. 3: Vzdelávanie OSO

Riaditeľka CKS otvára diskusiu k zákonu 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V súčasnosti OSO už neplnia funkciu, ktorú zastávali v minulosti, preto navrhuje vypustenie príslušnej časti zo zákona – mala by v ňom zostať povinnosť vykazovania. Ďalej ostáva otvorená diskusia ohľadom centrálnej certifikácie školiteľov, nakoľko MZ SR na spomenuté nemá vytvorené kapacity, skôr by sa venovalo vydávaniu

jasných a jednoznačných materiálov, spolu so spätnou väzbou k vykazovaným dátam. Do nasledujúceho dňa je potrebné sfinalizovať návrh zmien v zákone, no v rámci MPK je možnosť upraviť výslednú podobu.

VŠZP sa pýta, ako by bolo v tom prípade zabezpečené vzdelávanie.

Riaditeľka CKS odpovedá a zdôrazňuje, že momentálne si PÚZS zabezpečujú vzdelávanie svojich zamestnancov, pričom v tomto okamihu OSO nezodpovedá rolám ktoré sú typické pre zamestnancov.

VŠZP namieta, že skúsenosťou je, pokiaľ sa niečo ruší a nezadefinuje sa aké bude pokračovanie, že to nakoniec „ide do stratena“.

Riaditeľka CKS dodáva, že potreba vzniku OSO pramenila aj z eurofondov ktoré bolo potrebné pokryť a pokračovanie vzdelávania je na diskusiu, ktorá čiastočne prebehla v pondelok, kde bola uvedená možnosť, že o vzdelávanie sa po čase postará trh, pričom vystala otázka o certifikácii školiteľov.

VŠZP konštatuje, že výsledkom by mohlo byť, že vzdelávanie nebude nik zastrešovať centrálna a pokiaľ by niekto chcel začať vzdelávať, tak môže.

AŠN hovorí, že v zásade nemá nič proti tomu, aby túto kompetenciu prebral trh, no mali by byť nastavené také rámce aby bola vôľa podstatu DRG udržať ako spôsob klasifikácie a vykazovania relevantných dát. Vzdelávanie je kľúčové a pokiaľ bude nájdený spôsob ako túto časť presadiť do kompetencie trhu hodnotí to pozitívne, no malo by sa k tomu postaviť ako k nevyhnutnej súčasťi a niekde to ukotviť.

Zástupca za ANS zdôrazňuje potrebu zamestnávania ľudí, ktorí ovládajú DRG systém, pretože od toho závisia aj výsledky PÚZS. Táto skutočnosť je aj dôvodom, prečo PÚZS dlhodobo školia svojich zamestnancov, čo ale nemá nič spoločné s OSO, pretože tí mnohokrát figurujú oficiálne ako DRG kontaktné osoby, no v skutočnosti sa DRG venujú iní zamestnanci. Existuje mnoho inštitúcií, ktoré by sa vzdelávaním v oblasti DRG mohli zaoberať a nemyslí si, že je by to malo byť povinnosťou MZ SR alebo CKS. V súčasnej situácii, keď už je DRG na Slovensku prítomné 10 rokov, je zbytočné mať formálnu povinnosť zamestnávať OSO.

VŠZP upozorňuje na to, že sa môžu dostať do situácie, kedy budú mať ZP a PÚZS výkladovo rôzne názory, pretože tak ako si PÚZS školia svojich ľudí, tak si aj ZP školia svojich zamestnancov.

Riaditeľka CKS poukazuje na zhodu medzi užívateľmi systému, že by CKS nemalo samotné rozhodovať spory medzi PÚZS a ZP, no mal by byť vytvorený istý inštitút na riešenie takýchto sporov. Úloha CKS by ale nemala byť vzdelávať – predčítať napríklad Pravidlá kódovania alebo Kalkulačnú príručku, no vypustenie povinnosti OSO zo zákona zároveň neznamená, že by sa CKS nevenovalo sporom.

Union navrhuje zaradiť napríklad povinnosť organizácie informatívnych webinárov.

Riaditeľka CKS navrhuje nazvať túto povinnosť ako povinnosť informovania o zmenách.

ZP Dôvera dodáva, že Dôvera je za to aby na CKS bola informatívna povinnosť, no nie povinnosť lektora.

Riaditeľka CKS doplnila do návrhu na hlasovanie časť o povinnosti MZ SR informovať o zmenách a riešení sporov.

Zástupca ZP Union namieta, že nebolo dohodnuté riešenie sporov medzi užívateľmi DRG systému – navrhuje alternatívne znenie v zmysle povinnosti CKS zabezpečiť výklad sporných pravidiel, resp. použitie pravidiel v prípade, že medzi užívateľmi vzniknú spory.

Riaditeľka CKS dopĺňa návrh, rekapituluje znenie návrhu a dáva hlasovať o nasledovnom návrhu:

„Riadiaci výbor **súhlasí s vypustením odborne spôsobilých osôb zo zákona 581/2004** a s tým súvisiacich povinností pre MZSR (vzdelávanie, vedenie zoznamu OSO) a PÚZS (zamestnávanie OSO); MZSR bude mať povinnosť informovať o zmenách a v prípade sporov medzi užívateľmi DRG MZSR zabezpečuje výklad sporných pravidiel“

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):
- Všeobecná ZP (VŠZP): **ZA**
- Union ZP (Union): **ZA**
- Dôvera ZP (Dôvera): **ZA**

K bodu č. 4: **Rôzne**

Riaditeľka CKS navrhuje okrem vypustenia OSO a s tým súvisiacich povinností pre MZ SR a PÚZS aj zavedenie povinnosti pre poskytovateľov JZS vykazovať údaje pre klasifikačný systém a opravu nezrovnalostí v zákone (termín odovzdania dávok PÚZS - 30.4. v 581/2004 vs. 15.5. v 578/2004 a termín na podanie návrhov na zmenu do 30.4., chybné formulácie a pod.).

Riaditeľka CKS pripomína termín konania druhej DRG konferencie a uvádza, že ďalšie stretnutie (50. stretnutie RV) sa bude konať po 27.06.2022, ktorého agendou budú priority a harmonogram pre nasledujúce obdobie.

AŠN informuje o tom, že sa musí odhlásiť zo stretnutia, no prítomní sú jej zástupcovia.

K bodu č. 5: **Skúsenosti z oblastí konvergenie základných sadzieb z Nemecka a Švajčiarska**

Riaditeľka CKS predáva slovo Kristíne Králikovej, ktorá zdraví a predstavuje jedného zo zahraničných expertov projektu TSI.

Zahraničný expert projektu TSI predstavuje tému svojej prezentácie, ktorá sa venuje konvergencii základných sadzieb a skúseností s konvergenciou zo Švajčiarska a Nemecka.

Vysvetľuje, že konvergencia v Švajčiarskom zdravotnom systéme je zakotvená v zákone, pričom súčasný systém je založený na regulovanej súťaži. Občania švajčiarska si môžu vybrať jednu z 51 zdravotných poisťovní, čo povzbudzuje poisťovne aby boli inovatívne a zvyšovali svoju kvalitu služieb. Financovanie zdravotníctva pomocou globálnych rozpočtov sa uplatňuje v troch kantónoch Švajčiarska (Ženeva, Ticino a Vaud), no neexistuje dôkaz o tom, že by globálne rozpočty mali v týchto kantónoch vplyv na znižovanie nákladov. Mnohé zo zainteresovaných strán sa postavili proti implementácii modelu globálnych rozpočtov. Relatívne váhy prepočítava SwissDRG institute, no základné sadzby sú

predmetom vyjednávania medzi jednotlivými nemocnicami a skupinami zdravotných poisťovní. Pre rokovania o základnej sadzbe sa používajú údaje príslušných alebo referenčných nemocníc, pričom nemocnice môžu mať zmluvy s rôznymi zdravotnými poisťovňami s rôznymi základnými sadzbami. Švajčiarsky DRG systém vychádza z nemeckého DRG systému, pričom od roku 2021 sa dá švajčiarsky systém považovať za samostatný, nakoľko došlo k vývoju samostatných nástrojov pre údržbu a každoročnú aktualizáciu systému.

Počas vývoja Švajčiarskeho DRG systému sa ukázalo, že konvergencia ZS už nie je možná, pretože nemocnice a zdravotné poisťovne chcú pokračovať vo vyjednávaní základnej sadzby. Diferenciácia základnej sadzby sa považuje za nástroj ako vziať do úvahy rozdiely kantónov, regiónov a nemocníc. Medzi základnými sadzbami sú rozdiely, napríklad na úrovni typológie nemocníc (univerzitná nemocnica, regionálna nemocnica).

Ďalej opisuje spôsob nastavenia financovania nemocníc v nemeckom DRG systéme. Asociácia nemocníc a zdravotné poisťovne v Nemecku sa každoročne dohadujú na celoštátnej základnej sadzbe pre nasledujúci rok. Medzi rokmi 2005 až 2009, boli individuálne základné sadzby konvergované bližšie k štátnej základnej sadzbe. Štátna základná sadzba by sa mala približovať k národnej základnej sadzbe. Za týmto účelom boli štátne základné sadzby už v rovnakých krokoch adaptované počas rokov 2010 až 2015 do tzv. „uniform base case value corridor“, ktorý bol konštruovaný okolo váženého priemeru štátnych základných sadzieb. Fáza konvergence bol predĺžená z 2016 do 2021. Štátne základné sadzby takto nekonvergovali k jednej hodnote národnej základnej sadzby, ale konvergovali k hodnote národnej základnej sadzby danej intervalom – koridorom.

Pokračuje s opisom toho, ako sú brané do úvahy objektívne rozdiely medzi jednotlivými nemocnicami. Nemocnice môžu požadovať rôzne doplatky, za oprávnené rozdiely v nákladoch, napríklad za zabezpečenie kvality, dodatočné náklady spojené so školením, dodatočné náklady vyplývajúce z implementácie usmernení Federálneho spoločného výboru, špeciálne úlohy strediska, zabezpečenie starostlivosti v regiónoch, ktoré si to vyžadujú, účasť na stupňovitom systéme núdzovej starostlivosti.

Zahraničný expert ukončuje svoju prezentáciu a predáva slovo zástupcovi Advance Healthcare Management Consulting (ďalej ako AHMC).

K bodu č. 6: **Skúsenosti z oblasti konvergence základných sadzieb z Veľkej Británie a Českej Republiky**

Zástupca AHMC opisuje dôvody výberu krajín pre porovnanie rôznych prístupov ku konvergencii základných sadzieb, sumarizuje východiskový stav na Slovensku a výsledky prieskumu v AS IS analýze – zástupcovia všetkých účastníkov systému sa zhodli, že by sa proces konvergence mal uskutočniť, no otázne ostáva či s procesom konvergence pokračovať aj za stavu neprepočítaných relatívnych váh.

V CZ-DRG je základným rámcom pre kontrakty úhradová vyhláška vydávaná každoročne ministerstvom zdravotníctva. Úhradová vyhláška vychádza z predikcií vývoja nákladov a príjmov zdravotníctva a cieľov ministerstva; prípadne z dohodovacieho konania zdravotných poisťovní s jednotlivými segmentami starostlivosti, no dôležité je že poskytovatelia sa môžu dohodnúť aj inak.

Od roku 2019, súčasne s prechodom na CZ-DRG, došlo k rozdeleniu kontraktov do niekoľkých zložiek, v ktorých sa konverguje iným spôsobom.

Prvou je paušálna úhrada - rozpočet vychádzajúci z objemu referenčného roka, kde výška paušálnej úhrady nemocnici je na úrovni maxima z dvoch alternatív – skutočná úhrada nemocnici v referenčnom

roku, alebo úhrada vypočítaná pomocou casemixu v referenčnom roku a minimálnej základnej sadzby, ktorá konverguje pre skupiny charakterovo podobných nemocníc .

Druhou zložkou je bezlimitná úhrada individuálnou základnou sadzbou nemocnice, ktorá sa týka skupín identifikovaných ako nákladovo homogénne skupiny. Všeobecne sú to skupiny s miniinvazívnymi alebo operačným výkonom. Individuálna základná sadzba nemocnice je rozdielna pre jednotlivé ZP a rôzne homogénne skupiny a konverguje k základnej sadzbe CZ-DRG s povolenými odchýlkami.

CZ-DRG systém sa týmto nastavením snaží zohľadniť, že ani dokonalý DRG systém nezachytí všetky rozdiely v nákladoch a že je potrebná istá nákladová homogenita.

Tretou zložkou je úhrada jednotným (národným) prípadovým paušálom, naprieč poskytovateľmi a poisťovňami, pre vysokošpecializované oblasti.

Inšpiráciu z CZ-DRG systému vidí hlavne v tom, že rôzne segmenty starostlivosti majú rôzny prístup ku konvergencii – nie je potrebné nájsť len jedno riešenie, ale možno konvergovať vo vybraných oblastiach, kde možno usudzovať dostatočnú nákladovú homogenitu. Konvergencia neprebíha k jednej hodnote ale k pásmu, čiže je akceptovaná istá miera variability a vysokošpecializované pracoviská majú svoje vlastné DRG skupiny s relatívnymi váhami

Zástupca AHMC ďalej opisuje formu úhrady v Anglickom systéme DRG. Tá do roku 2003 prebiehala formou globálnych rozpočtov (bez krátenia pri nižšej produkcii) a od roku 2003 formou Healthcare resources groups s jednotnou národnou tarifou (s fixnou cenou za prípad), so zavedením systému plošne pre všetkých poskytovateľov, spadajúcich pod NHS, v roku 2007.

DRG v Anglicku prinieslo viacero žiadúcich výsledkov oproti globálnym rozpočtom, bez preukázaného poklesu v kvalite (skrátene dĺžky hospitalizácie, pokles čakacích dôb). Problémom však bola nízka kvalita nákladových dát a s ňou súvisiaca variabilita cien, v dôsledku čoho rástol podiel poskytovateľov s individuálne dohodnutými podmienkami.

V posledných rokoch postupne klesal podiel DRG s národne určenými cenami. Nad rámec primárnych spôsobov úhrady je stále dostupná možnosť lokálneho vyjednávania podmienok medzi platcom a poskytovateľom, pokiaľ je táto dohoda schválená NHS.

Aktualizácia systému a prepočet národne určených cien prebieha každý rok, no prítomné sú mechanizmy zohľadňujúce objektívne rozdiely priamo (Market forces factor, Top-up payments) a mechanizmus zohľadňujúci rozdiely v kvalite (Best practice tariff). Market forces factor je index zohľadňujúci nákladové rozdiely medzi PÚZS súvisiace s regiónom nemocnice. Top-up payment (navyšovacia platba) predstavuje špeciálne platby pre isté PÚZS, ktoré poskytujú služby pacientom s komplexnejšími potrebami. Pre niektoré oblasti starostlivosti boli definované best practice tariffs, ktoré poskytovateľ dostane pokiaľ dodrží isté odporúčané klinické postupy a splní kritériá. Best practice tariffs kompenzujú podhodnotenie relatívnych váh spôsobené nízkymi nákladmi nekvalitne vykazujúcich poskytovateľov.

Zástupca AHMC vidí hlavnú inšpiráciu v Anglickom DRG systéme v popísaných mechanizmoch zohľadňujúcich objektívne rozdiely v nákladoch. Zdôrazňuje, že vývoj tohto systému je taktiež dôkazom že úhrada jednotnou tarifou si vyžaduje kvalitné nákladové dáta, pričom nevysvetlená variabilita a každoročné zmeny v cenách budia nedôveru a motivácie hľadať alternatívne spôsoby úhrady a stabilitu. Za dôležitý taktiež považuje príklad odklonu od blokových rozpočtov (motivujúcemu k produkcii a efektívite) k systému s väčším dôrazom na integráciu starostlivosti a transformáciu poskytovateľov.

Riaditeľka CKS ďakuje za informatívnu prezentáciu a vyzýva účastníkov k diskusii o odporúčaniach.

Ďalej konštatuje pripomienku ZP Dôvera - zasielať návrhy uznesení pred stretnutím riadiaceho výboru, aby si ich členovia RV mali čas premyslieť a ďalej informuje že o presnom termíne 50. stretnutia Riadiaceho výboru budú členovia dodatočne oboznámený a ukončuje 49. stretnutie Riadiaceho výboru.

Zapísal tajomník Riadiaceho výboru