

Koncepcia možných prístupov včlenenia jednotňovej zdravotnej starostlivosti do systému SK-DRG

OBSAH

Účel koncepcie	3
Výhody a riziká implementácie koncepcie v praxi.....	4
1 Základné princípy JZS v SK-DRG.....	6
1.1 DRG skupiny.....	6
1.1.1 Dvojičky DRG skupín pre JZS – Alternatíva 1	6
1.1.2 Užšie DRG skupiny – Alternatíva 2	7
1.2 Pravidlá – algoritmy pre DRG grouper	8
1.3 Relatívne váhy, modelové náklady.....	11
1.3.1 Výpočet na základe úhradových dát	12
1.3.2 Výpočet na základe nákladov na hospitalizačné prípady PÚZS.....	12
1.3.3 Výpočet na základe kombinácie dát.....	13
1.3.4 Úhrady na základe pevne stanovených súm	13
1.4 Financovanie – rozpočet a základné sadzby.....	14
2 Dáta a fungovanie PJZS.....	15
2.1 Nákladové – ekonomické dáta	15
2.2 Medicínske dáta	16
2.3 Rozdiely medzi PÚZS a PJZS.....	16
3 Ďalšie kroky pre kultiváciu JZS v DRG	18
3.1 Legislatíva	18
3.2 Motivačné mechanizmy	18
3.3 Dopadové analýzy	19
3.4 Harmonogram	20

ÚČEL KONCEPCIE

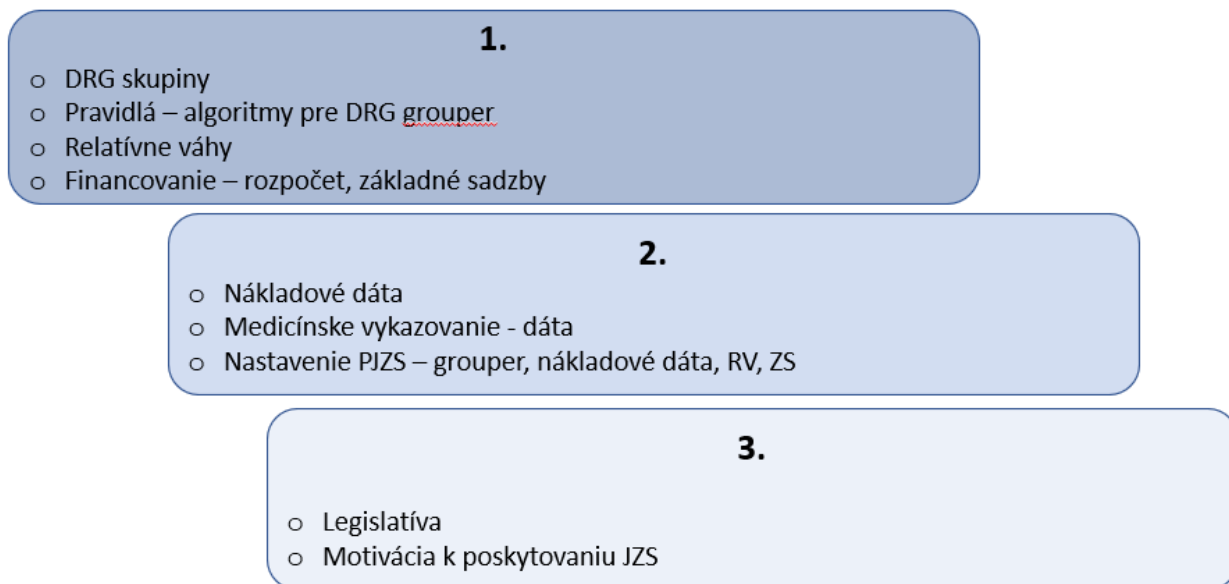
Koncepcia možných prístupov včlenenia jednotňovej zdravotnej starostlivosti do systému SK-DRG (ďalej len „koncepcia“), predkladá užívateľom systému SK-DRG možnosti včlenenia JZS do DRG systému vychádzajúce z analýz prístupov k nastaveniu JZS v DRG systémoch z najlepšej zahraničnej praxe. Koncepcia vychádza aj zo zistení a odporúčaní *Analýzy rozvoja jednotňovej zdravotnej starostlivosti v rámci systému SK-DRG* dodanej Ministerstvu zdravotníctva SR prostredníctvom projektu TSI. Odporúčania a prístupy dobrej praxe boli dopĺňané a upravované na základe ďalších analýz prístupov dobrej praxe a postojov užívateľov systému – členov Pracovnej skupiny pre včleňovanie JZS do SK-DRG (ďalej len „PS JZS“).

Cieľom koncepcie je **určenie najviac prijateľných prístupov/prístupu pre užívateľov systému na báze PS JZS. Je vybraných niekoľko alternatív, ktoré budú konkrétne analyzované.**

Prístupy neobsahujú konkrétne vypracovanie čiastkových úloh napr. vytvorenie DRG skupín alebo definíciu algoritmov, prístupy určujú rámce a plán činností, ktoré budú vykonávané v nasledujúcich rokoch. O včleňení JZS do DRG a pokračovaní prác v PS JZS rozhodol Riadiaci výbor.

Táto koncepcia nemá ambíciu v tomto momente ponúknuť záverečné riešenia všetkých v nej uvedených problematik, ide o výpočet všetkých otázok, ktoré počas včleňovania JZS do DRG bude potrebné vyriešiť pričom ponúka rámcové pohľady na možné prístupy k základným otázkam. Medzi príklady otvorených problémov v tejto koncepcii uvádzame novelizáciu právnych predpisov, odborného usmernenia, prípravu algoritmov pre DRG grouper, prechodná úprava úhradového mechanizmu pre zber korektných nákladových dát iba pre JZS režim, nastavenie úhradového mechanizmu ako celku, rozdiely medzi PÚZS a PJZS, rôzne názory na základnú sadzbu PÚZS a PJZS, problematika disponibilných zdrojov a iné. **Konkrétne riešenia** však pozostávajú z **intenzívnej práce všetkých zainteresovaných subjektov počas niekoľkých rokov**. Cieľom prác je postupné včleňovanie JZS do SK-DRG.

Koncepcia je zložená z 3 častí popísaných na obr. 1.



Obrázok 1: Vecné celky s konkrétnymi otázkami analyzované PS JZS

VÝHODY A RIZIKÁ IMPLEMENTÁCIE KONCEPCIE V PRAXI

V rámci vyhodnocovania koncepcie včlenenia JZS do DRG uvádzame výhody a riziká implementácie koncepcie, ktoré boli identifikované PS JZS:

Výhody:

- Pre **pacientov** – zvýšenie poskytovania bezpečnejšej formy (miniinvazívne výkony, nižšie riziko nozokomiálnych nákaz) zdravotnej starostlivosti a skrátenie čakacích lehôt, keďže PZS môže uvoľnené personálne a lôžkové kapacity alokovať na ďalších pacientov.
- Pre **všetky zainteresované subjekty - efektívnejšie** nakladanie s finančnými prostriedkami určenými pre ústavnú a jednodňovú zdravotnú starostlivosť. Efektívnejšie nakladanie so všetkými, nie len finančnými, ale aj personálnymi a lôžkovými kapacitami v zdravotníctve. Toto automaticky nemusí znamenať ušetrenie určitých finančných prostriedkov, ale najmä ich efektívnejšiu realokáciu na potrebnú zdravotnú starostlivosť a skrátenie čakacích lehôt.
- Pre **všetky zainteresované subjekty – zvýšenie motivácie PÚZS** k poskytovaniu výkonov, ktoré je možné vykonávať v režime JZS formou JZS.
- Pre **zdravotné poisťovne** – zadefinovanie regulovaných cien vypočítaných na základe nákladových dát pre výkony JSZ od PZS.
- Pre **PÚZS** – znížená záťaž pri revíznej činnosti, keďže grouper vyhodnotí, či daný prípad mal alebo nemal byť vykonaný v JZS resp. určí adekvátnu úhradu vzhľadom na náročnosť pacienta. V tomto prípade by už nemalo dochádzať ku následnej pre-klasifikácii hospitalizačných prípadov na JZS prípady, pretože pravidlá pre ich zatriedenie budú dopredu dané, exaktne a objektívne určené a bude ich vyhodnocovať grouper.
- Pre **PÚZS** – vykazovanie JZS a hospitalizačných prípadov bude rovnaké, lekár nebude pri kódovaní rozlišovať kódovanie naprieč zdravotnými poisťovňami alebo typom zdravotnej starostlivosti – výhodou je to najmä pre tie nemocnice, ktoré majú sály pre JZS a operačné sály prepojené alebo rovnaké (takého usporiadanie má na Slovensku väčšina PÚZS).
- Pre **desiatky PÚZS** - zjednotenie vykazovania JZS naprieč zdravotnými poisťovňami.
- Pre **PJZS** – transparentné a spravodlivé nastavenie úhrad na základe základnej sadzby, ktorá je každoročne určovaná, prepočítavaná a valorizovaná a jednotných relatívnych váh s PÚZS.

Riziká:

- Zo strany niektorých subjektov v rámci PS JZS bolo poukázané na riziko väčšej inklinácie pacientov k hospitalizačnému režimu, niektoré subjekty však s uvedeným nesúhlasili.
- Zvýšené množstvo zbieraných údajov od PÚZS o JZS prípadoch – platí pre niektorých PÚZS, keďže desiatky PÚZS, už v tejto forme pre 1 zdravotnú poisťovňu dáta vykazujú.
- Výpočet dopadov implementácie tejto koncepcie je možný až po realizácii krokov z 1. kapitoly – momentálne nevieme vyhodnotiť presné finančné dopady na jednotlivé zainteresované subjekty, bližší popis je v podkapitole 3.3.
- Administratívna náročnosť pre PZS pri zmene vo vedení zdravotnej dokumentácie.
- Riziko toho, do akej miery bude možné kontraindikácie pre JZS naozaj algoritmicky nadefinovať a do akej mieri budú odkontrolovateľné (napr. sociálne kontraindikácie

alebo onkologické diagnózy v anamnéze) – môže dochádzať k názorovej variabilite, avšak predpokladom je, že pri definovaní jednoznačných pravidiel v menšej miere v porovnaní s aktuálnou situáciou.

1 ZÁKLADNÉ PRINCÍPY JZS V SK-DRG

Vzhľadom na už nastavený SK-DRG systém CKS navrhuje nastavenie včlenenia JZS do súčasného systému DRG na základe už zabehnutých princípov v zmysle zavedenia DRG skupín s algoritmiami a relatívnymi váhami, ktoré budú charakteristické pre DRG skupiny. Pri skúmaní iných DRG systémov nachádzame aj modely, kedy DRG má separátne moduly napríklad pre DRG akútnu zdravotnú starostlivosť a rehabilitačnú alebo psychiatrickú starostlivosť. Tieto moduly sú však charakteristické výrazne iným základným princípom – štandardne dlhodobých hospitalizácii trvajúcich týždne až mesiace, na rozdiel od DRG pre akútnu zdravotnú starostlivosť, ktorý je postavený na motivácii čo najefektívnejšie hospitalizovať pacienta. CKS navrhuje včleniť JZS do SK-DRG na základe súčasných princípov, na ktorých je SK-DRG postavené, pričom v tomto rámci boli identifikované nasledovné možné prístupy včlenenia.

Obsah, to ktoré **výkony** majú byť **vykonávané v JZS režime** nebude predmetom riešenia tejto koncepcie. Táto otázka **bude riešená v rámci kategorizácie zdravotných výkonov ústavnej zdravotnej starostlivosti**. Pre realizáciu tejto koncepcie je potrebné mať najskôr zadefinované výkony, ktoré do SK-DRG môžu potencionálne vstupovať ako JZS výkony a následne na nich nastaviť systém vykazovania a úhrad.

Vecne popísané časti v tejto kapitole priamo súvisia a sú závislé od formy ich implementácie – na báze **legislatívy**, ktorá je ako samostatný celok **popísaná v podkapitole 3.1**, avšak je potrebné zdôrazniť, že ide o **súbežné kroky** (v samostatnej kapitole je legislatíva iba z dôvodu prehľadnosti tohto dokumentu, aby boli všetky legislatívne zmeny spísané v jednom celku).

1.1 DRG SKUPINY

CKS navrhuje vytvoriť DRG skupiny pre JZS s „J“ alebo inými príznakmi na konci.

Stanovenie jednotlivých DRG skupín nie je úlohou, ktorá má byť v súčasnosti riešená, prípadné stanovenie DRG skupín bude vykonané až po rozhodnutí Riadiacim výborom, či má záujem o včlenenie JZS do DRG a aplikovať predložené prístupy do praxe. Cieľom PS JZS je v súčasnosti zhodnúť sa či nižšie uvedené prístupy sú prijateľné a prípadne ktorá alternatíva je pre PS JZS prijateľnejšia s definíciou argumentov pre a proti.

1.1.1 Dvojičky DRG skupín pre JZS – Alternatíva 1

Pre JZS výkony odporúčame vytvoriť samostatné DRG skupiny v súčasných aDRG skupinách, ktoré by boli jednoznačným spôsobom určené pre režim JZS. Určenie by vychádzalo zo súčasného napárovanie súčasných JZS výkonov do príslušných DRG skupín. Pre ich odlíšenie CKS navrhuje tieto skupiny príznačne odlíšiť vzhľadom na názov jednodňovej zdravotnej starostlivosti písmenom „J“, prípadne iným technicky vhodnejším názvom napr. „X“. Pre účely koncepcie však budeme tieto skupiny zatiaľ označovať ako „J“, uzavretie označenia DRG skupín bude súčasťou prípadných prác na konkrétnych DRG skupinách. Nová „J“ DRG skupina by bola obsahovo takmer totožná s najnižšou DRG skupinou v aDRG skupine – obsahovala by rovnaké zdravotné výkony (ZV) a diagnózy, okrem tých ktoré by boli pre JZS kontraindikované. Obsahové posúdenie z hľadiska kontraindikovaných diagnóz a ZV by vykonali odborníci poverení CKS DRG z jednotlivých špecializačných oblastí v príslušných medicínskych odboroch.

PRÍKLAD

Návrh novej DRG skupiny: **C20J Výkony na rohovke, sklére a spojovke, výkony na viečku alebo iné výkony na šošovke, vek > 15 rokov, prevediteľné v režime JZS**

ADRG C20 **Výkony na rohovke, sklére a spojovke, výkony na viecku alebo iné výkony na šošovke**

Výk. v tabuľke C20-1 alebo min. 1 výk. v tabuľke C20-2 alebo výk. v tabuľke C20-3 alebo výk. v tabuľke C20-4 alebo výk. v tabuľke C20-5 alebo výk. v tabuľke C20-6

DRG C20A **Výkony na rohovke, sklére a spojovke, výkony na viecku alebo iné výkony na šošovke, vek < 16 rokov**

Vek < 16 r.

DRG C20B **Výkony na rohovke, sklére a spojovke, výkony na viecku alebo iné výkony na šošovke, vek > 15 rokov**

Sem by spadali pôvodné JZS výkony:

- 1390 Operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky
- 9614 Operácia kongenitálnej katarakty s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky
- 1392 Sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou
- 1391 Sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare
- 1393 Operácia sekundárnej katarakty bez umelej vnútroočnej šošovky
- 1394 Repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky
- 1395 Primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov
- 8722 Explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky
- 1393A Operácia sekundárnej katarakty laserom bez umelej vnútroočnej šošovky
- 8704 Excimer-laserová operácia rohovky jedného oka zo zdravotných indikácií (anizometropia od 3,5d a v prípade rohovkových lézií)
- 8704K Excimer-laserová operácia rohovky oboch očí zo zdravotných indikácií (anizometropia od 3,5D a v prípade rohovkových lézií)

Výpočet nie je konečný – do tejto skupiny by mohli spadať aj iné JZS výkony.

Návrh novej DRG skupiny: H08J – Laparoskopická cholecystektómia bez veľmi komplexnej diagnózy, bez komplikácií, prevediteľné v režime JZS

ADRG H08 **Laparoskopická cholecystektómia**

Výk. v tabuľke H08-2

DRG H08A **Laparoskopická cholecystektómia s veľmi komplexnou diagnózou, alebo komplikujúcou diagnózou**

HDg v tabuľke H07-1 alebo VDg v tabuľke H08-1

DRG H08B **Laparoskopická cholecystektómia bez veľmi komplexnej diagnózy, bez komplikujúcej diagnózy**

1.1.2 Užšie DRG skupiny – Alternatíva 2

V súčasnosti je nastavenie úhrad v JZS špecificky viazané na konkrétny výkon. Oproti tomu úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v DRG systéme, sú nastavené cez relatívnu váhu prislúchajúcu skupine klinicky príbuzných pacientov, definovaných napríklad cez súvisiace diagnózy a výkony. „Úhrada“ týchto pacientov prebieha prostredníctvom 1 relatívnej váhy, pričom pri „úhrade“ nehovoríme o priamej úhrade, ale nastavenie RV je jedným z parametrov vplývajúcich na potencionálnu úhradu, keďže úhrada

vyplýva z prenasobenia relatívnej váhy základnou sadzbou. V tomto prípade pri včlenení JZS do DRG by sa nám stalo, že množina nákladovo podobných DRG výkonov sa dostane do jednej DRG skupiny s **jednou relatívnou váhou**, určenou na základe **priemerných nákladov**. Pri stanovovaní relatívnej váhy však ide o priemerovanie nákladov na stanovenie 1 relatívnej váhy pre všetky výkony, z čoho vyplýva, že niektoré výkony, ktoré sú teraz hradené každý individuálnou cenou budú nadhodnotené a iné podhodnotené.

Vzhľadom na súčasný nastavený systém odmeňovania JZS, môžu byť princípy DRG veľkým skokom v nastavení úhradového mechanizmu pre JZS. Preto CKS navrhuje podalternatívu, ktorá by mohla túto situáciu vyriešiť. **Táto podalternatíva by bola aplikovaná súbežne s alternatívou vyššie – vytvorenie dvojčiek, avšak niekoľko JZS výkonov by mohlo byť vyňatých a vytvorená by im bola separátna DRG skupina.** Alternatíva 1 popisuje, že najčastejšie vykonávaný zdravotný výkon operácie katarakty, má v DRG systéme rovnaký prípadový paušál (výšku úhrady) ako ďalšie oftalmologické výkony, pri ktorých nevzniká náklad na implantát. Rozdiel medzi nákladmi a vypočítaným prípadovým paušálom pre uvedený príklad nemusí byť podstatný v ústavnej zdravotnej starostlivosti, vzhľadom na vyššie náklady a dĺžku ošetrovacej doby hospitalizačného prípadu, no z pohľadu ambulantnej sféry sa podstatným stáva.

Z vyššie uvedených dôvodov CKS navrhuje vytvorenie separátnych DRG skupín, vyčlenených z „J“ dvojčiek v zmysle:

- Najpočetnejšie výkony v JZS v prípade podstatných nákladových rozdielov môžu mať vytvorenú separátnu DRG „J“ skupinu (podstatných nákladových rozdielov z pohľadu ambulantnej sféry v JZS režime – napríklad 100 euróv náklad z pohľadu ambulantných výkonov môže byť podstatný, ale pri nákladoch na hospitalizačný režim v DRG systéme tento náklad nie je dostatočný na vytvorenie separátnych DRG skupín)
- Toto rozčleňovanie „J“ DRG skupín by bolo vykonané na základe dohodnutej hranice pre početnosť – napríklad takéto špeciálne JZS skupiny de facto pre 1 alebo niekoľko málo výkonov by malo iba 20 najpočetnejších výkonov alebo výkony v objemoch nad 10 000 za rok. Na stanovenie hranice, kedy by rozdiely v nákladoch boli dostatočné na odčlenenie výkonu do samostatnej DRG skupiny, by boli použité metodické princípy rozvíjané v rámci aktualizácie Definičnej príručky s limitmi upravenými pre DRG „J“. Aplikácia kritérií a samotné výsledky by boli uzatvárané prijímaním dohody užívateľov systému.

ÚLOHY	ZODPOVEDNÍ
Schválenie tejto Konceptie RV DRG	RV DRG
Vytvorenie prvotného návrhu DRG skupín (viď. príklad)	CKS DRG
Revízia odborníkmi	Odborníci poverení CKS
Predloženie odborne posúdeného návrhu na DRG skupiny PS JZS	CKS DRG
Pripomienkovanie návrhu	Užívatelia systému zastúpení v PS JZS
Kreovanie finálneho návrhu pre hlasovanie RV DRG	Užívatelia systému zastúpení v PS JZS, CKS DRG
Rozhodnutie o implementácii	RV DRG

1.2 PRAVIDLÁ – ALGORITMY PRE DRG GROUPER

Z týchto dôvodov je potrebné nastaviť **jasné a transparentné pravidlá**, ktoré budú rozlišovať, ktorí pacienti majú byť vykazovaní a uhrádzaní v režime JZS a pri ktorých je potrebná a prijateľná

hospitalizácia (s **ohľadom na bezpečnosť pacienta a na efektívne nakladanie so zdrojmi verejného zdravotného poistenia**).

Po aplikácii podkapitoly 1.1. by v určených aDRG skupinách, v ktorých výkony môžu byť vykonávané aj v JZS režime vznikli na najnižšej úrovni 2 typy DRG skupín:

- „J“ pre JZS prípady
- druhé najnižšie DRG skupiny s rovnakým/podobným zložením pre prípady v hospitalizačnom prípade.

CKS navrhuje, **aby odlišenie prípadov, ktoré mali byť vykonané v režime JZS a ktoré v hospitalizačnom režime vykonával grouper, na základe jasne stanovených pravidiel zadaných a odsúhlasených PS JZS.**

Pravidlá by mali byť **kontraindikácie – medicínske**, ale aj **sociálne** s dôrazným ohľadom na bezpečnosť pacienta. CKS navrhuje definovať medicínske, ale aj nemedicínske kontraindikácie – najmä sociálne, pri ktorých je potrebné pacienta hospitalizovať v štandardnom režime **na báze ZV zo ZZV DRG a diagnóz z MKCH**. Tieto kritériá sú v súčasnosti všeobecne definované v Odbornom usmernení Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o výkonoch jednotňovej zdravotnej starostlivosti. Tieto kritériá CKS navrhuje previesť na bázu ZV a diagnóz. Vzhľadom na početnú spätnú väzbu o neaktuálnosti týchto kritérií CKS navrhuje, aby tieto kritériá boli po prevedení na kódy ZV a diagnóz pripomienkované zástupcami PS aj z obsahového hľadiska. Následne by boli pripomienky vyhodnotené odborníkmi a PS JZS by sa zhodla na konkrétnom znení pravidiel, ktoré by boli podkladom pre algoritmy v Definičnej príručke.

V rámci **sociálnych** kontraindikácií identifikujeme potrebu širokej diskusie. Je potrebné jednoznačne zdefinovať čo a v akej miere bude hrazené z verejného zdravotného poistenia. Najskôr bude potrebné spolu s užívateľmi systému stanoviť jednoznačnú víziu, čo môže byť brané ako relevantná sociálna kontraindikácia, ktorá bude hrazená cez verejné zdravotné poistenie, kde vieme využiť iné sociálne inštitúty (ADOS, atď) následne bude potrebné stanoviť technické riešenie vykazovania (cez zdravotné výkony, diagnózy alebo iné parametre). Taktiež bude potrebná diskusia implementácie týchto kritérií tak, aby sa predišlo nedorozumeniam medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. V rámci pripomienkovania tejto koncepcie bolo zo strany zdravotných poisťovní poukázané aj na to, že sociálne kontraindikácie sú v rozpore s § 8 písm. a) z. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Problematika sociálnych kontraindikácií je široká a bude vyžadovať niekoľko diskusií na niekoľkých úrovniach s rôznymi typmi zainteresovaných osôb.

CKS navrhuje pri včlenení JZS do DRG a posudzovaní, či daný prípad mal byť vykonaný v JZS režime **nepoužívať kritériá**, ktoré môžu byť **subjektívne ovplyvnené** napr. iba kódovanie prijatia pacienta do JZS režimu cez druh prijatia, kritérium stanoviť iba na nízku ošetrovaciu dobu. Tieto riešenia by neodstraňovali početné sporné situácie, ktoré v súčasnosti nastávajú medzi zdravotnými poisťovňami a PÚZS (spory týkajúce sa toho, či konkrétnemu pacientovi mala byť poskytnutá zdravotná starostlivosť v hospitalizačnom alebo JZS režime). Pokiaľ by grouper zaraďoval prípady do JZS DRG skupiny alebo skupiny pre hospitalizačný režim na základe algoritmov na báze schválených jednoznačných pravidiel v podobe zdravotných výkonov alebo diagnóz pacienta, k sporným situáciám by dochádzať nemalo.

Z diskusií v rámci PS JZS vyplynula potreba nastaviť rôzne úrovne kontraindikácií pre rôzne výkony. V úvodnej fáze by bolo možné nastaviť 2-3 úrovne kontraindikáčnych kritérií a k tomu napárovať zdravotné výkony. Kontraindikáčne kritériá by bolo možné postupným vývojom systému spresňovať a prispôbovať konkrétnym zdravotným výkonom. Popri úrovni kontraindikácií je dôležité aj to, aby sa definovala aj časová hranica, kedy vyhodnocujeme, že pacient má danú kontraindikáciu napríklad na pacienta 5 rokov po vyliečení z onkologického ochorenia, by sa už kontraindikácia nevzťahovala. Aj tieto

definície – jasné a transparentné pravidlá by slúžili ako prevencia pred spormi medzi PZS a ZP. Príklady používané v koncepcii slúžia iba na ilustráciu, **náročnosť výkonov a kontraindikácií by vyhodnocovali odborníci z daných medicínskych špecializácií**, následne by zoznamy schvaľovala pracovná skupina a riadiaci výbor. Príklad aplikácie je uvedený v tabuľke nižšie.

Komplikované JZS výkony <i>5n6202 Cholecystektómia jednoduchá bez revízie žľčových ciest, laparoskopicky</i>	Závažné aj menej závažné kontraindikácie <i>C34.8 Zhubný nádor priedušky alebo pľúc presahujúci viaceré oblasti</i>
Jednoduché JZS výkony <i>5v1300 Lokálne operačné odstránenie chorého tkaniva na koži a podkoží bez primárneho uzavretia rany v oblasti ramena a axily</i>	Žiadne alebo Najzávažnejšie kontraindikácie -

PRÍKLAD

Súčasný znenie kontraindikácie:

c) Onkologické ochorenia

Príklad preklopenia tejto kontraindikácie (bez revízie odborníkmi – len ilustratívny príklad):

Vybrané diagnózy z II. kapitoly - Nádory (C00-D48) Medzinárodnej klasifikácie chorôb - MKCH-10 účinne od 1.1.2023:

C00-C97 Zhubné nádory

C00-C75 Primárne alebo predpokladané primárne zhubné nádory určenej lokalizácie okrem lymfatického, krvotvorného a príbuzného tkaniva

C00-C14 Zhubné nádory pery, ústnej dutiny a hltana

C15-C26 Zhubné nádory tráviacich orgánov

C30-C39 Zhubné nádory dýchacích a vnútrohrudníkových orgánov

C40-C41 Zhubné nádory kostí a kĺbovej chrupky

C43-C44 Melanóm a iné zhubné nádory kože

C45-C49 Zhubné nádory mezotelu a mäkkého tkaniva

C50-C50 Zhubné nádory prsníka

C51-C58 Zhubné nádory ženských pohlavných orgánov

C60-C63 Zhubné nádory mužských pohlavných orgánov

C64-C68 Zhubné nádory močovej sústavy

C69-C72 Zhubné nádory oka, mozgu a iných častí centrálnej nervovej sústavy

C73-C75 Zhubné nádory štítnej žľazy a iných žliaz s vnútorným vylučovaním

C76-C80 Zhubné nádory na nepresne určených, sekundárnych a bližšie neurčených miestach

C81-C96 Zhubné nádory pôvodom alebo s predpokladaným pôvodom z lymfatického, hemopoetického a príbuzného tkaniva

C97-C97 Zhubné nádory mnohopočetné na viacerých nezávislých primárnych miestach

D00-D09 Karcinómy in situ

D37-D48 Nádory s neurčitým alebo neznámym správaním

Táto kapitola obsahuje nasledujúce spresňujúce kódy:

C94.8! lastová kríza pri chronickej myeloickej leukémii [CML]

C95.8! Leukémia refraktérna na štandardnú indukčnú liečbu

C97! Zhubné nádory mnohopočetné na viacerých nezávislých primárnych miestach

O konkrétnych kódoch diagnóz by prebiehala diskusia s odborníkmi v danej špecializácii a následne PS JZS

ÚLOHY	ZODPOVEDNÍ
Schválenie tejto Koncepcie RV DRG	RV DRG

Vytvorenie prvotného návrhu prevedenia súčasných kritérií na ZV a diagnózy (viď. príklad)	CKS DRG
Revízia odborníkmi	Odborníci poverení CKS
Predloženie odborne posúdeného návrhu na DRG skupiny PS JZS	CKS DRG
Pripomienkovanie návrhu	Užívatelia systému zastúpení v PS JZS
Kreovanie finálneho návrhu prevedených kritérií na bázu ZV a diagnóz	Užívatelia systému zastúpení v PS JZS, CKS DRG
<i>Rozhodnutie o implementácii – je na rozhodnutí PS/ RV, či sa bude implementovať už v tejto fáze – určenie časového harmonogramu je na rozhodnutí RV</i>	RV DRG
Pripomienkovanie návrhu z obsahového hľadiska – pridávanie/odoberanie kritérií na základe posunu lekárskej vedy	Užívatelia systému zastúpení v PS JZS
Posúdenie návrhov PS JZS odborníkmi	Odborníci poverení CKS
Kreovanie finálneho aktualizovaného návrhu pravidiel – kontraindikácií pre JZS	Užívatelia systému zastúpení v PS JZS, CKS DRG
Rozhodnutie o implementácii	RV DRG

1.3 RELATÍVNE VÁHY, MODELOVÉ NÁKLADY

CKS navrhuje pre každú novovytvorenú skupinu priradiť relatívnu váhu. Na výpočet relatívnych váh **CKS potrebuje modelové nákladové dáta**. V súčasnosti vieme nastaviť relatívne váhy iba na základe súčasne nazbieraných dát. Modely, akými by sme mohli počítať modelové nákladové dáta sú popísané v alternatívach nižšie.

V štandardnom DRG sa relatívne váhy počítajú na základe nákladových dát, ktoré sú korektne alokované podľa Kalkulačnej príručky (Prvé slovenské RV). Po dobu kým sme tieto dáta nazbierali boli prevzaté a upravené relatívne váhy z nemeckého systému. Tento prístup – prevzatia RV z inej krajiny, v prípade vytvorenia vlastných DRG skupín aplikovaný byť nemôže.

Každá následná zmena v systéme vykazovania a úhrad JZS **už nebude cenovo neutrálna**. Vysvetlenie: V momente ako by sme chceli zbierať dáta nákladového charakteru a spustiť vykazovanie prípadov v DRG rozhraní aj pre JZS prípady, **cenová neutralita** zavedená pevne stanoveným Prevodníkom JZS výkonov na DRG výkony by **prestala existovať**, pretože **správne DRG kódovanie nie je možné stotožňovať s Prevodníkom**. V Prevodníku bol uplatnený princíp, že v skupinách sa nemôžu vyskytovať duplicity. Správnym DRG kódovaním, by bolo možné **DRG výkony momentálne stabilne priradené k 1 JZS výkonu priradiť k viacerým JZS výkonom**. Z tohto dôvodu cenová neutralita v ďalšom kroku nebude udržateľná a **bude potrebné pristúpiť k prechodnej úprave úhradového mechanizmu**.

Pokiaľ vnímame ideálny stav ako výpočet relatívnych váh na základe rozalokovaných dát poskytovateľov podľa jasne stanovenej metodiky (základný princíp DRG) je potrebné povedať, že na tento stav je nutné zaviesť **prechodnú úpravu** úhradového mechanizmu, aby sme **mohli nazbierať korektné nákladové dáta iba pre režim JZS**.

Nastavenie úhradového mechanizmu ako celku – relatívne váhy a základné sadzby by mali **odrážať realitu** dát nie len PÚZS, ale **aj nákladových dát PJZS**, preto sa v podkapitole 2.3. venujeme aj nákladovým analýzám u PJZS. Taktiež je dôležité sa zamerať aj na problematiku **disponibilných zdrojov**, pretože akokoľvek dobre vypočítané základné sadzby budú odrážať iba to, čo pre JZS bude vyčlenené v disponibilných zdrojoch.

V súčasnosti užívatelia systému disponujú 2 typmi dát pre JZS relevantnými (z hľadiska nákladovosti):

- **Nákladové dáta PÚZS** DRG skupín, ktoré sú obsahovo totožné s JZS prípadmi, avšak tieto prípady boli vykonané formou hospitalizačného prípadu (môžu/nemusia z dôvodu kontraindikácii).
- Súčasne nastavené **úhrady od ZP** pre PZS (PJZS, PUZS).

Z týchto dát CKS identifikuje (aj na základe prístupov z dobrej praxe) tieto alternatívy pre výpočet modelových nákladov. Modelové náklady, rovnako ako objemy vykonaných JZS výkonov sú potrebné a budú odrazené vo výpočte relatívnych váh, ktoré budú vypočítané v súlade so stanovenou metodikou v SK-DRG.

1.3.1 Výpočet na základe úhradových dát

1. podalternatíva: Jedinými v súčasnosti stabilne nastavenými dátami, ktoré priamo súvisia s úhradovým mechanizmom, iba JZS formy, sú stabilne **nastavené úhrady zdravotných poisťovní** pre poskytovateľov JZS a ÚZS. Tieto úhrady sú zmluvne dohodnuté medzi PZS a ZP ako platba za konkrétny výkon. V prípade výberu tejto alternatívy by sme mohli predpokladať že úhrady od ZP do určitej miery odrážajú náklady. Keďže tieto úhrady sú individuálne nastavené s každým poskytovateľom a ZP, bolo by potrebné nájsť priemerné hodnoty úhrad. Vhodné by bolo nájsť ich separátne za PJZS a separátne za PÚZS, aby sme v prvom kroku videli rozdiely medzi úhradami pre tieto 2 typy poskytovateľov a následne pripraviť finálne priemerné úhrady za konkrétny výkon.

2. podalternatíva: V prípade ak bude jednotná zhoda ZP a PZS na tom, že súčasné úhrady nezodpovedajú nákladom resp. sú nižšie ako náklady, je možné ich finálne priemery z podalternatívy 1 **jednotným koeficientom zvýšiť** podľa dohodnutého koeficientu.

1.3.2 Výpočet na základe nákladov na hospitalizačné prípady PÚZS

1. podalternatíva: Podľa podkapitoly 1.1. je prvým bodom identifikácia súčasných DRG skupín (najnižších z aDRG), do ktorých spadajú výkony rovnaké ako v JZS avšak vykonávané formou hospitalizácii. CKS DRG má dáta z kalkulačnej matice podľa Kalkulačnej príručky za všetky hospitalizačné prípady. Z kalkulačných matíc by sa na DRG skupiny dali určiť priemerné náklady. V rámci kalkulačnej matice by sa ku každému SNS a SND určilo, či by vzhľadom na jeho povahu nákladovo v režime JZS malo zmysel ho zohľadňovať. Je možné konkrétne náklady na konkrétnych SNS a SND zohľadňovať v celej miere, vôbec alebo iba čiastočne na percentuálnej báze. Napríklad náklady na ošetrovateľský personál na bežnej lôžkovej stanici nebudú brané do nákladov pre JZS režim, náklady na lekára na operačnej sále budú zohľadnené 100%, náklady na anestéziu na lieky v 40% miere (ide iba o príklad, konkrétne tu uvedené percentá neodrážajú realitu, reálne percentá by podliehali podrobným nákladovým analýzám). Cieľom by bolo stanovenie koeficientov, ktorými by boli násobené jednotlivé náklady kalkulačnej matice, za účelom modelovania priemernej nákladovej matice JZS.

V rámci tejto alternatívy je možné vyčleniť niektoré náklady, napríklad na SNS 1 (na bežnú lôžkovú stanicu), prepočítať ich na 1 ošetrovací deň a k tomu pripočítať priame náklady na zákrok JZS.

2. podalternatíva: analytické/arbitrárne **stanovenie jednotného percenta** o koľko budú náklady za hospitalizačné prípady na základe vyššie popísaných DRG skupín a ich kalkulačných matíc znížené na výpočet modelových nákladov pre výpočet RV pre JZS režim.

1.3.3 Výpočet na základe kombinácie dát

Kombinovaná metóda výpočtu modelových nákladov by bola založená na váženom priemere, podľa činnosti a nákladov/úhrad každého typu starostlivosti. Modelové nákladové dáta z alternatívy 1.3.1, podalternatíva 1 a nákladové dáta do ktorých spadajú výkony rovnaké ako v JZS, avšak vykonávané formou hospitalizácii, by boli prenasobené ich objemom a ich súčet by bol predelený súčtom ich objemov.

PRÍKLAD

Napríklad pri operácii katarakty, pri ktorej výkony v rámci jednodňovej chirurgie boli vykonané v počte 4000 výkonov, pri úhradách 500 eur za výkon a v rámci hospitalizačného režimu bolo vykonaných 1000 výkonov pri nákladoch 1000 eur za výkon, bude výsledný modelový náklad 600 eur. Výpočet:

$$\frac{(4000 * 500) + (1000 * 1000)}{(4000 + 1000)} = 600$$

Predpokladáme, že **výber konkrétnej alternatívy bez porovnania nad konkrétnymi modelovými nákladmi nie je možný**, preto CKS navrhuje najskôr si vydiskutovať, či sú niektoré alternatívy, ktoré sú pre užívateľov prijateľnejšie alebo iné menej prijateľné. **Neprijateľné podalternatívy vylúčiť a nad zvyšnými vypočítať modelové náklady, z ktorých by bola vybraná výsledná alternatíva.** Zástupcom PJZS sa javí táto alternatíva ako naobjektívnejšia. CKS však na základe diskusií v PS považuje za potrebné analyzovať všetky alternatívy nad dátami a záverečné rozhodnutie urobiť nad výsledkami rôznych alternatív.

Z diskusií v PS JZS od časti PZS bol prejavovaný názor, že nastavenie relatívnych váh by malo byť nad úrovňou dolného outliera – v rozmedzí dolný outlier a relatívna váha pre inlier-a. Protinázor jednej ZP, ktorá má skúsenosti s týmto uhrádzaním je, že úhrada cez dolný outlier je vyššia ako súčasná úhrada cez cenu za výkon, pričom výsledná suma by nemala byť vyššia ako dolný outlier. V každom prípade **relatívne váhy pre JZS musia stanoviť analýzy nákladových dát.**

ÚLOHY	ZODPOVEDNÍ
Schválenie tejto Konceptie RV DRG	RV DRG
Dohoda PS JZS o výbere niekoľkých alternatív, na základe ktorých majú byť prepočítané modelové náklady	Užívatelia systému zastúpení v PS JZS
Výpočet modelových nákladov – niekoľko alternatív a doručenie výsledku PS JZS	CKS DRG
Skúmanie a porovnávanie výsledkov rôznych alternatív	Užívatelia systému zastúpení v PS JZS, CKS DRG
Výber najvhodnejšej alternatívy	Užívatelia systému zastúpení v PS JZS, CKS DRG
Rozhodnutie o implementácii	RV DRG

1.3.4 Úhrady na základe pevne stanovených súm

Táto alternatíva sa týka nastavenia úhradového mechanizmu ako celku pre JZS v DRG. V rámci PS JZS bola jedným zainteresovaným subjektom navrhnutá alternatíva nastavenia úhradového mechanizmu pre JZS DRG skupiny na báze hradenia pevne stanovených súm, ktoré budú výsledkom negociácie medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnej poisťovne.

CKS v rámci tejto alternatívy chce doplniť, že ani jedna z alternatív popísaných v dokumente nepopiera a nemá v úmysle popierať princíp zmluvnej slobody medzi poskytovateľmi zdravotnej

starostlivosti a zdravotnými poisťovňami. Zároveň je pre CKS predstava tejto alternatívy ťažko implementovateľná v praxi pokiaľ by bol záujem včleniť JZS do DRG úplne, pretože DRG je nastavené na báze vyjadrenia ocenenia cez relatívne váhy a základné sadzby, vnesenie tarifného systému by implementačne nebolo včlenením JZS do DRG, ale iným modelom úhrad JZS. Zástupcovia PJZS v rámci pripomienkovania poukázali aj na to, že v prípade prijatia takejto koncepcie jeden z pre nich významných míľnikov - naviazanie výšky úhrad za výkony JZS na úhrady PÚZS nebude s veľkou pravdepodobnosťou splnený.

1.4 FINANCOVANIE – ROZPOČET A ZÁKLADNÉ SADZBY

Jednodňová zdravotná starostlivosť je v súčasnosti súčasťou rozpočtu ambulantnej zdravotnej starostlivosti. V prípade spustenia vykazovania JZS prostredníctvom DRG by bola časť rozpočtu pre JZS odčlenená a zohľadňovaná separátne od rozpočtu ústavnej a ambulantnej ZS. Z tohto rozpočtu by bola počítaná základná sadzba pre JZS. Výpočet základnej sadzby by bol na základe štandardnej metodiky SK-DRG, pri výpočte základnej sadzby by boli zohľadnené objemové dáta CKS DRG a zdravotných poisťovní. Počet základných sadziieb by bol analyzovaný a prijímaný štandardným schvaľovacím procesom.

ÚLOHY	ZODPOVEDNÍ
Schválenie tejto Koncepcie RV DRG	RV DRG
Vyčlenenie rozpočtu pre JZS z rozpočtu pre ambulantnú ZS	CKS DRG
Určenie prístupu k základným sadzbám	Užívatelia systému zastúpení v PS JZS, CKS DRG
Výpočet základných sadziieb	CKS DRG
Rozhodnutie o implementácii	RV DRG

2 DÁTA A FUNGOVANIE PJZS

Vzhľadom na v 1 kapitole popísanú základnú štruktúru fungovania JZS v DRG si v tejto kapitole popíšeme aké dáta sú k takéhoto systému nastaveniu potrebné, aké dáta by sa zbierali od PJZS a PÚZS, dočasne alebo trvalo a aké by boli rozdiely medzi PÚZS a PJZS.

V rámci **technickej implementácie v oblasti vykazovania** bola identifikovaná potreba jednotnej úpravy a implementácie na centrálnej úrovni, aby technická implementácia koncepcie nebola ponechaná na užívateľov systému, ktorý by uvedené implementovali vo forme zmluvného vyjednávania. Mohlo by to viesť k rôznorodosti implementácie medzi zdravotnými poisťovňami a nejednotnosti dát. Napríklad súčasné využívanie fiktívnych kódov oddelení dohodnutých medzi ZP a PZS, by mohlo viesť ku vysoko individuálnemu vykazovaniu JZS. Prípadne implementácia vykazovania zdravotných výkonov na báze prevodníka na ZZV DRG bola veľkým tlakom na užívateľov systému, ktorý technické zmeny museli individuálne zazmluvňovať. Preto v rámci technického nastavenia vykazovania je potrebné zanalyzovať a dohodnúť sa na jednotnom princípe naprieč PZS a ZP.

2.1 NÁKLADOVÉ – EKONOMICKÉ DÁTA

Pre výpočet relevantných a presných parametrov úhradového mechanizmu pre JZS potrebujeme poznať čo **najpresnejšie náklady na prípady** vykonávané formou **JZS**. PÚZS aplikujú na hospitalizačné prípady pravidlá Kalkulačnej príručky pre čo najpresnejšiu alokáciu nákladov na pacienta. V mnohých prípadoch ide o ten istý typ pacientov, avšak pacienti sú niečím medicínsky alebo sociálne kontraindikovaní pre formu JZS. Preto predpokladáme, že pre PÚZS by nemalo byť problematické aplikovať pravidlá Kalkulačnej príručky aj **na pacientov v JZS forme** a ich **náklady rozdeliť podľa kalkulačnej matice uvedenej v Kalkulačnej príručke**. Dôkazom je aj fakt, že **už dnes niektorí PÚZS pre JZS alokujú náklady podľa Kalkulačnej príručky**. (Spôsobené to je tým, že 1 zdravotná poisťovňa má s desiatkami PÚZS JZS už zazmluvnenú ako DRG relevantnú zdravotnú starostlivosť. Títo PÚZS pre CKS odovzdávajú hospitalizačné prípady – v režime JZS v ročnej dávke a alokujú pre ne náklady v súlade s Kalkulačnou príručkou.) Nevylučujeme však, že v rámci Kalkulačnej príručky nebudú potrebné úpravy napríklad kvôli sepratným JZS sálam a observačným lôžkam. Táto otázka bude bližšie analyzovaná a diskutovaná aj so zástupcami PÚZS, následne bude vyhodnotené aké zmeny a v akom rozsahu by boli potrebné v súvislosti s alokáciou nákladov.

Rozalokované náklady podľa Kalkulačnej príručky vieme použiť na výpočet relevantných relatívnych váh pre JZS, ktoré sú jedným z kľúčových parametrov úhradového mechanizmu. CKS povinnosť a spôsob ako alokovať náklady oznamuje každý rok k 30.6., pričom dáta sa začínajú zbierať od 1.1. nasledujúceho roka – pol rok je pre PÚZS a dodávateľov informačných systémov priestor na implementáciu pravidiel do informačných systémov. Následne ďalší rok PÚZS dáta zbiera, alokuje a pripravuje ročnú dávku pre CKS. V nasledujúcom roku dávku odovzdáva CKS, pričom CKS dáta obdrží zväčša v máji. Od mája prebieha validácia dát. CKS môže pracovať s plnohodnotnými dátami a teda odzrkadliť ich v úhradovom mechanizme až 2 roky od zavedenia pravidiel pre nové vykazovanie/alokáciu. Preto je potrebné nájsť aj prechodný mechanizmus – modelových nákladov, ktoré budú využívané pokiaľ budú prvé relevantné nákladové dáta pre JZS nazbierané. Prechodový mechanizmus na modelové dáta, ktorý by mohol fungovať minimálne 2 roky pokiaľ sa nazbierajú relevantné nákladové dáta je popísaný v podkapitole 1.3.

Iba presnou alokáciou nákladov pre JZS pacientov vieme definovať relevantný úhradový mechanizmus pre túto formu poskytovania zdravotnej starostlivosti. **Zber tu popísaných nákladových dát by sa týkal iba PÚZS a bol by trvalý.**

2.2 MEDICÍNSKE DÁTA

Pod **medicínskymi dátami**, teda najmä informáciami o pacientovi, rozumieme dáta, ktoré sú **PÚZS zadávané do groupera** pre zaradenie prípadu do DRG skupiny. Tieto informácie o pacientovi vie PÚZS zaznamenať **pod vedením prípadu ako hospitalizačného prípadu** a tým získať informácie v rozsahu potrebnom pre zaraďovanie prípadov do DRG skupín. Táto zmena by znamenala, že **všetky JZS prípady by boli vykazované v type dávky 274b Vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti**. Vzhľadom na **prepojenie informačných systémov, groupera a zdravotnej dokumentácie**, predpokladáme, že aj zdravotná dokumentácia bude vedená ako zdravotná dokumentácia pre ústavnú zdravotnú starostlivosť.

Už dnes desiatky nemocníc v takomto režime JZS vykazujú. Spôsobené to je tým, že 1 zdravotná poisťovňa má s desiatkami PÚZS JZS už zazmluvnenú ako DRG relevantnú zdravotnú starostlivosť. Títo PÚZS pre CKS odovzdávajú hospitalizačné prípady – v režime JZS v ročnej dávke a vykazujú pre ne kompletne medicínske dáta a pre zdravotnú poisťovňu vykazujú JZS v dávke 274. Nevylučujeme však možnosť úpravy požiadaviek na zdravotnú dokumentáciu – zjednodušenej formy zdravotnej dokumentácie pre JZS v ústavnej zdravotnej starostlivosti, čím by nemuselo prísť k zvýšenej administratívnej záťaži PZS.

2.3 ROZDIELY MEDZI PÚZS A PJZS

Vzhľadom na vyššie popísané súčasti koncepcie si v tejto časti zdefinujeme rozdiely a podobné nastavenie pre PJZS a PÚZS:

- DRG skupiny a k nim prislúchajúce relatívne váhy – **relatívna váha** odzrkadľuje náročnosť pacienta preto, by mala byť **rovnaká pre PJZS aj PÚZS**,
- **Grouper a algoritmy – zaraďovanie do DRG skupín** prostredníctvom algoritmov v grouperi je dôležité u PÚZS, ktorí pacientov môžu vykonávať v režime JZS aj ÚZS. **PJZS toto zaraďovanie nepotrebuje, keďže pacientov vykonáva vždy iba v JZS režime**. Preto **nie je potrebné, aby PJZS mali grouper**. Čo sa týka algoritmov tie budú založené na kontraindikáciách pacienta pre JZS formu. Z tohto dôvodu, tieto informácie budú dôležité aj pre PJZS, avšak nie v súvislosti s vykazovaním pre DRG. Z diskusií v rámci PS JZS vyplynulo, že zdravotná poisťovňa potrebuje zaradenie prípadu do DRG skupiny cez grouper, avšak aj u PÚZS si prípady zatrieduje sama na vlastnom groupri, preto aj v týchto prípadoch u PJZS si zdravotná poisťovňa môže zaradiť prípad do DRG skupiny prostredníctvom svojho groupera.
- **Základné sadzby – názory** na to, či PÚZS a PJZS by mali mať rovnakú základnú sadzbu **sa rôznia**. Argumentami pre rovnaké základné sadzby sú poskytovanie rovnakej zdravotnej starostlivosti, ošetrovanie tých istých klinických prípadov, argumenty proti sú postavené na báze širšieho materiálno-technického vybavenia PÚZS, väčšej administratívnej záťaže pre vykazovanie v DRG systéme, či urgentného príjmu, ktorý je v prípade komplikácii pre pacientov k dispozícii 24 hodín denne (zástupcovia PJZS nesúhlasia s uvedenými protiargumentami). Otvorenou zostáva otázka, aké sú skutočné oprávnené náklady na JZS režim a či sa rôznia u PJZS a PÚZS. V rámci odpovedania na túto otázku bola identifikovaná **možnosť vykonania nákladových analýz u PJZS**. Náklady PÚZS má CKS k dispozícii vzhľadom na povinnosť vykazovania ročnej dávky. Bližší popis analýz je uvedený v nasledujúcom bode.
- **Nákladové dáta** – relatívne váhy je možné nastaviť aj na báze nákladových dát od PÚZS, preto **trvalý zber nákladových dát od PJZS nie je potrebný**. Vzhľadom na potrebu **potencionálnej (ne)diferenciácie oprávnených nákladov u PJZS a PÚZS** by bolo vhodné zväžiť **vykonanie nákladových analýz na vybranej vzorke PJZS**. Pre PJZS by bola administratívne náročná alokácia nákladov podľa Kalkulačnej príručky.

V súčasnosti identifikujeme ako **možnú alternatívu** vytvoriť **zjednodušený model Kalkulačnej príručky**, na základe ktorého by vybraná vzorka PJZS alokovala náklady na prípady JZS. Napríklad náklady by boli rozčlenené na **1-2 strediská nákladové skupín a niekoľko stredísk nákladových druhov**. Vzorka PJZS by bola vybraná **na dobrovoľnej báze**, podmienkou by bola jej **reprezentatívnosť** pre vykonanie analýzy. **Výsledkom** analýzy by bolo **porovnanie nákladov pre klinicky podobných pacientov avšak diagnosticko-terapeutický proces by prebiehal u dvoch rôznych typov poskytovateľov – PJZS a PÚZS**. Na základe tejto analýzy by bolo možné na základe dát **preukázať či je potrebná diferenciácia základnej sadzby a v akej miere**. Takýto **zber údajov** by bol **jednorazový** a prebiehal by v presne **stanovené časové obdobie** napr. 1 roka. Z dlhodobého hľadiska by CKS nákladové dáta od PJZS nezbieralo. Ide však zatiaľ iba o hrubý náčrt. Pri podrobnom skúmaní je možné, že bude dátová analýza postavená na iných princípoch.

- **Medicínske dáta** – rozsah zberu medicínskych údajov od PÚZS by zostal takmer nezmenený, PJZS by vykazovali základné informácie o pacientovi, avšak vzhľadom na to, že by nemali grouper, **nebolo by potrebné vykazovať dáta v rovnakom rozsahu ako PÚZS**. Nie je však vylúčené, že rozsah údajov by bol do určitej miery rozšírený napríklad o dátum narodenia, vedľajšie diagnózy, viaceré zdravotné výkony alebo v prípade ak sa bude JZS týkať aj pripočítateľná položka, tak by sa zbierali údaje o pripočítateľnej položke.

V rámci PS JZS bola komunikovaná **požiadavka** od časti PÚZS, aby mali všetci PJZS **rovnaký rozsah povinností** ako PÚZS najmä z pohľadu odovzdávania ročnej dávky na báze napríklad zjednodušenej Kalkulačnej príručky. Požadujú zachovať princíp **rovnaké práva (úhrady) = rovnaké povinnosti (vykazovanie)**. CKS identifikuje túto možnosť ako **ťažko implementovateľnú v praxi, navyše kvalita nákladových dát od všetkých**, teda aj najmenších PJZS **nemusi splniť účel**, keďže spolupráca CKS s desiatkami malých PJZS, ktorí bývajú zložení z 1 lekára a 1 zdravotnej sestry by bola náročná, pričom výsledkom by bolo v prípade povinnosti u všetkých PJZS dodanie minimálneho množstva dát. Zníženú administratívnu záťaž spojenú s DRG vykazovaním u PJZS je možné odraziť v **rôznej výške základnej sadzby** pre PÚZS a PJZS, pričom k ich diferenciácii by prispela nákladová analýza na vybranej časti PJZS. Požiadavka časti PÚZS by bola spravodlivá do tej miery, že PÚZS a PJZS by **nemali absolútne rovnaké práva (úhrady)**, čo by bolo ale **priamo úmerné nie rovnakým povinnostiam (vykazovanie)**. Zástupcovia PJZS nevnímajú požiadavku na rovnaké práva a rovnaké povinnosti ako účelnú, pripúšťajú ako korektnú alternatívu zníženie úhrad o určené percento úhrady by však boli naviazané na úhrady PÚZS (pozn. CKS – cez rovnaké relatívne váhy), pri adekvátne zníženej administratívnej záťaži PJZS. Zástupcovia PJZS taktiež pripúšťajú zjednodušený model Kalkulačnej príručky aplikovaný u vybraných PJZS.

Vybraní PJZS by si vedeli predstaviť vykonať nákladovú analýzu v spolupráci s CKS, avšak čo je pre nich podstatné je vízia a aké výsledky by takáto analýza priniesla, aby na konci vynaloženého úsilia prispeli k spravodlivému a transparentnému nastaveniu úhrad.

Definícia presného rozsahu dát pre PJZS by bola určená v spolupráci s PS JZS v prípade schválenia tejto koncepcie Riadiacim výborom.

3 ĎALŠIE KROKY PRE KULTIVÁCIU JZS V DRG

Medzi ďalšími krokmi, ktoré je potrebné vykonať pre kultiváciu JZS v DRG systéme identifikujeme:

- Legislatíva
- Motivačné mechanizmy
- Dopadové analýzy

3.1 LEGISLATÍVA

V rámci legislatívy identifikujeme **potrebu aktualizácie Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o výkonoch jednotňovej zdravotnej starostlivosti**. Vecná aktualizácia tohto usmernenia by prebiehala **súbežne s aktivitami popísanými v podkapitole 1.1. a 1.2.**

Okrem uvedeného je potreba vysporiadania sa s adekvátnym **zadefinovaním pojmu jednotňová zdravotná starostlivosť** a či je alebo nie je možné ho oprieť o časový faktor. Je potrebné jednoznačne zadefinovanie JZS ako formy poskytovania zdravotnej starostlivosti najmä, nie však výlučne v § 7 zákona číslo **576/2004** o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Pri definovaní je potrebné pracovať nie len s **hranicami** medzi JZS a **ústavnou** zdravotnou starostlivosťou, ale aj hranicou medzi JZS a **ambulantnou** zdravotnou starostlivosťou, keďže v režime JZS sú aktuálne výkony, ktoré vôbec nevyžadujú pobyt na lôžku a výkony, ktoré pobyt na lôžku vyžadujú, pričom potreba dĺžky pobytu na lôžku je vysoko variabilná nielen podľa typu pacienta, ale aj podľa typu výkonu. JZS má prechodný charakter medzi ambulantnou a ústavnou zdravotnou starostlivosťou, aj vzhľadom na to je potrebné ju špecificky legislatívne definovať. Uvedené však ešte bude podliehať podrobnej právnej analýze.

V oblasti **stanovenia rozpočtu** pre základné sadzby podľa podkapitoly **1.4.** sú potrebné úpravy aj vo **vyhláske MZ SR, ktorou sa ustanovuje percento určené pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť v rozpočte na jednotlivé roky**, čím sa zabezpečí vyššespecifikovanie a aj zabezpečenie financovania - rozpočtu pre JZS.

Vzhľadom na novelu zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v ktorej sa v § 67b ods. 2 uvádza, že užívateľmi systému sú aj poskytovatelia jednotňovej zdravotnej starostlivosti, nateraz neidentifikujeme inú potrebu aktualizácie legislatívy.

3.2 MOTIVAČNÉ MECHANIZMY

Vyššie popísané procesy budú trvať niekoľko rokov. Už dnes vieme identifikovať, že procesy budú zložené z:

- **Prechodných procesov** – slúžiacim k zberu relevantných dát potrebných pre správne nastavenie SK-DRG systému pre JZS, spresňovaniu nastavenia systému, pričom táto fáza bude trvať **minimálne 2 roky**.
- **Finálneho stavu včlenenia JZS do DRG**, zavedením relatívnych váh vypočítaných z nákladov na JZS. Po finalizácii systému bude potrebné systém ďalej kultivovať a upravovať ho tak, aby čo najlepšie odrážal potreby užívateľov systému.

Je otvorenou otázkou, v ktorej z vyššie uvedených 2 fáz zaviesť pozitívne finančné mechanizmy pre podporu JZS na Slovensku, keďže prvá fáza bude skôr testovacia alebo pilotná fáza. Cieľom bonifikácií by malo byť zvýšenie počtu a podielu JZS a zvýšenie kvality JZS.

Motivačné mechanizmy môžu byť nastavené niekoľkými formami:

- rovnaké úhrady za hospitalizačný a JZS režim,
- zvýšenie základnej sadzby o stanovené percento alebo sumu,
- fixný príplatok pre PZS, ktorý by spĺňal vopred stanové kritéria v určenom rozsahu.

Bonifikácie môžu byť uhrádzané:

- Formou separátneho rozpočtu špecificky alokovaného na podporu JZS na Slovensku,
- Z rozpočtu separátne oddeleného pre JZS podľa podkapitoly 1.4. sa určí percento, ktoré bude prerozdelené formou bonifikácií.

Spôsob bonifikácie:

- centrálné bonifikácie,
- bonifikácie od zdravotných poisťovní – na tejto báze by sa vedeli zdravotné poisťovne diferencovať.

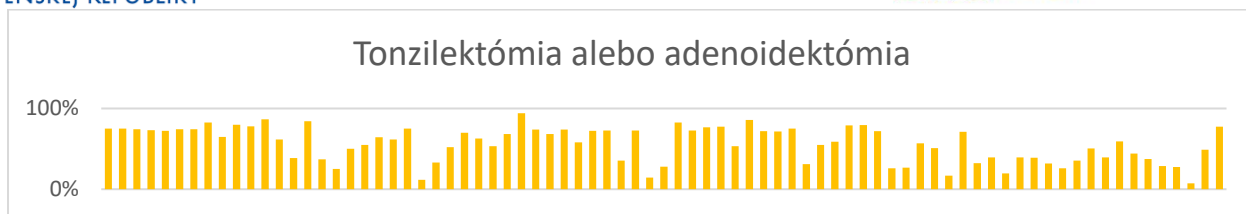
Konkrétne určenie parametrov, formy a spôsobu úhrady bonifikácií by však bolo riešené až následne po potencionálnom schválení koncepcie Riadiacim výborom, pričom všetky zložky by taktiež podliehali samostatnému schvaľovaniu PS JZS a Riadiacim výborom.

3.3 DOPADOVÉ ANALÝZY

Výpočet dopadov implementácie tejto koncepcie je možný až po realizácii krokov z 1. kapitoly. Až po zedefinovaní konkrétnych výkonov, kontraindikácií a potencionálnych relatívnych váh je možné implementovať model na dáta napr. za rok 2022, čím by sme vedeli zistiť, koľko financií by bolo možné ušetriť pokiaľ by všetky prípady, ktoré mali byť vykonané formou JZS by boli vykonané formou JZS a nie formou hospitalizácie. Tieto výpočty však nie je možné spraviť bez identifikácie aspoň rámcových relatívnych váh a DRG skupín, v ktorých sa títo pacienti nachádzajú, ideálne s modelovaním toho koľko pacientov nemalo kontraindikáciu a malo byť vykonaných v JZS forme. Iba touto formou sa vieme dopracovať k relevantným nákladovým a úhradovým dopadom.

Komplexný pohľad potencionálneho zvýšenia podielu JZS prípadov nám zatiaľ ponúka reforma Optimalizácie siete nemocníc, ktorá na dátach za rok 2019 identifikuje potenciál na zníženie hospitalizácií, tým, že identifikuje výrazné rozdiely podielu JZS prípadov na všetkých výkonoch medzi okresmi na Slovensku. V rámci prvotných analýz bol identifikovaný potenciál realokácie zdrojov v ústavnej zdravotnej starostlivosti, prostredníctvom JZS na desiatky miliónov eur. Príkladom potenciálnej identifikácie je časť z prezentovanej reformy Optimalizácie siete nemocníc, na obrázku 2 môžeme vidieť výrazné rozdiely medzi okresmi v podieli výkonu tonzilektómií v hospitalizačnom vs. režime JZS.

Jeden zo zainteresovaných subjektov poukázal na to, že pokiaľ sa znížia hospitalizácie, nemusí byť výsledkom šetrenie financií, keďže tieto finančné, lôžkové a personálne kapacity by sa priamo následne alokovali na ďalších pacientov. V ideálnom prípade je predpoklad, že by sa skôr zvýšila dostupnosť a skrátili čakacie doby, uvoľnia sa personálne a lôžkové kapacity v nemocniciach na inú zdravotnú starostlivosť, pri zvýšení výkonnosti nemocníc. Cieľom nie je šetrenie nákladov PZS, ale ich realokácia pri zvýšení bezpečnosti a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti so súčasným znížením čakacích dôb.



Obrázok 2: Podiel JZS na všetkých výkonoch

3.4 HARMONOGRAM

Rámcový harmonogram krokov na najbližšie roky je uverejnený na obrázku 3.

Rok	PÚZS, ZP, CKS	PJZS, CKS
2023-2024	Príprava pre vykazovanie – DRG skupiny, určenie JZS výkonov, kontraindikácie, Kalkul. príručka, DRG dáta zber	Výber PJZS, príprava zberu dát
2025	Zber dát najmä nákladových, aktualizácia kontraindikácii, skvalitňovanie systému	Zber dát
2026	Vyhodnocovanie dát pre JZS, výpočet relevantného úhradového mechanizmu, kultivácia systému	Vyhodnocovanie dát
2027	Nastavenie 1. relatívnych váh pre JZS na báze nákladov PÚZS vykázaných pre JZS	Nastavenie systému
2028 a nasl.	Skvalitňovanie systému	Skvalitňovanie systému

Obrázok 3: Harmonogram včlenenia JZS do SK-DRG