

ZÁPISNICA ZO 4. ZASADNUTIA RIADIACEHO VÝBORU PRE ÚHRADOVÉ MECHANIZMY A REGULÁCIU CIEN PRE ÚZS KONANÉHO DŇA 05.08.2025 O 09:00 HOD.

Dátum stretnutia: 05.08.2025 o 09:00 hod.

Miesto stretnutia: online, Ms Teams

Prítomní členovia riadiaceho výboru:

1. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 1): MUDr. Angelika Szalayová, MSc.
2. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 2): Mgr. Veronika Bučková
3. Ministerstvo financií (MF SR): *zástupca Ing. Peter Mandžák, PhD.*
4. Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky (AŠN SR): Ing. Miriam Lapuníková, MBA
5. Asociácia nemocníc Slovenska (ANS): *zástupca MUDr. Ján Černák, MBA*
6. Poskytovatelia jednotňovej zdravotnej starostlivosti (PJZS) : MUDr. Štefan Zelník, PhD.
7. Všeobecná ZP (VŠZP): *zástupca Mgr. Dana Rovňáková*
8. Union ZP (Union): *zástupca JUDr. Peter Sloboda*
9. Dôvera ZP (Dôvera): *zástupca MUDr. Branislav Koreň*
10. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS): *zástupca Ing. Barbora Kováčová*
11. Slovenská lekárska komora (SLK): *zástupca Ing. Dušan Zaťko*
12. Asociácia na ochranu práv pacientov SR (AOPP): *zástupca PhDr. Zuzana Fabianová, MBA*
13. Lekárske odborové združenie (LOZ): MUDr. Peter Zimmermann

Prítomní zástupcovia členov riadiaceho výboru a iní hostia: MZSR, AŠN, LOZ, PJZS, host AŠN

Program:

1. Otvorenie Riadiaceho výboru
2. Diskusia k podnetom
3. Rôzne

K bodu č.1: **Otvorenie riadiaceho výboru**

Predseda Riadiaceho výboru (RV) víta členov, otvára 4. zasadnutie a predstavuje body programu.

Prechádza k hlasovaniu o súhlase so spracovaním údajov:

SÚHLAS v zmysle čl. 6 ods.1, písm. a) a čl.7 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 (GDPR) a §14 zákona č. 18/2018 Z. z.

- ako dotknutá osoba udeľujem svoj dobrovoľný a výslovný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov v rozsahu najmä meno, priezvisko, titul a subjekt, ktorý zastupujem
- prevádzkovateľ MZ SR, zodpovedná osoba dpo@health.gov.sk, +421 908 948 299
- na dobu do odvolania súhlasu
- práva a povinnosti v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z., v súlade so zákonom prevádzkovateľ zabezpečí ochranu osobných údajov
- účel: verejný záujem zverejniť osobné údaje Vás, ako členov Riadiaceho výboru pre úhradové mechanizmy pre ústavnú zdravotnú starostlivosť a Riadiaceho výboru pre reguláciu cien pre ústavnú zdravotnú starostlivosť menovaných v súlade so zákonom č. 581/2004 Z.z. § 67a ods.

3, na webovom portáli www.cksdrg.sk z aktuálneho zasadnutia v zápisnici zo dňa 05.08.2025 v časti *Prítomní členovia riadiaceho výboru*

1. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 1): ZA
2. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 2): ZA
3. Ministerstvo financií (MF SR): ZA
4. Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky (AŠN SR): ZA
5. Asociácia nemocníc Slovenska (ANS): ZA
6. Poskytovatelia jednodňovej zdravotnej starostlivosti (PJZS): ZA
7. Všeobecná ZP (VŠZP): ZA
8. Union ZP (Union): ZA
9. Dôvera ZP (Dôvera): ZA
10. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS): ZA
11. Slovenská lekárska komora (SLK): ZA
12. Asociácia na ochranu práv pacientov SR (AOPP): neprítomní z dôvodu technických problémov
13. Lekárske odborové združenie (LOZ): ZA

Súhlas členov o spracovaní osobných údajov bol schválený.

Ďalej je hlasované o prítomnosti hosťa za AŠN.

1. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 1): ZA
2. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 2): ZA
3. Ministerstvo financií (MF SR): ZA
4. Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky (AŠN SR): ZA
5. Asociácia nemocníc Slovenska (ANS): ZA
6. Poskytovatelia jednodňovej zdravotnej starostlivosti (PJZS): ZA
7. Všeobecná ZP (VŠZP): ZA
8. Union ZP (Union): ZA
9. Dôvera ZP (Dôvera): ZA
10. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS): ZA
11. Slovenská lekárska komora (SLK): ZA
12. Asociácia na ochranu práv pacientov SR (AOPP): neprítomní z dôvodu technických problémov
13. Lekárske odborové združenie (LOZ): ZA

Prítomnosť hosťa bola schválená.

K bodu č.2: **Diskusia k podnetom**

Predsedníčka vysvetľuje, že podnety predložené LOZ a AOPP boli členom RV sprostredkované spolu s výzvou na doplnenie koncepčných tém do diskusie. Ďalšie podnety doručené neboli. Členovia boli informovaní, že prípadné nové podnety sa budú prerokovávať začiatkom roka, vzhľadom na celoročný program RV. Na vyžiadanie členov RV CKS doručilo stanoviská k predloženým podnetom. Prebehlo krátke predstavenie prvého podnetu LOZ a následná diskusia, v ktorej zazneli pripomienky k zložitosti systému DRG a odlišné názory na začlenenie JZS. Výstupom tejto diskusie bol predložený procedurálny návrh, aby sa rokovanie zameralo len na tri neuzavreté body – problematiku kódov (2), arbitra (7) a nákupu DRG systému z Nemecka (11).

Predsedníčka otvára **hlasovanie o procedurálnom návrhu venovať sa len bodom 2,7 a 11.**

1. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 1): ZA
2. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 2): ZA
3. Ministerstvo financií (MF SR): ZDRŽIAVA SA

4. Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky (AŠN SR): ZA
5. Asociácia nemocníc Slovenska (ANS): ZA
6. Poskytovatelia jednoduchovej zdravotnej starostlivosti (PIJS): ZA
7. Všeobecná ZP (VŠZP): ZDRŽIAVA SA
8. Union ZP (Union): ZA
9. Dôvera ZP (Dôvera): ZA
10. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS): ZA
11. Slovenská lekárska komora (SLK): ZA
12. Asociácia na ochranu práv pacientov SR (AOPP): neprítomní z dôvodu technických problémov
13. Lekárske odborové združenie (LOZ): PROTI

Procedurálny návrh bol schválený.

K bodu **2a) Podnet 2. Komplikovanosť DRG systému**

2)Kóderi DRG:

Keby sme mali DRG kóderov (Nemecko, ČR), prechody na nové podsystemy nie sú tak náročné, nebol by problém vyškoliť DRG kóderov. Lekári sa nedá všetkých zavolať a školiť. Len postupným systémom to ide, avšak do ukončenia postupného systému sú už väčšinou aj nové pravidlá a nové zmeny (viď JZS, markery). A samozrejme, znova pripomíname ekonomické hľadisko – lekár je najdrahší dokumentačný pracovník. Malo by na tom záležať nielen štátu, ale aj poisťovniam a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. A pokiaľ mám správne informácie, od 01.01.2025 sa zmenila aj legislatíva a umožňuje aj nezdravotníckym pracovníkom nahliadať do zdravotníckej dokumentácie. A zatiaľ jediná fakulta, ktorá školí DRG kóderov, školí len zdravotníckych pracovníkov.

- *Znižovanie administratívnej záťaže a postupný prechod na DRG kóderov bol dlhodobý proces, ktorý začal vydaním Konceptie vzdelávania a prístupu ku medicínskym kóderom u PÚZS v SK-DRG. Dnes evidujeme jej úplné naplnenie – po novelizáciách zákonov je možné, aby aj nezdravotnícki pracovníci mohli vykonávať prácu DRG kóderov. Vzdelávanie už naplno úspešne prebieha ako pre zdravotníckych, tak aj pre nezdravotníckych pracovníkov v oblasti DRG decentralizovane.*

Predsedačka uviedla, že k vzdelávaniu kóderov CKS oslovilo všetky lekárske fakulty, pričom poskytuje svoju súčinnosť pre inštitúcie, ktoré o to prejavia záujem. Vzhľadom na nedostatok lektorov sa realizácie ujala Lekárska fakulta UK. Vzdelávanie sa aktuálne rozširuje aj na nezdravotnícky personál, keďže legislatívna úprava od 1. januára už umožňuje tejto skupine pracovať so zdravotníckou dokumentáciou. Zástupca ANS ocenil kroky MZ SR a CKS, ktoré umožnili vykonávanie kódovania aj nezdravotníckym pracovníkom, pričom u zdravotníckych pracovníkov ide už o štandardnú certifikovanú činnosť. Uviedol, že proces bol náročný, ale zvládnutý, a odporučil pokračovať v nastavenom postupe. Doplnil otázku, akým spôsobom sa budú školenia nezdravotníckych pracovníkov realizovať, keďže o tom je zatiaľ málo informácií. Zástupca Union poukázal na to, že využitie kóderov závisí od organizácie práce poskytovateľa (PÚZS). Podľa jeho názoru môže byť v špecifických prípadoch vhodnejšie, aby kódovanie vykonával samotný lekár – najmä pri zložitejších alebo neštandardných prípadoch, kde je potrebná jeho odborná znalosť. Za LOZ privítali legislatívne zmeny, no upozornili, že vzdelávanie zabezpečuje len jedna fakulta a väčšina vyškolených kóderov pôsobí v zdravotných poisťovniach (ZP). Predsedačka k tomu uviedla, že zo zhruba 80–90 účastníkov kurzu boli zo ZP len približne 2–3 osoby. Za LOZ ďalej navrhli širšie zapojenie vzdelávacích inštitúcií a odporučili, aby PÚZS vytvárali pracovné miesta pre kóderov, čo by zlepšilo kvalitu dát v DRG systéme. Ako možnú perspektívu uviedli aj využitie umelej inteligencie na podporu kódovania, za predpokladu, že budú presne definované pravidlá. Za AŠN uviedli, že efektívnosť práce kóderov závisí aj od technickej integrácie groupera do nemocničného informačného systému. V takom prípade je možné väčšinu bežných prípadov spracovať len so základnými znalosťami, ktoré má

každý lekár po absolvovaní školenia. Špeciálne znalosti sú potrebné len pri komplikovaných prípadoch alebo prekladoch pacienta medzi odbornými pracoviskami. Súhlasili, že prístup k využívaniu kódov je individuálny a závisí od organizácie práce jednotlivých PÚZS. Výstupom diskusie LOZ predložilo návrh, aby CKS listom vyzvalo nemocnice k vytváraniu pracovných miest pre DRG kódov.

Predsedníčka otvára hlasovanie o návrhu **CKS listom vyzve nemocnice, aby vytvárali pracovné miesta pre DRG kódov.**

1. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 1): PROTI
2. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 2): PROTI
3. Ministerstvo financií (MF SR): PROTI
4. Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky (AŠN SR): PROTI
5. Asociácia nemocníc Slovenska (ANS): PROTI
6. Poskytovatelia jednotňovej zdravotnej starostlivosti (PJZS): PROTI
7. Všeobecná ZP (VŠZP): PROTI
8. Union ZP (Union): PROTI
9. Dôvera ZP (Dôvera): PROTI
10. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS): PROTI
11. Slovenská lekárska komora (SLK): PROTI
12. Asociácia na ochranu práv pacientov SR (AOPP): PROTI
13. Lekárske odborové združenie (LOZ): ZA

Návrh nebol schválený.

K bodu **2b) Podnet 7 Arbiter DRG**

7) Arbiter DRG:

Je potrebné zo strany CKS/MZ SR čo najskôr vypracovať legislatívny návrh na zavedenie arbitra DRG. Vnímame to ako veľmi významnú prioritu. Žiadame tam zapracovať aj tieto podnety:

*Je potrebné uviesť v štatúte/legislatíve do akého časového limitu musí arbiter rozhodnúť od podania spornej situácie. Aktuálne sa v štatúte sa píše len o dobe, že do 4 mesiacov arbiter začne spornú situáciu riešiť. Nie je nikde uvedené, dokedy to musí vyriešiť.

*Z nášho pohľadu by bolo správne dohodnúť na RV zloženie členov tejto pracovnej skupiny. Malo by sa zvážiť, či by nemalo byť rovnaké zloženie ako u ostatných pracovných skupín, resp. u RV? Aktuálne nie je možné zistiť, kto sú aktuálni členovia arbitra, alebo či sa to mení pri každom spore?

*Je potrebné, aby každý člen arbitra spĺňal aj podmienku odbornosti v DRG systéme. Lebo, ak to tak nie je, čo je aktuálna situácia, môže rozhodovať o sporných situáciách akýkoľvek občan SR? Podľa nás by mal byť arbiter rozhodujúci orgán s povinnou odborne vzdelanými ľuďmi, tak ako je to napríklad u iných rozhodujúcich orgánov štátu, ako napríklad u sudcov.

- *Nechávame na zváženie a hlasovanie riadiaceho výboru či preferuje vypracovať legislatívny návrh so záväzným stanoviskom arbitra.*

Predsedníčka otvára diskusiu k návrhu, aby CKS vypracovalo legislatívny návrh na záväzné stanovisko arbitra. CKS uznáva, že rozhodnutia arbitra DRG majú v súčasnosti odporúčací charakter, avšak CKS DRG má zákonnú kompetenciu posudzovať správnosť kódovania a vydať v tejto veci stanovisko. Z právneho hľadiska CKS vydáva stanoviská k správne kódovaniu, ktoré majú odbornú váhu a podľa dostupných informácií sú rešpektované. CKS si uvedomuje, že zasadnutia arbitra v poslednej dobe utíchli, avšak jeho činnosť sa má obnoviť a do konca augusta je plánované ďalšie zasadnutie. Záväznosť stanovisk nie je upravená právnym predpisom, pričom nad zmluvnou slobodou majú konečné rozhodnutia súdy SR.

Zástupca ANS oceňuje, že sa inštitút arbitra podarilo do systému DRG zaviesť, a označil aktuálne nastavenie právomocí za kompromis medzi legislatívou a požiadavkami PÚZS a ZP. Zdôraznil, že arbiter funguje a je rešpektovaný aj bez zákonom stanovenej záväznosti. Za LOZ uviedli, že arbiter je vo väčšine prípadov rešpektovaný a jeho existencia prispieva k poriadku a prehľadnosti systému. Oceňujú, že členovia arbitra majú odborné znalosti DRG a zastúpenie oboch strán (PÚZS a ZP) je vyvážené. Podporili by posilnenie právomocí arbitra tak, aby jeho rozhodnutia mali záväznú hodnotu a bolo možné sa na ne odvolávať v podobných prípadoch, čím by sa systém priblížil fungovaniu precedentného práva. Predsedníčka reaguje, že zavedenie záväzných právomocí by bolo v podmienkach SR zásadnou legislatívnou zmenou. Vzhľadom na to, že stanoviská sú v praxi rešpektované a nevyskytli sa výrazné problémy, CKS momentálne nevidí dôvod na zmenu a vypracovanie legislatívneho návrhu nepovažuje za prioritu. Za LOZ ešte požiadali o zverejnenie zoznamu členov arbitra.

Predsedníčka následne otvára hlasovanie o návrhu: **CKS má vypracovať legislatívny návrh na záväzné stanovisko arbitra.**

1. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 1): PROTI
2. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 2): PROTI
3. Ministerstvo financií (MF SR): ZDRŽIAVA SA
4. Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky (AŠN SR): ZA
5. Asociácia nemocníc Slovenska (ANS): PROTI
6. Poskytovatelia jednotňovej zdravotnej starostlivosti (PJZS): PROTI
7. Všeobecná ZP (VŠZP): PROTI
8. Union ZP (Union): PROTI
9. Dôvera ZP (Dôvera): PROTI
10. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS): ZDRŽIAVA SA
11. Slovenská lekárska komora (SLK): PROTI
12. Asociácia na ochranu práv pacientov SR (AOPP): ZDRŽIAVA SA
13. Lekárske odborové združenie (LOZ): ZA

Návrh nebol schválený.

K bodu **2c) Podnet 11 Prevzatie/kúpa systému z Nemecka**

11)Prevzatie/kúpa DRG systému z Nemecka:

Táto téma do diskusie súvisí výrazne s bodom č.1. Chceli by sme prediskutovať možnosť prevzatia, resp. kúpy aktuálneho DRG systému z Nemecka. Našou otázkou je, či by nebolo lepšie namiesto početných noviel DRG, spracovať aktuálny nemecký model DRG?

- *Nechávame na zváženie a hlasovanie riadiaceho výboru či preferuje možnosť nakúpenia nového DRG systému z Nemecka. CKS DRG dáva do pozornosti s uvedeným dlhodobú problematiku nákupu nových software za účelom udržiavania súčasného DRG systému – vzhľadom na uvedené je nákup nového systému DRG pre MZ SR kapacitne a finančne vysoko náročným až nemožným krokom. Zároveň upozorňujeme, že aj nemecký systém sa každoročne kultivuje a vyvíja, čoho dôkazom je každoročne vydávaná záverečná správa, ktorá má každý rok stovky strán a popisuje zmeny v nemeckom DRG systéme. Výraznou zmenou bolo v posledných rokoch odčlenenie ošetrovateľskej starostlivosti vzhľadom na zmenu nemeckých zákonov, ktorá nie je vhodná na zavedenie v podmienkach Slovenskej republiky.*

Počas diskusie sa členovia RV zhodli, že návrh na opätovnú kúpu nemeckého DRG systému si vyžaduje zváženie jeho finančných, časových a technických dopadov. Zástupca PJZS uviedol, že SR už v minulosti

DRG systém z Nemecka zakúpilo a prispôsobilo ho domácim podmienkam. Opätovná kúpa by bola chybou, keďže by znamenala návrat na začiatok a ďalšie roky príprav, pričom DRG systém sa mal už dávno začať prakticky uplatňovať, aby bolo možné odhaliť a odstrániť nedostatky. Zástupca ANS zdôraznil, že pôvodné prispôbenie nemeckého systému slovenským podmienkam bolo časovo náročné a že aktuálne sú podmienky v SR odlišné od Nemecka. Zásadne nesúhlasí s návrhom a položil otázku, z akých zdrojov by sa kúpa financovala a ako dlho by trvalo nové prispôbenie. Zástupca Union uviedol, že kúpa nemeckého systému by znamenala popretie veľkého objemu práce, ktorý bol vynaložený na jeho úpravu pre slovenské podmienky, a za Union sú jednoznačne proti. Predsedníčka sa stotožňuje s názorom, že návrat k nemeckému systému by bol krokom späť, znamenal by nevyhnutnosť opätovných úprav a implementácie riešení, ktoré nie sú v SR vhodné (napr. financovanie ošetrovateľskej starostlivosti v Nemecku z iných zdrojov ako na SR). Upozornila aj na odlišný spôsob vykazovania a technické prepojenia na nemocničné systémy, čo by si vyžiadalo značné finančné a časové náklady nielen pre MZ SR, ale aj pre PÚZS a ZP. Zástupca LOZ uviedol, že otázka kúpy bola predložená ako podnet na zváženie, či by takýto krok nepriniesol zjednodušenie oproti postupným úpravám a tvorbe nových podsystémov. Uvedomujú si odlišnosti medzi SR a Nemeckom aj finančnú náročnosť takého riešenia a ak je kúpa nereálna, považujú diskusiu za uzavretú.

Predsedníčka otvorila hlasovanie o návrhu ***Prevzatie/kúpa systému z Nemecka***

1. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 1): PROTI
2. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 2): PROTI
3. Ministerstvo financií (MF SR): PROTI
4. Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky (AŠN SR): PROTI
5. Asociácia nemocníc Slovenska (ANS): PROTI
6. Poskytovatelia jednotňovej zdravotnej starostlivosti (PJZS): PROTI
7. Všeobecná ZP (VŠZP): PROTI
8. Union ZP (Union): PROTI
9. Dôvera ZP (Dôvera): PROTI
10. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS): PROTI
11. Slovenská lekárska komora (SLK): PROTI
12. Asociácia na ochranu práv pacientov SR (AOPP): PROTI
13. Lekárske odborové združenie (LOZ): ZDRŽIAVA SA

Návrh nebol schválený.

K bodu **2d) Podnety AOPP**

Predsedníčka prechádza k podnetom od AOPP a pýta sa, či sú podľa nich dostatočne zodpovedané, alebo či si želajú niektorý z bodov prediskutovať. Zástupkyňa AOPP uviedla, že odpovede prijímajú v predloženej podobe.

Následne predsedníčka otvorila hlasovanie o návrhu, či ***Riadiaci výbor akceptuje odpovede CKS na podnety AOPP***

1. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 1): ZA
2. Ministerstvo zdravotníctva (MZ SR – 2): ZA
3. Ministerstvo financií (MF SR): ZA
4. Asociácia štátnych nemocníc Slovenskej republiky (AŠN SR): ZA
5. Asociácia nemocníc Slovenska (ANS): ZA
6. Poskytovatelia jednotňovej zdravotnej starostlivosti (PJZS): ZA
7. Všeobecná ZP (VŠZP): ZA

8. Union ZP (Union): ZA
9. Dôvera ZP (Dôvera): ZA
10. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS): ZA
11. Slovenská lekárska komora (SLK): ZA
12. Asociácia na ochranu práv pacientov SR (AOPP): ZA
13. Lekárske odborové združenie (LOZ): ZA

Návrh bol schválený.

Keďže v bode „Rôzne“ neboli predložené žiadne návrhy, predsedníčka informovala, že najbližšie zasadnutie sa uskutoční v septembri. Poďakovala členom za účasť a uzavrela 4. zasadnutie Riadiaceho výboru.

Zapísal tajomník Riadiaceho výboru

Príloha

Podnety Lekárskeho odborového združenia so stanoviskom

Podnety Asociácie práv pacientov so stanoviskom

Prílohy

Podnety Lekárskeho odborového združenia so stanoviskom

1)Komplikovanosť DRG systému a podsystémov:

Systém DRG aktuálne obsahuje 4 podsystémy: PP, OSN, JZS, markery. Všetky sú vlastne záplatami pôvodného systému; OSN, JZS a markery vznikli v priebehu 2 rokov. Myslím si, že to značne komplikuje kódovanie, stráca sa prehľad, ako tieto podsystémy navzájom súvisia a ako sa ovplyvňujú, často sa správajú neočakávateľne. Bohužiaľ, často v čase ich uvedenia boli slabo funkčné a o to horšie sa opravujú aj teraz ich vzájomné interakcie. Všetky tieto záplaty DRG, ktoré závažným spôsobom ovplyvňujú chod DRG stále majú zadávať lekári, keďže DRG kóderov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti naďalej nemajú. Osobne vážne pochybujem, že tvorcovia systému si to uvedomujú. Lekári to majú správne kódovať, sledovať a učiť sa všetky tieto pribúdajúce zmeny (v prípade markerov 4x ročne) aj s tým kopcom chýb, ktoré obsahujú. Za LOZ by som chcel povedať, že nemôžeme očakávať, že budú lekári správne kódovať celý tento systém. Postupnou zložitosťou, komplikovanosťou a radou chýb tohto systému, ich samotný systém odrádza, je až frustrujúci. Nezabúdajme, že aj samotné MZ SR prichádza pravidelne s inými novými administratívnymi požiadavkami na lekárov a zdravotníkov. Naproti tomu v ČR sa snažia znížiť administratívnu záťaž zdravotníkov, snažia sa upravovať aj zákony, ale u nás sa papierová záťaž neustále zvyšuje. A ešte ku tomu v tomto marazme majú poisťovne možnosť za chyby nedoriešeného systému sankcionovať užívateľov nepreplatenými hospitalizáciami. Nezabúdajme aj na faktor groupera, ktorý tiež každoročne po uvedení má pomerne dosť chýb, často skrytých.

- *Diskusia na platforme Riadiaceho výboru sa sústreďuje iba na témy súvisiace s DRG systémom. CKS DRG má snahu vydávať čo najkvalitnejšie dokumenty systému SK-DRG, dôkazom je aj poskytovanie niekoľkotýždňových až mesačných pripomienkových lehôt pre dokumenty, ktoré je do zákonom stanovených termínov možné upravovať. V prípade ak ktorýkoľvek subjekt zdravotníckeho sektora objaví nedostatky v dokumentoch pred ich vydaním, prosíme o čo najskoršie dodanie spätnej väzby. Ku zvyšným pripomienkam – najmä znižovanie administratívnej záťaže sú vyjadrenia nižšie.*

2)Kóderi DRG:

Keby sme mali DRG kóderov (Nemecko, ČR), prechody na nové podsystémy nie sú tak náročné, nebol by problém vyškoliť DRG kóderov. Lekárov sa nedá všetkých zavolať a školiť. Len postupným systémom to ide, avšak do ukončenia postupného systému sú už väčšinou aj nové pravidlá a nové zmeny (viď JZS, markery). A samozrejme, znova pripomíname ekonomické hľadisko – lekár je najdrahší dokumentačný pracovník. Malo by na tom záležať nielen štátu, ale aj poisťovniam a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. A pokiaľ mám správne informácie, od 01.01.2025 sa zmenila aj legislatíva a umožňuje aj nezdravotníckym pracovníkom nahliadať do zdravotníckej dokumentácie. A zatiaľ jediná fakulta, ktorá školí DRG kóderov, školí len zdravotníckych pracovníkov.

- *Znižovanie administratívnej záťaže a postupný prechod na DRG kóderov bol dlhodobý proces, ktorý začal vydaním Konceptie vzdelávania a prístupu ku medicínskym kóderom u PÚZS v SK-DRG. Dnes evidujeme jej úplné naplnenie – po novelizáciách zákonov je možné, aby aj nezdravotnícki pracovníci mohli vykonávať prácu DRG kóderov. Vzdelávanie už naplno úspešne prebieha ako pre zdravotníckych, tak aj pre nezdravotníckych pracovníkov v oblasti DRG decentralizovane.*

3)Beta testerí DRG:

V prípade OSN, JZS (uvidíme aké budú DRG markery) sa DRG tímy, poisťovne a aj samotní lekári stávajú beta - testerami systému, ktorý je dodaný užívateľom v počítačovej beta verzii, je neotestovaný, nedoriešený, s kopcom aj zásadných chýb, tvorcovia v čase uvedenia nemali jasno v pravidlách. Máme právo teda očakávať, že nám CKS / MZ SR začne zasielať plat Beta - testerov, resp. plat konzultantov CKS? Chápem, že systém sa vyvíja, že ho treba upravovať, že len používaním sa vychytajú drobné chyby. Je však nutné sa vyhnúť dopredu závažným a očakávaným chybám (OSN, JZS). Samozrejme, v prípade chýb má zasiahnuť CKS/arbitr a zabrániť nepreplácaniu hospitalizácii na základe nejasných pravidiel. Len slovné prehlásenie, že poisťovne by mali byť zhovievavé, nie je akceptovateľné.

Často po našich žiadostiach alebo kritike od nás žiada CKS riešenie problematiky. Niekedy tieto riešenia prinášame. Myslíme si však, že centrum pre klasifikačný systém je tu presne na hľadanie riešení. A treba povedať, že často sa riešia problémy vyplývajúce z predčasného zavedenia nedoriešeného systému. Sme presvedčení, že je lepšie zaviesť neskôr dobre nastavený systém ako predčasne zaviesť systém s kopcom chýb.

- *Vid' stanovisko ku bodu 1 a 2.*

4)DRG a zmluvy:

Kedy bude vlastne reálne platiť DRG a nie zmluvy poskytovateľov s poisťovňami? Je vôbec predpoklad, že to tak niekedy bude, snažíme sa ku tomu dostať? Máme stále pocit, že pravidlá platia len pre časť poskytovateľov, pre inú časť platia zmluvy. Je nepochopiteľné, že pravidlá je vždy možné ľubovoľne obísť zmluvami - aj pozitívne aj negatívne. V Nemecku to možné nie je, lebo v prípade zvýhodňujúcich zmlúv by sa poskytovatelia hneď súdili. Bohužiaľ, u nás je to vnímané ako norma. Sme presvedčení, že zmluvy by mali byť umožnené len v prípade nepokrytia daného sektoru cez DRG.

- *Vyhláška č. 62/2025 zaviedla povinné úhrady cez DRG systém pre 15% produkcie. Od 1.1.2026 je plánované rozšírenie DRG skupín vo vyhláške na 30% a od 1.1.2027 na 40% produkcie ÚZS.*

5)Nízke ohodnotenie JZS v DRG:

Na jednej strane CKS tvrdí, že náklady JZS začne pokrývať už od 2026, na druhej, že teraz je JZS ohodnotený lepšie. Tento názor si odporuje sám sebe. Ako to teda je?

- *V rôznych prípadoch vidíme, že úhrady podľa DRG systému dnes sú vyššie ako bývalé zmluvné úhrady za JZS výkony. Vnímame taktiež, že úhrady za JZS výkony stále nepokrývajú náklady na ne, od 2026 sa chceme postupne približovať ku pokrývaniu nákladov za JZS výkony.*

6)Nedostatočne otestovaný systém JZS od 2025:

Táto téma do diskusie súvisí výrazne s bodom č.3. Celý rok budú užívatelia testovať systém JZS a na základe užívateľských dát sa to potom prerobí. Avšak mal by existovať výnos MZ SR, alebo Arbitra DRG, aby bolo akceptované vykazovanie poskytovateľmi. Nemôžeme akceptovať len, že „je snaha zabezpečiť cenovú neutralitu“. Ak máme používať beta verziu podsystému JZS, musí byť jasné rozhodnutie CKS/MZ SR o platbách.

- *Vid' stanovisko ku bodu 1 a 2. CKS DRG zároveň priebežne zverejňuje zmeny, ktoré implementuje do groupera v oblasti JZS pre budúci rok.*

7) Arbiter DRG:

Je potrebné zo strany CKS/MZ SR čo najskôr vypracovať legislatívny návrh na zavedenie arbitra DRG. Vnímame to ako veľmi významnú prioritu. Žiadame tam zapracovať aj tieto podnety:

*Je potrebné uviesť v štatúte/legislatíve do akého časového limitu musí arbiter rozhodnúť od podania spornej situácie. Aktuálne sa v štatúte sa píše len o dobe, že do 4 mesiacov arbiter začne spornú situáciu riešiť. Nie je nikde uvedené, dokedy to musí vyriešiť.

*Z nášho pohľadu by bolo správne dohodnúť na RV zloženie členov tejto pracovnej skupiny. Malo by sa zvážiť, či by nemalo byť rovnaké zloženie ako u ostatných pracovných skupín, resp. u RV? Aktuálne nie je možné zistiť, kto sú aktuálni členovia arbitra, alebo či sa to mení pri každom spore?

*Je potrebné, aby každý člen arbitra spĺňal aj podmienku odbornosti v DRG systéme. Lebo, ak to tak nie je, čo je aktuálna situácia, môže rozhodovať o sporných situáciách akýkoľvek občan SR? Podľa nás by mal byť arbiter rozhodujúci orgán s povinne odborne vzdelanými ľuďmi, tak ako je to napríklad u iných rozhodujúcich orgánov štátu, ako napríklad u sudcov.

- *Nechávame na zváženie a hlasovanie riadiaceho výboru či preferuje vypracovať legislatívny návrh so záväzným stanoviskom arbitra.*

8) Zverejnenie členov RV a pracovných skupín s kontaktnými údajmi:

Sme presvedčení, že by bolo správne, aby členovia RV a pracovných skupín mali zverejnený aspoň kontaktný email.

- *Členovia riadiaceho výboru iba zastupujú inštitúcie, ktoré ich do riadiaceho výboru nominovali a plnia pokyny inštitúcie, ktorá ich nominovala. V prípade potreby je korektným postupom teda kontaktovať buď konkrétnu inštitúciu, ktorá vyjadruje názor v riadiacom výbore, pričom kontakty na všetky inštitúcie sú voľne dostupné na ich webových stránkach alebo v prípade relevantného podnetu na DRG systém.*

9) Rokovania RV a pracovných skupín online:

Sme presvedčení, že by bolo správne, aby sa všetci rokujúci prihlasovali pod svojimi menami. Zlepší to pozíciu moderátora RV alebo pracovnej skupiny a samozrejme aj všetkých rokujúcich, aby adresne vedeli, s kým sa rozprávajú. Myslíme si, že je to aj súčasť elementárnej slušnosti a rokovania o smerovaní DRG by mali mať aj nejakú úroveň, nemyslíme si, že sú to len diskusné skupiny pre dobrý pocit. Aktuálne sa de facto môže prihlásiť ktokoľvek s prihlasovaním mailom; trochu potom strácajú zmysel členovia skupín a ich zástupcovia, myslíme si, že rokovania majú byť adresné.

- *CKS DRG upozorňuje prihlasujúcich na PS a RV, aby sa prihlasovali pod svojím menom.*

10) Riešenie problémov a tém mimo pracovných skupín:

Mnohé témy a problémy sa riešia mimo pracovných skupín, vzhľadom na potrebu CKS. Chápeme, že niektoré veci je potrebné vyriešiť ešte pred pracovnou skupinou, ale je potrebné, aby v pracovných skupinách bol odprezentovaný a prediskutovaný výsledok tohto riešenia. Bohužiaľ často je to len odprezentované, že to je už vyriešené a možno s tým len súhlasiť alebo nesúhlasiť. Myslíme si a počuli sme v diskusiách aj názor ostatných členov, že je potrebné mnohokrát prediskutovať aj tieto už vyriešené veci a zamyslieť sa nad metódikou riešenia problematiky.

Chápeme, že niekedy CKS rieši problematiku dopredu vzhľadom aj na časový faktor. Bohužiaľ posledné roky máme pocit, že väčšina vecí sa rieši na poslednú chvíľu. Treba povedať, že väčšinu nových vecí, princípov, metodík, číselníkov a harmonogram vývoja DRG navrhuje CKS. Takže CKS má plnú moc rozvrhovať si čas tak, aby sa to dalo stíhať. Sme presvedčení, že je lepšie zaviesť neskôr dobre nastavený systém ako predčasne zaviesť systém s kopcom chýb.

Žiadame o väčší čas na vyjadrenie sa ku zmenám, mnohé problematiky, ktoré CKS prináša si musíme naštudovať a zistiť ako reálne u nás fungujú v praxi. Sme presvedčení, že keď členovia skupín prichádzajú s návrhmi na opravu / zmeny systému, bolo by správnejšie najprv tieto opravy implementovať do systému a až potom zaviesť systém. Myslíme si, že cesta spätných opráv narýchlo zavedených zmien nie je správna.

- *Pre efektívnu a odbornú prípravu podkladov CKS DRG vedie diskusie na rôznych platformách. Akýkoľvek krok alebo metodiku je možné riadne pripomienkovať, pričom počas tohto roka predlžujeme možnosť pripomienkovania jednotlivých dokumentov na aspoň 2 a viac týždňov pre PS.*

11)Prevzatie/kúpa DRG systému z Nemecka:

Táto téma do diskusie súvisí výrazne s bodom č.1. Chceli by sme prediskutovať možnosť prevzatia, resp. kúpy aktuálneho DRG systému z Nemecka. Našou otázkou je, či by nebolo lepšie namiesto početných noviel DRG, spracovať aktuálny nemecký model DRG?

- *Nechávame na zváženie a hlasovanie riadiaceho výboru či preferuje možnosť nakúpenia nového DRG systému z Nemecka. CKS DRG dáva do pozornosti s uvedeným dlhodobú problematiku nákupu nových software za účelom udržiavania súčasného DRG systému – vzhľadom na uvedené je nákup nového systému DRG pre MZ SR kapacitne a finančne vysoko náročným až nemožným krokom. Zároveň upozorňujeme, že aj nemecký systém sa každoročne kultivuje a vyvíja, čoho dôkazom je každoročne vydávaná záverečná správa, ktorá má každý rok stovky strán a popisuje zmeny v nemeckom DRG systéme. Výraznou zmenou bolo v posledných rokoch odčlenenie ošetrovateľskej starostlivosti vzhľadom na zmenu nemeckých zákonov, ktorá nie je vhodná na zavedenie v podmienkach Slovenskej republiky.*

Podnety Asociácie pre ochranu práv pacientov so stanoviskom

Pripomienky k dokumentu: “Pravidlá pre výpočet prípadových paušálov a pravidiel pre zlučovanie klasifikačných prípadov (verzia V1, platnosť od 1. 1. 2026)”

Na základe analýzy dokumentu si Asociácia na ochranu práv pacientov SR dovoľuje predložiť nasledovné pripomienky:

1. Princíp spravodlivej úhrady a ochrana pred skrytým prenosom nákladov na pacienta

Pravidlá umožňujú znižovanie relatívnej váhy v prípadoch dolného outlieru alebo externého prekladu, čo môže viesť k motivácii zdravotníckych zariadení skracovať hospitalizácie za účelom optimalizácie úhrad. Tento mechanizmus je rizikový, ak by bol uplatňovaný na úkor zdravotnej bezpečnosti pacienta.

Návrh: Zaviesť revízny mechanizmus posudzovania skrátených hospitalizácií s možnosťou pre pacienta podať podnet v prípade podozrenia, že bol predčasne prepustený na úkor liečby.

- *Kumulatívne ku bodu 1 a 6: Základným princípom DRG systému je efektívne odliečenie pacienta a jeho prepustenie keď to bude jeho zdravotný stav bezpečne dovoľovať. Už dnes máme v DRG mechanizmy ako napr. výnimky z prekladov či už v KPP alebo v pravidlách, zrušenie dolnej hranice ošetrovacej doby tam kde uvedené dáva klinický význam z pohľadu bezpečnosti pre pacienta. Ku analýze a prehodnocovaniu dát a pravidiel zlučovania dochádza každoročne.*

2. Nezlučovanie KP pri zmene zdravotnej poisťovne počas hospitalizácie (bod 2.1.5)

Vylúčenie možnosti zlúčenia klasifikačných prípadov v prípade zmeny platiteľa počas trvania hospitalizácie môže spôsobiť narušenie financovania zdravotnej starostlivosti a preniesť bremeno dokladovania úhrad na pacienta.

Návrh: Vytvoriť mechanizmus proporcionálneho delenia úhrad medzi poisťovňami alebo zaviesť priamu úhradu cez platiteľa z dňa prijatia, ak je to v záujme kontinuity starostlivosti.

- *Otázka správneho nastavenia tohto bodu bude riešená v rámci pracovnej skupiny.*

3. Vykazovanie ošetrovacej doby a hospitalizácií kratších ako 24 hodín (bod 2.1.14)

Dokument definuje, že do ošetrovacej doby sa nezapočítava deň prepustenia ani deň na priepustke, a zároveň pripúšťa, že hospitalizácia kratšia ako 24 hodín môže byť považovaná za klasifikačný prípad v odôvodnených situáciách. Z pohľadu pacienta však ostáva nejasné, ako sa tieto situácie vykazujú a či jeho zdravotná starostlivosť bude vôbec uhradená.

Príklad: Pacient je prijatý do nemocnice ráno, večer ide na priepustku, a do zariadenia sa vráti až na druhý deň. Ošetrovacia doba však bude vykázaná ako kratšia, čo môže mať vplyv na úhradu alebo klasifikáciu prípadu. Pacient pritom vníma starostlivosť ako dvojdňový pobyt.

Návrh: Poskytnúť jasnejšiu metodiku pre pacientov (napr. v informačnom letáku), ako sa v týchto prípadoch počíta ošetrovacia doba, čo ovplyvňuje zúčtovanie, a kedy majú právo na vysvetlenie alebo spätné overenie klasifikácie svojho prípadu.

4. Zrozumiteľnosť úhrad novorodeneckej starostlivosti (body 2.1.16 a 2.1.17)

Spôsob vykazovania KP u novorodencov a ich matiek je špecializovaný a pre laikov môže byť mätúci.

Návrh: Zabezpečiť, aby rodičia boli aktívne informovaní o tom, ako je ich dieťa poistené a ako bude starostlivosť vykazovaná. V prípade nejasností by mala byť možnosť obrátiť sa na patientske organizácie alebo na call centrum zdravotnej poisťovne.

5. Transparentnosť výpočtu DRG úhrad

Systém DRG je pre pacienta netransparentný. Nie je možné jednoducho zistiť, ako bola zdravotná starostlivosť zúčtovaná.

Návrh: Zaviesť právo pacienta požiadať o zaradenie jeho hospitalizácie do DRG skupiny a približený výpočet úhrady, ktorý síce nezohľadňuje citlivé náklady, ale poskytne orientačnú predstavu.

- *K bodu 3, 4 a 5 kumulatívne: CKS DRG vykonáva rôzne aktivity na objasnenie a transparentnosť výpočtov DRG systému. Všetky výpočty sú spisované do prehľadných metodík, ktoré sú dlhšiu dobu pripomienkované pracovnými skupinami aj riadiacim výborom. CKS DRG organizuje stretnutia na rôznych úrovniach aj samostatne s PZS alebo ZP, aj s pracovnými skupinami, ale aj semináre, na ktoré sa môže prihlásiť ktokoľvek. Individuálne relevantnú výšku úhrad sa pacient vie dozvedieť buď priamo od zdravotných poisťovní, po skúsenostiach s aplikáciami poisťovní, výška úhrad za ich zdravotnú starostlivosť v nich býva uvedená. Prípadne aj pacient si vie zaradiť jeho hospitalizačného prípad cez verejne dostupný grouper.*

6. Riziko manipulácie prekladmi pacientov (bod 4.1.1)

Zlučovanie klasifikačných prípadov pri preklade pacientov môže viesť k motivácii zdravotníckych zariadení optimalizovať financovanie na úkor skutočného prospechu pacienta.

Návrh: Monitorovať frekvenciu a vzorce prekladov a opätovných prijatí, aby sa predišlo zneužívaniu systému. V odôvodnených prípadoch umožniť preverenie motívov cez nestranný orgán (napr. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou).

Tieto pripomienky sú vedené záujmom ochrany pacientov pred nepriamymi dôsledkami administratívneho alebo finančného nastavenia systému a vychádzajú z princípov čestnosti, informovanosti a bezpečnosti v poskytovaní zdravotnej starostlivosti.