

K problematike zoznamu výkonov (poznámky pre MZ SR)

V júni 2016 oslovilo MZ SR lekárov (cez odborné spoločnosti SLS) s požiadavkou pripomenkovať zoznam výkonov. K tomu obdržali lekári stručné inštrukcie ku korekcii, ako aj zoznam zdravotných výkonov – verzia z augusta 2016, ktorý treba pripomenkovať. Zoznam ponúknutý ku korekcii vychádza zo zoznamu schváleného v roku 2005 s tým, že jeho pôvodný obsah bol „preklopený“ do novej excelovskej tabuľky, kde boli pridané mnohé riadky (nové výkony) ako aj viaceré stĺpce, v ktorých sú nesystematicky dopísané ďalšie informácie. Nakoľko v zoznamu v roku 2005, ako aj v novom zozname z roku 2016 nie sú uplatnené niektoré zásadné princípy, ktoré musí zoznam obsahovať, bude jeho aplikácia v praxi problematická, resp. nemožná. Konkrétne k princípom tvorby resp. korekcie nového zoznamu:

1. V praxi je mnoho výkonov spoločných pre ambulanciu a lôžkovú starostlivosť, logicky musia mať rovnaký obsah, podmienky k vykonaniu a hodnotu (relatívnu / absolútnu) v oboch zoznamoch: v pripomenkovanom pre ambulanciu aj v katalógu - zozname pre DRG. Každý zoznam pripomenkujú iné pracovné skupiny, ktoré nemajú rovnaké názory obsah nových, resp. korekciu pôvodných výkonov. Pritom „DRG zoznam“ pochádza z „ambulancného katalógu“ ktorý sa tvoril v rokoch 2006 -2013 ako náhrada teraz pripomenkovaného zoznamu z roku 2005 a pre ambulanciu sa nakoniec nikdy nepoužil (je nepoužiteľný, preto teraz MZ rozhodlo „oprášiť“ zoznam z roku 2005 – to je ten istý zoznam, ktorý v roku 2005 odmietlo korigovať ... vraj bude „katalóg“).
Záver: nemôžu existovať pre vykávanie toho istého výkonu dva opisy v dvoch rozdielnych zoznamoch: jeden pre ambulanciu a jeden pre nemocnice (teraz je to tak: zoznam DRG má iné výkony ako teraz upravovaný zoznam pre ambulanciu). Písomné upozornenia so žiadosťou o koordináciu tvorby oboch zoznamov – resp. využitie jedného korektného zoznamu pre oba segmenty nikto neberie vážne: Dr. Žiaran z centra pre DRG pri osobnom rokovaní skonštatoval, že ho to nezaujíma (tento princíp požadovali aj niektorí členovia DRG komisie). Situácia dnes: Od r. 2006 tvorilo MZ nový, obsahovo zlý „katalóg pre ambulanciu“, nepoužilo ho a posunulo ho pre DRG - pre ambulanciu chce oprášiť zoznam z roku 2005 – oba sú diametrálne odlišné.

2. Okrem toho je od roku 2005 napriek pripomenkam nevyriešená otázka operačných výkonov: tie obsahuje logicky katalóg pre DRG, ako aj teraz pripomenkovaný „ambulancný“ zoznam z roku 2005, ale ambulancne sa mnohé výkony vykonať vôbec nedajú (*príloha Operácie 1 a 2*), niektoré áno: ak sa výkon urobí ambulancne a vykáže poisťovni, platba vo viacerých prípadoch nepokryje náklady, lebo bodová hodnota výkonu je nereálna (a pri korekcii v r 2005 MZ odmietlo korekcie vykonať). Pre „vyvolených“ sa však našlo riešenie: viaceré výkony sa stali obsahom „jednodňovej chirurgie“ a sú zaplatené reálne (individuálnym cenovým výmerom), pracoviská ktoré takéto privilegované pomenovanie nemajú, vykonávajú ten istý výkon zo stratou (podľa bodovej hodnoty).

Záver: V zozname pre ambulanciu majú byť len ambulancne vykonateľné výkony s jednotnou cenou pre každého poskytovateľa bez rozdielu, či sa nazýva jednodňový alebo ambulancný (vždy je to bez prespatia pacienta na lôžku - platenom poisťovňou). Všetko ostatné je lôžková starostlivosť a tu by mal platiť zoznam DRG. Alebo bude len jeden zoznam pre oba segmenty.

3. Výkon v zozname musí štandardne obsahovať (a predložený zoznam to stále neobsahuje) viacero položiek:

- Hodnotu výkonu (relatívnu v bodoch alebo absolútnu v cene) – ak ju v tejto etape MZ nedefinuje, resp. neakceptuje návrhy lekárov, musí ju dohodnúť lekárska komunita s poisťovňami (inak sa zoznam nedá používať). Do doby jej definovania je nezmyslom definovať dĺžku trvania výkonu (a MZ to žiada), lebo to vopred deformuje reálnu hodinovú cenu práce lekára, ktorá by sa mala premietnuť do kalkulačného vzorca pre výpočet ceny výkonu (to všetko je už vymyslené a treba to použiť). **Predstava MZ o tom, že výkony budú bez bodovej hodnoty, je hlboký omyl (!) a vychádza z mylnej interpretácie návrhov niektorých mienkotvorných osôb ovplyvňujúcich reformu, že MZ nemá určovať cenu. Nemá, to ale neznamená, že nebude žiadna cena. To znamená len toľko, že cenu neurčuje MZ, ale je výsledkom rokovania poisťovní s poskytovateľmi, ktorí môžu hodnotu výkonov definovať (pomernou pomocou bodov alebo absolútnou cenou) už v tejto fáze tvorby (čo MZ, resp. dr. Vivodová bezdôvodne zakazuje !). Výkony musia obsahovať aspoň návrh – definitívna hodnota je daná dohodou poskytovateľa a poisťovne.**
- Kategória úhrady (plne / čiastočne hrazený / nehrazený) nemusí byť určená definitívne hneď, ale v procese tvorby zoznamu by bolo dobré, keby sa objavili návrhy zo strany lekárov, poisťovní aj MZ. Je to citlivá téma rozsahu zdravotnej starostlivosti, ale donekonečna sa jej vyhýbať nedá.
- Prípadné obmedzenie výkonu miestom (len určený poskytovateľ) a periodicitou (koľkokrát za štandardný časový úsek – rok, deň - je možné výkon vykonať a vykázať) absentuje absolútno – niektoré výkony to musia mať uvedené (napr. intenzívna medicína od 44S01065 ... konštatovanie „Výkon sa vykonáva podľa potreby opakovane“ neobstojí).

- Autorská odbornosť výkonu (kto výkon navrhol a odborne ho garantuje) t.č. absentuje u všetkých výkonov, v definitívnej verzii pre verejnosť to nemusí byť uvedené, ale teraz je nemožné koordinovať dopĺňanie zoznamu novými výkonmi. Ak sú už doplnené a sú v kolízii s inými výkonmi v iných kapitolách (o ktorých autor nemôže vedieť), nedá sa konzultovať autor pre zjednotenie obsahu výkonov a v zozname je chaos. Pripomienkujúci lekári (pracovné skupiny) nebudú čítať celý zoznam (tvorený nekonceptne), či tam už podobný výkon v inej kapitole nie je, to musí urobiť ten, kto do zoznamu výkon zapísal na základe návrhu pracovnej skupiny (t.j. kompetentný zamestnanec MZ – žiaľ nikdy to tak nebolo a dodnes nie je!)

3. Každý výkon musí byť v katalógu len raz – niektoré takmer totožné, resp. celkom totožné sú v zozname aj 10x, pričom pre ten istý výkon je uvedená iná dĺžka trvania a rozdielna odborná spôsobilosť (napr 55A04043 a 55A04083) čo je výsledok nepremysleného dopĺňania výkonov podľa návrhov vzájomne nekoordinujúcich komunit bez toho, aby niekto robil definitívnu „redakciu“ (viď odstavec vyššie). Sú to napr. výkony týkajúce sa biopsií pod USG kontrolou: našiel som ich cca 35 (!! – a bude ich určite viac, viď *príloha Biopsia 1- 10*) s minimálnym alebo žiadnym rozdielom, pričom nikde nie je uvedená možnosť/nemožnosť ich kombinácie. Pri vykazovaní a uznávaní výkonov tak musí vzniknúť chaos (nehovoriac o rozdielnej dobe trvania takmer totožných výkonov ...).

4. Zodpovedné osoby na MZ nikdy nerobili pri dopĺňaní výkonov do zoznamu „filter“, aj keď na to boli upozorňované. Pracovníci MZ SR pod vedením Dr. Vivodovej dopísali do zoznamu všetko, čo došlo na MZ. Žiaľ často s veľmi neodborným, resp. komickým obsahom popisu výkonu od autorov, ktorí sa „a priori“ tejto problematike nevenujú. A ak nie je uvedený autor výkonu, resp. jeho doplnenia (viď vyššie), koordinovaná korekcia už nie je možná.

5. Odborná spôsobilosť na vykonanie výkonu často uvádza aj sestru. Nie je jasné, či ako asistentku alebo ako samostatne vykonávajúcu výkon: niekedy je sestra uvedená (a samostatne by výkon vykonať mohla), inokedy neuvedená (a k výkonu je treba, resp. aj by ho mohla vykonať), inokedy uvedená je, ale lekár ju nepotrebuje, resp. výkon sama vykonať nemôže. Je treba principiálne rozhodnúť: mala by byť uvádzaná len vtedy, ak môže vykonať výkon sama, inak je jej potrebná prítomnosť zohľadnená v cene / hodnote výkonu (cez kalkulačný vzorec zohľadňujúci aj dobu prítomnosti sestry a cenu jej práce – a zase sme pri cene výkonu).

6. Odborná spôsobilosť pre výkony nie je definovaná systematicky, ale „ad hoc“ (*príloha punkcia pečene*). *Viď aj odsek 9 a 15*. Je treba definovať jednotný princíp podľa platných a najmä dosiahnuteľných atestácií a certifikácií. Aj vo verzii z roku 2005 boli uvedené ako podmienka certifikáty, ktoré sa na Slovensku nikdy získať nedali a ani dodnes nedajú. V aktuálnej verzii zoznamu je to znova. V tejto veci bol na problém opakovane upozorňovaná doc. Slezáková aj s konkrétnymi písomnými návrhmi – bez efektu, nekonala....

K vyššie uvedeným principiálnym pripomienkam, je nutné upozorniť na chyby, ktoré sa dostali do zoznamu ako nové – dopĺňaním výkonov a korekciou obsahu jednotlivých výkonov v zozname. Uvedené chyby sú len príkladom (nie kompletným vymenovaním chýb) – podobných nezmyslov je v zozname veľa a pochybujem, že ich bude niekto z korigujúcich riadok po riadku hľadať:

7. Obsah výkonu nie definovaný jednotne pre ten istý výkon: napr. pre základné odborné vyšetrenie (kód 60 ktorý bol v pôvodnom zozname len raz pre všetky odbory) je teraz v zozname 40 (!) kódov (pre rôzne, nie však pre všetky odbory medicíny), čo by ešte bolo pochopiteľné (rozsah základného vyšetrenia nemusí byť jednotný ani časovo, ani použitím zariadení a pomôcok), avšak základy obsah výkonu musí byť jednotný pre všetky odbory: raz je a raz nie je základným obsahom zhodnotenie výsledkov, poučenie pacienta, zaradenie do dispenzára, liečebný plán, založenie zdravotnej dokumentácie, vyhodnotenie USG dokumentácie a pod. Ak to nie je: lekár to nerobí? alebo si to vykáže inak? a ako, keď na to nie je kód? Podobne pre kód 62, atď.

8. V celom zozname sú len celkom výnimočne definované „zakázané kombinácie“ výkonov (v pôvodnom zozname ich bolo podstatne viac), čo môže byť problém pri ich vykazovaní: mnohé sú obsahovo podobné a ak nie je explicitne definovaná nemožnosť ich kombinácie, bude to viesť k zneužívaniu vykazovania (aj viď text vyššie).

9. Do zoznamu sa dostali výkony, ktoré sa ako „samostatné výkony“ v praxi nevykonávajú a ich zaradenie (a určenie odbornosti) je medicínskym nezmyslom: kód 55A04079 USG aorty ... ak je aneurizma (a ak nie je? Dôvodom k vyšetreniu nemôže byť prítomnosť diagnózy (*príloha USG aorty*)). Pritom aj ilické cievy môže vyšetriť len cievny chirurg (ale len ak je aneurizma ... kód 55A04079), len aortu a nie ilické artérie môžu vyšetriť viaceré iné odbory (kód 55A04078), aj nefrológ (na čo mu to bude ?) nie však kardiológ ...

10. Názov výkonu má byť čo najstručnejší a jedinečný, obsah popisný. Popis výkonu a obsah je často ten istý a z popisu obsahu vôbec nie je jasné, čo výkon skutočne obsahuje, ako aj čo neobsahuje - a vykáže sa iným výkonom, ak takú kombináciu zoznam umožňuje, resp. nezakazuje ... takéto usmernenia mal kompletný zoznam, ktorý sme ponúkali MZ SR v r. 2005 (dr. Vivodová ho odmietla).

11. Delenie výkonov na skupinu, podskupinu a triedu je často zbytočné, niekedy úplne nelogické: Napr. kód 55A09020 Implantácia EKG záznamníka (ecg reveal recorder) pod kožu nie je rádiologická ani zobrazovacia metóda – nemá s nimi nič spoločné (príloha Kategórie výkonov) – Tento omyl vyplýva z archaickej štruktúry zoznamu, ktorá obsahuje výkony tzv. funkčnej diagnostiky v rámci SVALZ výkonov. Pri korekcii sa musia všetky kardiologické (katetrizácie, holtery a pod.) a angiologické výkony presunúť do časti ŠAS (vrátane USG cievnych a echokg výkonov, ako aj špeciálnych USG výkonov – napr. endosonografie – do kapitol GAE a pod.), v kapitole SVALZ už nemajú čo robiť

12. To isté vyšetrenie (napr. USG ciev – kódy 55A04073 a 55A04074) nemôže byť definované raz ako pooperačné/resp. ne-predoperačné a raz ako predoperačné ... a keď nebude operovaný? (vid' príloha USG operabilita)

13. Výkony obsahujú medicínsko/technické nezmysly napr.:

- kód 55A04002: Farebná sonografia nehodnotí semikvantitatívne – a ani nijako inak – echogenitu bazálnych ganglií, to hodnotí 2D USG (príloha Gangliá)
- Kód 55A04031: USG vyšetrenie ... s použitím funkcie farbenia (taká nie je – príloha Farbenie)
-

14. Všetky technicky podmienené výkony s fakultatívnymi dodatkami majú byť definované ako „puzzle“, napr. ECHOKG môže byť s/bez kontrastu, s/bez farmakologickej záťaž, s/bez dynamickej záťaž, s/bez speckle tracking, s/bez tkanivového dopplera, s/bez 3D a pod. (príloha echo) Teraz je každá kombinácia definovaná ako samostatný výkon. Ale keď sa urobí echokg aj s kontrastom aj s tkanivovým dopplerom, čo sa vykáže? Dvojnásobný výkon ? (čo nie je pravda) Alebo sa jeden neuzná? (čo tiež nie je pravda) ... A keď sa urobia tri modalita? Podobný príklad je v prílohe USG pečene.

Na tento problém sú autori z MZ upozorňovaní od roku 2004, žiaľ bezvýsledne ...

15. Obsahovo totožné výkony a každý môže vykonať niekto iný, s iným trvaním výkonu (príkladov je veľa):

55A04043 Duplexné vyšetrenie ciev obličiek pomocou PW Dopplera a CFM vo vyšetrovanej oblasti.

Výkon vykonáva nefrológ, pediatričný nefrológ, urológ, onkourológ, pediatričný urológ, angiológ, cievny chirurg, pediater, rádiológ.

55A04083 Duplexné vyšetrenie renálnych a intrarenálnych artérií farebnou duplexnou ultrasonografiou.

Výkon vykonáva angiológ, urológ, pediatričný urológ, onkourológ, rádiológ.

Alebo:

44K08003 Punkcia heparu. 20 min.

Výkon vykonáva hepatológ, gastroenterológ, pediatričný gastroenterológ, gastroenterologický chirurg, hepatológ, internista, infektológ a sestra alebo sestra špecialistka v príslušnom špecializačnom odbore. (sestra predsa nemôže vykonávať punkciu – vid' odsek „5“)

44K08004 Punkcia heparu pod USG kontrolou 30 min.

Výkon vykonáva hepatológ, gastroenterológ, pediatričný gastroenterológ, gastroenterologický chirurg, chirurg, detský chirurg, infektológ, internista, neonatológ, pediater, rádiológ a sestra alebo sestra špecialistka v príslušnom špecializačnom odbore.

44K08005 Perkutánná biopsia heparu 45 min.

Výkon vykonáva gastroenterologický chirurg, chirurg, detský chirurg a sestra špecialistka v príslušnom špecializačnom odbore.

Komentár k tomu v odseku 3. prvej časti textu (príloha Punkcia pečene)

16. Súčasťou zoznamu sú aj inštrumentálne liečebné výkony – čo je pochopiteľné. Úplne nepochopiteľné je, ako sa do korigovaného zoznamu dostala ako terapeutický zdravotnícky výkon aj „reperfuzna trombolýtická liečba“ (kód 44F00020), teda podanie infúzie za splnených podmienok (!) To by potom mal zoznam obsahovať aj všetky chemoterapeutické postupy, infúziu rehydratáciu, podanie transfúzií a pod ... Svedčí to o úplnej absencii systémového doplnenia zoznamu, resp. úplnej absencii klinického myslenia a základných vedomostí o klinickej praxi (príloha Trombolýza).

17. Pre „spárovanie“ starého zoznamu s novým sa zvolil postup, že kód pôvodného výkonu preklopeného do nového zoznamu je uvedený vedľa nového kódu, čo má logiku, aby sa v systéme poisťovní dali sledovať aj „staré výkony“. Možné to však nebude (a bude chaos v IT systéme), lebo napr.:

Nový kód 55A04057 je „spárovaný“ s kódom 5737

Nový kód 55A04058 je „spárovaný“ s kódom 5736

Nový kód 55A04068 je spárovaný s oboma (!): 5736 a 5737 – obsahom je to ale úplne iný kód (v starom zozname bol s číslom 5739 – ten však nie je uvedený pri žiadnom novom kóde) a okrem toho v novom zozname chýba kód pre CFM mapovanie (v starom zozname kód 5743 – v novom nie je tento kód priradený žiadnemu výkonu – lebo tam taký výkon ani nie je ...)

Okrem toho sa do popisu výkonov, ako aj ako nové výkony dostali do zoznamu formulácie (resp. výkony) v priamej súvislosti s rozširovaním kompetencií všeobecných lekárov (predoperačné vyšetrenia, preventívne vyšetrenia, liečba hypertenzie), ktoré sú v rozpore s medicínou založenou na odporúčaniach, sú jasným prejavom lobbingu, resp. sú to medicínske nezmysly, ktoré nikto neoponoval Napr.:

18. Poznámky ku kódu 11A01001 (predoperačné vyšetrenie) - citujem texty z popisu výkonu:

VšZP 60b, 1x v rámci jednej operácie - s dg.pre ktorú je poisťenec plánovaný na operáciu. V prípade odoslania poisťenca k špecialistovi-internista za účelom predoperač. vyšetrenia, ZP v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie.

Nedá sa rozumieť (ale realita je často "kaskáda vyšetrení" od VL cez internistu k špecialistovi)

U pacientov nad 65 rokov je v prípade potreby súčasťou vyšetrenia aj funkčné geriatrické posúdenie pacienta.

Nikde nie je definovaná podmienka pre použitie „v prípade potreby“ ako aj obsah „posúdenia“

Vyhodnotenie laboratórnych alebo iných pomocných alebo prístrojových vyšetrení (...je súčasťou výkonu ...), **ale: Výkon nezahŕňa vyhodnotenie RTG a USG dokumentácie“ Nemá žiadnu logiku ani vysvetlenie**

19. Poznámka ku kódu 11A01046 „Komplexné vyšetrenie pri podozrení na hypertenziu“

Odporúčania presne uvádzajú postup pri stanovení diagnózy hypertenzie – a nie je to na základe jedného vyšetrenia (raz za 24 mesiacov ...). Zaradenie tohto výkonu je jednoznačný prejav lobbingu (aby sa výkon – opakované merania tlaku – hradili nad rámec kapitácie). To isté (medicínsky nezmysel – ale lobbing na platby nad rámec kapitácie) je zaradenie výkonov:

11A02071 „Cieľené vyšetrenie pri hypertenznej kríze“

11A ???? „Kontrolné vyšetrenie pri arteriálnej hypertenzii“

11A02072 „Kontrolné kvantitatívne INR vyšetrenie“

ktoré môže vykázať len (!) všeobecný lekár (prečo nie aj iný lekár?)

Rovnako by bolo možné do zoznamu zaradiť aj „vyšetrenie pri podozrení na dnu“, „vyšetrenie pri podozrení na angínu pectoris“, „vyšetrenie pri podozrení na črevné parazity“, „vyšetrenie pri podozrení na zlomenú ruku“, „kontrolné vyšetrenie peristaltiky“ a pod.

20. Poznámky k popisu obsahu výkonov, pôvodne jednotných pod kódom 60 (základné vyšetrenie): Popisy často obsahujú nelogičnosti, balast, nejednoznačnosť, prípadne riešenie „v prospech jedného odboru“:

Základné imunologické (11A01017) vyšetrenie má uvedené, že je zameraná na:

„...fyzikálne vyšetrenie všetkých orgánových systémov s osobitným dôrazom na respiračný, kardiovaskulárny a tráviaci systém, kožu a lymfatické uzliny, v prípade porúch imunity a autoimunity aj na iné orgánové systémy“ **ak je pacient na imunologickom vyšetrení, že by nemal poruchy imunity ?**

Základné nefrologické (11A01025) vyšetrenie obsahuje aj úplne zbytočnú formuláciu

„s osobitným zreteľom na funkciu obličiek“ - a na čo iné ...

Základné reumatologické (11A01035) vyšetrenie obsahuje:

„... vyšetrenie orgánových systémov so zameraním na kardiov., nervový, tráviaci, respiračný systém“ **vôbec nie je uvedené vyšetrenie pohybového systému, to má samostatný kód (!) „cieľené artrologické vyšetrenie“ (kód 11A02072) Ako jediné základné vyšetrenie je reumat. vyšetrenie zložené z dvoch samostatných kódov pre rozdielne orgánové systémy – z akého dôvodu? Lobbing autorky?**

Záver k popisu obsahu výkonov: nepoužiť systém mnohých takmer totožných výkonov pre každý odbor a tvoriť zoznam ako skladačku výkonov: základných pre všetky odbory a doplnkových pre jednotlivé odbory.

Záver a návrh na riešenie:

Zoznam v takej podobe, v akej je predložený, je neopraviteľný pripomienkami pracovných skupín, nakoľko je v ňom veľmi veľké množstvo nekorektností a chýb, ktoré nikto nebude hľadať riadok po riadku. Treba začať znova pracovať s pôvodným zoznamom z roku 2005 a postupne ho systematicky dopĺňať podľa nižšie uvedených princípov. Pred jeho doplnením treba schváliť zásady obsahu popisu každého výkonu:

A: Výkon má registračný list, ktorý obsahuje:

1. Kód výkonu vyjadrený päťmiestnym číslom
2. Názov výkonu stručný, ktorý ho dostatočne charakterizuje
3. Popis výkonu podrobný popis výkonu (ak je potrebný)
4. Čas trvania výkonu vyjadrený v minútach práce lekára / prípadne ZSP
5. Bodová hodnota výkonu vyjadrená v bodoch (napr. podľa kalkulačného vzorca)
6. Kategória úhrady výkonu plne/čiastočne hrađený, nehrađený vôbec
7. Extra materiál / liečivo odôvodnene spotrebovaný a nie je súčasťou bodovej hodnoty výkonu
8. Obmedzenie výkonu vzdelaním ak ho môže vykonať len niekto (vlastník certifikátu, licencie a pod.)
9. Obmedzenie výkonu frekvenciou ak ho možno opakovane vykonať až s odstupom určeného času
10. Autorská odbornosť výkonu ktorá odborová komisia výkon navrhla a odborne ho garantuje
11. Poznámka prípadné poznámky k párovosti orgánu a jeho vykazovaniu, k explicitnej nemožnosti kombinácie s iným výkonom, a pod.

B: Pred tvorbou zoznamu je nutne pre jeho bezproblémovú tvorbu akceptovať princípy:

1. Jeden konkrétny výkon v zozname len raz (s definovaním podmienky „kto môže“ kódom odbornosti)
2. Názov výkonu stručne a jasne (len nie rovnako pre dva výkony)
3. Popis výkonu jednotný pre podobné výkony (napr. pre základné vyšetrenie rôznych odborov)
4. Definovanie technických výkonov ako „skladačky“ („puzzle“) pre možnosť ich kombinácie
5. Otvorený obsah zoznamu – možné zaradovanie nových a vyradovanie obsolentných výkonov
6. Zjednotenie pravidiel pre uvádzanie sestry ako súčasť výkonu (v registračnom liste)
7. Zrušenie kapitoly „funkčná diagnostika“ a presun výkonov do časti ŠAS
8. Jednotne pravidlá pre operatívu (ambulantný výkon = jednodňová chirurgia, ostatné je DRG)
9. Jeden zoznam pre ambulantnú sféru aj DRG - alebo zoznamy dva, tvorené v úzkej koordinácii
10. Akceptácia odborných návrhov pracovných skupín cez komisiu (MZ, lekári, poisťovne)
11. Konkrétne vkladanie výkonov do zoznamu s dohľadom poverených osôb (čo najmenší počet – so vzájomnou kontrolou, aby sa nemusel zoznam korigovať znova) s vylúčením medicínsky nekorektných, nezmyselných a lobbingom tlačených výkonov ešte pred ich dopísaním
12. Nutná nadväzujúca inovácia vyhlášky o minimálnou vybavení – kompatibilná s obsahom výkonov
13. Nutná nadväzujúca inovácia vyhlášky o vzdelávaní zdrav. prac. – kompatibilná s obsahom výkonov
14. Jasné stanovisko k výkonom „cito“ (ohľadom uznávania a hradenia)
15. Definovanie rozsahu a obsahu preventívnych vyšetrení

C: Zostáva otvorená otázka kódovania jednotlivých výkonov: starý zoznam obsahuje 3- a 4-miestne kódy, podľa vyjadrenia IT odborníkov je úplne prekódovanie (ako je navrhované teraz) rizikové a nemusí byť úspešné (aj vzhľadom k súčasným chybám – vid' odsek „17“). Jednoduchšie je riešenie pridania dvoch numier k štvormiestnym a troch k trojmiestnym číslam (603 ... 603000, resp. 5737 .. 573700), staré kódy zostanú a na nové bude dostatok priestoru, aj s ich „uprataním do kapitol“.

Tento materiál ponúkam Ministerstvu zdravotníctva ako posledný pokus v 12-ročnej histórii mojej snahy o korektnú korekciu zoznamu výkonov, ktorý by privítali zdravotné poisťovne aj poskytovatelia. Je len na kompetentných pracovníkoch MZ SR, ako sa s materiálom stotožnia. V prípade záujmu o korektnú spoluprácu som pripravený spolupracovať a pomôcť. Očakávam, že v najbližších týždňoch sa zo strany MZ SR dozviem stanovisko, ako aj prípadný návrh na osobné stretnutie na pôde MZ SR.

Materiál zároveň poskytujem reprezentantom odborných spoločností SLS, ktorí priamo participujú na tvorbe zoznamu cestou pracovných skupín, aby vzájomne koordinovali svoje aktivity v prospech lekárskej komunity. Tá je zo strany MZ prizývaná k spolupráci na tvorbe zoznamu znova a znova – bez konkrétneho výsledku (nie z viny lekárov). Verím, že tomu tak už nebude. Rozhodnutie MZ SR však ovplyvniť neviem.