

## PRÍLOHA 1 - komplexné hodnotenie z r 2000

### Komplexné hodnotenie vykazovania a hradenia USG výkonov, s návrhmi SSUM na zlepšenie a skvalitnenie systému.

Vo svojich aktivitách sa Slovenská spoločnosť pre ultrazvuk v medicíne okrem organizovania odborných akcií pre členov venuje aj problematike certifikátov a v tej súvislosti aj problémom vykazovania a hradenia USG výkonov.

V rámci toho spracoval výbor SSUM pripomienky svojich členov, ktoré sa týkali problémov a nezrovnalostí pri vykazovaní a hradení výkonov podľa Zákona č 251/1997. Písomne spracované pripomienky sme (ako podklad pre prípadné korekcie zákona, hlavne však ako podklad pre exaktne spracovaný výklad k zákonu) poskytli v lete 1998 Stálej lekárskej komisii Zdravotných poisťovní SR priamo pri účasti na jej rokovaní všetkým jej účastníkom – reprezentantom všetkých zdravotných poisťovní a v januári 1998 aj Sekcii zdravotných poisťovní MZ SR (adresujúc ho na Dr. J. Masaryka, pracujúceho v tej dobe na príslušnom odbore MZ). Od tej doby sme však oficiálne ani neoficiálne nezaznamenali žiadnu písomnú reakciu na naše pripomienky. Pretože medzitým sa zmenil počet zdravotných poisťovní, ako aj personálne obsadenie na Sekcii zdravotných poisťovní MZ, považujeme za nutné naše (doplnené) písomné pripomienky zopakovať z toho dôvodu, že viaceré diskrepancie v "bodníku" musia (!) byť v jeho najbližšej korektúre odstránené (keď už neboli – pre nás z nepochopiteľných dôvodov – odstránené už pri poslednej korekcii). Inak zostane vykazovanie a hradenie USG výkonov na úrovni, ktorá umožňuje viaceré interpretácie predpisu. To pochopiteľne vedie ku konfliktom medzi lekármi a zdravotníckymi zariadeniami na jednej strane a poisťovňami na druhej strane (pričom každá je presvedčená o svojej pravde).

Dovoľujeme si v prvej časti textu upozorniť na chyby a nezrovnalosti a v druhej časti textu navrhnúť (na základe poznania praxe) ich najoptimálnejšie riešenie.

#### Súčasná situácia:

- V mnohých odboroch medicíny sa vykonávajú tie isté USG výkony, pritom v bodníku sú len v jednej kapitole a kódy výkonu využívajú viaceré odbory (podľa doplňujúceho výkladu MZ k "bodníku"). Jeden príklad z viacerých:
  - USG vyšetrenie abdomenu je v II.- časti (SVALZ) v časti USG vyšetrenia pod kódom 5300, používa ho nielen RDG, ale aj napr. gastroenterológ alebo pediater, lebo v kapitole "GAE" a v kapitole "Pediatria" nie je žiadny kód pre USG.
- V "bodníku" je z medicínskeho hľadiska ten istý výkon (s trochu iným slovným popisom) uvedený pod viacerými názvami a rôznym kódom, s rôznou bodovou hodnotou. Dva príklady z viacerých:
  - V kapitole "Urológia" kód 1750 – USG vyšetrenia obsahu skróta – 80 b., ale v kapitole "RDG" kód 5307 – ultrazvuk skróta, semenníkov, a nadsemenníkov – 900 b.
  - V kapitole "Reumatológia" je USG vyšetrenie jedného kĺbu (kód 385) za 180 bodov, v kapitole "RDG" je (pod kódom 5312) za 1400 bodov
- Inokedy je z medicínskeho hľadiska ten istý výkon s takmer (!) tým istým slovným popisom a rovnakým kódom uvedený pod viacerými kapitolami a s rovnakou bodovou hodnotou, pritom zdôraznený "takmer" rovnaký slovný popis podstatne mení obsah výkonu. Jeden príklad z viacerých:
  - V kapitole "Reumatológia" je uvedený pod kódom 670 "Ultrazvukové vyšetrenie žilového prietoku na končatinách Dopplerovou metódou" za 220 bodov. Pritom ten istý výkon s kódom 670 je v kapitole "Cievna chirurgia" z rovnakým nadpisom, avšak pokračujúcim "...metódou hodnotením audiosignálu" – čo pre lekára (odborníka v USG) podstatne (!) mení obsah výkonu.
- Niektoré výkony sú ako totožné (!), teda s rovnakou bodovou hodnotou, uvedené pod dvoma kódmi a v dvoch kapitolách, pritom nie vôbec v tej kapitole, ktorej sa výkon bezprostredne týka., napr.
  - "Ultrazvukové vyšetrenie extrakraniálnych alebo (!) intrakraniálnych mozgových ciev duplexovou (!?) metódou" je ako výkon č. 686 uvedený v kapitole "Cievna chirurgia" (za 750 bodov), v kapitole "Funkčná diagnostika" je ten istý výkon pod kódom 5751 s popisom: "Ultrazvukové vyšetrenie extrakraniálnych a (!) intrakraniálnych mozgových ciev duplexnou

metódou” tiež za 750 bodov. Pritom v kapitole “Neurológia” uvedený výkon nie je (!) a je tam len “echoencefalografia” za 80 bodov (pod výkonom 814), čo je výkon viac ako obsolentný....

- Niektoré z výkonov sa použitím kombinácie výkonov dostávajú na rovnakú “bodovú hodnotu”, avšak samotný popis obsahu výkonov nemá žiadnu medicínsku a metodickú logiku. Napr.
  - Kompletná echokardiografia zahŕňa 2D, TM, PW-Doppler, CW-Doppler a CFM. Bodník pre uvedenú kompletnú echokg ponúka (v rovnakej hodnote 1800 + 1500 bodov) kombináciu kódov 5745 (2D, TM, PW, CW za 1800) a 5746 (CFM za 1500) z kapitoly “funkčná diagnostika”, alebo kombináciu kódov 617 (TM, PW, CW za 1800) a 618 (2D a CFM za 1500 bodov) z kapitoly “Kardiológia”. Pritom prístroj len pre výkon 5745 je realitou, prístroj len pre výkon kódu 617 už dnes nikde v praxi neexistuje (“zanikol” minimálne pred 15 rokmi, a bol skôr raritou...).
- Niektoré z výkonov sú uvedené vo viacerých variantách v rôznych kapitolách (tak ako sa “bodník” nekonceptne a “ad hoc” dopĺňal), s rôznym obsahom výkonu a rôznou bodovou hodnotou, s možnosťou (alebo nemožnosťou) kombinácie, pritom sa už dnes prakticky jedná o jeden, prípadne dva druhy vyšetrení. Napríklad:
  - kódy k vyšetrovaniu ciev (kód 670, 671, 657, 676, 677, 685, 687 v kapitole “Cievna chirurgia”, kód 670 a 677 v kapitole “Reumatológia”, kód 5734, 5735, 5736, 5737, 5739, 5742 v kapitole “Funkčná diagnostika”), s nejasnou, prípadne nelogickou možnosťou ich kombinácie. Pritom by pre všetky klinické postupy stačili 2 – 3 kódy.
- Niektoré z kapitol nemajú “svoj” USG výkon, ale len jeho “nadstavbu”. Napríklad:
  - V kapitole “Nefrológia” je kód 781 pre perkutánnu punkciu obličky (ktorá sa dnes takmer výhradne vykonáva pod kontrolu USG), ale kód pre USG vyšetrenie v kapitole “Nefrológia” nie je ani jeden.
- Okrem toho sú v schéme a obsahu “bodníka” viaceré nelogické prvky:
  - Časť “8 - Ultrazukové vyšetrenia s použitím B obrazu” je podobne ako časti: “1 – Zuby”, “2 – Skelet” alebo “4 – Cievny” (ako aj ostatných 11. častí, využívajúcich RTG žiarenie) uvedená v podkapitole I. Roentgenová diagnostika” v samostatnej časti “T: Rádiodiagnostika”. Pritom v tej istej časti si samostatnú podkapitolu “zaslúžila” aj oblasť podávania kontrastných látok, ako aj (zaslúžene) NMR. V podkapitole “I. Roentgenová diagnostika” je tak jedinou “neroentgenovou metódou”.
  - Výkon “peroperačná sonografia” je v časti “Rádiodiagnostika”, podobne ako výkon “USG vyšetrenia bedrových kĺbov novorodencov”, ktorý je doménou ortopédov – tam však nie je. Naopak však výkon “vyšetrenie ciev končatín”, ktorý sa vykonáva na RDG oddelení často, v kapitole pre 2D USG (kódy 5100 – 5113) nie je a “bodník” doporučuje používať kód 685 z kapitoly “Cievna chirurgia”.

Z uvedených chýb potom pramenia viaceré skutočnosti, nevysvetliteľné logickými argumentmi:

- Škrtenie kombinovaných výkonov len na základe “odosielajúcej diagnózy” (napr. neuznávanie CFM mapovania, ak bola ako supponovaná Dg. uvedená ICHS). Vysvetlenie: Rozdelenie ECHOKG na “farebnú” a “nefarebnú” položku (výkon č. 5745 a č. 5746) je pochopiteľné preto, lebo nie všade je prístroj pre “farbu” (CFM) pre nedostatok financií na zariadenia. Nie je preto dôvod na delenie indikácie na “farebnú” a “nefarebnú”. Kompletné ECHOKG je len z farbou bez ohľadu na indikáciu (teda z kódu 5745 a 5746) - vid’ aj publikácia “Štandardné diagnostické postupy” z roku 1999.
- Vývojom a nekonceptnými úpravami spôsobené diskrepancie medzi hodnotou jednotlivých výkonov nie je možné riešiť rôznou bodovou hodnotou výkonu podľa toho, či je kód z kapitoly SVALZ alebo z kapitoly “odborné ambulancie”, pričom sa kódy pre vyššie uvedené deficit “bodníku” používajú navzájom z oboch častí. Princíp rovnakej hodnoty výkonu (resp. hodnoty bodu) musí platiť trvale bez ohľadu na to, či je t. č. kapitácia alebo prospektívny rozpočet.
- škrtenie výkonov (USG vyšetrení) pre niektoré špecializácie, pre ktoré poisťovne požadujú certifikát a SPAM pre uvedené špecializácie a druhy výkonov nikdy žiadny certifikát nevydával. Napr.: vyšetrenia obličiek urológmi, USG vyšetrenia ciev rádiológmi, intravaginálne vyšetrenia negynekológom na špecializovanom onkorádiologickom pracovisku, a pod.
- nehradia vyšetrenie abdomenu a malej panvy, ak sú vykonané v jeden deň, podobne je to s vykazovaním vyšetrenia abdomenu a štítnej žľazy v jeden deň, a to bez udania dôvodu.
- Nepreplácanie vyšetrenia prietokových meraní plodu (Dopplerovské vyšetrenia - kód 5315, 5316) pri ambulatnom vyšetrení v rajóne (napr. hypotrofia plodu – Dg. 033, gestačný DM – Dg. 024, prenášanie – Dg. 048). Pritom ambulatné vyšetrenie je oveľa lacnejšie ako vyšetrenie v rámci

hospitalizácie. Ako dôvod nepreplatenia je často uvedená nevhodná “odbornosť” (a to aj u lekárov, ktorí majú oficiálny certifikát SPAM pre základné gynekologické a prenatálne USG vyšetrenia).

### Čo navrhujeme pre zlepšenie?

- **Zjednotenie výkonov** - každý USG výkon zaradiť do “bodníka” len raz (!), pod jedným kódom (!) a s jednou bodovou hodnotou (!) pre SVALZy aj odborné ambulancie, a to v rámci jednej úplne samostatnej (!) kapitoly pre USG v rámci časti II. (SVALZ).
- **Jasné definovanie výkonov** – bez ich zbytočnej (terajšej) duplicity, s možnosťou ich kombinácií presne podľa súčasnej klinickej praxe
- **Zjednotiť nomenklatúru** “bodníka” podľa súčasných názvoslovných noriem pre USG vyšetrenia, najlepšie formou konzultácií a spolupráce s členmi výboru SSUM
- **Proporcionálne bodové hodnoty** výkonov navzájom v rámci USG, ako aj voči ostatným výkonom, viazaným na zdravotnícky techniku sú nevyhnuté. Treba napr. zrušiť nepochopiteľnú bodovú dehonestáciu USG, ktorú vykonáva a hodnotí erudovaný lekár desiatky minút, v porovnaní s osteodensitometriou s podobnou bodovou hodnotou, ktorú vykonáva sestra niekoľko minút.
- **Jednota revíznych lekárov** v názoroch na potrebný rozsah vyšetrení (v rámci štandardných diagnostických postupov) formou vzájomných konzultácií medzi SSUM a revíznymi lekármi
- **Jedna cenová hodnota bodu** - bez ohľadu na to, na akom pracovisku bolo vyšetrenie vykonané (SVALZ alebo odborná ambulancia) musí mať výkon nielen rovnakú hodnotu bodu (čo zaručí zaradením kódov USG výkonov len do jednej samostatnej kapitoly), ale aj jednu cenu bodu
- **Skutočná cena práce** - bodové hodnoty výkonov (teda aj cena bodu), ako aj prípadne časové a termínové limity pre USG výkony musia vychádzať zo známych noriem a kalkulácií, naväzujúcich na súčasnú legislatívu a klinickú prax. Hodinová cena práce lekára, vykonávajúceho USG vyšetrenia, by sa mala pohybovať od 750,- do 1250,- Sk. (k tomu je v závere tohoto textu “Príloha č. 1.”, ktorá vysvetľuje spôsob kalkulácie uvedených cien).
- **Povinný certifikát** - výkon si môže vykazovať len ten štátny alebo neštátny lekár, ktorý má na dané vyšetrenie certifikát (alebo atestáciu SPAM od roku, v ktorom sa USG stala v danom odbore atestačnou náplňou) – k tomu ne nutne prijať nový Certifikačný poriadok SPAM a zároveň dôsledne dodržiavať jeho princípy v praxi, a to v štátnej aj neštátnej bez rozdielu.
- **Štandardy pre USG vyšetrenia** – ich tvorba vyžaduje spoluprácu všetkých zainteresovaných a dlhšie časové obdobie, pre dôsledné dodržiavanie vyššie uvedených princípov sú však nutné.
- **Akreditácia USG pracovísk** – je nutná pre zabezpečenie kontinuálneho vzdelávania, kontrolu kvality, riešenie konfliktných situácií a pre zvyšovanie úrovne vzdelávania a praxe. Platné kritériá k akreditácii pracovísk musia byť v zásadnom súlade s princípmi, platiacimi v rámci EU, avšak ich implementácia do našich pomerov musí zohľadňovať ekonomické špecifiká a doterajšiu prax.

### Čo pre to môže urobiť SSUM?

Analýza súčasného stavu s dôrazom na hlavné problémy by nemala zmysel, ak by sme nechceli hľadať riešenia. Základné tézy riešení sú uvedené vyššie. Pre ich uskutočnenie však nestačí len naša snaha, k tomu je nutná spolupráca MZ, SPAM, poisťovní, SLK, ASR SR a SLS. Naša spoločnosť sa spolupráci nebráni – práve naopak, ponúkame ju už niekoľko rokov. Potenciálnym spolupracovníkom SSUM navrhuje a ponúka spoluprácu, ako aj individuálnu prácu na riešeniach. V našich silách je:

- vypracovať **zoznam základných USG výkonov** (výberom a ich úpravou zo súčasnej palety USG výkonov v bodníku”), ktoré by mali byť základom pre vytvorenie ucelenej samostatnej kapitoly
- **korekcia slovných popisov** USG výkonov v “bodníku” podľa názvoslovných noriem tak, aby jasne a jednoznačne popisovali obsah konkrétneho výkonu a “nevzbudzovali úsmev”
- **korigovať bodovú hodnotu** jednotlivých USG výkonov tak, aby vyjadrovala prístrojovú a časovú náročnosť jednotlivých výkonov a ich porovnateľnosť navzájom, ako aj k iným výkonom lekárov
- ponúknuť zodpovedným inštitúciám **návrh Certifikačného poriadku**. Je pripravovaný už 5 rokov, a je korigovaný podľa pripomienok tých odborných spoločností SLS a tých katedier SPAM, ktoré sa písomne k návrhu vyjadrili. Písomný návrh so žiadosťou o korekcie a doplnky sme zaslali všetkým odborným spoločnostiam SLS a všetkým katedrám SPAM, ktorých sa uvedená problematika týka (reagovalo však len niekoľko z nich). Posledná korigovaná verzia návrhu Certifikačného poriadku je

dodatkom tohto materiálu (príloha č. 2.). Pre jeho definitívne zavedenie do praxe už chyba len vôľa SPAM, lekári a poisťovne prejavili záujem o jeho zavedenie do praxe už dávno....

- spolupracovať s odbornými spoločnosťami, SLK, ASR SR, poisťovňami a MZ pri vypracovávaní **štandardu USG vyšetrení a princípov akreditácii USG pracovísk**
- poskytnúť konzultácie a **prednášky pre revíznych lekárov**, pre potrebu zjednotenia názorov revíznych lekárov na potrebný rozsah jednotlivých vyšetrení (v rámci štandardných dg. postupov).

### Čo SSUM nemôže vykonať?

Niektoré z vyššie menovaných problémov SSUM nemôže vyriešiť, lebo sú v kompetencii ostatných zainteresovaných (hlavne MZ a SPAM). Takýmito problémami sú:

- Skutočná finančná hodnota bodu – je vecou Min. financií, Min. zdravotníctva a poisťovní
- Zjednotenie názoru revíznych lekárov na potrebný rozsah jednotlivých vyšetrení (v rámci štandardných diagnostických postupov) – je to vecou komunikácie poisťovní navzájom a ich záujmu o názor odbornej komunity, ktorá vytvára a dodržiava pravidlá (indikácie, štandardné postupy)
- Uviesť do praxe korekciu bodovej hodnoty jednotlivých USG výkonov tak, aby bodová (a teda aj finančná) hodnota každého USG výkonu odrážala skutočnú cenu práce, bola porovnateľná navzájom s hodnotou iných USG výkonov, ako aj s hodnotou iných diagnostických výkonov. Vzjomnú porovnateľnosť (t. j. proporcionalitu) výkonov musí na základe rovnakých hodnotiacich kritérií (kalkulácií ceny výkonu) zaručiť MZ (sekcia zdravotných poisťovní) v spolupráci s poisťovňami
- **Schválenie nového kompletného predpisu SPAM pre vydávanie certifikátov k vykonávaniu USG diagnostiky (je vypracovaný už od roku 1996). Je to totiž nevyhnutnosť, na ktorú opakovane písomne upozorňujeme MZ a SPAM už päť rokov (!). Reakciou na naše snahy o systémové riešenie bolo vydanie predpisu SPAM (v roku 1997), ktorý bol vydaný narýchlo a bez konzultácií s odbornou verejnosťou. Výsledkom je deficitný predpis, ktorý sa v praxi dodržiava len čiastočne a mnohé problémy nerieši vôbec. Nami vypracovaný návrh certifikačného poriadku označil riaditeľ SPAM prof. Štencl v apríli 1999 (pri spoločnom rokovaní na pôde MZ) za vhodný ako základ pre stretnutie vedúcich katedier SPAM (ktorých sa USG týka), aby sa korekciami vytvorila definitívna verzia. Stretnutie sa malo uskutočniť do konca mája 1999, dodnes ho vedenie SPAM nezorganizovalo napriek tomu, že sme sa o stretnutie opakovane písomne aj telefonicky zaujímalí, naposledy v apríli 2000.... Vedenie SPAM sa však dodnes k ďalšiemu postupu nijako nevyjadrilo. V praxi považujeme za veľmi problémové hlavne tieto otázky :**
  - **proporcionálne zjednotenie katedier (odborov) na podmienkach k získaniu certifikátu (t. č. nevysvetliteľné rozdiely medzi katedrami v podmienkach pre certifikát pre ten istý orgán)**
  - **určenie minimálnej dĺžky a obsahu praxe pre začínajúcich lekárov (absentuje)**
  - **jasné deklarovanie princípov recertifikácie - tzv. "kreditného systému" (absentuje)**
  - **vyriešenie problému praktických lekárov (absentuje)**
  - **zverejnenie zoznamu komisií a ich personálneho zloženia (nezodpovedá skutočnosti)**
  - **taxatívne stanovenie možných oblastí aplikácie USG pre jednotlivé odbory (t. č. nelogické absentovanie niektorých aplikácií v odboroch, ktoré ich rutinne vykonávajú)**
  - **princíp riešenia hraničných odborov (absentuje)**
  - **možnosť rozširovania platného certifikátu o ďalšie odbory (absentuje)**

**Na záver:** Nami ponúkané riešenia (hlavne úprava "bodníka" a schválenie Certifikačného poriadku) vytvoria do budúcnosti jasné a logické "pravidlá hry" pre všetkých:

- nový certifikačný poriadok určí odborné kritériá k tomu, kto môže vykonávať výkony
- poisťovne budú presne vedieť, komu a koľko majú uhradiť za konkrétny výkon
- lekári budú mať istotu, že pri splnení podmienok budú mať svoj výkon ohodnotený

Kto by si želal viac? Preto netrpezlivo očakávame Vaše písomné pripomienky, hlavne však konkrétne návrhy na spoluprácu v tých okruhoch problémov, kde môže SSUM pomôcť najviac (viď str. č. 3.: "Čo pre to môže urobiť SSUM?"). Pripomienky očakávame na adrese: MUDr. Jozef Beňačka

OFD, NsP, 921 01 Piešťany

Text schválil výbor SSUM na svojom zasadnutí v Bratislave, dňa 27. apríla 2000 s doporučením zaslať text na MZ (sekcia lieč.-prev., sekcia zdrav. poisťovní), zdravotným poisťovniam, vedeniu a katedrám SPAM, odborným spoločnostiam a Prezídiu SLS, Prezídiu SLK, Prezídiu ASR SR a do Zdrav. novín.

**Príloha č. 1** k textu: Komplexné hodnotenie vykazovania a hradenia USG výkonov....

### **Kalkulácia ceny práce lekára, vykonávajúceho USG vyšetrenia.**

Riešenie problematiky vykazovania a finančného hradenia ultrazvukových výkonov zdravotnými poisťovňami priamo naväzuje na systémové vyriešenie problémov certifikácie pre vykonávanie USG vyšetrení, ako aj na proces vytvárania diagnostických štandard. Súčasťou štandard by mali byť pre niektoré konkrétne ultrazvukové výkony aj určité časové limity, týkajúce sa frekvencie kontrolných a doplňujúcich vyšetrení, ako aj minimálnej doby trvania jednotlivého vyšetrenia. Zavedenie limitov je však možné len paralelne s určením absolútnej ceny ultrazvukových výkonov. Zjednodušene, a inak: časový limit vo forme maximálneho počtu vyšetrení za jednotku času nesmie (!! ) byť zavedený ako skrytá forma finančného limitu pre odborného lekára. Takýto postup by totiž vytvoril taký systém financovania, v ktorom bude odborná práca spojená s finančnou stratou. USG diagnostika vyžaduje totiž nielen veľkú finančnú investíciu do prístroja, ale aj veľkú časovú (teda aj finančnú) "investíciu" zo strany lekára do nutného počiatočného, ako aj následného trvalého vzdelávania. Dosažitú súčasnú dobrú úroveň USG diagnostiky u nás nie je možné udržať pri možných trvalých (prípadne i dočasných) finančných stratách, ktoré by postihovali lekárov a zdravotnícke zariadenia cez skryté finančné limity.

V tej súvislosti si dovoľujeme predložiť finančné odhady, ktoré sa týkajú hodinovej mzdy lekára, ako aj kalkulácii nákladov USG vyšetrení. Uvedené finančné odhady nie sú dogmou, preto je možná aj ich úprava podľa meniacich sa ekonomických podmienok. Vychádzajú z podkladov SLK a ASR SR.

Pri veľkom rozptyle niektorých položiek finančných nákladov (nájomné za priestory, doprava, komerčné poisťné, energia, voda, kúrenie, spoje) a relatívne menšom rozptyle ostatných základných položiek (mzdy s odvodmi za lekára a stredný zdravotný personál, poisťné, daň, režijný materiál) je nutné kalkulovať s určitou strednou hodnotou nákladov a obratu. V tom môžu byť medzi zdravotníckymi zariadeniami veľké rozdiely. Nie je úlohou tohoto odhadu analyzovať a riešiť ich dôvody. Preto odhad vychádza s terajšieho priemerného finančného obratu na jednej odbornej ambulancii.

Reálne kalkulácie, vykonané na základe vyššie uvedených finančných a materiálových nákladov, bez pripočítania nákladov za prístrojové vybavenie a bez zohľadnenia terajšej ceny bodu a bodového limitu odhadujú hodinovú mzdu lekára na cca 500,- Sk. Kalkulácie, vychádzajúce zo spotreby energií a nákladov USG pracoviska v rámci SVALZ, vyčíslili (pri používaní bodových hodnôt USG výkonov zo súčasne platného "bodníka") hodnotu bodu na minimálne 0,37 Sk.

Pri odhade hodinovej mzdy lekára, vykonávajúceho USG vyšetrenia, musí byť k uvedenej hodinovej mzde lekára (500,- Sk) pripočítaná suma, pokrývajúca náklady na prístrojové vybavenie. Pri odpise počas 8 rokov, s 220 pracovnými dňami ročne, so zohľadnením 30% zisku pracoviska, pri cene priemerného ultrazvukového prístroja bez CFM módu okolo 1 mil. Sk, ktorý je v prevádzke cca 3 hod. denne, je nutné k hodinovej mzde prirátat cca 250,- Sk. Pre prístroj za 5 mil. Sk (s farebným mapovaním toku - CFM - a s viacerými sondami), ktorý je v prevádzke okolo 5 hod. denne, je to okolo 750,- Sk/hod.. I to je však v porovnaní z výškou finančného hradenia vykonaného ultrazvukového vyšetrenia v zahraničí niekoľkonásobne (!! ) nižšia cena pri rovnakej (!) nadobúdacej cene nového ultrazvukového prístroja u nás i v zahraničí. Celú situáciu nevhodne komplikuje veľmi dlhá (až 8-ročná) odpisová doba. Technické stárnutie prístrojov by vyžadovalo kratšiu, cca 4-ročnú odpisovú dobu (podobne ako v zahraničí). Ak je však dnes podstatne kratšia odpisová doba pre auto ako pre zdravotnícku techniku, je pochopiteľné, že lekár nemá záujem investovať do zdravotníckej techniky. V tej súvislosti sa natíska otázka, či má štát (ponechávajúci v platnosti súčasnú legislatívu s tak dlhou odpisovou dobou) záujem o zlepšovanie zdravotníckej starostlivosti....

Z uvedeného vyplýva, že minimálna reálna hodinová sadzba za diagnostické ultrazvukové výkony (pri predpokladanom dennom a niekoľkohodinovom využívaní prístrojov) by mala byť asi medzi 750,- až 1250,- Sk, v závislosti od vybavenia prístroja (v zásade dvoch kategórii: "s farbou" alebo "bez farby"). Uvedený odhad ceny práce lekára by mal byť pomocou pri úvahách o časových limitoch USG vyšetrení. V každom prípade však nemôže minimálny časový limit trvania vyšetrenia (teda definovaná



maximálna hodinová frekvencia pre konkrétny USG výkon) znížiť hodinovú cenu práce lekára (uhrádzanú zdravotnou poisťovňou) pod vyššie uvedenú kalkulovanú minimálnu sadzbu.

Bratislava, 27. apríla 2000

schválil výbor SSUM

**Príloha č. 2** k textu: Komplexné hodnotenie vykazovania a hradenia USG výkonov....

### **Návrh Certifikačného poriadku SPAM o vydávaní certifikátov o spôsobilosti vykonávať ultrazvukové (USG) vyšetrenia v štátnej a neštátnej lekárskej praxi.**

Návrh Certifikačného poriadku SPAM (ďalej len “poriadok”) vychádza z doterajších možností vo vzdelávaní lekárov, zo súčasnej situácie v klinickej praxi, v legislatíve a v organizácii zdravotníctva u nás. Je koncipovaný tak, aby mohol byť postupne dopĺňaný a korigovaný v súlade s predpismi krajín európskej únie.

Poriadok je určený k vydávaniu “Certifikátov o spôsobilosti vykonávať USG vyšetrenia” (ďalej len “certifikátu”) na základe posúdenia spôsobilosti lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov k samostatnému vykonávaniu USG vyšetrení (ďalej len “spôsobilosti”). Určuje pravidlá a podmienky, na základe ktorých sa lekár - žiadateľ môže zúčastniť skúšky k posúdeniu spôsobilosti, alebo na základe ktorých môže lekár obdržať certifikát bez preskúšania spôsobilosti.

Z poverenia Ministerstva zdravotníctva SR zo dňa 24. apríla 1996 je Slovenská postgraduálna akadémia medicíny (SPAM) oprávnená vydávať certifikáty. Certifikát sa vydáva na dobu päť rokov. Je podkladom pre vydávanie osvedčenia Slovenskej lekárskej komory (SLK) k vykonávaniu neštátnej praxe. Rovnako je podkladom pre uzatváranie zmlúv o finančnom hradení výkonov medzi poskytovateľmi zdravotníckej starostlivosti (t.j. lekármi alebo zdravotníckymi zariadeniami) a zdravotnými poisťovňami.

Druh základného odborného vzdelania (typ odbornej atestácie) predurčuje okruh ultrazvukových výkonov (podľa Tab. č. 1), pre ktorý je možné žiadať vydanie certifikátu.

Žiadosť posudzujú skúšobné komisie SPAM, ktoré menuje riaditeľ SPAM na základe návrhov prednostov príslušných katedier SPAM, so zohľadnením pripomienok príslušných odborných spoločností SLS. Komisie sú tvorené pracovníkmi jednej alebo viacerých katedier SPAM, v závislosti od konkrétnej klinickej aplikácie (Tab. č. 5). Prípady, ktoré nerieši poriadok konkrétne (napr. hraničné odbory, prípady mimo uvedené okruhy výkonov) posudzuje tá skúšobná komisia, ktorú určí námestník SPAM pre liečebno-preventívnu činnosť.

Žiadateľ certifikátu musí komisii spolu s písomnou žiadosťou predložiť:

- doklad o atestácii I. stupňa v základnom odbore, resp. o nadstavbovej atestácii v príslušnom odbore,
- doklad o požadovanej dĺžke praxe a požadovanom ročnom počte vyšetrení v USG diagnostike, potvrdený priamym nadriadeným alebo (u neštátnych lekárov) radou RLK,
- doklady o absolvovaní kurzov a školení SPAM, prípadne o absolvovaní iných školení, kurzov, kongresov a konferencií, o publikačnej a prednáškovej činnosti. Konkrétne požiadavky na uvedené doklady upresňujú skúšobné komisie.

V dobe podania žiadosti musí mať žiadateľ v odbore, pre ktorý žiada certifikát, najmenej 12-mesačnú prax a vykonaný určený minimálny počet aktívnych samostatných vyšetrení (podľa Tab. č. 2). Na základe dokladov, predložených žiadateľom, skúšobná komisia:

- vydá certifikát bez skúšky, ak lekár absolvoval atestáciu s náplňou USG diagnostiky (podľa Tab. č. 3)
- pozve žiadateľa k preskúšaniu vedomostí a praktických schopností (náplň skúšky určuje komisia).

Certifikát je vydaný na konkrétny okruh výkonov (podľa Tab. č. 1). Po doplnení dĺžky praxe a počtu požadovaných vyšetrení môže lekár žiadať o rozšírenie certifikátu o ďalšie okruhy výkonov, a to rovnakým spôsobom.

Na základe odôvodneného podnetu na lekára (týkajúceho sa odbornej úrovne ním vykonávaných USG vyšetrení), môže skúšobná komisia SPAM po overení si vedomostí príslušného lekára preskúšaním podmieniť ďalšie trvanie platnosti certifikátu absolvovaním komisiou určeného vzdelávacieho kurzu alebo pobytu.

Platnosť certifikátu sa predlžuje vždy o päť rokov od posledného roku platnosti certifikátu, ak lekár v každom roku platnosti certifikátu získa minimálne 20 bodov (podľa Tab. č. 4). Na základe čestného prehlásenia žiadateľa, doplneného dokladmi o absolvovaní odborných akcií a potvrdeným dokladom o

minimálnom ročnom počte výkonov (potvrdeného priamym nadriadeným alebo Radu RLK), vydá skúšobná komisia SPAM potvrdenie o predĺžení platnosti certifikátu na ďalších 5 rokov.

Ak lekár nezíska v každom roku trvania platnosti certifikátu minimálne 20 bodov, je povinný absolvovať doškoloňovací kurz SPAM, v prípade pochybností komisie aj praktické preskúšanie. Inak platnosť certifikátu zaniká.

### Tabuľka č.1.

Okruhy výkonov, pre ktoré je možné vydať certifikát v jednotlivých odboroch, za súčasného splnenia požiadaviek minimálnej dĺžky praxe (1 rok) a minimálneho počtu vyšetrení (podľa Tab. č. 2) alebo pre ktoré je možné vydať certifikát bez skúšky na základe atestačnej náplne (podľa Tab. č. 3)

Okruh výkonov / Odbor	Rdg	Int	Chir	Gyn	Ped	Neu	Urol	Ort	Reu	Oph	G.P.	Kar
Abdomen	+	+	+		+						+	
Urogenitálny trakt							+					
Gynekologické vyš.				+								
Transrektálne vyšetrenia	+	+	+	+			+					
Transvaginálne vyšetrenia	+			+								
Prenatálne vyšetrenia				+								
Prsníky	+			+								
Mäkké časti krku	+	+	+		+						+	
Oko a očníca	+									+		
Muskuloskelet. systém	+							+	+			
Bedr. kĺby novorodencov	+							+				
CNS novorod. a kojencov	+				+	+						
Cievy končatín	+	+	+									+
Cievy krku	+	+	+			+						+
Cievy transkraniálne						+						
Echokardiografia		+										+
Transezofag. ECHOKG		+										+

### Tabuľka č. 2.

Minimálny ročný počet USG vyšetrení, ktoré sú podmienkou ku žiadosti o vydanie certifikátu pre jednotlivé okruhy výkonov.

Okruh výkonov	Minimálny počet výkonov
Abdomen	600
Urogenitálny trakt	300
Gynekologické vyšetrenia	300
Transrektálne vyšetrenia	100
Intravaginálne vyšetrenia	100
Prenatálne vyšetrenia	500
Prsníky	300
Štítna žľaza	300
Oči	200
Muskuloskeletálny systém	200
Bedrové kĺby novorodencov	200
Hlavička novorodencov	200

Cievy končatín	300
Cievy krku	300
Cievy transkraniálne	300
Echokardiografia	300
Transezofageálna ECHOKG	200

### Tabuľka č. 3

Vydanie certifikátu bez preskúšania vedomostí a praktických schopností je možné:

- pre všetkých lekárov s praxou v USG diagnostike viac ako 5 rokov a s každoročne splnenými minimálnymi počtami výkonov v konkrétnom okruhu výkonov (podľa tab. č. 2),
- pre rádiodiagnostikov s atestáciou po roku 19.... : abdomen, mäkké časti krku, oko a očnica, muskuloskeletálny ultrazvuk, CNS novorodencov a kojencov
- u internistov s atestáciou: z endokrinológie po roku 19.... : mäkké časti krku  
z angiológie po roku 19 .... : cievy končatín, cievy krku  
z nefrológie po roku 19 .... : urogenitálny trakt  
z gastroenterológie po roku 19 .... : abdomen
- pre chirurgov s atestáciou z angiochirurgie po roku 19 .... : cievy končatín, cievy krku
- pre gynekológov s atestáciou po roku 19 .... : gynekologické a prenatálne vyšetrenia
- pre neonatológov s atestáciou od roku 19 .... : vyšetrenie CNS novorodencov a kojencov, abdomen
- pre neurológov s atestáciou od roku 19 .... : cievy krku, cievy transkraniálne
- pre urológov s atestáciou po roku 19 .... : urogenitálny trakt
- pre ortopédov s atestáciou po roku 19 .... : muskuloskeletálny systém
- pre reumatológov s atestáciou od roku 19.... : muskuloskeletálny systém
- pre kardiológov s atestáciou od r. 19 .... : echokardiografia

(P.S.: Údaj “19 .... : bude doplnený pred definitívnym schválením poriadku podľa údajov katedier SPAM, ak je USG od konkrétneho roku súčasťou atestačnej náplne. Ak ešte nie je, údaj nebude uvedený)

### Tabuľka č. 4.

Bodovanie účasti lekára na odborných podujatiach pre zachovanie platnosti certifikátu v danom okruhu výkonov na ďalších 5 rokov. Každá odborná akcia s USG problematikou má počet bodov určený pre konkrétny odbor USG (resp. pre viaceré odbory USG) komisiou SPAM v spolupráci so SSUM, ostatnými odbornými spoločnosťami SLS, SLK a ASR SR. Počet bodov nezohľadňuje “proporcionalitu” akcií, ale fakt, aby bolo možné ich kombináciou dosiahnuť potrebných 20 bodov pre splnenie podmienky.

Aktivita		Body
Splnený limit minimálneho počtu vyšetrení počas roka (podľa Tab. č. 2)		5
Seminár, poriadaný miestnym Spolkom lekárov	aktívne	5
Seminár, poriadaný akreditovaným pracoviskom	pasívne	5
	aktívne	15
Celoslovenská konferencia / sympózium	pasívne	15
	aktívne	20
Odborná akcia v zahraničí	pasívne	15
	aktívne	20
Publikácie	autor	20
	spoluautor	10



## Tabuľka č. 5.

Skúšobná komisia s počtom členov 5, pritom minimálne jeden je:

1. Abdomen	Rádiológ, internista, gastroenterológ
2. Gynekologické, prenatálne a transvaginálne vyšetrenia	Gynekológ
3. Pediatrická sonografia (abdomen, hlavička)	Pediater, neurológ, rádiológ
4. Transrektálne a endosonografické vyšetrenia	Urológ, gastroenterológ, rádiológ
5. Vyšetrenia ciev končatín, krku a hlavy	Angiológ (internista), neurológ, rádiológ, chirurg
6. Povrchové časti (prsny, štítna žľaza, svaly, oko)	Rádiológ, endokrinológ (internista), ortopéd, oftalmológ, reumatológ
7. Bedrové kĺby novorodencov	Ortopéd, rádiológ
8. Echokg (+ TEE)	Kardiológ

Príloha:

Zoznam členov skúšobných komisií s adresou predsedu pre zasielanie žiadostí.

Prerokoval a schválil výbor SSUM na svojom riadnom zasadnutí v Bratislave, 27. apríla 2000

## PRÍLOHA 2 - Analýza a návrh kapitol USG

### Návrh na korekciu „Zoznamu zdravotných výkonov“

#### ANALÝZA SÚČASNÉHO STAV

Súčasnú situáciu vykazovania USG výkonov charakterizuje roztrieštenosť a nesystémovosť predpisu, ktorý dnes napriek tomu, že obsahuje 80 kódov pre vykazovanie výkonov, nepokrýva celú paletu vyšetrení. Jednotlivé kódy výkonov a ich popis obsahujú mnohé chyby (exaktne popísané nižšie), ktoré pri interpretácii ich obsahu vedú ku konfliktom medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami. Zoznam zdravotných výkonov (ďalej len „bodovník“) obsahuje tieto chyby a nezrovnalosti:

- Vo viacerých odboroch medicíny sa vykonáva ten istý USG výkon, pritom v bodovníku je definovaný len v jednej kapitole a kód výkonu sa používa v iných odboroch len na základe doplňujúceho výkladu MZ k bodovníku, napríklad:
  - USG vyšetrenie abdomenu je v II. časti (SVALZ) v kapitole RDG pod kódom 5300, kód však používa nielen RDG, ale aj napr. gastroenterológ alebo pediater, lebo v kapitole „GAE“ alebo v kapitole „Pediatria“ nie je žiadny kód pre USG.
- Niektoré výkony, používané vo viacerých odboroch, sú ako totožné uvedené v príslušných odborných kapitolách (385, 670, 677), mnohé iné (rovnako používané vo viacerých odboroch) sú uvedené len v jednej kapitole (viď vyššie).
- V bodovníku je z medicínskeho hľadiska ten istý výkon (s trochu iným slovným popisom) uvedený pod viacerými názvami a s rôznym kódom s rôznou bodovou hodnotou. Dva príklady z viacerých:
  - V kapitole „Urológia“ je USG vyšetrenie obsahu skróta pod kódom 1750 za 80 bodov, ale v kapitole „RDG“ je USG vyšetrenie skróta, semenníkov a nadsemenníkov pod kódom 5307 za 900 b.
  - V kapitole „Reumatológia“ je USG vyšetrenie jedného kĺbu (kód 385) za 180 bodov, v kapitole „RDG“ (kód 5312) za 1400 bodov.
- V bodovníku je ten istý výkon s tým istým popisom uvedený v dvoch kapitolách s rozdielnou bodovou hodnotou:
  - Výkony 1271 a 1272 (USG očné) má inú bodovú hodnotu v kapitole „Oftalmológia“ (540, resp. 850 bodov) a inú bodovú hodnotu v kapitole „USG“ (900, resp. 1400 bodov).
- Z medicínskeho hľadiska ten istý výkon s takmer (!) tým istým slovným popisom a rovnakým kódom je uvedený pod viacerými kapitolami a s rovnakou bodovou hodnotou, pritom zdôraznený „takmer“ rovnaký slovný popis podstatne mení obsah výkonu, napríklad:
  - V kapitole „Reumatológia“ je uvedené pod kódom 670 „Ultrazvukové vyšetrenie žilového prietoku na končatinách Dopplerovou metódou“ za 220 bodov. Pritom ten istý výkon s kódom 670 je v kapitole „Cievna chirurgia“ je takmer (!) s rovnakým popisom úvode, pokračujúcim „...metódou hodnotením audiosignálu“ – čo podstatne mení obsah výkonu.
- Niektoré výkony sú ako totožné (!) (s rovnakou bodovou hodnotou), uvedené pod dvoma kódmi a v dvoch rôznych kapitolách, pritom nie v tej kapitole, ktorej sa výkon týka bezprostredne, napr.:
  - „Ultrazvukové vyšetrenie extrakraniálnych alebo (!) intrakraniálnych mozgových ciev duplexovou (!?) metódou“ je ako výkon č. 686 uvedený v kapitole „Cievna chirurgia“ (za 750 bodov), v kapitole „Funkčná diagnostika“ je ten istý výkon pod kódom 5751 s popisom: „Ultrazvukové vyšetrenie extrakraniálnych a (!) intrakraniálnych mozgových ciev duplexnou metódou“ tiež za 750 bodov. Pritom v kapitole „Neurológia“ uvedený výkon nie je (!) a je tam len „echoencefalografia“ za 80 bodov (pod výkonom 814), čo je výkon viac ako obsolentný....

- Niektoré z výkonov sa použitím kombinácie výkonov dostávajú na rovnakú bodovú hodnotu, avšak samotný popis obsahu výkonov nemá žiadnu medicínsku a metodickú logiku, napr.
  - Kompletná echokardiografia zahŕňa 2D, TM, PW-Doppler, CW-Doppler a CFM. Bodovník pre uvedenú kompletnú echokg ponúka (v rovnakej hodnote 1800 + 1500 bodov) kombináciu kódov 5745 (2D, TM, PW, CW za 1800) a 5746 (CFM za 1500) z kapitoly „Funkčná diagnostika“, alebo kombináciu kódov 617 (TM, PW, CW za 1800) a 618 (2D a CFM za 1500 bodov) z kapitoly „Kardiológia“. Pritom prístroj len pre výkon 5745 je realitou, prístroj len pre výkon kódu 617 už dnes nikde v praxi neexistuje („zanikol“ minimálne pred 15 rokmi, a bol skôr raritou...).
- Niektoré z výkonov sú uvedené vo viacerých variantách v rôznych kapitolách (tak ako sa bodovník nekoncepčne ad hoc dopĺňal) s rôznym obsahom výkonov a rôznou bodovou hodnotou, s možnosťou (alebo nemožnosťou) ich kombinácie, pritom dnes sa jedná už o podstatne menší počet druhov vyšetrení, napríklad:
  - kódy k vyšetrovaniu ciev (kód 670, 671, 657, 676, 677, 685, 687 v kapitole „Cievna chirurgia“, kód 670 a 677 v kapitole „Reumatológia“, kód 5734, 5735, 5736, 5737, 5739, 5742 v kapitole „Funkčná diagnostika“), s nejasnou, prípadne nelogickou možnosťou ich kombinácie.
- Niektoré z kapitol nemajú svoj „základný“ USG výkon, ale len jeho „nastavbu“, napríklad:
  - V kapitole „Nefrológia“ je kód 781 pre perkutánnu punkciu obličky, ktorá sa dnes takmer výhradne vykonáva pod kontrolu USG, ale kód pre USG vyšetovanie obličiek v kapitole „Nefrológia“ nie je ani jeden kód základného výkonu.
- V schéme a obsahu bodovníka sú viaceré nelogické prvky:
  - Časť bodovníka „8. Ultrazvukové vyšetrenia s použitím B obrazu“ je podobne ako napr. časti: „1. Zuby“, „2. Skelet“ alebo „4. Cievny“, ako aj ostatných 11 častí, využívajúcich RTG žiarenie, uvedená v podkapitole „I. – Roentgenová diagnostika“ v samostatnej časti „T: Rádiodiagnostika“. Pritom v tej istej časti „T“ má samostatnú podkapitolu oblasť podávania kontrastných látok, ako aj (samozrejme zaslúžene) NMR. V podkapitole „I. Roentgenová diagnostika“ je tak jedinou „neroentgenovou“ metódou, USG teda nie je samostatnou podkapitolou.
  - Výkon „peroperačná sonografia“ je v časti „Rádiodiagnostika“, podobne ako výkon „USG vyšetrenia bedrových kĺbov novorodencov“, ktorý je doménou ortopédov – tam však nie je. Naopak však výkon „vyšetrenie ciev končatín“, ktorý sa vykonáva na RDG oddelení často, v kapitole pre 2D USG (kódy 5100 – 5113) nie je, bodovník doporučuje používať kód 685 z kapitoly „Cievna chirurgia“.
  - Kapitola „8 - Ultrazvukové vyšetrenia s použitím B obrazu“ napriek tomu, že hovorí v nadpise o „B obraze“, obsahuje aj kódy pre Doppler
  - V bodovníku sú niektoré výkony s príplatkom pre deti (iné však nie), a to dokonca s rôznou bodovou hodnotou podľa veku (do troch rokov a nad tri roky), v rámci ECHOKG dokonca s rôznou bodovou hodnotou pre 2D, Doppler a CFM (a to pre každý výkon samostatne - vyšetrenie sa však vykonáva „len raz“ a popisujú ho výkony 5744, 5745 a 5746).
  - Ten istý výkon v prenatalnej diagnostike má rozdielnu bodovú hodnotu podľa veku plodu (výkon č. 110, 112 – hranica je 21 týždeň), pritom jeho základným obsahom je odber plodovej vody.
  - Výkon 5310 (detská lebka) je za 1400 bodov, pritom jeho parciálna časť „a – USG morfológický“ je za 500 bodov a jeho parciálna časť „b – morfológický a Dopplerom“ je za 900 bodov. Čo je potom 1400 bodov, keď „b“ obsahuje „kompletný“ výkon (2D aj Doppler – kompletnejší už byť nemôže).
  - V úvodnej časti textu sa odkazuje na výkon, ktorý v zozname ani nie je (5313)
- Bodovník nemá samostatné kódy pre viaceré novšie výkony, napr.:

- pre endoskopickú USG, pre transuretrálnu USG, pre kompletne duplexné vyšetrenie artérií alebo vén, alebo pre duplexné transkraniálne vyšetrenia.
- **Bodová hodnota výkonov a ich porovnateľnosť je s neuveriteľnými diskrepanciami, napr.:**
  - Biopsia pod USG (výkon 5153) je za 4800 bodov, pritom žiaden z USG výkonov tento počet bodov nemá, a to ani kompletný kombinovaný výkon (2D + Doppler + CFM), k biopsii stačí len 2D a ihla.
  - Punkcia (drenáž) napr. perikardu je s rôznou bodovou hodnotou (výkon 5153 za 4800 bodov, výkon 5752 za 600 bodov, výkon 5752 za 2000 bodov, výkon 310 za 380 bodov).
- **Podmienky ku kombinovaniu výkonov sú absurdné, napr.:**
  - výkon 5747 popisuje transezofageálnu ECHOKG (za 600 bodov), pričom tento výkon nemožno (podľa bodovníka) kombinovať s výkonmi 5744, 5745, 5746 – čo je nezmysel, lebo použitie TEE sondy je doplnkom (za 600 bodov) ku všetkým uvedeným trom výkonom, a nie samostatným výkonom.
- Niektoré z výkonov sú uvedené ako samostatné, ale pritom sú len doplnkom niektorého zo základných výkonov (napr. výkon 613 – kontrastná USG)
- Niektoré z výkonov (s rovnakým obsahom) sú uvedené zbytočne opakovane, napr.:
  - 613, 5750, 5751 – kontrastná USG
  - 5754, 614 – počítačové spracovanie
- Niektoré z výkonov sú v popise obsahu deficitné, napr.:
  - Výkon 5300 neobsahuje popis vyšetrenia pankreasu, ten dokonca nie je obsahom žiadneho výkonu v kapitole „USG“ (mal totiž pred úpravou bodovníka samostatný kód, bol zrušený, resp. zmenený jeho obsah – kód 5701)
- **Niektoré s výkonov majú explicitne napísané, ktorý odborník ich môže vykonávať, pri iných špeciálnych výkonoch však toto uvedené nie je, napr.:**
  - Výkon 5305 (intravaginálna USG) môže podľa bodovníka vykonávať len gynekológ, všetky ostatné výkony nemajú žiadnu limitáciu na odbornosť (a to ani úzko špecializované výkony ako napr. TEE, alebo transrektálna USG).

**Pri návrhu korekcie bodovníka (viď nižšie) boli dodržané tieto nižšie uvedené princípy:**

- Všetky nižšie uvedené kódy sú v samostatnej kapitole „Ultrazvuk“, ktorá je zaradená do II. časti bodovníka („SVALZ“), do kapitoly „T: Rádiológia“ ako samostatná časť „IV.-Ultrazvuk“ (teda nie ako doteraz - ako podkapitulu časti „I. - Roentgenová diagnostika“)
- Kódy z kapitoly „Ultrazvuk“ používajú všetci lekári, používajúci USG, a to na základe potvrdeného vzdelania (certifikát SPAM, alebo atestácia z odboru, ktorého je USG súčasťou a ktorú lekár vykonal až po roku, v ktorom sa USG stala atestačnou náplňou – podrobnosti určuje Certifikačný poriadok, ktorý SSUM vypracovala v roku 1998, a ktorý je po korekciách pripravený k prijatiu na MZ). Uvedené riešenie tým odstraňuje nutnosť explicitne popisovať, kto výkon môže vykonať (viď t. č. kód 5305, pričom iné kódy to nemajú).
- Navrhovanú kapitolu „Ultrazvuk“ tvorí (pre prehľadnosť) päť častí: A: USG výkony, B: Prenatálne vyšetrenia, C: Vyšetrenia ciev, D: ECHOKG. E: Doplnkové výkony.

## Návrh SSUM na korekciu bodovníka pre USG výkony.

### Úpravy kódov výkonov:

- Pre mnohé pôvodné výkony boli kódy ponechané a presunuté do jednej kapitoly
- Pre novo zaradené výkony (so zachovaním „logiky“ podľa kapitoly a obsahu) boli:
  - Použité kódy, v terajšej verzii nepoužité (= nové)
  - Použité vyradené kódy s predefinovaním obsahu výkonu

### Úpravy textov výkonov:

- Upresnený obsah a znenie pôvodných výkonov (korekcie sú podčiarknuté)
- Presne definované novo zaradené výkony (sú podčiarknuté)
- **Boldom** sú vyznačené akceptované pripomienky k 1. návrhu (= 2. korekcia návrhu)

### Korekcia hodnoty výkonov:

- Vychádza z pôvodnej bodovej hodnoty výkonov (tá je uvedená v prvom stĺpci)
- Novo zaradené výkony sú s novo definovanou proporcionálnou bodovou hodnotou
- Nová bodová hodnota všetkých výkonov je v druhom stĺpci, akceptované boli korekcie:
  - pre zrušenie t. č. absurdného rozdielu medzi kódmi ŠAS a kódmi SVALZ
  - pre dosiahnutie proporcie medzi výkonmi podľa náročnosti na čas, prístroj a vzdelanie

Návrh SSUM ku korekcii bodovníka (z decembra 2000) bol na základe pripomienok (došlých do 23. marca 2001 na adresu výboru SSUM) korigovaný na zasadnutí výboru SSUM dňa 23. marca a 4. októbra 2001. Prítomní sa zaoberali všetkými došlými relevantnými pripomienkami. Okrem písomných a osobných pripomienok členov výboru sa výbor zaoberal aj konkrétnymi písomnými pripomienkami zdravotných poisťovní: Apollo, Sidéria, VŠZP a SZP, riaditeľstva SPAM a sekcie poisťovníctva MZ. Prijaté aj odmietnuté korekcie sú odôvodnené v komentári (ktorý tvorí na požiadanie doplnok návrhu bodovníka).

Materiál bol v júni 2001 zverejnený na internetovej stránke SSUM, zároveň bol zaslaný na všetky zdravotné poisťovne, SLK, ASL SR, MZ SR a členom výboru SSUM. Zároveň bol materiál:

- na základe dohody (schválenej výborom SSUM) medzi MUDr. Beňačkom a MUDr. Lepejom bol poskytnutý riešiteľom projektu SNOLAMED (hlavný koordinátor MUDr. Lepej, Banská Bystrica) ako základ novej samostatnej kapitoly pre USG diagnostiku (v zmysle záverov transformačnej rady MZ SR, prijatých pri prejednávaní materiálov projektu SNOLAMED na jar 2001),
- poskytnutý Asociácii súkromných lekárov SR pre potreby kalkulácie skutočnej ceny USG výkonov na základe časovej a prístrojovej náročnosti výkonov (podklady poskytnuté zo strany SSUM), prevádzkových nákladov ambulancií neštátnej sféry a výšky odpisov,
- poskytnutý ako vzor riešenia všetkým odborným spoločnostiam Slovenskej lekárskej spoločnosti, ktoré majú pripraviť podobné korekcie súčasného bodovníka pre svoje okruhy výkonov.

Spracované pripomienky a korekcie bodovníka budú tvoriť základný materiál pre poslanceckú iniciatívu, ktorá by mala viesť k:

- vyčleneniu bodovníka zo zákona č. 251 – ako nižšej právnej normy, čo by umožňovalo jeho pružné korigovanie (príslušnou novovytvorenou komisiou zo zástupcov poisťovní, odborných spoločností a MZ) na základe potrieb praxe.
- korigovanie terajšej chybnéj, neúplnej a dlhodobou neudržateľnej verzie bodovníka

## Kapitola IV.: ULTRAZVUK

### A: VŠEOBECNÉ USG VÝKONY

5300	Ultrazvukové vyšetrenie hornej oblasti brucha s vyšetrením pečene, žlčníka, žlčových ciest, <u>pankreasu</u> , sleziny, obličiek, aorty, <u>prípadne aj chorobne zmenených častí GITu</u>	1400	<b>2000</b>
5301	<u>Vyšetrenie jedného orgánu alebo orgánového systému, prípadne kontrolné vyšetrenie jedného orgánu alebo orgánového systému.</u> <b>(Neuvádza sa s výkonmi 5300, 5302 - 5312)</b>	---	600
5302	Vyšetrenie močového traktu a orgánov malej panvy u muža <u>(samostatne, alebo ako dodatok k výkonu 5300)</u>	900	900
5303	Vyšetrenie močového traktu a orgánov malej panvy u ženy <u>(samostatne, alebo ako dodatok k výkonu 5300)</u>	900	1000
5304	Ultrazvukové vyšetrenie transrektálnou sondou	1400	1400
5305	Ultrazvukové vyšetrenie intravaginálnou sondou	1400	1400
5306	Ultrazvukové <b>vyšetrenie mäkkých častí krku</b>	900	1100
5307	Ultrazvukové vyšetrenie skróta a jeho obsahu	900	600
5308	Ultrazvukové vyšetrenie prsníkov, <u>axíl</u> a regionálnych lymfatických uzlín	900	1100
<u>5309</u>	Ultrazvukové vyšetrenie orbít a očných bulbov	1400	1100
5310	Ultrazvukové vyšetrenie <b>hlavičky</b> novorodenca alebo kojenca	1400	1100
5311	Ultrazvukové vyšetrenie bedrových kĺbov novorodenca alebo kojenca	1400	<b>1400</b>
5312	Ultrazvukové vyšetrenie kĺbov, svalov a mäkkých tkanív	1400	1100
<u>5313</u>	<u>Ultrazvukové vyšetrenie transuretrálou sondou</u>	---	<b>1400</b>
<u>5314</u>	<u>Ultrazvukové vyšetrenie GITu endoskopickou sondou</u>	---	<b>1400</b>



5315	Príplatok za duplexné vyšetovanie ciev <u>pomocou PW a CW Dopplera</u> vo vyšetrovanej oblasti (pre výkony <b>108</b> , 5300 až 5310, <u>5312 až 5314, 5317</u> )	1400	1000
5316	Príplatok za duplexné vyšetovanie ciev <u>pomocou PW Dopplera, CW Dopplera a farebného mapovania toku (CFM)</u> vo vyšetrovanej oblasti (pre výkony <u>110, 5300 až 5310, 5312 až 5314, 5317</u> ). Pri výkone č. <u>5316 sa výkon č. 5315 nevykazuje.</u>	2400+1400	3800
5317	Peroperačná sonografia (ako dodatok k výkonu 5301)	1400	<b>1000</b>
<b>5320</b>	<b>Intravaskulárna ultrasonografia</b>	---	<b>5000</b>
1265	Ultrazvuková biometria oka <b>pomocou A-scanu</b> ( <u>nevykazuje sa s výkonom č. 5309</u> )	160	<b>200</b>
<b>1266</b>	<b>Pachymetria oka pomocou A-scanu</b>	<b>160</b>	<b>160</b>
1440	Vyšetrenie len pomocou A-scanu (prínosové dutiny, orbita, echoencefalografia) ( <u>nevykazuje sa s výkonom č., 1265, 1266, 1441, 5309</u> )	180	<b>300</b>
1441	Ultrazvukové vyšetrenie prínosových dutín pomocou B módu	200	300
1746	Ultrazvukové vyšetrenie ciev penisu Dopplerom v kľude a po podaní vazoaktívnych látok.	300	900

## B: PRENATÁLNE A ŠPECIÁLNE GYNEKOLOGICKE VYŠETRENIA

108	Ultrazvukové sledovanie tehotenstva vrátane biometrie plodu (najviac trikrát počas fyziologického tehotenstva).	300	<b>600</b>
110	<b><u>Konziliárne ultrazvukové vyšetrenie plodu na špecializovanom pracovisku</u></b>	---	<b>5600</b>
1162	Ultrazvukový folikulometrický monitoring (jeden cyklus)	400	600

## C: VYŠETRENIA PERIFÉRNYCH CIEV

(všetky výkony sa vykazujú len jedenkrát pri jednom vyšetrení)

5734

Ultrazvukové vyšetrenie prietoku krvi v žilách končatín pomocou CW-Dopplera hodnotením audiosignálu

220 200

5735

Ultrazvukové vyšetrenie prietoku krvi v žilách končatín pomocou CW-Dopplera hodnotením audiosignálu a s grafickým záznamom.

(nevykazuje sa s výkonom č. 5734)

380 600

5736

Ultrazvukové vyšetrenie prietoku krvi v artériách končatín pomocou CW-Dopplera hodnotením audiosignálu

230 200

5737

Ultrazvukové vyšetrenie prietoku krvi v artériách končatín pomocou CW-Dopplera hodnotením audiosignálu a s grafickým záznamom.

(nevykazuje sa s výkonom č. 5736)

450 600

5738

Duplexné vyšetrenie žíl končatín (B-mode, PW a CW Doppler)

(nevykazuje sa s výkonmi č. 5734 a 5735, je možné vykázat' spolu s výkonom č. 5739)

--- 2500

5739

Duplexné vyšetrenie artérií končatín (B-mode, PW a CW Doppler)

(nevykazuje sa s výkonmi č. 5736 a 5737, je možné vykázat' spolu s výkonom č. 5738)

--- 2500

5740

Transkraniálne dopplerovské vyšetrenie mozgových a periorbitálnych artérií pomocou CW-Dopplera alebo PW-Dopplera.

600 1200

5741

Transkraniálne duplexné dopplerovské vyšetrenie mozgových a periorbitálnych artérií pomocou PW a CW-Dopplera a s farebným mapovaním toku (CFM).

(nevykazuje sa s výkonom č. 5740)

--- 3800

5742

Duplexné vyšetrenie extrakraniálnych mozgových artérií (B-mode, PW a CW Doppler)

--- 2500

5743

Príplatok k výkonom č. 5738, 5739 a 5742 za farebné mapovanie toku (CFM).

--- 1500

## D: ECHOKARDIOGRAFIA

5744

Echokardiografické vyšetrenie metódou TM a 2D

1200 1600

5745

Echokardiografické vyšetrenie PW a CW Dopplerom

(ako dodatok k výkonu č. 5744)

1200+600 1400

5746

Echokardiografické vyšetrenie pomocou farebného mapovania toku (CFM) <u>(ako dodatok k výkonu č. 5744)</u>	1500	1800
5747 Transesophageálne vyšetrenie <u>(ako dodatok k výkonu č. 5744)</u>	600	800
5748 Echokardiografické vyšetrenie počas farmakologickej záťaže <u>(ako dodatok k výkonu č. 5744)</u>	1500	<b>1200</b>
5749 Echokardiografické vyšetrenie počas dynamickej záťaže <u>(ako dodatok k výkonu č. 5744)</u>	1500	600
5750 <b>Echokardiografické alebo USG vyšetrenie po podaní ultrazvukovej kontrastnej látky</b> <b><u>(ako dodatok k výkonom č. 5300 až 5310, 5312 až 5314, 5317 a 5744)</u></b>	300	<b>2500</b>
5754 Počítačové spracovanie údajov z echokardiografického vyšetrenia	300	300

#### E: DOPLNKOVÉ VÝKONY

5153 <b>Punkcia, biopsia alebo drenáž pod USG kontrolou, vykonaná jednouúčelovým materiálom</b>	4800	<b>4800</b>
5158 Trojrozmerné (3D) USG vyšetrenie <u>(ako dodatok k výkonom č. 5300 až 5310, 5312 až 5314, 5317 a 5744)</u>	---	600
<b>65</b> <b>Sťažný výkon (u dieťaťa do 5 rokov a imobilných pacientov)</b> <b>(musí byť odôvodnenie v dokumentácii)</b>	<b>100</b>	<b>300</b>

(koniec kapitoly IV.: Ultrazvuk)

Piešťany, 5. október 2001

## PRÍLOHA 3 List ministromi - ponuka spolupráce

P.T.: MUDr. Rudolf Zajac, CSc.  
minister zdravotníctva  
Ministerstvo zdravotníctva SR  
Limbova 2, 833 43 Bratislava

### Vec: Tvorba nového zoznamu výkonov – USG výkony

Vážený pán minister,

pred 3 rokmi vypracovala SSUM analýzu zoznamu výkonov pre USG vyšetrenia, ktorá sa stala základom nášho návrhu časti zoznamu výkonov, určenej pre USG vyšetrenia. Návrh pripomenkovali lekári všetkých odborov, ktorých sa USG týka, písomne ho podporili predstavitelia zdravotných poisťovní a reprezentanti ASL a SLK. Pri jeho tvorbe sme sa snažili odstrániť dnes existujúce problémy – a tie sú hlavne tieto:

- \* výkony sú nepresne definované, niektoré nie sú vôbec uvedené, iné sú obsolentné
- \* viaceré výkony sú uvedené duplicitne, a pritom s rozdielnou hodnotou bodov
- \* výkony sú rozptýlené do odborných kapitol nesystematicky, niektoré odbory nemajú vlastné kapitoly, iné odbory v kapitolách nemajú uvedené výkony, ktoré vykonávajú
- \* bodové ohodnotenie nevyjadruje náklady, preto nie je možné terajšiu verziu zoznamu použiť na odôvodnené definovanie plne a čiastočne hrazených výkonov.

Náš návrh (postupne dopracovaný počas troch rokov) dodržiava nasledovné princípy:

- \* redukuje terajší počet výkonov v bodovníku na menej ako polovicu, pritom každý výkon je v zoznam len raz, viaceré nové chýbajúce výkony sú pritom doplnené
- \* výkony sú sústredené v jednej kapitole (a nie rozptýlené - a tým neporovnateľné)

Na základe takto vytvoreného bodovníka:

- \* je každý výkon v zozname len raz a s objektívnou bodovou hodnotou
- \* je možné objektívne definovať plne a čiastočne hrazené výkony
- \* poisťovňa uzavrie s poskytovateľom zmluvu na konkrétne výkony podľa vzdelania (atestácie, certifikátu, vybavenia) a podľa potrieb v sieti (nie „podľa kapitoly“)

Na uvedené skutočnosti si dovoľujeme upozorniť preto, lebo sme sa v rámci komunikácie s predstaviteľmi iných odborných komunít stretli s tým, že mnohé v rámci návrhov korekcie:

- \* bezmyšlienkovite navyšujú bodovú hodnotu výkonov len vo „svojom“ odbore
- \* dopĺňajú veľké množstvo nových (aj absurdných) USG výkonov a „podvýkonov“
- \* vytvárajú nové samostatné USG kapitoly a výkony pre úzko špecializované odbory
- \* ponechávajú nepoužiteľné a zle definované USG výkony v zozname.

Náš komplexný návrh sme zaslali na MZ. Podľa informácií, poskytnutých Dr. Nagyom na jar t.r., bol náš návrh ako jedna z možných verzií súčasťou komplexného návrhu zoznamu výkonov. K ďalším korekciám sme už pozývaní neboli. Uvedenou skutočnosťou sa zaoberal výbor SSUM (reprezentujúci všetky USG komunity) na svojom rokovaní počas konferencie Slovenská sonografia 03 v októbri t.r.. Prijal uznesenie, v ktorom ma poveril osloviť Vás listom a ponúknuť ochotu k spolupráci. Preto som si dovoľil tak konať.

Ak by ste spolu so svojimi spolupracovníkmi usúdili, že Vám členovia výboru SSUM môžu byť nápomocní pri korekciách USG výkonov v novotvorenom zozname výkonov (s dôrazom na náš „nadodborový“ pohľad, vylučujúci preferovanie ktorejkoľvek z USG komunít), sme pripravení nezištne pomôcť dobrej veci.

Ďakujem, že ste venovali čas tomuto listu, prípadné otázky a nejasnosti ochotne vysvetlím – kontakt 0905 /334056, fax 033/ 7624366

S pozdravom

Piešťany, 12.10. 2003

MUDr. Jozef Beňačka  
predseda SSUM

# PRÍLOHA 4 - Tlačovka SLK k pripravovanému zoznamu Tvorba kompletného zoznamu výkonov

(komentár obsahu a časových súvislostí)

(text poskytnutý účastníkom tlačovej konferencie SLK 16. 11. 2004)

Zoznam výkonov („bodovník“) je nevyhnutná súčasť zákonov a predpisov, bez ktorej nie je možné vykazovať a hradieť výkony ambulantnej sféry. Bodovník je dnes súčasťou platného zákona o zdravotnej starostlivosti. Je od začiatku s početnými chybami, novelizovaný raz – v roku 1996 (narýchlo a neúplne).

V apríli 2000 vypracoval výbor Slovenskej spoločnosti pre ultrazvuk v medicíne (SSUM, predseda Dr. J. Beňačka) analýzu zoznamu výkonov a problematiky vykazovania a hradenia výkonov – konkrétne len pre oblasť ultrazvukovej diagnostiky s dôrazom na to, že podobné a rovnaké problémy sa týkajú celého zoznamu výkonov. Súčasťou analýzy boli konkrétne návrhy na riešenie (kompletná analýza je na stránke [www.ssum.sk](http://www.ssum.sk), jej súhrn je prílohou č. 1). Text bol publikovaný a ponúknutý MZ a poisťovníam (opakovane počas dvoch rokov – bez odozvy). Súčasťou návrhu z roku 2000 a 2001 bolo „vyňatie“ bodovníka zo zákona, aby bol nižšou právnou normou vydávanou ministerstvom, s možnosťou jeho aktuálnych korekcií kategorizačnou komisiou (a nie novelizáciou zákonov parlamentom). Návrh bol označený ako nerealizovateľný pre rozpor s ústavou.

Na jeseň 2002 začalo MZ práce na korekcii platného bodovníka, boli oslovené odborné spoločnosti. Preto SSUM poskytla korigovanú časť týkajúcu sa UZ diagnostiky k zapracovaniu podobne ako ostatné odborné spoločnosti. Zapracovávanie pripomienok však viedlo (pre rozdielne a nekoordinované názory komunít na obsah a princípy bodovníka) k deformitám, ktoré robili bodovník neobjektívnym a v praxi nepoužiteľným. SSUM na to upozornila MZ listom v novembri 2003 (príloha č. 2), zároveň ponúkla spoluprácu pri korekcii deformít. K spolupráci nedošlo. Reformná koncepcia MZ v tom čase nepočítala so potrebou zoznamu výkonov (len so zoznamom diagnóz). Preto v korekcii celého bodovníka neoficiálne pokračovala skupina 30 lekárov z ambulantnej praxe, reprezentujúcich odborné komunity. Výber lekárov, ktorí mali s aplikáciou bodovníka skúsenosti (a mali k dispozícii pripomienky svojich odborných komunít k bodovníku) bol koordinovaný s reprezentantami sekcií SLK a odborných spoločností SLS, vedením SLK, SLUŠ a ASL SR. List, ktorým boli oslovení, je prílohou č. 3. Korekcia sa mala uskutočniť podľa jednotných princípov (príloha č. 4).

Pripomienky (vypracované podľa jednotných princípov) boli zapracované postupne počas roka 2004. O prebiehajúcich prácach na zozname boli lekári informovaní článkom v časopise Konzilium, priebežne aj vedenie SLK a SLS, ako aj lekári – účastníci odborných akcií a konferencií.

V lete 2004 začalo MZ práce na novom katalógu výkonov, ktorý sa ukázal byť nevyhnutný pre aplikáciu nových zákonov v praxi. V auguste 2004 sa pri stretnutí Dr. Find'a (tvorca katalógu) a Dr. Beňačku (koordinátora korekcie bodovníka) hľadalo možné riešenie „fúzie“ oboch zoznamov, lebo zapracovávanie korekcie a pripomienok odborníkov do katalógu bol v krátkom aj strednom čase nereálny. Fúzia sa tiež ukázala byť z mnohých dôvodov nereálna, napr. pre zásadne iné kódovanie výkonov v porovnaní s súčasne používaným bodovníkom, zabehnutým v info-systémoch poisťovní. Pretože sa ukázalo, že okrem zoznamu diagnóz je pre aplikáciu nových zákonov v praxi (od 1.1.2005) nevyhnutné mať aj použiteľný zoznam výkonov, rozhodlo sa MZ poskytnúť k pripomienkovaniu zoznam výkonov vo verzii z leta 2003 (t.j. spomínaný hrubo deformovaný a bez zásadných korekcií nepoužiteľný zoznam, na ktorého veľké chyby upozornila SSUM listom v novembri 2003). V neúplnej a ukvapenej korekcii (lebo iná v časovom strese nemôže byť) sa skrýva veľké riziko, že od 1.1. 2005 bude platiť taký zoznam výkonov, ktorý bude zaťažený ešte väčšími chybami, ako je ten dnešný platný a používaný aj s chybami, analyzovanými SSUM v r. 2000. Korigovaný zoznam výkonov (bodovník) skupina lekárov koordinovaná Dr. Beňačkom pripravovala systematicky takmer rok, pričom bol pripravovaný nie ku konkrétnej situácii, ale ako materiál, ktorý raz bude treba. Pritom pri jeho tvorbe vôbec nebol jasný časový horizont jeho prípadného použitia. Dnes sa ukázala jeho potreba. Je k dispozícii, pripravený k použitiu - ako nižšia právna norma k zákonu, čo pred 4 rokmi pri platnosti tej istej ústavy nebolo možné (je potešiteľné, že to predsa ide – má to veľký praktický dosah). Sú samozrejme nutné drobné korekcie zoznamu tak, aby bol v súlade s obsahom prijatých reformných zákonov.

O existencii a možnosti použitia kompletne korigovaného zoznamu výkonov sú kompetentní (MZ, NR SR – výbor pre zdravotníctvo), ako aj lekársky stav (SLK, SLUŠ, ASL SR) informovaní.

## PRÍLOHA 5 - Tlačovka SLK k pripravovanému zoznamu

### Katalóg výkonov - pripomienky

Od 19. 11. 2004 je na stránke MZ zverejnený katalóg (zoznam) výkonov.

Dnes používaný zoznam má chyby, ale je zabeháný v praxi. Teraz navrhovaný katalóg má však oveľa závažnejšie nedostatky (viď nižšie), ktoré budú komplikovať prax. Jeho základom je verzia zoznamu, ktorá vznikla na MZ na jar 2003 nesystematickým zapracovaním pripomienok jednotlivých odborných spoločností (resp. ich reprezentantmi) do dnes používaného zoznamu. Už vtedy vznikol deformovaný zoznam, na ktorý bol minister zdravotníctva upozornený listom (z novembra 2003). Ďalšími zásahmi v časovej tiesni v posledných mesiacoch sa stal zoznam ešte viac neprehľadný ako bol v marci 2003, lebo zásahy sú nesystémové - ad hoc. Riešenie vidím len jedno: ponechať v platnosti dnes používaný zoznam výkonov (rýchlou novelou zákona) a pripraviť v klude jeho novú verziu, so systémovými úpravami jeho chýb. Takýto zoznam (so systémovou úpravou chýb toho dnes používaného) je k dispozícii, som ochotný ho prezentovať na pôde MZ kompetentným osobám kedykoľvek tak, ako som to prezentoval aj na tlačovej konferencii SLK 16. 11. 2004.

Trvanie na verzii katalógu, ktorý je predložený k pripomienkovaniu na stránke MZ, je popretím obsahu slov ministra zdravotníctva ako reakcie na obsah tlačovej konferencie SLK (cit.: „...nastal čas pre spoluprácu“). Práve zámer MZ použiť práve teraz zverejnený zoznam výkonov bol impulzom k ponuke na lepšie riešenie (t.j. použiť zoznam pripravovaný kolektívom tvorcov počas roka) – najprv neoficiálne cez spolupracovníkov ministerstva zdravotníctva a poslancov NR SR a potom (pre žiadnu reakciu MZ) aj oficiálne formou uznesenia z rokovania SLUŠ (14. 11.) a tlačovej konferencie SLK (16. 11.).

Pre dokumentovanie chýb zoznamu len niekoľko z mnohých (s uvedením kódov výkonov):

- Kód je viackrát v zozname s rôznou náplňou výkonu (303, 776a, 603)
- Kódy pre výkony v praxi neexistujúce (5309c, 5309d)
- Limitácia niektorých výkonov len na jednu odbornosť (vykonávajú aj iná) (5711)
- Explicitné povolenie výkonov na odbornosť, ktorá ho nikdy nevykonávala (5740,5741)
- Jeden výkon - viac kódov (5309e / 5742, 615-618 / 5744-5746, 5310a / 5741, 5724 / 646)
- Obsolentné výkony (643), dokonca viazané na jedného výrobcu techniky (5800)
- Textové nezrozumiteľnosti (5804)
- Jeden kód v mnohých variantoch (60a – 60r) s jedným obsahom aj popisom výkonu
- Spoločný kód (napr. 78) niektoré odbornosti môžu, iné nie a pritom sú súčasťou práce
- Zmätočné definovanie obsahu výkonu (647)

Schválenie zverejneného katalógu výkonov bez zásadnej systematickej úpravy chýb (t.j. pripomienkovaním len „na diaľku“ počas týždňa do 26.11. 2004 - ako je to uvedené na stránke MZ) považujem za nezodpovedný prístup k tak vážnej problematike, ako je katalóg výkonov.

Ešte raz opakujem, že som ochotný aktívne spolupracovať s MZ na systematickej úprave katalógu výkonov, ak by o to vôbec niekto prejavil záujem – doteraz sa tak nestalo.

Na vedomie: Prezident SLK  
Prezident SLUŠ  
Prezident ASL SR  
Minister zdravotníctva  
Predseda Zdrav. výboru NR SR  
Mgr Kmeť – MZ SR  
Periodiká, ktoré sa venovali problematike katalógu po tlačovej konferencii SLK

MUDr. Jozef Beňačka  
Schererova 8  
921 01 Piešťany  
tel.: 0905 334056  
email usg@kios.sk

Piešťany, 22. 11. 2004



## PRÍLOHA 6 - stanovisko SIS

Slovenská internistická spoločnosť, I. interná klinika, Mickiewiczova,13, Bratislava 813 69  
Slovenská lekárska únia špecialistov, sekcia internej medicíny, Cottburská,13, Košice 04011

---

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou  
Limbová, 2  
833 54 Bratislava

Vec: Nesúhlas ambulantných internistov so zmenami v bodovacom systéme po 1.1.2005

Zmeny v bodovacom systéme v januári 2005 znamenali výrazný pokles ohodnotenia práce nás, ambulantných internistov. Sklamanie priniesla skutočnosť, že namáhavosť našej práce, jej zodpovednosť a časová náročnosť sa nijako nezmenili. Naproti tomu ceny prístrojov, ich údržba a opravy neustále stúpajú, sadzby nájomného vzrástli o stovky percent. Zvýšila sa síce cena bodu, ale limity na výkony majú zdravotné poisťovne po ich prechode na akciové spoločnosti snahu znižovať. Niet miesta v našich ambulanciách, ktorých by sa nedotkla inflácia.

Nespokojnosť s týmito skutočnosťami viedla ambulantných internistov na celoslovenské stretnutie, kde boli verbalizované naše námietky voči vzniknutej situácii. Pretože nás nikto nepresvedčil, že práve my, internisti, by sme mali tak ekonomicky nepriaznivo pocítiť dôsledky reformy zdravotníctva, požiadali sme o stretnutie ministra zdravotníctva dúfajúc, že to povedie k zmene jeho postoja k našej práci.

Stretnutie na MZ SR sa uskutočnilo 18.5.2005 so štátnou tajomníčkou MUDr. Alexandrou Novotnou PhD. a ostatnými zástupcami MZ SR, prizvaní boli aj pracovníci kompetentní v oblasti zásahov do bodovacieho systému. Na tomto jednaní zástupcovia MZ odmietli zodpovednosť za pokles nášho ohodnotenia. Nesúhlasili s tým, že zmeny v bodovacom systéme by mali viesť k zníženiu ceny našej práce. Za príčinu našej nespokojnosti označili našu neschopnosť vynútiť si v poisťovniach adekvátne ocenenie našej práce. Odmietli naše tvrdenie, že zásahy v legislatíve viedli k takej formulácii jednotlivých výkonov, ktorá nezaväzuje zdravotné poisťovne nám výkony preplácať v pôvodnej miere. Navrhli nám jednanie v poisťovniach s predpokladom, že tým sa situácia istotne vyrieši. Toto jednanie v ústredí Všeobecnej zdravotnej poisťovne sa na odporúčenie MZ SR skutočne udialo a v nasledujúcom prehľade sporných otázok popisujeme náš výklad problému, stanovisko MZ SR a poisťovne.

1/ V porovnaní s decembrom 2004 klesla hodnota Holterovho monitorovania krvného tlaku. Cena prístroja činí najmenej 80 000 Sk, dávame ho pacientovi domov na 24 hodín bez akejkoľvek záruky jeho nepoškodenia. Náklady na opravy činia desiatky tisíc korún. Za týchto okolností odmietajú komerčné poisťovne poistenie prístroja. Už cena 400 Sk v r.2004 nebola za týchto okolností adekvátna trhovým princípom proklamovaným v zdravotníctve. Teraz bolo vyšetrenie presunuté do SVALZ-ov a hodnota vyšetrenia znížená na polovicu. Ekonomická náročnosť tohoto vyšetrenia a nízke platby poisťovní povedú internistov k tomu, že prestanú používať prístroj v ambulanciách. Pritom nikto nepopiera, že jedine dokonalá znalosť pohybu krvného tlaku za 24 hodín umožňuje správnu a ekonomickú liečbu hypertenzie a tým prevenciu iktov. Šetrenie na tomto vyšetrení je krákozraké a v budúcnosti povedie k vyšším nákladom na liečbu komplikácií hypertenzie.

Na túto našu argumentáciu zástupcovia MZ namietali, že úprava bodovníka naopak navýšila cenu vyšetrenia, keďže by nám poisťovne mali uznávať výkony 5715,5716 a 600. Výkon 600 však bol v tejto súvislosti v poisťovni odmietnutý, jedine výkony 5715,5716 sa priamo týkajú Holterovho monitorovania TK. Výsledkom sa teda stala situácia, kedy má internista zaručenú len polovičnú cenu vyšetrenia v porovnaní s rokom 2004.

2/ Z bodovníka vymizol výkon 11, ktorý sme používali pri rozpoznávaní život ohrozujúcich stavov, činil 300 bodov. Management pacienta s infarktomyokardu, pľúcnou embóliou a pod. je náročný, veď JIS interných oddelení nie sú v blízkosti našich ambulancií. Uprednostnenie takéhoto pacienta v čakárni, jeho rýchle vyšetrenie, transport do nemocnice a nezriedka riešenie konfliktu v čakárni /nie každý pacient

chápe potrebu uprednostnenia iného chorého pred svojim vlastným problémom/ boli nezriedka vrcholom našich medicínskych znalostí, organizačného umenia a asertivity. Na náš dotaz, prečo sa tento výkon stratil z bodovníka, nám bolo na MZ SR oznámené, že náhodne technickou chybou „vypadol“. Darmo sme čakali, že MZ SR priznanú chybu napraví.

3/ Osobitne neuralgickým bodom jednanja bolo **EKG vyšetrenie. Zášahom do bodovníka od 1.1.2005 klesla jeho bodová hodnota z 350 na 275 bodov**. Nevieime dôvod tohto poklesu v štáte, ktorý má kardiovaskulárnu úmrtnosť dvojnásobnú v porovnaní s krajinami EÚ. Ako podnikatelia vieme, že sa zvýšili odvody do zdravotných poisťovní a vieme aj o tom, že sa mala navýšiť práve špecializovaná zdravotná starostlivosť. Prečo sa aj napriek tomu znehodnotilo základné pomocné vyšetrenie internistu / a aj kardiológa/, nám zástupcovia MZ nevysvetlili.

1.4.2005 priniesol ďalšiu nepochopiteľnú zmenu v hodnotení EKG. Jeden a ten istý výkon sa teraz hodnotí dvoma rôznymi spôsobmi a navyše aj rôzne ocenenými: SVALZ-ové EKG má kód 5702 cenu 121 Sk a výkony 15c a 603a dávajú dohromady EKG, ale za cenu 100 Sk. Vzniknutá situácia navodzuje dojem, že sa dá EKG vyšetrenie rôzne zaplatiť. Na MZ SR nás navrhovatelia legislatívy ubezpečili, že pre nás, internistov, je určený drahší SVALZ-ový výkon 5702, a že rozdelené EKG v druhom variante je pre tých, ktorí ho buď len vyhotovujú /15c/, alebo len popisujú /603a/.

Pri jednaní so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou nám bolo oznámené, že pri voľbe medzi dvoma možnosťami ocenenia EKG zvolia lacnejší výkon, lebo ich zákon k drahšiemu postupu nezaväzuje. Naše námietky a pokusy o vyjednávanie boli odmietnuté. Pritom vo Vestníku MZ SR zo dňa 30. marca 2005 je vyslovene uvedené, že výkon 15c zahŕňa „Zhotovenie EKG záznamu s najmenej 12 zvodmi bez opisu“ a výkon 603a obsahuje „Vyhodnotenie EKG v prípade, že odborný lekár s príslušnou špecializáciou EKG **len vyhodnotí**. Nejde o automatické prístrojové vyhodnotenie“. Popísané zmeny priniesli nesmierny chaos v práci ambulantných internistov. Ani na denné dotazy lekárov v apríli a máji nevedeli poisťovne oznámiť, aké bodovanie budú jednotlivé pobočky akceptovať pri ohodnotení EKG. Uznávanie EKG sa líši v rôznych poisťovniach, v rôznych pobočkách tej istej poisťovne, v rôznych regiónoch, dokonca sa líšilo v tej istej poisťovni u toho istého poskytovateľa v mesiacoch apríli, máji a júni. Očakávame od Vás, že jednoznačne ozrejmite zdravotným poisťovňam, že pre realizáciu zhotovenia a vyhodnotenia EKG na jednom pracovisku je pre poisťovne záväzné použitie výkonu 5702 „Elektrokardiografické vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie. Výkon môže vykonávať kardiológ, angiológ, internista“, ako vyplýva z dikcie zákona.

4/ Pred januárom 2005 sme mohli vykazovať výkon 10 pri plánovaní liečebných postupov. Robili sme to len raz pri jednom pacientovi, obvykle bol výkon použitý v úvode dlhoročnej liečby chronického interného pacienta, ktorý len pre vysvetlenie potrebných zmien v životospráve vyžaduje desiatky minút času. Keďže slovné spojenie „terapeutický plán“ je obsiahnuté od januára 2005 aj vo výkone 60, poisťovne touto duplicitou odmietajú výkon 10. Výsledkom je to, že do konca roku 2004 sme zložité liečebné postupy a poučenie polymorbídneho interného pacienta vykonali za 180 bodov, teraz už bezplatne. Keď sme to vysvetlili na MZ SR, neuznali náš argument a odmietli upraviť formuláciu kódu 60 na pôvodnú, neobsahujúcu terapeutický plán. Je to vraj nesprávny výklad poisťovní a máme sa obrátiť na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

5/ Od januára 2005 bol vytvorený nový kód pre predoperačné vyšetrenie s počtom bodov 500. Zahŕňa v sebe komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane zhodnotenia výsledkov laboratórnych a prístrojových vyšetrení, pričom súčasťou výkonu je aj kompletná lekárska správa. Týmto sa významne zmenilo postavenie interného predoperačného vyšetrenia. V roku 2004 bolo hodnotené dokonca viacej ako bežné interné vyšetrenie, lebo obsahovalo celkové vyšetrenie, EKG, laboratórne výsledky a ako jediné mohlo mať kód 78 - čiže kompletnú správu. Po januári 2005 kleslo z 950 bodov na 500 bodov, a teda obsahuje menej bodov ako bežné interné vyšetrenie. Nikto na MZ SR nám nevysvetlil dôvod tejto zmeny. Nezmenili sa riziká operácií a predoperačné vyšetrenia naďalej vykonávajú hlavne internisti a nesú aj plnú zodpovednosť. Na MZ SR trvali na tom, že znenie bodovníka nebolo zmenené tak, aby poškodilo internistov pri predoperačnom vyšetrení, ale poisťovne trvajú na svojom a niektoré preplatia len výkon 60a, teda 200 Sk. Tie ústretovejšie aj EKG, ale vzhľadom na formuláciu výkonu nie sú k tomu zaviazané. Nemôžeme bodovať sťažený kontakt, lebo pri výkone 66 je uvedené len spojenie s kódom 60, ale nie 60a.

Pretože výkon 60a má znenie, aké má, internista vykoná predoperačné vyšetrenie u zložitého polymorbídneho pacienta so sťaženým kontaktom len za výkon 60a, teda 200 Sk. Za vyše hodinu práce dostane od poisťovne protihodnotu, ktorá nielenže neumožňuje zisk, ale nepokrýva ani zďaleka náklady na prácu. Povinnosť vyšetriť takéhoto pacienta je v príkrom rozpore s trhovým mechanizmom zavádzaným do zdravotníctva.

Dehonestácia našej práce zmenami bodovníka v roku 2005 viedla k zhoršeniu ekonomickej situácie ambulantných internistov. Nemôžeme straty kompenzovať vyšším pracovným nasadením, lebo už doteraz

bolo maximálne. Kvalitné interné vyšetrenie je založené na dostatku času pre anamnézu a fyzikálne vyšetrenie. Nie sme schopní kryť naše straty skrátením jednotlivých vyšetrení, lebo by sme museli pripustiť zníženie kvality našej práce. Predlžovanie pracovnej doby nie je riešením, väčšina z nás vysoko prekračuje čas 8 hodín denne. Na MZ SR sme sa nedozvedeli odpoveď na otázku, prečo práve internista novými zmenami bodovníka klesol na cene. Pracujeme v integrujúcom obore, ktorého význam neklesá ani v súčasnej dobe úzkych špecializácií. Je to totiž aj doba rastúceho počtu polymorbídnych pacientov, ktorých vie liečiť len internista spôsobom šetriacim náklady poisťovní.

Žiadame Vás o nápravu situácie ambulantných internistov. Počas jednania na MZ SR 18.5.2005 sme totiž boli odkázaní na Váš Úrad ako na jedinú inštitúciu schopnú riešiť naše ťažkosti.

Veríme, že my, ambulantní internisti, nebudeme nútení sa reprofelizovať na iné medicínske obory, nie tak náročné na vedomosti, čas, prácu s pacientom a integrujúce myslenie. Dúfame v nápravu stavu, ktorý privodil našu nespokojnosť.

#### Kontaktné adresy:

Slovenská internistická spoločnosť, Mickiewiczova,13, Bratislava, 813 69

Slovenská lekárska únia špecialistov, sekcia internej medicíny, Cottburská,13 Košice, 040 11

za ambulantných internistov SR  
MUDr. Ľubica Mokrú a MUDr. Gizela Bielekovú.

#### Na vedomie:

1/ štátna tajomníčka MZ SR MUDr. Alexandra Novotná PhD.

2/ prof. MUDr. Milan Pavlovič CSc., hlavný odborník MZ SR pre internú medicínu

3/ prof. MUDr. Ján Murín, CSc., prezident Slovenskej internistickej spoločnosti

4/ MUDr. Andrej Janco, prezident Slovenskej lekárskej únie špecialistov

# PRÍLOHA 7 - stanovisko SSUM

MUDr. Jozef Beňačka

## Pripomienky k Zoznamu výkonov (cenovému opatreniu MZ, platnému od 1. 1. 2005)

V novembri som na tlačovej konferencii SLK upozornil na riziká pripravovanej korekcie Zoznamu výkonov a ponúkol som kompletne riešenie (príloha 1) – bez efektu. MZ poskytlo k pripomienkam „rizikovú verziu“ – na jej chyby som upozornil listom 22. 11. 2004 (príloha 2) a znova som ponúkol kompletne riešenie, prípadne spoluprácu podľa predstáv MZ. Na základe pozvania kompetentných pracovníkov MZ (25. 11.) som bol požiadaný, aby som v ten deň počas osobnej prítomnosti na MZ:

- kompletne pripomienkoval a doplnil kapitolu Ultrazvuk, so súčasnou analogickou úpravou v ostatných súvisiacich častiach bodovníka (doplnkové výkony), tak aby boli USG výkony v bodovníku len raz a s proporcionálnou bodovou hodnotou,
- zrušil kapitolu Funkčná diagnostika a presunul výkony do odborných kapitol s príslušnou prepočítanou hodnotou bodov (podľa pomeru hodnoty bodu ŠAS/SVaLZ), zároveň príslušne korigoval kapitoly Kardiológia a Vnútorne lekárstvo
- o mnou znova ponúkané kompletne riešenie (ktoré som mal so sebou pri príchode na MZ) nebol záujem – bolo odmietnuté.

Počas mojej osobnej prítomnosti na MZ (25.11.2004), ako aj počas ďalších dní som pripravil a zaslal na MZ e-mailom 27.11. 2004 riešenie podľa požiadaviek MZ. Upravené texty boli farebne zvýraznené a podľa dohody mali byť zapracované do Zoznamu výkonov vrátane navrhovanej bodovej hodnoty. Pri zapracovávaní môjho komplexného návrhu korekcií do Zoznamu výkonov došlo na MZ k ignorácii navrhovaných (a zo strany MZ aktívne vyžiadaných) zmien, ako aj k neodôvodneným zmenám textov a bodových hodnôt výkonov. Nižšie sú komentované takto vzniknuté chyby Zoznamu (nekomentujem iné početné chyby Zoznamu výkonov, lebo ich korekcií som sa priamo na MZ nezúčastňoval).

1. Kapitola „Punkcie“ bola korigovaná kompletne, lebo priamo naväzuje na korigovanú kapitolu USG, ako aj na korekcie v iných kapitolách SVaLZ a v kapitole kardiológia – **korekcia nebola akceptovaná** (dôvod mi nie je jasný) a kapitola zostala v pôvodnej deformovanej verzii. **Výsledok:**

1. jednoduchá punkcia cysty (napr. pod kolenom) má podstatne vyššiu bodovú hodnotu (400 b.) ako cieleňá punkcia prsníka (150 b.), a rovnakú ako nepomerne komplikovanejšia punkcia pečene, sleziny alebo osrdcovníka (500 b.) alebo punkcia likvorového priestoru (380 b) – vyžadujúce špeciálne inštrumentárium, vzdelanie a skúsenosť.

2. V kapitole „Vnútorne lekárstvo“ **neboli vôbec akceptované pripomienky**, týkajúce sa USG výkonov, ako aj ergometrie a Holterovských záznamov (frekvencie a tlaku) – bolo použité pôvodné znenie navrhovaného (verejne kritizovaného) zoznamu bez akejkoľvek úpravy. **Výsledok:**

1. Nemožnosť vykázat duplexné (2D + Doppler) USG vyšetrenie artérií DK, lebo výkon pre 2D (č. 685) je možné vykázat len ako doplnok k výkonom 671 (ktorý sa týka len žíl a nie artérií), a k výkonom 677 a 680, ktoré v zozname vôbec neexistujú.
2. Nezmyselný nepomer medzi finančne a časovo nákladným tlakovým Holterom (540 bodov) a jednoduchším a prístrojovo a časovo menej nákladným HUT testom (825 b.)
3. Neodôvodnené spätné zaradenie vyradených výkonov so zmatečným textom, napr. kód 618: „Jednodimenzionálne echokardiografické vyšetrenie Dopplerovou metódou (pozn.: *taká metóda neexistuje*) vrátane vyšetrenia s cw-Dopplerovou a frekvenčnou spektrálnou analýzou s obrazovou dokumentáciou vrátane výkonu č. 615“ (pozn.: kód 615: „*Transesofageálne elektrofyziologické vyšetrenie...“ nemá nič spoločné s ECHOKG, kombinácia kódov je nemožná*).

3. Kapitola **Kardiológia – to isté ako interná medicína, pripomienky neboli vôbec akceptované.**

**Výsledok** (okrem vyššie a nižšie uvedeného)

1. Úplná absencia kódov – napr. týkajúcich sa kontroly ICD
2. Zmatečnosť v kódach pre vykazovanie ECHOKG vyšetrení – princíp „jeden kód pre jeden výkon“ je narušený, pre ECHOKG výkony sú kódy v 4 kapitolách, s ich rozdielnym textovým (aj absurdným) obsahom a s rozdielnou bodovou hodnotou toho istého výkonu.

4. V kapitole Ultrazvuk boli akceptované mnohé zmeny obsahu výkonov, ako aj nové výkony (čo je potešiteľné a za čo ďakujem), avšak boli neodôvodnene **zmenené predtým proporcionálne bodové hodnoty výkonov** (ich úprava viedla k disproporcii v ohodnotení obtiažnosti a prístrojovej náročnosti výkonov), ako aj **zmenené znenie textov** (ich dopĺňanie o explicitné vymenovanie „povolených“ odborov znemožnilo použitie kódov v praxi), prípadne boli **doplnené nezmyselné kódy a vyradené potrebné kódy**. **Výsledok:**

1. Kód 5809 (1400 bodov) je doplnkom výkonu 5808, ktorý je „zložený“ z viacerých podobných výkonov ako je výkon 5809, ale má vodovú hodnotu len 600 bodov.
2. Neurológ nemôže vykonávať farebné duplexné USG karotíd (kód 5743 neurológa neuvádza, pritom to „robí denne“), ale transkraniálne duplexné USG (kód 5741) môže aj kardiológ (nikdy to však žiadny robiť nebude)
3. Kód 5750 (podávanie kontrastnej látky) je určený pre všetky USG aplikácie, hlavne však pre vyšetovanie pečene – po nezmyselnom doplnení textu „môže len kardiológ“ sa kód nedá používať v tých aplikáciach, kde sa hlavne používa – výkon sa teda nedá vykázat’.
4. Doplnený kód 5751 („Podanie kontrastnej látky do centrálnej žily“, 400 bodov) je nezmyselná zbytočnosť – ultrazvuková kontrastná látka sa nepodáva do centrálnej ale do periférnej žily.
5. Vyradený bol potrebný nový kód pre trojdimenzionálne (3D) USG vyšetovanie.

5. V celom zozname sú **stovky „logistických chýb“** pri definovaní kompetencie vyšetrujúcich a pri definovaní možných kombinácií výkonov, z mnohých pre ilustráciu vyberám:

#### A. Reumatológia a kód 603 (12-zvodové EKG)

V úvode kapitoly Reumatológia je napísaný odkaz na iné kapitoly:

„... môže vykonávať výkony č.... 602, 603,...“ (komentár: kódy sú ako základné uvedené v kapitole kardiológia a vnútorné lekárstvo)

V kapitole Reumatológia je zaradený aj plný text kódov 602 a 603 (komentár: načo je potom odkaz v úvode kapitoly Reumatológia)

V texte kódu 603 je napísané: „... môže vykonávať kardiológ, angiológ a internista“ (komentár: reumatológ sa nespomína – môže potom výkon vykazovať?)

Kód 602 v kapitole Reumatológia je „telemetrické EKG“ (komentár: taký výkon v živote žiadny reumatológ na svete nerobil - nepotrebuje ho)

V úvode kapitoly Reumatológia sa okrem iného spomína aj to, že: „...reumatológ...môže vykonávať aj výkony z časti SVaLZ, ak má pre výkon vzdelanie“

V úvode kapitoly Funkčná diagnostika (v časti SVaLZ) je uvedené, že výkony z tejto kapitoly môže vykonávať aj „.....reumatológ,....“

V tej istej kapitole je kód 5702 (EKG – t.j detto ako kód 603), ktorý: „...môže vykonávať internista, angiológ a kardiológ.“ (komentár: reumatológ sa zase nespomína)

V celej kapitole Funkčná diagnostika je reumatológ explicitne vypísaný len v jednom kóde: 5797 – „Reflex Achilovej šľachy. Výkon môže vykonávať neurológ, lekár FBLR, reumatológ“. (komentár: reumatológ to nerobí, ale robí to hlavne endokrinológ, ten ale uvedený nie je... je ale pre zmenu uvedený v kóde 818 v kapitole Reumatológia)

#### B.

V kapitole Vnútorné lekárstvo je kód 615:

„Neinvazívne elektrofyziologické vyšetrenie srdca transezofageálnym spôsobom. Výkon môže vykonávať kardiológ“ (660 bodov) (pozn.: teda nie internista, hoci to má vo svojej kapitole)

V kapitole Kardiológia však kód 615 vôbec nie (a nie je naň ani odkaz v úvode kapitoly). V kapitole je ale kód 627 s takmer totožným obsahom, avšak s iným textom („Elektroterapia porúch rytmu a/alebo diagnostická pažeráková stimulácia) a je s inou – podobnou hodnotou bodov (700).

**Záver: Nezmyselné úpravy exaktne formulovaných textov a kapitol, (tvorených na princípoch „pre každý výkon jeden kód“ a „proporcionálne bodové hodnoty“) poskytnutých ministerstvu na základe aktívneho vyžiadania zo strany pracovníkov MZ, sú dokladom nekompetentnosti tvorcov Zoznamu výkonov na pôde MZ. Je to smutné však hlavne preto, lebo na vyššie uvedené možné hrubé chyby boli tvorcovia z MZ oficiálne upozorňovaní ešte skôr, ako poskytli Zoznam k pripomienkovaniu (a to nakoniec aj tak vôbec neakceptovali...).**

Piešťany, 25. 1. 2005

MUDr. Jozef Beňačka

Rozdeľovník: všetky zdravotné poisťovne, MZ, NR SR, SLK, ASL SR, SLÚŠ, SLS, médiá.

## PRÍLOHA 8

### Stanovisko Slovenskej internistickej spoločnosti k novele Katalógu výkonov z 1. 4. 2005

Od 1. januára 2005 je v platnosti novela Zoznamu výkonov. Pre lekárov ambulancii internej medicíny spôsobila novela komplikácie vo vykazovaní a hradení výkonov. Kapitola „Interná medicína“, ako aj časť všeobecných výkonov (výkony 1- 79) neboli v novele upravená podľa pripomienok a predstáv Slovenskej internistickej spoločnosti. Nezrovnalosti sa týkali týchto nižšie uvedených skutočností:

- došlo k neodôvodnenému zníženiu bodovej hodnoty kódov pre ergometriu a holterovské vyšetrenia, ktoré boli už aj v minulosti podhodnotené, zároveň k zrušeniu kódov tých výkonov, ktoré boli integrované do základných vyšetrení (60 – 63) bez toho aby bola ich bodová hodnota navýšená
- text v úvode kapitoly sa odvoláva na možnosť používania výkonov z kapitoly funkčná diagnostika, avšak všetky výkony, ktoré sa týkajú aj internistu, boli v kapitole funkčná diagnostika s dodatkom: „môže len kardiológ, angiológ,...“ čo komplikovalo vykazovanie výkonov a viedlo ku konfliktom s poisťovňami
- kódy v kapitole interna /kardiológia v porovnaní s kódmi v kapitole ultrazvuk/funkčná diagnostika nemali rovnakú hodnotu, ba ani jednotný text (niektoré boli obsahom absolútne neporovnateľné a pritom mali popisovať rovnaký výkon, napr. 617-618 vs. 5744-5746).
- v kapitole Interná medicína chýbali výkony, resp. odkaz na výkony, ktoré internisti bežne vykonávajú. Ich vykazovanie zdravotnej poisťovni viedlo k neuznaniu výkonov pre nejednoznačné znenie textov v preambulách, resp. doplnenie textov konkrétnych výkonov v iných kapitolách o explicitné vymenovanie odborov, ktoré výkon vykazovať môžu

Uvedené skutočnosti viedli k zbytočným konfliktom s pobočkami zdravotných poisťovní, ako aj k poklesu sumy uznaných bodov (sumy uhradených výkonov). To vedie k likvidácii ambulancii internej medicíny, ktoré majú byť integrujúcim odborom ŠAS.

Od 1. 4. 2005 je v platnosti novela Zoznamu výkonov. Tá absolútne nerieši vyššie spomínané problémy zoznamu z 1. 1. 2005, hoci sme informovaní o tom, že na vyššie popísané nedostatky bolo MZ písomne upozornené poisťovňami aj poskytovateľmi. No práve naopak, došlo ešte k ďalšej úplne neodôvodnenej redukcii výkonov zaradených v kapitole Interná medicína bez toho, aby sa v iných kódoch (na ktoré odkazuje preambula kapitoly Interná medicína) odstránili dodatky „môže len ...“ (a nie je tam uvedený internista), hoci internista výkon bežne v praxi na ambulancii vykonáva. A popritom zostali v kapitole „Interná medicína“ výkony, ktoré sú textovým chaosom a majú presnejšie definovaný korelát v iných kapitolách, na ktoré sa bolo možné odvolať (napr. kód 617).

Posledná novela len akcentovala nekoncepčnú prácu MZ pri tvorbe Zoznamu výkonov. Jej výsledkom je ekonomická likvidácia interných ambulancií, lebo vykazovanie a hradenie výkonov zo strany poisťovní je postavené na nedokonalom Zozname výkonov s nejednoznačným výkladom obsahu kódov a kompetencií k ich vykonávaniu, bez možnosti obrany zo strany diskriminovaných lekárov interných ambulancií. Výsledkom ponechania novely Zoznamu z 1. 4. 2005 v praxi bude postupná likvidácia interných ambulancií s dopadom na úroveň zdravotnej starostlivosti.

Z toho dôvodu žiadame o okamžitú novelu Zoznamu výkonov v spolupráci s odbornou komunitou – Slovenskou internistickou spoločnosťou. Sme pripravení ponúknuť úplné riešenie Zoznamu výkonov s jednoznačným definovaním obsahu a hodnoty výkonov týkajúcich sa internej medicíny.

Bratislava apríl 2005



# PRÍLOHA 9 - návrh SSUM na používanie nekorektného zoznamu

**Katalóg výkonov (verzia z 1. 4. 2005)**  
(možnosti interpretácie a vykazovania výkonov v kapitolách  
interna, kardiológia, funkčná diagnostika a USG)

## Východisková situácia:

Pri korekcii katalógu v novembri 2004 nebola vôbec akceptovaná odbornou komunitou dodaná komplexná verzia „každý výkon v zozname len raz“ (v ktorej boli všetky výkony zaradené v kapitolách ŠAS – kardiológia, neurológia, pneumoftizeológia – a kapitola funkčná diagnostika bola zrušená s odkazom, že výkony vykonané na OFD sa vykazujú z kapitol ŠAS). Ako argument proti zrušeniu kapitoly FD (ktorá bola zdrojom duplicity výkonov z rozdielnym obsahom kódov a rozdielnou bodovou hodnotou) bola uvádzaná skutočnosť (bez opory v zákonoch a predpisoch), že oddelenia funkčnej diagnostiky nemôžu vykazovať trojmiestne kódy.

Pri korekcii z 1. 4. 2005 sa nezmyselne zrušili už textovo korigované kódy z kapitol ŠAS (interná medicína a kardiológia) a v preambulách týchto kapitol sa odkazuje na kapitolu funkčná diagnostika, kde neboli vykonané žiadne korekcie textového obsahu kódov, mnohé kódy chýbajú a niektoré sú obsolentné. Kapitola FD nebola pri korekcii v novembri 2004 vôbec upravovaná, lebo bola korigujúcimi odbornými komunitami zo zoznamu úplne vyradená ako celok (s odkazom na kapitoly ŠAS). Neodôvodniteľným rozhodnutím pracovníkov MZ bola nekorigovaná kapitola FD znova zaradená do zoznamu výkonov a dnes (po zdecimovaní aspoň čiastočne textovo a obsahovo korigovaných kapitol v ŠAS) je základom pre vykazovanie internistických a kardiologických výkonov (t.č. ambulancie ŠAS musia vykazovať nie v trojmiestnom ale v štvormiestnom kóde – a to je pri platnosti tých istých zákonov zrazu možné, podľa tých istých pracovníkov MZ to v novembri 2004 naopak možné nebolo – aj to je doklad o kompetentnosti tvorcov zoznamu výkonov).

Korekcie kapitoly kardiológia vykonané v pripravovanom zozname v novembri 2004 neboli ministerstvom vôbec akceptované a kapitola bola v zozname z 1. 1. 2005 s početnými hrubými chybami, hlavne však s neodôvodniteľnou redukciou bodovej hodnoty ergometrických a holterovských výkonov, s veľmi nepresnou definíciou ich obsahu. Zároveň boli zo zoznamu vyradené nové výkony (zaradené do zoznamu korigujúcimi na základe pripomienok kardiologickej spoločnosti).

Písomne podané pripomienky k verzii z 1. 1. 2005 neboli absolútne akceptované. Zásahy do obsahu kapitol interná medicína, kardiológia a funkčná diagnostika nemajú žiadnu logiku, napr.:

- výkony 617 a 618 (v zozname z 1. 1. 2005 prítomné) tvoria jeden diagnosticky celok, jeden bez druhého sa pre ich zlú textovú formuláciu nedajú vôbec vykonať. V novej verzii zostal len výkon 617 (ktorý je samostatne nevykonateľný!!) a j to len v kapitole kardiológia, z kapitoly Interná medicína boli odstránené oba (hoci sa jedná o ten istý princíp!!)
- spolu s odstránením mnohých výkonov z kapitoly Interná medicína s odkazom na to, že môžu byť použité kódy s kapitoly funkčná diagnostika, neboli odstránené z textov v kapitole funkčná diagnostika upresnenia „môže len kardiológ, ...“
- jednoduché EKG je za 550 bodov, spiroergometria za 500 bodov, čo je dokladom absolútnej nekompetentnosti tvorcov.

## Riešenie:

Niektoré absurdné situácie vyplývajúce zo zoznamu nemajú logické riešenie, resp. sú neriešiteľné za súčasného znenia zoznamu. Ich jediným riešením je len okamžitá novela zoznamu výkonov presne podľa pripomienok odborných komunit. Pre niektoré chyby zoznamu je možné nájsť alternatívne (čiastočné) riešenie. Absurdné rozdiely (diskriminujúce dysproporcie) v hodnote výkonov majú riešenie v okamžitej novele s akceptovaním korekčných návrhov odborných komunit.

Konkrétne parciálne riešenia do doby novely (navrhované riešenia a kombinácie predpis nevyučuje):

- v celej kapitole ultrazvuk a funkčná diagnostika ignorovať poznámky „može len...“ s tým, že výkon sa hradí lekárom s príslušným certifikátom alebo príslušnou atestáciou
- pre echokg akceptovať pre vlastníkov certifikátu bez ohľadu na vzdelanie kombináciu kódov 5744+5745+5746

- 5751 – zmätočný kód (vlastná tvorba MZ) - neakceptovať (v pripomienkach z februára bol návrh na jeho vyradenie, nestalo sa tak)
- 5750 – akceptovať u každého, kto vykáže 5300, 5316, 5743, 5746 a 618
- 5737 – má nezmyselne redukovanú bodovú hodnotu voči podobnému 5735 – nedá sa logicky riešiť, riešením je jeho trvalá kombinácia s kódom 5736 (ich kombináciu predpis nezakazuje, lebo odkazuje na nemožnú kombináciu s kódom 5734 – asi omylom tvorcov)
- 5314 (800 SK) a 776 (1100 Sk) sú detto, používať 5314 (nelimituje iné odbory, 776 len pre hepat.)
- ergometriu vykazovať trvalou kombináciou 5702 + 5708 + 5700 (550 + 750 + 290 = 1590 bodov)
- spiroergometriu vykazovať kombináciou 5702 + 5708 + 5709 + 5700 + 5701 (spolu 2240 bodov)
- Holter EKG kombináciou 5715 + 5716 + 5714 + 603a (1440 bodov á 0,22 Sk + 150 bodov á 0,39 )
- Holter TK kombináciou 5715 + 5716 + 5714 (1440 bodov á 0,22 Sk)

Navrhované riešenie je snahou o čiastočnú nápravu stavu, spôsobeného tvorcami zoznamu výkonov. Prípadné drobné korekcie sú po konzultácii možné, navrhované riešenia sú kompromisom medzi predstavami poisťovní a poskytovateľov, ich implementácia do praxe prispeje k upokojeniu situácie. Definitívnym riešením je okamžitá novela zoznamu výkonov s akceptovaním už dlhšie pripravených systematických korekcií podľa návrhov odborných komunit.

Prípadné ďalšie informácie a objasnenia pre vyššie navrhované riešenie rád poskytnem na:

[usg@stonline.sk](mailto:usg@stonline.sk)

Zaslané: Ministerstvo zdravotníctva SR  
 Všeobecná zdravotná poisťovňa  
 Chemická zdravotná poisťovňa Apollo  
 Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera  
 Zdravotná poisťovňa Sidéria – Istota  
 Spoločná zdravotná poisťovňa  
 Slovenská lekárska komora  
 Asociácia súkromných lekárov SR  
 Slovenská lekárska únia špecialistov  
 Slovenská internistická spoločnosť  
 Slovenská kardiologická spoločnosť  
 Slovenská lekárska spoločnosť

Piešťany, 14. 4. 2005

MUDr. Jozef Beňačka

## PRÍLOHA 10

### Tézy pre korekciu Zoznamu výkonov („bodovníka“):

Problémy súčasnej verzie „bodovníka“:

- \* je súčasťou zákona, čo znemožňuje jeho pružnú periodickú aktualizáciu
  - \* bodové ohodnotenie jednotlivých výkonov často vôbec nevyjadruje ich náklady
  - \* výkony sú nepresne definované, niektoré výkony nie sú vôbec uvedené, iné sú obsolentné
  - \* viaceré výkony sú uvedené duplicitne, a pritom s rozdielnou hodnotou bodov
  - \* výkony sú rozdelené do „odborných“ kapitol nesystematicky, niektoré odbory nemajú žiadne vlastné kapitoly, iné v kapitolách nemajú uvedené výkony, ktoré bežne vykonávajú.
- Z toho vyplýva, že použitie terajšej verzie Zoznamu výkonov na definovanie plne a čiastočne hrađených výkonov nie je vôbec možné, resp. je možné len s tým výsledkom, že napr. plné hradenie niektorých výkonov aj tak nepokryje ich náklady a naopak, doplácanie za niektoré výkony bude výkon zbytočne predražovať.

Viaceré odborné komunity a profesijné združenia chcú vyššie uvedené problémy riešiť, ich návrhy sú však často nesystematické a charakterizuje ich najmä:

- \* bezmyšlienkovité navyšovanie bodovej hodnoty výkonov len vo „svojom“ odbore
- \* dopĺňanie veľkého množstva novo definovaných výkonov a „podvýkonov“
- \* vytváranie nových samostatných kapitol pre úzko špecializované odbory

Aby bolo možné bodovník používať na skutočné ohodnotenie výkonov, na vyššie spomínané definovanie výkonov hrađených plne a hrađených len čiastočne (s doplácaním pacientom), na diferenciaciu pracovísk podľa ich výkonnosti, ako aj na presné definovanie rozsahu služieb poskytovateľa (podľa obsahu zmluvy s poisťovňou), je treba:

- \* „vyňať“ zoznam výkonov zo zákona (podobne ako je zoznam liekov)
- \* vytvoriť na MZ „tripartitnú“ komisiu (zástupcovia MZ, poisťovní a SLK), ktorá by podľa pripomienok z praxe aktuálne, resp. periodicky upravovala zoznam výkonov (zaradenie nových a vyradenie starých výkonov, upresnenie obsahu výkonov, korekcie bodovej hodnoty podľa zmeny ceny vstupov a nákladov, úprava proporcionality bodovej hodnoty)
- \* objektívne upraviť bodové hodnoty výkonov (nahor aj nadol)
- \* redukovat' terajší počet výkonov v bodovníku, pritom každý výkon bude v zoznam len raz
- \* nedeliť zoznam výkonov na kapitoly podľa odborov (atestácií), ale podľa „logiky“ výkonov
- \* v závere zoznamu uviesť zoznam všetkých odborov a ku každému odboru uviesť zoznam kódov, ktoré je možné na základe vzdelania (atestácie a certifikácie) v rámci konkrétneho odboru vykazovať zdravotnej poisťovni.

Na základe takto vytvoreného bodovníka:

- \* každý výkon bude v zozname len raz a s objektívnou bodovou hodnotou
- \* bude možné objektívne definovať plne a čiastočne hrađené výkony
- \* poisťovňa uzavrie s lekárom (nemocnicou) zmluvu na konkrétne výkony podľa vzdelania (atestácie, certifikáty) a podľa potrieb v sieti, a nie tak ako doteraz (t. j. podľa kapitoly, ktorá je napr. neúplná, alebo sú v nej výkony, ktoré poisťovňa aj tak nepreplatí)
- \* bude možné aktuálne (napr. periodicky polročne) zoznam upravovať.

Spomínané tézy by mali byť základom nového zoznamu výkonov (pripravovaného dôslednou korekciou dnes platného pôvodného). S takto definovanými princípmi nového zoznamu výkonov súhlasí Slovenská lekárska komora aj zdravotné poisťovne, a podporil ich svojim listom aj štátny tajomník MZ.

# PRÍLOHA 11

## ZOZNAM VÝKONOV

### Návrh na etapovú tvorbu systému vykazovania a hradenia výkonov, založeného na kompletnom zozname výkonov

(Koncept vyplýva z historického vývoja, súčasnej praxe a legislatívy SR,  
finančných podmienok a určených cieľov)

Zoznam výkonov určený pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (PZS) je nevyhnutný legislatívny dokument. Pojem **výkon** znamená základnú jednotku zoznamu, ktorá popisuje ucelenú činnosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zoznam obsahuje diagnostické a liečebné výkony, ktoré nie sú priradené ku konkrétnej diagnóze. Časť výkonov nemá odborovú špecifickosť, časť je odborovo špecifická. Zoznam výkonov je nevyhnutný pre definovanie obsahu výkonov, určenie podmienok k ich vykonávaniu a k ohodnoteniu a uhradeniu výkonov zdravotnými poisťovňami (ZP).

**Súčasná situácia:** Zoznam výkonov používajú PZS a zdravotné poisťovne viac ako 12 rokov. Jeho nedostatky sú hlavne v tom, že:

- \* výkony sú rozdelené do odborných kapitol nesystematicky, niektoré odbory nemajú vlastné kapitoly, iné v kapitolách nemajú uvedené výkony, ktoré vykonávajú
- \* bodové ohodnotenie jednotlivých výkonov nevyjadruje ich náklady a cenovú proporciu
- \* výkony nie sú presne definované, niektoré výkony nie sú vôbec uvedené, iné sú obsolentné
- \* totožné výkony sú uvedené duplicitne, s rozdielnym textom a rozdielnou hodnotou bodov
- \* texty explicitne znemožňujú vykonávať a hradiť niektoré výkony odborom, ktoré ich v praxi vykonávajú (musia vykonávať).

Opakované snahy odbornej verejnosti o korekciu chýb v platnom zozname výkonov nenašli nikdy pochopenie u tvorcov legislatívy na MZ. Nebolo to ani v r. 2005 (posledná korekcia zoznamu) keď tvorcovia reformy zdravotníctva svoj pôvodný zámer (nepotrebnosť zoznamu výkonov v rámci novej legislatívy) prehodnotili a napriek tomu, že v tom čase už existoval kompletne prepracovaný materiál, (ktorý bol ponúknutý k použitiu) uskutočnili nepremyslené korekcie zoznamu, ktoré jeho nedostatky ešte viac prehĺbili. Takto deformovaný zoznam výkonov sa musí používať dodnes. Zároveň tvorcovia novej legislatívy začali práce na tzv. katalógu výkonov s predpokladanou úzkou väzbou každého výkonu na konkrétnu diagnózu. V tej podobe, v akej bol tvorený, nebol v slovenskom zdravotníctve použiteľný a preto bol predpis, schválený jednou vládou (tesne pred voľbami) zrušený novou vládou tesne po voľbách.

**Riešenie:** Vyplýva z koncepčných predstáv o nevyhnutnej legislatíve. V oblasti vykazovania a hradenia výkonov možno východiskovú situáciu a princípy tvorby nového zoznamu charakterizovať nasledovne:

- zoznam výkonov (ZoV) je nevyhnutný legislatívny dokument,
- vytvorenie úplne nového („de novo“) zoznamu výkonov je t.č. nereálne,
- základom budúceho kompletného zoznamu (ZoV-K) musí byť (z viacerých dôvodov) súčasne používaný, v praxi overený súčasný zoznam výkonov (ZoV-S)
- jednotlivé výkony zoznamu nemôžu byť viazané na konkrétne diagnózy (v praxi nerealizovateľné),
- dnes používaný zoznam výkonov existuje aj v inej - prepracovanej variante, ktorá bola ponúknutá k schváleniu na jeseň 2004, MZ SR ju nepoužilo). V tomto základnom zozname ZoV-Z je každý výkon zaradený len raz, v kapitolách logicky členených podľa príslušnosti k medicínskym odborom,
- ZoV-Z treba na základe pripomienok odborných spoločností doplniť o výkony, ktoré v ňom pre jeho zastaranosť absentujú, a očistiť od obsolentných výkonov,
- ZoV-Z treba dotvoriť do podoby približujúcej sa európskej legislatíve a Zoznamu výkonov Českej republiky (Vyhláška MZ ČR č. 493 / 2005) – budúci ZoV-K
- pre každý výkon musí odborná komunita (jej traja reprezentanti v odborovej komisii) vypracovať registračný list výkonu (RLV), charakterizujúci cenu výkonu (určenú použitím štandardného

kalkulačného vzorca) a jeho obsah (na základe štandardnej štruktúry uvedenej nižšie – vid' štruktúra výkonu),

- pri tvorbe obsahu a ceny výkonov je možné (po nevyhnutných korekciách) využiť aj pôvodný slovenský systém SNOLAMED (hlavne v oblasti SVaLZ, prípadne aj pri ambulantných a operačných výkonoch)
- pre dnes takmer absentujúcu kapitolu chirurgických výkonov možno ako zdroj dát použiť zoznam výkonov OPS-301 (vydaným DIMDI v Nemecku), prípadne zoznam NOMESCO, s tým, že kapitola bude tvorená hlavne výkomni, umožňujúcimi vykazovanie operačných výkonov formou „skladania“ výkonov a nie explicitného definovania každého operačného výkonu v zozname samostatne. Zoznam byť môže byť postupne rozširovaný vkladáním ďalších špeciálnych chirurgických kapitol
- bodová (cenová) hodnota každého výkonu musí zohľadňovať cenu práce a nevyhnutných materiálových (prístrojových) nákladov, zároveň musí jeho hodnota vyjadrovať vzájomnú cenovú proporciu výkonov (v rámci odboru aj medzi odborními),
- súčasťou zoznamu výkonov bude zoznam medicínskych odborov (ZMO) a k nim priradených výkonov, ktoré je možné na základe vzdelania (potrebnej atestácie a certifikácie) v rámci konkrétneho odboru vykonávať a vykazovať pre ZP
- v ďalšej etape bude zoznam výkonov doplnený o kapitolu definujúcu cenu lôžkového dňa na jednotlivých (odbornosťou a pôsobnosťou definovaných) lôžkových oddeleniach

V úvodných mesiacoch by mala práce na zozname výkonov koordinovať **pracovná skupina pre zoznam výkonov (PSZoV)**. Komisiu vymenuje MZ SR na základe návrhov SLK, ASL SR, ANS SR, MZ SR, SLS a zdrav. poisťovní (štátnych a neštátnych) – PSPZ bude mať 7 členov.

Pracovná skupina pre zoznam:

- vypracuje a schváli časový harmonogram, určí kompetencie a úlohy členov komisie,
- vypracuje zoznam odborností, pre ktoré vzniknú trojčlenné odborové komisie,
- pripraví podklady pre tvorbu a schválenie vyhlášky MZ SR, na základe ktorej MZ SR vymenuje **Komisiu pre zaradovanie a korekciu výkonov („Komisia“)**

**Komisiu pre zaradovanie a korekciu výkonov**

- bude mať 7 členov – po jednom na návrh SLK, ASL SR, ANS SR, SLS, poisťovní (štátnych, neštátnych) a UDZS
- bude prerokovávať a schvaľovať návrhy (registračné listy výkonov) odborových komisií, predložené Komisii predsedom Odborovej komisie
- veľkou väčšinou (7/7, 6/7) schválené návrhy výkonov budú priamo súčasťou zoznamu výkonov,
- nadpolovične (5/7, 4/7) schválené výkony budú súčasťou zoznamu až po schválení ministrom,
- podrobnejšie pravidlá práce Komisie určí jej štatút.

Odborové komisie

- majú troch členov schválených „Komisiou“ na základe návrhov odborných spoločností SLS a odborných sekcií SLK a ASL SR,
- môžu mať nelimitovaný počet externých poradcov,
- sú zodpovedné za obsah registračných listov pre každý výkon uvedený v zozname výkonov
- pracujú na základe štatútu, schváleného „Komisiou“

K tomu je nutné dodržať **štandardnú štruktúru „Registračného listu výkonu“:**

- 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 hrađený, hrađený za určitých podmienok (napr. pri určitej diagnóze), nehrađený vôbec
- 7. Extra materiál / liečivo** ak je odôvodnene spotrebovaný a nie je súčasťou bodovej hodnoty výkonu

<b>8. Obmedzenie výkonu vzdelaním</b>	ak ho môže vykonať len niektorý poskytovateľ (napr. vlastník špeciálneho certifikátu, špeciálnej licencie a pod.)
<b>9. Obmedzenie výkonu frekvenciou</b>	ak ho možno opakovane vykonať až s odstupom určeného času
<b>10. Autorská odbornosť výkonu</b>	ktorá odborová komisia výkon navrhla a odborne ho garantuje
<b>11. Poznámka</b>	prípadné poznámky k párovosti orgánu a jeho vykazovaniu, k explicitnej nemožnosti kombinácie s iným výkonom, a pod.

Prílohou Registračného listu k bodu 5. je tzv. „Kalkulačný list“ (obsahuje definíciu materiálových, priestorových, prístrojových, vzdelanostných, energetických a iných nákladov, potrebných k použitiu kalkulačného vzorca pre výpočet ceny výkonu, vyjadreného v bodoch).

**Poznámka k hodnote bodu:**

*Pri základnej (prvotnej) kalkulácii je 1 bod = 1 Sk. Reálnu hodnotu bodu navrhujú poisťovne vychádzajúc z celkového objemu ročného poistného. Návrh na cenu bodu je súčasťou vzorových zmlúv a predmetom rokovania so zdravotnou komisiou SLK. V prípade nedohody je nutné situáciu riešiť tzv. dohodovacím konaním, pre ktoré je potrebné schváliť legislatívny rámec (v zákone o poisťovníctve).*

**Zoznam výkonov:** ako súčasť (príloha) Zákona o zdravotnej starostlivosti by mal obsahovať:

**A) Textovú časť,** ktorá obsahuje:

vysvetlenie základných pojmov použitých v zozname (zdravotný výkon, autorská odbornosť, kód výkonu, názov výkonu, popis výkonu, obmedzenie miestom alebo frekvenciou, čas výkonu, bodová hodnota výkonu a pod.),

všeobecné pravidlá pre vykazovanie výkonov (limitácie kombinácií výkonov, návštev a administratívnych úkonov, a pod.),

pravidlá vykazovania klinických a SvAZ výkonov,

zásady pre vykazovanie ošetrovacích dní a operačných výkonov (formou „skladačky“),

pravidlá pre úhradu iných, nepriamych nákladov – réžie (spotreba materiálu, energie, služby, osobné náklady, dane, ostatné náklady, odpisy, vnútropodnikové náklady, doprava a pod.).

**B) Zoznam zdravotných výkonov,** obsahujúci výkony zoradené podľa medicínskych odborov.

**C) Zoznam medicínskych odborov (kódov),** v ktorom je pre každý medicínsky odbor priradený zoznam kódov výkonov, ktoré je možné (na základe potrebného vzdelania a technického vybavenia) vykazovať zdravotným poisťovniam. Zároveň zoznam slúži ako základ pre definovanie rozsahu a objemu výkonov pri uzatváraní zmluvy medzi PZS a ZP.

Pre bezproblémovú aplikáciu zoznamu výkonov do praxe je nevyhnutné upraviť niekoľko dnes platných legislatívnych noriem:

• **Zákon č. 576 (pripomienky zaslané na MZ počas pripomienkovania – neboli akceptované)**

Pripomienka č. 2 k §3

§ 3 miesto nadpisu „Katalóg zdravotných výkonov“ dať nadpis: „Zoznam zdravotných výkonov

**Dôvod:** Dnes sa používa ZOZNAM a ten tvorí základ pre jeho komplexné doplnenie (na ZoV-K) Spomínaný katalóg výkonov bol zrušený novou vládou (3 mesiace po jeho schválení predchádzajúcou vládou, ktorá ho schválila napriek protestu všetkých komôr, zdravotných poisťovní a ASL SAR, ANS SR, SLUS.

**Poznámka:** Vzhľadom k úzkej väzbe obsahu § 3 na pripravovaný kompletný Zoznam výkonov (ZoV-K) je nižšie uvedený text §3 napísaný tak, ako by mal byť schválený:

**§ 3 Zoznam zdravotných výkonov**

(1) Zoznam zdravotných výkonov (ďalej len zoznam) je súhrn zdravotných výkonov, s určením ich obsahu, materiálnych a personálnych podmienok k ich vykonaniu, frekvencii, indikačných obmedzení a výšky úhrady za výkon na základe verejného zdravotného poistenia.

(2) Ministerstvo zdravotníctva zriaďuje Komisiu pre zdravotné výkony (ďalej len komisia) ako svoj poradný orgán, určený k odbornému posudzovaniu problematiky zdravotných výkonov. Komisia má 6 stálych členov – troch na návrh SLK, ASL SR a ANS SR, troch na návrh ÚDZS, štátnych a neštátnych



poistovní.

(3) Do zoznamu sa na návrh komisie zaradia tie výkony, ktoré vedú k

- a) záchrane života,
- b) vyliečeniu choroby,
- c) zabráneniu vzniku závažných zdravotných komplikácií,
- d) zabráneniu zhoršenia závažnosti choroby alebo jej prechodu do chronického štádia,
- e) účinnej prevencii,
- f) včasnému zisteniu choroby,
- g) zmierneniu prejavov choroby.

(4) Každý zdravotný výkon je do zoznamu zaradený na základe registračného listu výkonu, vypracovaného príslušnou odborovou komisiou (tvorenou zástupcami odborných spoločností SLS a odborných sekcií SLK a ASL SR) a schváleného komisiou. Predseda príslušnej odborovej komisie je vždy prizývaným členom Komisie pre zoznam výkonov.

(5) Do Zoznamu zdravotných výkonov sa zaradia aj zdravotné výkony potrebné na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v osobitných prípadoch (§ 26 až 40).

(6) Kritériami pri zaraďovaní zdravotných výkonov do zoznamu sú:

- a) účinnosť zdravotného výkonu v rámci prevencie, diagnostiky alebo liečby danej choroby,
- b) prínos zdravotného výkonu v rámci prevencie, diagnostiky alebo liečby danej choroby pri znižovaní chorobnosti a úmrtnosti,
- c) zlepšenie prevencie, diagnostiky alebo liečby danej choroby pri porovnaní s existujúcimi možnosťami prevencie, diagnostiky alebo liečby.

(7) Zo zoznamu zdravotných výkonov možno na návrh komisie vyradiť tie zdravotné výkony, ktoré z hľadiska prevencie, diagnostiky alebo liečby danej choroby

- a) nedosahujú uspokojivé liečebné a diagnostické výsledky alebo
- b) existujú účinnejšie zdravotné výkony obsiahnuté v zozname zdravotných výkonov.

(8) Činnosť Komisie pre zdravotné výkony a odborových komisií upraví štatút, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.

(9) Zoznam zdravotných výkonov vydáva vláda SR nariadením ako prílohu zákona ...

- **Vyhlasčku o minimálnom technickom vybavení pracovísk PZS** – ktorá je deficitná preto, lebo jej súčasné znenie nereflektuje technický vývoj v mnohých medicínskych odboroch. Jej úprava je dôležitá preto, aby minimálna technická výbava pracovísk korešpondovala s obsahom výkonov (uvedených v zozname výkonov) viažucich sa na nevyhnutné prístrojové vybavenie.
- **Vyhlasčku o ďalšom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov** – ktorá v súčasnej podobe (aj napriek opakovaným pripomienkam) nedostatočne definuje hlavne certifikované odbory medicíny. Ich presné definovanie je nevyhnuté, aby bolo možné zaviesť do praxe plánovanú súčasť zoznamu výkonov – tzv. Zoznam medicínskych odborov (ZMO) ktorý viaže konkrétne kódy výkonov na konkrétne kódy medicínskych odborov s potrebným vzdelaním – atestačným alebo certifikačným.

#### **Doplňujúce poznámky k textu:**

**SNOLAMED** (Systematická nomenklatura v laboratórnej medicíne a v ostatných odboroch Spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek) bol v minulosti vytvorený slovenskými autormi a pokrýva hlavne oblasť laboratórnych výkonov. Hlavným cieľom autorov bolo vypracovať spôsob spracovania údajov o sortimente zdravotníckych výkonov SValZ, ktorý by slúžil na výpočet reálnej ceny výkonu a zároveň slúžil ako Národný register zdravotníckych výkonov SValZ.

**DIMDI** (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) je úrad poverený Spolkovým ministerstvom zdravotníctva a sociálnych vecí vydávaním zoznamu výkonov. Zoznam OPS-301 (Operationenschlüssel nach § 301, verzia 2.1) sa používa v nemeckých nemocniciach na kódovanie chirurgických výkonov (spočiatku iba na chirurgické výkony, od roku 2002 aj na všeobecné kódovanie výkonov) s dôvodu zavádzania systému DRG.

**Záverečné konštatovanie:** Nový komplexný moderný zoznam výkonov (ZoV-K) môže vzniknúť len postupne, na základe dnes existujúceho korigovaného základného zoznamu výkonov – ZoV-Z, a nie na základe súčasného zoznamu výkonov (ZoV-S) schváleného na MZ SR v apríli 2005. Kompletný zoznam (ZoV-K) môže vzniknúť v spolupráci SLK, SLS, ASL SR a poisťovní aj bez spoluúčasti MZSR. Schválenie potrebných chýbajúcich legislatívnych noriem, ale hlavne aplikácia zoznamu v praxi (hlavne v položke „reálnych platieb za výkon“) je možná až vtedy, ak bude MZ SR aktívnym spoluvorcom predpisu, ak sa s ním stotožní a po príslušnom legislatívnom procese schváli ako vyhlášku (prílohu zákona). Iný postup v práci na zozname a hlavne na jeho realizácii v praxi nie je možný.

Piešťany, november 2007

spracoval: MUDr. Jozef Beňačka, PhD.



## PRÍLOHA 12 - otázky ministromi – ako definovať princípy

Vážený pán minister,

problematike zoznamu výkonov sa venujem dlhodobo, pravdepodobne to bol dôvod, prečo ma cca pred rokom oslovil Ing. Kamenský z otázkou, či by som bol niekedy v budúcnosti ochotný spolupracovať pri tvorbe zoznamu výkonov. Súhlasil som, od tej doby som pripravený započat' s jeho tvorbou (resp. skôr s hlbokou korekciou), ak by ste sa rozhodli ma tým oficiálne poveriť.

V súvislosti s tvorbou zoznamu výkonov však potrebujem definovať niektoré princípy financovania zdravotníckej starostlivosti, lebo sa to premieta do zoznamu výkonov:

1. Rozsah preventívnych výkonov, resp. definovanie preventívnych programov –definuje ich MZ alebo poisťovne? Bude ich viac alebo menej?
2. Jednodňová chirurgia – ak bude platba DRG na lôžkových oddeleniach, ostatné je „ambulantný“ výkon. Cenové výmery pre jednodňovú chirurgiu sú len jednotlivé výkony vytrhnuté zo zoznamu výkonov a platené v plných nákladoch (lebo vznikali ako produkt lobizmu). Prečo by mal byť jeden výkon plne platený (jednodňová chirurgia) a druhý (aj nechirurgický) len čiastočne?. Preto je treba definovať (a je to politické a nie odborné rozhodnutie). Môj názor: platba DRG, ak je to lôžkové oddelenie (t.j. operačný výkon je spojený s hospitalizáciou) alebo platba za výkon, ak je výkon možné vykonať aj ambulantne (a potom musí byť v zozname definovaný podľa rovnakých podmienok ako všetky ostatné výkony (t.j. aj nechirurgické výkony). Ak výkon zaradený do zoznamu výkonov (t.j. vykonateľný ambulantne) bude niekto robiť počas hospitalizácie, je to jeho vec. A naopak, ak niekto zoperuje v rámci hospitalizácie výkon podľa DGR systému a trvá mu to jeden deň – zase je to jeho vec. Takže potrebujem vedieť: terajší princíp jednodňovej chirurgie a jej platby cenovými výmery („za hrozienuka“) zostane zachovaný alebo nie? Podľa toho budeme tvoriť zoznam výkonov.
3. S definovaním výkonov viazaných na vzdelanie (atestáciu, resp. certifikát) bude nevyhnuté novelizovať vyhlášku o ďalšom vzdelávaní: Novela MZ z mája 2006 zachovala tie isté chyby, ktoré boli kritizované už v novele z r. 2004. Mám informácie, že na MZ boli rokovania o úprave prílohy č. 5 (certifikované výkony) a že sa zúčastnení lekári dohodli na konkrétnych úpravách. Chceme upozorniť, že vyhláška sa musí (!) korigovať spolu s obsahom zoznamu výkonov (t.j. musia priamo spolupracovať osoby tvoriace oba predpisy), inak to dopadne ako dnes: pre certifikovaných nie sú výkony v zozname – a pre výkony v zozname nie je možné získať vzdelanie... K tomu prosba, aby MZ zaručilo, že novela vyhlášky o vzdelávaní nebude diktátom SZU ale odborným predpisom.
4. Vývoj v posledných rokoch viedol k preferencii niektorých výkonov a ich ceny na úkor ostatných. Môže pracovná skupina počítat' „s ochranou pred lobistami“ pri korekcii bodovej hodnoty na proporcionálne hodnoty?
5. Majú byť v zozname výkonov aj tie, ktoré sa týkajú lekárov PAS a gynekológov?. Prihováram sa, aby v bodovníku figurovali aj výkony pre lekárov PAS – z viacerých dôvodov (tu neuvádzam), aj keď budú financované cez kapitáciu upravenú koeficientami.
6. Plánuje MZ v budúcnosti postupnú fúziu ambulantných internistov a lekárov PAS (čo je trend daný vývojom vedy) alebo sa budú diferencovať?
7. Na zoznam výkonov naväzuje vyhláška o minimálnom vybavení pracovísk – bude mať možnosť pracovná skupina „pre zoznam výkonov“ pripomenkovať aj tento predpis? Osobne by som sa za to prihováral, lebo aj ten musí byť kompatibilný so zoznamom výkonov.

K samotnej koncepcii zoznamu niekoľko technických poznámok:

- mechanické preloženie českého so slovenčiny nie je riešenie (iné „legislatívne prostredie“), okrem toho v českom je po viacerých úpravách už tiež textový „balast“ (zistil som to jeho študovaním) a bez konkrétneho vysvetlenia tvorcami sa nedá použiť (je otázne, či by niekto z tvorcov mal záujem spolupracovať).
- mechanicky preložený český zoznam sa nedá aplikovať do info-systémov poisťovní pre iné kódovanie, úvahy o prekódovaní sú nereálne, preto musí byť nový zoznam ak napriek zavedeniu nových číselných päťmiestných kódov čo najviac podobný („spárovaný“) s pôvodným.
- Prihováram sa za to, aby sa súčasný platný zoznam podstatne doplnil v niektorých kapitolách (napr. chirurgických – aj čiastočným použitím presne definovaných výkonov so zoznamu Nomesco), zredukoval v iných kapitolách (prípadne zrušili niektoré úplne nepotrebné kapitoly), každý výkon doplnil podľa českého vzoru (t.j. 7-9 charakteristík pre každý výkon) a upravili sa bodové hodnoty (podľa českého modifikovaného vzoru, čiastočne s použitím slovenskej metodiky „Snolamed“) tak, aby cena v bodoch vyjadrovala materiálne aj duševné náklady na výkon. Takýto zoznam sa dá zaviesť bez problémov s infosystémami poisťovní a bol by použiteľný hneď.

- Otvorená je otázka etáp tvorby zoznamu: bude sa súčasný deformovaný korigovať aspoň v tých najkriklavejších prípadoch, alebo sa bude hneď pripravovať a realizovať nový zoznam.

Využívam kontakt ešte na dve poznámky:

Ad dokumentácia – ponechávanie dokumentácie na pracovisku lekára PAS (ako je to teraz, s povinnosťou pre lekára PAS pripraviť výpis - ktorý nikto nepripravuje) je riešenie dané len „právnym“ (aj to nie som presvedčený) ale hlavne finančným pohľadom (kto komu predá kmeň poistencov) a nie lekárske pohľadom (podrobný text analýzy problému som zaslal cez prezidenta SLK a bol zverejnený aj v poslednom čísle časopisu Konzílium). Verím, že sa táto nezmyselnosť čo najskôr zruší.

Ad náklady – aktivity skupiny lekárov, ktorá by bola oslovená k príprave nového zoznamu výkonov (ako aj ďalších naväzujúcich predpisov) budú pravdepodobne spojené s určitými finančnými nákladmi (voľný čas, cestovanie) a s duševnou odbornou prácou. Je predstava o ocenení práce navyše, resp, aspoň o krytí priamych nákladov?

Ďakujem za dôveru a pozvanie, teším sa na stretnutie

MUDr. Jozef Beňačka, PhD.  
Schererova 8, 921 01 Piešťany  
0905/334056 usg@stonline.sk

Piešťany, 10. marca. 2007

# PRÍLOHA 13 - list k materiálom pre členom katalog. komisie

## Informácia k súčasnej situácii v tvorbe Zoznamu výkonov (sprievodný list k zaslaným materiálom – január 2008)

Pre objasnenie problematiky odporúčam čítať priložené texty v tomto poradí:

1. **Sprievodný list k analýze** – vznikol v lete 2006, keď MSZR zverejnilo „Find'ov katalóg“. Pôvodné predstavy tých, ktorí sa na tvorbe niečoho nového podieľali, bola však iná - definovaná princípmi jeho obsahu na prvých poradách na MZSR v roku 2005 (už vtedy mohlo byť všetko inak keby MZSR bolo prijalo verziu zoznamu výkonov (spracovanú kolektívom 30 lekárov) „za svoju“.

2. **Analýza 2007** podrobne analyzuje nedostatky katalógu a upozorňujem na problému jeho aplikácie v praxi. Týmito pripomienkami sa nikto nikdy nezaoberal a s rovnakými hrubými chybami prešiel dokument tripartitou (ktorá ho odmietla), dohodovým konaním (kde k dohode nedošlo) a schválením vládou v máji 2006. O dva mesiace neskôr to nová vláda zrušila.

3. Materiál „**Záverečný komentár**“ bol poskytnutý všetkým zúčastneným na dohodovom konaní (bol iniciovaný poisťovňami, ktoré ma oslovili so žiadosťou o názor).

4. Ešte pred voľbami ma kontaktoval Ing. Kamenský ako asistent vtedy poslanca Pašku – predstava bola preložiť doslova Český zoznam výkonov, termín na jeho schválenie bol koniec roka 2006, bol som požiadany o spoluprácu. O pokračovaní v prácach na „Katalogu“ nikto neuvažoval ani teoreticky. K problému som spracoval niekoľko otázok a téz, ktoré bolo treba zodpovedať – Ing. Kamenský sa viac neohlásil, preto som sa ohlásil priamo u ministra Zdravotníctva a k rokovaniu som mu vopred zaslal pripojený materiál „**Princípy bodovníka – otázky 2007**“. V dohodnutom termíne (marec 2007) rma minister neprijal pre zaneprázdnenosť – sekretárka prisľúbila termín do dvoch týždňov.... Materiál mal pridelený Dr. Hochel. V materiáli sa okrem iného hovorí aj o tom že jednoduché preloženie a použitie českého zoznamu nie je možné. Odpoveď na uvedený materiál som nedostal nikdy.

5. „**Analýza pre MZSR**“ bola pripravená na jeseň 2007 ako reakcia na pripravované novely zákonov 576-578. Je to podrobne pripravený scenár, ako na základe čo najjednoduchšej úpravy textového znenia zákonov urobiť podmienky pre tvorbu použiteľného zoznamu výkonov – z materiálu sa v korekcii zákonov neobjavilo nič (nemám informáciu o tom že by sa mu niekto venoval).

6. **Koncepcia tvorby katalógu** je materiál ktorý vznikol na MZ SR v januári 2008 a bol rozposlaný ako podklad k rozhodovaniu (na SLS, ASL, ANS, SLK) o pokračovaní v práci na zozname výkonov. Ponúka dve alternatívy riešenia – pokračovanie v katalógu dr. Find'a alebo v práci podľa vyššie uvedeného textu „Analýza pre MZSR“. Záverečná porovnávací tabuľka je zavádzajúca (neviem posúdiť, čo je dôvod), napr. : ak je zložitejšia úprava IS nevýhodou (čo je v prípade katalogu pravda), prečo je to nevýhoda aj v prípade dotvorenia súčasného zoznamu do kompletnej podoby?

Niekoľko poznámok na záver:

- odborné komunity a spoločnosti sa opakovane prihlásili k materiálu ktorý ako „korigovaný“ zoznam výkonov vznikol v roku 2005 a ktorý by bol základom k tvorbe definitívneho zoznamu podľa variantu II.
- tvorba katalógu v roku 2006 zlyhala preto, lebo neakceptovala pripomienky odborných komunit, ktoré upozorňovali na zásadný odklon od pôvodne definovaných princípov jeho obsahu počas jeho tvorby
- pre jednu z dvoch variant sa majú rozhodnúť odborné komunity na základe objektívnych informácií
- s plnou vážnosťou konštatujem že realizovateľný je len variant II., t.j. dotvoriť slovenský zoznam do kompletnej podoby (podľa „kostry“ a princípov dlhodobej z Českej republiky) – **nie je to prebratie českého zoznamu (!)**, ako to niekto mylne interpretuje. V tej súvislosti som opakovane kontaktoval lekárov, ktorí sa zoznamu výkonov venujú dlhoročne a sú členmi hlavnej komisie MZ ČR na zaradovanie výkonov. Ochotne poskytlí mnohé informácie a sú ochotní pomáhať aj naďalej. Systém funguje v Čechách viac ako 10 rokov...
- definitívne rozhodnutie je na MZ SR.

# PRÍLOHA 14 - abdikáčny list – odstúpenie z katagol. komisie

## K súčasnej situácii v tvorbe Zoznamu / Katalógu výkonov.

Zoznam výkonov je téma, ktorej sa venujem „z vlastného záujmu“ od roku 1999. Preto vznikol v roku 2004 (s pomocou vyše 30 kolegov – odborníkov pre všetky oblasti medicíny) korigovaný zoznam výkonov. V čase akútnej potreby „nejakého“ zoznamu výkonov (na jeseň 2004) ho MZ SR odmietlo. Dôvod nepoznám. Nepremyslené korekcie používaného deficitného zoznamu (január 2005 a následne apríl 2005) viedli k jeho ďalším chybám, ktoré sú zdrojom denných problémov v kontakte s poisťovňami (po cenovej deregulácii je v dennej praxi používaný zoznam dokonca mimo platnej legislatívy!). Zoznam z januára / apríla 2005 mal byť dočasným riešením do januára 2006 (neskôr 2007), keď mal začať platiť nový Katalóg výkonov.

V lete 2006 MZ SR zverejnilo Katalóg výkonov (tvorený kolektívom MUDr. Find'a). Princípy prezentované na prvých poradách (prijaté členmi subkomisií) boli postupne korigované (pôvodná predstava o jeho obsahu bola iná). Okrem toho neboli zapracované mnohé pripomienky subkomisií počas jeho tvorby, ako aj počas jeho pripomienkovania. Výsledkom bolo, že zverejnený katalóg odmietla tripartita, spor sa nevyriešil ani dohodovým konaním na MZ SR – napriek výhradám profesijných organizácii a zdravotných poisťovní (opierajúcich sa o mnou vypracovanú analýzu) ho vláda M. Dzurindu v máji 2006 schválila (vláda R. Fica o tri mesiace neskôr zrušila).

Ešte pred voľbami ma kontaktovali predstavitelia dnešnej koalície, ktorí mali záujem na tom, aby sa s mojou koordináciou vytvoril fungujúci zoznam výkonov na základe materiálu (už spomínaného kolektívneho diela) z roku 2004, s aplikovaním niektorých princípov fungujúceho českého systému. K tomu som vypracoval analytický materiál (je na MZ SR) o nutných a možných legislatívnych podkladoch (obsahuje aj viaceré otázky, vyžadujúce „politické rozhodnutie“ – na ne nikdy neprišla odpoveď napriek opakovanému osloveniu MZ SR). Materiál má k dispozícii aj SLK. Tá v rámci prípravných prác SLK zorganizovala aj osobné stretnutia s českými kolegami, ktorý v ČR systém zaviedli do praxe, poskytli nám mnohé osobné rady, materiály a podklady. S takto pripravenými materiálmi som čakal na iniciatívu MZ SR.

V roku 2007 boli iniciatívne len súkromné poisťovne, ktoré sa „pod hlavičkou MZ SR“ snažili získať od odborných spoločností (formou hromadného mailu cestou SLS) dáta o časovom trvaní výkonov (pre vlastnú potrebu). Na základe mojich informácií o ich súkromnej iniciatíve poisťovní a po následných hromadných mailoch sa zneužitie SLS na tento účel našťastie zastavilo. Všetky odborné spoločnosti boli vtedy listom prezidenta informované aj o tom, že (cit.): „... prezídium SLS poverilo MUDr. Jozefa Beňačku, PhD., ... aby na rokovaní (pozn. : s MZ SR) vystupoval aj v mene SLS“.

Na jeseň 2007 MZ SR poverilo MUDr. Vivodovú, aby znova začala aktivizovať prácu komisie, ktorá bude pokračovať v práci na Zozname výkonov. Na základe osobných stretnutí (v čase pripravovaných noviel zákonov 576-578) bol pripravený materiál z obsahom: ako na základe čo najjednoduchšej úpravy znenia vtedy novelizovaných zákonov vytvoriť podmienky pre tvorbu použiteľného zoznamu výkonov (na základe dnes používaného). Materiál bol zaslaný na MZ SR – nebol použitý, zákony sa nekorigovali do znenia potrebného pre tvorbu platného zoznamu výkonov, zostali v podobe pre pokračovanie v prácach na Katalógu výkonov. Zároveň pri stretnutiach MZ SR odmietalo súčasne s postupnou tvorbou kompletného zoznamu riešiť aj početné hrubé chyby teraz používaného zoznamu jeho nevyhnutnou novelou.

Od januára 2008 pripravuje MZ SR podklady pre rokovanie (rozhodnutie) vlády, v ktorom sa uvádzajú už dve alternatívy, ako pokračovať ďalej:

1. Pokračovať v prácach na Katalógu z roku 2006 („bez definície ceny a obsahu výkonu“)
2. Pokračovať tvorbou Zoznamu (podľa mnou navrhovaných princípov – „s presne definovanými výkonmi a ich obsahom a hodnotou“).

Materiál bol odoslaný profesijným organizáciám (SLS, SLK, ANS, ASL) k rozhodnutiu s porovnávacou tabuľkou s nekorektnými dátami (v neprospech alternatívy č. 2). K materiálu sa uskutočnilo na pôde MZ SR a SLS niekoľko stretnutí, ku ktorým som dodal početné písomné analytické materiály, vysvetľujúce výhody a nevýhody jedného a druhého riešenia. Môj osobný názor je nezmenený: prvá verzia (stále viac presadzovaná MZ SR) je nerealizovateľná.

SLK sa od počiatku aktivít hlási len k 2. alternatíve. MZ SR (slovami MUDr. Vivodovej) sa prikláňa k prvej verzii (jej argumenty ma nepresvedčili). K predstavám MZ SR sa na poslednom stretnutí

28. 1. 2008 prihlásil verejne aj Prof. MUDr. P. Krištúfek (za SLS, ktorá navrhuje členov do hlavnej kategorizačnej komisie), MUDr. L. Pásztor (za ASL SR), ako aj ANS SR (listom MUDr. P. Ottingera).

Rozhodnutie reprezentantov odborných komunit akceptujem, dôvody ich rozhodnutia (ako osoba, ktorá sa veci venuje dlhoročne) nepoznám, netrúfam si ich ani odhadovať. Moja spolupráca na pokračovaní v tvorbe katalógu ďalej nie je možná. Dôvodom je spomínaná analýza z mája 2006, ktorá už vtedy presvedčila všetkých okrem MZ SR, že dnes znova presadzovaná alternatíva (tzv. Katalóg s väzbu na diagnózy) nie je to najvhodnejšie riešenie (ak je vôbec realizovateľné...). Najbližšie roky sa teda problematike zoznamu výkonov oficiálne nebudem venovať. Ospravedlňujem sa kolegom – lekárom v praxi aj v zdravotných poisťovniach, ktorí so mnou doteraz mnohé veci konzultovali, ktorí na tvorbe zoznamu doteraz spolupracovali, ktorí ponúkali spoluprácu, resp. plánovali spoluprácu na tvorbe tak veľmi potrebnej a chýbajúcej legislatívy (inak inde fungujúcej a overenej).

Nevylučujem, že sa k uvedenej problematike niekedy (o pár rokov) aktívne vrátim – s inými osobami zodpovednými za spoluprácu. Moje rozhodnutie je konečné.

Piešťany, 24. 2. 2008

MUDr. Jozef Beňačka, PhD.

**Dodatok:** Vyššie uvedený text bol zverejnený aj v časopise SLK Konzílium. V čase jeho zverejnenia sa na stránke MZ SR a Vlády SR objavil materiál (ktorého podstatné časti textu mi boli povedomé...) a ktorý sa (aké prekvapenie po tom všetkom) hlásil k tomu, že základom pre tvorbu kompletného zoznamu výkonov bude ten dnes používaný – t.j. MZ SR sa po dvoch mesiacoch od nášho „rozchodu“ prihlásilo k tomu, čo som ponúkal ako riešenie (a o čo MZ SR nemalo záujem). Ale radosť nemusí byť zase až taká veľká: MZ SR neprebralo nami ponúkané riešenie kompletne, ale len čiastočne: vychádza z dnes používaného „deformovaného“ zoznamu (nechce ten náš, pripravený a ponúkaný k použitiu v roku 2005 a od tej doby opakované...), okrem toho je riešenie MZ SR „trocha korigované“: každý výkon je definovaný všetkými parametrami, ako sme navrhovali, len jeho hodnotu MZ SR odmieta definovať akokoľvek (ani v cene, ani v pomernej cene, ani v bodoch...). A tak zatiaľ nevidím žiadny priestor k tomu, aby sa spolupráca znova začala. Možno inokedy a s inými partnermi...

Piešťany, 20. 4. 2008

MUDr. Jozef Beňačka, PhD.

## PRÍLOHA 15 - list ministrovi – reakcia na anketu MZ SR

Vážený pán minister,

dovoľujem si Vás osloviť v súvislosti s procesom tvorby zoznamu výkonov. Ako predseda jednej z odborných lekárskejších spoločností SLS som obdržal k pripomienkovaniu materiály MZ SR, týkajúce sa tvorby zoznamu výkonov.

Dodnes som bol členom viacerých pracovných skupín MZ SR, venujúcich sa katalógu / zoznamu výkonov. Naposledy do januára 2008, dôvodom ukončenia spolupráce bol názorový rozdiel: môj návrh – pokračovať v kompilácii dvoch zdrojov: mnou koordinovanou skupinou korigovaného, dnes používaného zoznamu, s princípmi Českého zoznamu zamietli na základe postoja MUDr. Vivodovej (za MZ SR) reprezentanti ASL SR, ANS a SLS. Dr. Vivodová preferovala pokračovanie prác na tzv. Find'ovom katalógu, ktorý považujem za nerealizovateľný. Po mesiaci MZ SR (Dr. Vivodová) zásadne prehodnotilo svoj postoj, opustilo princípy katalógu Dr Find'a a za základ zoznamu boli použité mnou navrhované princípy, nie však úplne - boli bez akceptovania princípu definovania hodnoty výkonov. Teraz k veci – k spomínaným materiálom k pripomienkovaniu.

Pri ich čítaní musím konštatovať, že sa ich tvorca s problematikou iba oboznamuje a k tomu si pýta názory od osôb (hlavných odborníkov), ktorí nemôžu ani tušiť, či (ako je v dotazníku):

- vytvárať kódy podľa jednej alebo viac hierarchii?
- by sa mali pre výkony použiť bezvýznamové kódy?
- by sa mali prevziať zahraničné kódy?
- je možné ponechať dnešné kódy?
- je jedno, aká má byť dĺžka kódu?

Napr. problematika „vzhľadu“ kódov bola v kontakte s IT špecialistami poisťovní dávno vyriešená v rokoch 2004-5 (keď kolektív cca 35 lekárov vytvoril spomínanú zásadnú korekciu dnes užívaného zoznamu, žiaľ r. 2005 odmietnutého MZ SR). Už vtedy sa ukázalo že súčasné kódovanie (3- a 4-miestne) má byť zmenené na 5- resp. 6-miestne pridaním núl, za súčasné numero (vznikne rezerva pre nové kódy, zároveň to softvéry poisťovní zvládnu bez nutného, pracného a neistého konvertovania).

Iným príkladom nepochopenia tvorby jednotného zoznamu je úvodná veta v druhom texte k pripomienkovaniu (cit.): „...štruktúra a klasifikácia jednotlivých častí Zoznamu by mala byť iná u SVaLZ ako u chirurgických výkonov“. V Čechách sú všetky zdravotnícke činnosti definované s jednotnou štruktúrou. Výkonový list ako základ pre každý výkon musí byť principiálne jednotný, inak to nejde. Týmto listom Vás, vážený pán minister, nechcem zaťažovať pripomienkami k textom (tie adresujem tvorcom v samostatnom texte). Píšem z iných dôvodov: obávam sa, že nekonceptné predstavy tvorcov zoznamu (začínajúcich už znova „od Adama) odradia desiatky kolegov, ktorí sa ako členovia katalogizačných subkomisii venujú tvorbe tzv. výkonových listov, ktoré by mali vzniknúť (ale nevnikajú – vid' citácia) podľa jednotného vzoru, definovaného ako súčasť môjho písomného návrhu pred dvoch rokov. A pritom sa stáva, že obsah spomínaných listov (spracovaných objektívne lekármi, ktorí sa veci venujú) nie je vôbec akceptovaný pracovníkmi MZ SR. A tí zároveň začínajú znova „od Adama“.

Lekársky stav, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, poisťovne ako aj MZ SR majú určite záujem na tom, aby sa vytvoril zoznam výkonov, aplikovateľný v praxi, otvorený korekciám a reflektujúci modernú medicínu. Nie je to ľahká úloha - je však riešiteľná (dokazujú to iné krajiny). Z materiálov, distribuovaných z MZ SR k pripomienkovaniu v lete t.r. mám pocit, že termín zrodu tejto legislatívnej normy je v nedohľadne. Riešenie existuje (nie je ho treba tvoriť „od Adama“ nezmyselným dotazníkom), dá sa dotvoriť v spolupráci lekárskejšieho stavu, MZ a poisťovní. K tomu treba zmenu postoja reprezentantov MZ SR, ktorí musia akceptovať, že ponúkané riešenia sú v prospech všetkých napriek tomu, že nevznikli na pôde MZ SR.

Netrúfam si navrhnúť konkrétne kroky, ako proces zvrátiť a posunúť časovo a obsahovo vpred. Verím vo Vaše správne rozhodnutia. Zároveň som pripravený poskytnúť ďalšie písomné podklady a návrhy riešení (ak by to bolo potrebné a bol by o uvedenej veci záujem) spolu s kolegami, ktorí sú v tejto veci dlhoročne aktívne činní a majú rovnako nezištný záujem vec riešiť. S pozdravom a želaním úspechov v práci

MUDr. Jozef Beňačka, PhD., predseda SSUM

Piešťany, 1. júla 2009

Príloha: Pripomienky k návrhu štruktúry Katalógu výkonov

# PRÍLOHA 16

## Stanovisko Slovenskej spoločnosti pre ultrazvuk v medicíne (SSUM) k Zoznamu zdravotných výkonov, určenému k medzirezortnému pripomienkovaniu.

Slovenská spoločnosť pre ultrazvuk v medicíne (SSUM) dostala cestou Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS) možnosť pripomienkovať Zoznam zdravotných výkonov, vypracovaný Ministerstvom zdravotníctva. Členovia výboru SSUM sa materiálu podrobne venovali už i z toho dôvodu, že viacerí mali v minulosti záujem podieľať sa, resp. sa podieľali na tvorbe zoznamu. Výbor SSUM prijal k spomínanému dokumentu nasledujúce stanovisko:

Zoznam výkonov je základný dokument, potrebný k fungovaniu systému vykazovania a hradenia výkonov, v rámci zmluvného vzťahu medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami. Aby mohol zoznam plniť svoju vyššie definovanú úlohu, musí nielen obsahovať všetky potrebné výkony, ale jednotlivé výkony musia byť exaktne charakterizované. **Opis výkonu:**

- musí presne vystihovať jeho obsah (náplň) a stanoviť realizátora výkonu,
- musí byť pre každý výkon v zozname len jeden,
- nesmie obsahovať formulácie s nejasným, resp. variantným výkladom,
- musí definovať jeho absolútnu, resp. pomernú cenu, ako aj ďalšie potrebné atribúty (obmedzenie miestom, frekvenciou a trvaním, definovanie iných špeciálnych nákladov).

Návrh predpisu, predkladaný MZ SR, v mnohých bodoch absolútne nespĺňa vyššie definované požiadavky:

- viaceré popisy výkonov popisujú ten istý výkon s rôznym obsahom, pre rôznych vykonávateľov výkonu. Pritom však z popisu výkonov vôbec nie je jasné, prečo je konkrétny výkon v zozname uvedený viackrát vo variantnej podobe (napr. 55A04101, 55A04105, resp. 55A04073, 55A04075, 55A04060),
- vykonanie niektorých výkonov je priamo viazané na prítomnosť diagnózy, čo je nepripustné (napr.: 55A04086),
- v popisoch výkonov existujú hrubé textové chyby a zmätočné formulácie (napr. 55A09113, 55A09114),
- popis niektorých výkonov je celkom laický - medicínsky na neakceptovateľnej úrovni (55A04074),
- zoradenie výkonov v zozname nedodržiava logické členenie podľa odborností,
- niektoré výkony nemôžu niektoré odbornosti vykonávať napriek tomu, že sú súčasťou ich rutínnej praxe, nakoľko sa táto odbornosť z neznámych dôvodov v popise výkonu neuvádza,
- u všetkých popisov výkonov chýba definícia ich absolútnej alebo pomernej hodnoty (pričom je už presne uvedená doba trvania výkonu – ako forma skrytej limitácie zo strany poisťovní),
- u mnohých výkonov je uvedená nereálna dĺžka trvania výkonu,
- u mnohých výkonov chýba definovanie ich povolených, resp. nepovolených kombinácií s iným výkonom.

Uvádzame len niekoľko typických príkladov pre každú zo závažných chýb. Treba zdôrazniť, že podobné početné nedostatky v celom zozname sú natoľko závažné, že v medzirezortnom pripomienkovom konaní už nie je absolútne možné korigovať chyby, ktoré sú dôsledkom nekonceptnej práce jeho tvorcov (koordinátorov). Zoznam v uvedenej podobe vôbec nie je zrelý na medzirezortné pripomienkové konanie, nakoľko v mnohých kapitolách a mnohých konkrétnych výkonoch vyžaduje zásadné prepracovanie a doplnenie. Prijatie návrhu v jeho aktuálnej podobe bude pri jeho používaní v praxi viesť k vážnym kolíznym situáciám a neriešiteľným problémom pri vykazovaní a hradení výkonov v praxi, čo ešte zhorší už i tak napäté vzťahy medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami. Preto sa výbor SSUM rozhodol:

dištancovať sa od Zoznamu ako od nepoužiteľného v praxi v súčasnej podobe, a zároveň upozorniť na vážne riziká konfliktov a neriešiteľných situácií, ktoré hrozia pri uplatňovaní takéhoto zoznamu v praxi.

V prípade záujmu predkladateľa - Ministerstva zdravotníctva SR – je výbor SSUM ochotný polupracovať pri korekcii mnohých chýb v zozname s tou podmienkou, že pripomienky odborných komunit budú Ministerstvom zdravotníctva akceptované bez výhrad.

Piešťany, 20. júna 2011

MUDr. Jozef Beňačka, PhD., predseda SSUM



# PRÍLOHA 17

## Komentár k zoznamu výkonov – príloha k listu pre MZ SR

### **ECHO vyšetrenie.**

Echokardiografické vyšetrenie metódou TM, 2D, PW, CW a CFM.

Výkon vykonáva kardiológ, pediatrický kardiológ. Výkon sa vykonáva a vykazuje aj ako kontrolné echokardiografické vyšetrenie. Súčasťou výkonu je vyhodnotenie.

20 min

### **ECHO vyšetrenie s cieľnou kontrolou patologického nálezu.**

Kontrolné echokardiografické vyšetrenie s cieľnou kontrolou patologického nálezu.

Výkon vykonáva anesteziológ, pediatrický anesteziológ, internista, kardiológ, pediatrický kardiológ a sestra alebo sestra špecialistka v príslušnom špecializačnom odbore

10 min

***poznámka: ak aj prvé aj druhé je aj kontrolné. Ktoré vykonám? ...a to ešte neviem ich cenu...***

### **Transtorakálne ECHO vyšetrenie.**

Transtorakálne echokardiografické vyšetrenie so zameraním na funkciu komôr srdca, srdcových chlopní a na prítomnosť výpotkov v perikarde a v pleurálnych dutinách.

Výkon vykonáva anesteziológ, pediatrický anesteziológ, internista, kardiológ, pediatrický kardiológ a sestra alebo sestra špecialistka v príslušnom špecializačnom odbore.

20 min

### ***Pozn. Aký je rozdiel medzi prvým a tretím?***

***Môže ho robiť aj sestra? Alebo pri ňom musí byť? A pri prvom nemusí byť?***

***Ak je pri prvom súčasťou vyhodnotenie, tu si ho účtujem extra? A Akým kódom?***

### **ECHO vyšetrenie 3D.**

Echokardiografické vyšetrenie 3D.

Výkon vykonáva kardiológ, pediatrický kardiológ. Súčasťou výkonu je vyhodnotenie.

30 min

### **ECHO vyšetrenie speckle tracking - 2D strain**

Echokardiografické vyšetrenie speckle tracking - 2D strain.

Výkon vykonáva kardiológ, pediatrický kardiológ. Súčasťou výkonu je vyhodnotenie.

10 min

### **Tkaninový Doppler (doppler tissue imaging).**

Tkaninový Doppler (doppler tissue imaging).

Výkon vykonáva kardiológ, pediatrický kardiológ.

10 min

### **Echokardiografické vyšetrenie po podaní ultrazvukovej kontrastnej látky.**

Echokardiografické vyšetrenie po podaní ultrazvukovej kontrastnej látky.

Výkon vykonáva kardiológ, pediatrický kardiológ. Súčasťou výkonu je vyhodnotenie.

10 min

***Pre všetky 4: je to doplnok výkonu ECHOKG alebo sa nevykazuje spolu so základným ?***

***Ako to je s tým vyhodnotením (niekde je - niekde nie je...)***

***3D musím robiť 30 min. ? a ak je to doplnok základného, tak jedno bude trvať 50 min.?***

### **USG vyšetrenie abdominálnej aorty.**

USG vyšetrenie brušnej aorty .

Výkon vykonáva chirurg, detský chirurg, angiológ, nefrológ, pediatrický nefrológ, rádiológ.

15 min.

**Otázky: GAE nemôže?**

*Len aorta 15 min.? keď aj s ilickými cievami 10 min.*

*Dá sa kombinovať s ďalším výkonom?*

*Obsahuje aj vyšetrenie ilických artérií?*

*Týka sa aj nepárových vetiev?*

### **Základné USG vyšetrenie brušnej aorty a iliackých artérií.**

Základné USG brušnej aorty a iliackých tepien pri brušnej aneuryzme a akútnom uzávere aorty.

Výkon vykonáva cievny chirurg.

10 min

**Otázky: Chirurg "necievny" nemôže? - keď horný výkon môže "ktokoľvek"**

***Môže len keď je aneuryzma alebo uzáver? Žiadny výkon nemože prejudigovať dg – čo ak sa dg nepotvrdí potom výkon nie je zaplatený?***

### **Duplexné vyšetrenie extrakraniálnych mozgových artérií.**

Duplexné vyšetrenie extrakraniálnych mozgových tepien (B-mód a PW Doppler).

Výkon vykonáva neurológ, pediatričný neurológ, rádiológ.

15 min

**Otázky: CFM sa nepoužíva? Bez toho sa vyšetriť nedá, bude to ako doplnkový výkon? lebo zatiaľ nie je**

### **Duplexné vyšetrenie ciev pomocou PW Dopplera a farebného mapovania toku (CFM) vo vyšetrovanej oblasti**

Duplexné vyšetrenie ciev pomocou B-mód, PW D a farebného mapovania toku (CFM) vo vyšetrovanej oblasti. Výkon vykonáva lekár špecialista príslušných špecializačných odborov.

15 min

*Otázka: Ten istý výkon ako vyššie kdekoľvek v tele – ak ho použijem, našo je v zozname ten horný Kto to je lekár špecialista? Patológ je tiež lekár špecialista*

### **Vyšetrenie cirkulácie farbiacou metódou.**

Vyšetrenie cirkulácie farbiacou metódou.

Výkon vykonáva kardiológ, pediatričný kardiológ, internista, anesteziológ, pediatričný anesteziológ, pediater intenzívnej medicíny, angiológ, cievny chirurg.

20 min

**Otázka (skôr poznámka): úplny nomenklatúrny nezmysel !!! ( a trvá 2x dlhšie ako výkon "aorta a iliky")  
A je to vôbec Doppler? Lebo je medzi dopplerom a nie medzi invazívnymi výkonmi**

### **USG dopplerovské vyšetrenie ciev.**

Zhodnotenie prietoku krvi cievami v jednotlivých tkanivách a orgánoch, Dopplerovským ultrazvukovým vyšetrením. Výkon vykonáva lekár špecialista príslušných špecializačných odborov.

10 min

### **Duplexné vyšetrenie artérií končatín.**

Duplexné vyšetrenie tepien končatín (B-mód, PW-Doppler, prípadne CW-Doppler).

Výkon vykonáva angiológ, kardiológ, pediatričný kardiológ, rádiológ.

20 min

**Poznámka: aký je rozdiel medzi poslednými dvoma okrem času....**

# PRÍLOHA 18

P.T.: **Ministerstvo zdravotníctva SR**

Limbová 2, P.O. BOX 52

837 52 Bratislava 37

## **Stanovisko Slovenskej spoločnosti pre ultrazvuk v medicíne (SSUM) k zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín.**

Slovenská spoločnosť pre ultrazvuk v medicíne (SSUM) sa viac ako 10 rokov snaží prispieť k tvorbe zoznamu / katalógu výkonov („bodovníku“), ktorý by odstránil hrubé chyby súčasného (platného pre ambulantnú sféru) a zároveň vytvoril jednotný systém použiteľný súčasne v ambulantnej sfére aj v lôžkových zariadeniach (v rámci DRG systému). Naposledy sme naše stanovisko oficiálne zaslali ministerstvu zdravotníctva v júni 2011 a bolo reakciou na vtedy pripravované „Nariadenie vlády“ (zoznam výkonov pre ambulantnú starostlivosť). Výhrady sa týkali predovšetkým nedodržania princípov obsahu opisu výkonu (nielen pre USG, ale všeobecne):

Opis výkonu:

- musí presne vystihovať jeho obsah (náplň) a stanoviť realizátora výkonu,
- musí byť pre každý výkon v zozname len raz pod jedným kódom,
- nesmie obsahovať formulácie s nejasným, resp. variantným výkladom,
- musí definovať jeho absolútnu, resp. pomernú cenu, ako aj ďalšie potrebné atribúty (obmedzenie miestom, frekvenciou a trvaním, definovanie iných špeciálnych nákladov).

Návrh Nariadenia vlády to neobsahoval (resp. obsahoval len niektoré z uvedených atribútov a len pre niektoré výkony), okrem toho sme upozornili na tieto problémy:

- viaceré popisy výkonov (pre ten istý výkon !) popisujú obsah výkonu rôzne – pretože sú v zozname opakované pre rôznych vykonávateľov výkonu
- vykonanie niektorých výkonov bolo priamo viazané na prítomnosť diagnózy
- v popisoch výkonov existovali hrubé textové chyby a zmatečné formulácie
- popis niektorých výkonov bol medicínsky neakceptovateľný (výkon 55A04074: „vyšetrenie cirkulácie farbiacou metódou“ – taký USG výkon v praxi neexistuje),
- niektoré výkony nemôžu niektoré odbornosti vykonávať napriek tomu, že sú súčasťou ich rutínnej praxe, nakoľko sa táto odbornosť neuvádza.

Spomínané nariadenie vlády nebolo nikdy skompletizované tak, aby bolo použiteľné v praxi (nikdy neboli výkony ocenené, na čo sme pri procese jeho tvorby upozorňovali písomne opakované od roku 2005!). Stále pre prax platí zoznam výkonov z roku 2005 (aj to len neoficiálne), ktorý bol práve v tom roku deformovaný nekompetentnými korekciami MZ napriek tomu, že sme vopred písomne upozorňovali na nevhodnosť plánovaných korekcií a že neboli vypočítané žiadosti viacerých odborných spoločností o korekciu deformovaného zoznamu s tým, že čoskoro bude prijatý nový zoznam výkonov. Odvtedy prešlo 8 rokov (!) a nové „Nariadenie“ v praxi stále nie je.

V týchto dňoch dostali odborné spoločnosti k pripomienkovaniu základný materiál k DRG systému: zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín. **Prvá časť zoznamu** sa týka diagnostiky, pre ktorú by mali platiť rovnaké princípy ako pre zoznam (nariadenie) určené pre ambulantnú diagnostiku (viď odstavec „opis výkonu“). Žiaľ, znova neplatia:

- viaceré popisy výkonov (pre ten istý výkon !) popisujú obsah výkonu rôzne (sú v zozname uvedené zbytočne opakované pre rôznych vykonávateľov výkonu)
- popis niektorých výkonov je medicínsky neakceptovateľný: v praxi neexistujúci ultrazvukový výkon „vyšetrenie cirkulácie farbiacou metódou“ je v tomto zozname pre zmenu uvedený s číslom 31693 (v Nariadení mal číslo 55A04074)
- niektoré výkony sa v praxi ako samostatné nikdy nevykonávajú, ale sú súčasťou iného výkonu, napr. 31630: USG vyšetrenie v. cava caudalis (súčasť abdomenu)
- u všetkých výkonov chýba definícia ich absolútnej alebo aspoň pomernej hodnoty

- u všetkých výkonov chýba definovanie ich povolených, resp. nepovolených kombinácií s iným výkonom, čo je zásadný problém hlavne preto, lebo mnohé výkony (často totožné alebo veľmi podobné) sú duplicitné (viď príloha).

Uvádzame len niekoľko typických príkladov, podobné početné nedostatky v celom zozname sú natoľko závažné, že v medzirezortnom pripomienkovom konaní už nie je absolútne možné korigovať chyby, ktoré sú spôsobené pokračovaním nekonceptnej práce jeho tvorcov (koordinátorov). Zoznam v časti diagnostických metód vyžaduje zásadné prepracovanie: vylúčenie duplicitných a doplnenie chýbajúcich výkonov. Súčasná verzia je nepoužiteľná aj po doplnení ostatných „povinných“ položiek opisu výkonov (opakovateľnosť, kompetencia, hodnota, trvanie), lebo bez zásadnej korekcie bude používanie zoznamu v praxi viesť k vážnym kolíznym situáciám a neriešiteľným problémom pri vykazovaní a hradení výkonov.

**Druhá „chirurgická“ časť zoznamu** je typickým príkladom čisto mechanickej kompilácie textov priradovaných číselným kódom, často bez akejkoľvek väzby na obsah klinickej praxe (najskôr produkt IT pracovníka a nie lekára). To všetko budí vážne obavy z toho, ako sa bude v praxi používať 17 263 (!) položiek určených pre vykazovanie terapeutických výkonov bez toho, aby bol pri schválení ich existencie zároveň podrobnejšie definovaný aj ich obsah a hlavne možnosť resp. nemožnosť kombinácií výkonov (pri existencii početných duplicitných výkonov - rovnako to je aj v „diagnostickej“ časti zoznamu).

V prípade záujmu predkladateľa (MZ SR) je výbor SSUM ochotný spolupracovať a znova deklaruje ochotu pomôcť pri korekcii chýb v zozname s tou podmienkou, že pripomienky odborných komunit budú Ministerstvom zdravotníctva akceptované bez výhrad a zaručí sa tak potrebná odborná úroveň v definovaní výkonov a ich opisov, ako aj vykonateľnosť predpisu v praxi.

Piešťany, 29. augusta 2013

MUDr. Jozef Beňačka, PhD.  
predseda SSUM (za výbor SSUM)

Na vedomie:

Prezídium Slovenskej lekárskej spoločnosti  
Prezídium Slovenskej lekárskej komory  
Asociácia súkromných lekárov SR  
Slovenská lekárska únia špecialistov  
Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou  
Všeobecná zdravotná poisťovňa  
Dôvera - zdravotná poisťovňa a.s.  
Union - zdravotná poisťovňa a.s.  
Slovenská asociácia dodávateľov zdravotníckych pomôcok - SK MED  
TASR  
SITA  
Zdravotnícke noviny