

**Dodatok č. 43****k Zmluve č. 33NSP2000422****Čl. 1****Zmluvné strany****1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.**

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka  
zastúpená: Ing. Matúš Jurových, PhD., predseda predstavenstva  
Ing. Viktor Očkay, MPH, podpredseda predstavenstva  
JUDr. Denisa Slivková, člen predstavenstva  
IČO: 35937874  
IČ DPH: SK2022027040  
banka: Štátna pokladnica  
číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387  
zápis: Obchodný register Mestský súd Bratislava III, odd.: Sa, vložka č. 3602/B  
osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: Mgr. Ivana Pačková, regionálna riaditeľka  
oddelenia nákupu zdravotnej starostlivosti Žilina  
kontaktná adresa: 1. mája 34, 010 01 Žilina

(ďalej len „poisťovňa“)

**1.2. Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená**

sídlo: Ul. Mieru 549/16, 028 01 Trstená  
zastúpená: riaditeľom: MUDr. Marian Tholt  
IČO: 00634891  
banka: Štátna pokladnica  
číslo účtu: SK13 8180 0000 0070 0048 1117  
identifikátor poskytovateľa: P46405

(ďalej len „poskytovateľ“)

**uzatvárajú**

tento dodatok k Zmluve č. 33NSP2000422 (ďalej len „zmluva“)

**Čl. 2****Predmet dodatku**

Na základe Čl. 8 zmluvy - Záverečné ustanovenia, bod 8.7 zmluvy, sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy

- 2.1. V zmluve, v Čl. 2 Predmet zmluvy, bod 2.2. sa mení a nahrádza novým znením:  
„2.2. Poskytovateľ poskytuje poistencom poisťovne, poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti a bezdomovcom, zdravotnú starostlivosť vo forme, druhu, špecializačnom odbore a na mieste prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia uvedených v Prílohe č. 2b, 2c, 2d, 2e, 2i, 2j, 2l, 2o, 2p, 2r, 2t tejto zmluvy. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe právoplatného povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia vydaného orgánom príslušným na jeho vydanie a na základe platného rozhodnutia vydaného Ministerstvom zdravotníctva SR v súlade so zákonom č. 540/2021 Z. z.“

- 2.2. V zmluve, v Čl. 5 Rozsah zdravotnej starostlivosti, bod 5.1. sa mení a nahrádza novým znením:  
 „5.1. Zmluvné strany sa dohodli na rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom, ktorý je uvedený v Prílohe č. 2b, 2c, 2d, 2e, 2i, 2j, 2l, 2o, 2p, 2r, 2t tejto zmluvy.“
- 2.3. V zmluve, v Čl. 5 Rozsah zdravotnej starostlivosti, bod 5.2. sa mení a nahrádza novým znením:  
 „5.2. Rozsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom sa dohoduje v členení a štruktúre uvedenej v Prílohe č. 2b, 2c, 2d, 2e, 2i, 2j, 2l, 2o, 2p, 2r, 2t tejto zmluvy.“
- 2.4. V zmluve, v Čl. 6 Úhrada zdravotnej starostlivosti, bod 6.2. sa mení a nahrádza novým znením:  
 „6.2. Zdravotná starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá do úhrady zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prospektívneho rozpočtu je uhrádzaná spôsobom v zmysle Prílohy č. 1b, 1c, 1d, 1e, 1i, 1j, 1l, 1o, 1p, 1r, 1t a Prílohy č. 2b, 2c, 2d, 2e, 2i, 2j, 2l, 2o, 2p, 2r, 2t tejto zmluvy.“
- 2.5. V zmluve, v Čl. 7 Osobitné ustanovenia, bod 7.9.1. sa mení a nahrádza novým znením:  
 „7.9.1. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ je oprávnený vykázat poskytnutú zdravotnú starostlivosť a fakturovať ju najskôr po uplynutí príslušného zúčtovacieho obdobia. Poskytovateľ doručí poisťovní faktúru s prílohami najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia, v ktorej uvedená celková fakturovaná suma bude predstavovať súčet úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú podľa Prílohy č. 1b, 1c, 1d, 1e, 1i, 1j, 1l, 1o, 1p, 1r, 1t a 2b, 2c, 2d, 2e, 2i, 2j, 2l, 2o, 2p, 2r, 2t tejto zmluvy. Odchylné od predchádzajúcej vety tohto článku je poskytovateľ oprávnený (nie však povinný) vystaviť osobitnú faktúru za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú podľa Prílohy č. 2p, a to v lehote podľa druhej vety tohto článku. Celková fakturovaná suma musí byť zaokrúhlená na dve desatinné miesta nahor. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím príslušného zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca.“
- 2.6. V zmluve, v Čl. 8 Záverečné ustanovenia, bod 8.2. sa mení a nahrádza novým znením:  
 „8.2 Prílohy č. 1b, 1c, 1d, 1e, 1i, 1j, 1l, 1o, 1p, 1r, 1t a 2b, 2c, 2d, 2e, 2i, 2j, 2l, 2o, 2p, 2r, 2t k tejto zmluve sa uzatvárajú na dobu určitú, uvedenú v bode 8.8.“
- 2.7. V zmluve, v Čl. 8 Záverečné ustanovenia, bod 8.8. sa mení a nahrádza novým znením:  
 „8.8. Neoddeliteľnou súčasťou tejto zmluvy sú:

<b>Prílohy k zmluve</b>	<b>Číslo prílohy</b>	<b>Typ ZS</b>	<b>Platnosť prílohy</b>
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1b	102	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1c	103	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1d	200, 201, 210, 302	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1e	303	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1i	604	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1j	400, 420	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1l	300	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1o	601, 603, 222	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1p	701	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1r	800	31.3.2026
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1t	301	31.3.2026

Rozsah zdravotnej starostlivosti	2b	102	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2c	103	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2d	200, 201, 210, 302	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2e	303	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2i	604	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2j	400, 420	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2l	300	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2o	601, 603, 222	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2p	701	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2r	800	31.3.2026
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2t	301	31.3.2026
Kritériá na uzatváranie zmlúv	3		doba neurčitá
Kritériá na uzatváranie zmlúv	3r	800	doba neurčitá
Kritériá na uzatváranie zmlúv	3t	301	doba neurčitá
Nakladanie s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom obstaranými poisťovňou	4		doba neurčitá
Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1.7.2022	5		doba neurčitá
Kritériá na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika	6		doba neurčitá“

2.8. Príloha č. 1h zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, sa vypúšťa.

2.9. V Prílohe č. 1j zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť, Čl. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny), bod. 1. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ), sa vkladá podbod 1.7. Skrining karcinómu prsníka s nasledovným znením:

„1.7. Skrining karcinómu prsníka

<b>Preventívne výkony – skrining karcinómu prsníka</b>				
<b>Cena za výkon</b>				
<b>Kód výkonu</b>	<b>Názov výkonu</b>	<b>Charakteristika výkonu</b>	<b>Kód diagnózy</b>	<b>Cena za výkon (€)*</b>
1301	skriningová mamografia	negatívny nález	Z01.6 Z80.3 Z87.7	30,00
1301a		abnormálny nález po mamografii, bez USG a biopsie		
1301b		negatívny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG, bez biopsie		
1301c		abnormálny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG, bez biopsie		
1301d		negatívny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG a po biopsii		
1301e		malígný nález po mamografii, doplnkových snímkach mamografie a/alebo USG a biopsii		

\* V cene za výkon sú zahrnuté náklady za komplexné vyšetrenie poistenky, t. j. cena za mamografiu, USG, biopsiu, , archiváciou snímkov, administratívne účely s tým spojené a následné odoslanie poistenky na vyššie pracovisko v prípade pozitívneho nálezu.

Kód výkonu	Názov výkonu	Charakteristika výkonu
1301f	Ďalšie vyšetrenia v rámci diagnostiky prípadnej choroby zistenej na základe skríningu	Ďalšie vyšetrenia v rámci diagnostiky prípadnej choroby zistenej na základe skríningu.
<p>Výkon 1301f          -vykazuje sa súčasne s kódom 1301c, 1301d, alebo 1301e;          -hradí sa s nulovou cenou.</p>		
<p>Poistovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť súvisiacu so skríningom karcinómu prsníka za nasledovných podmienok:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skríning nádorov prsníkov predstavuje organizovanú a vyhodnocovaciu činnosť majúcu za cieľ včasné zachytenie zhubných nádorov prsníka vykonávaním skríningových mamografických vyšetrení prsníkov a prípadne iných doplnkových diagnostických vyšetrení (USG, biopsia) u poistenkýň VŠZP.</li> <li>Skríning nádorov prsníkov sa vykonáva a uhrádza u poistenky, ktorá bola poisťovňou pozvaná na skríning nádorov prsníkov a poskytovateľovi sa preukáže „Pozývacím listom“ poisťovne. Pozývací list sa pre tieto účely považuje za odporúčanie na poskytnutie mamografie a ďalšej zdravotnej starostlivosti súvisiacej so skríningom nádorov prsníkov a pri vykázaní na úhradu do poisťovne sa ako odporúčajúci lekár uvedie lekár v špecializačnom odbore rádiológia zamestnaný u poskytovateľa.</li> <li>Skríning nádorov prsníkov sa vykonáva a uhrádza aj na základe žiadanky od lekára gynekológa a pôrodnika, všeobecného lekára alebo rádiológa keď zistí, že žena neabsolvovala skríningovú mamografiu za posledné 2 roky a je vo vekovom intervale 45 – 69 rokov.</li> <li>Poskytovateľ v čase realizácie skríningu nádorov prsníkov spĺňa všetky podmienky vstupu mamografického pracoviska do populačného skríningu rakoviny prsníka zverejnených na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR v dokumente „Skríning rakoviny prsníka“.</li> <li>Poskytovateľ je povinný oboznámiť poistenku o výsledku vyšetrenia bezodkladne po ukončení výkonu. Písomné vyrozumienie zašle poskytovateľ elektronickou alebo bežnou poštou ošetrojúcemu lekárovi, ktorého poistenka uvedie pri skríningovom vyšetrení, a to do 3 pracovných dní od ukončenia výkonu, v prípade biopsie do 14 pracovných dní. V prípade pozitívneho nálezu mamografického skríningu je poskytovateľ povinný odoslať poistenku na vyššie pracovisko.</li> <li>Poskytovateľ je povinný nahlásiť poisťovni kontaktné údaje v rozsahu e-mailová adresa a telefonický kontakt slúžiace na objednanie poistenkýň na skríning mamografie, a to zaslaním kontaktných údajov elektronicky na <a href="mailto:skrining@vszp.sk">skrining@vszp.sk</a> do 3 pracovných dní odo dňa zazmluvnenia preventívnych výkonov skríningovej mamografie. Poskytovateľ sa zaväzuje oznamovať poisťovni každú zmenu v kontaktných údajoch bezodkladne. Poskytovateľ zároveň berie na vedomie a súhlasí, že poisťovňa bude poskytovateľom oznámené kontaktné údaje uvádzať na Pozývacom liste.</li> <li>Poskytovateľ zabezpečuje mamografické pracovisko z hľadiska technického vybavenia, kompetencií, procesného manažmentu, vedenia dokumentácie a radiačnej záťaži pacienta v súlade s dokumentom „Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia a na výkone prevencie – skríningová mamografia“ vydaným Ministerstvom zdravotníctva SR.</li> <li>Výkon skríningovej mamografie sa vykazuje samostatne 1x za 2 kalendárne roky v prípade, ak poistenka v posledných 2 rokoch neabsolvovala preventívnu mamografiu s kódom diagnózy Z01.6 a 1x za kalendárny rok s kódom diagnózy Z80.3 a Z87.7.</li> <li>Poisťovňa akceptuje úhradu výkonu nad zmluvne dohodnutý maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti.</li> <li>Výkon nebude poisťovňou akceptovaný v prípade, ak:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- poistenka bola zaslaná na mamografický skríning v rámci gynekologickej prevencie a nespĺňa vekovú hranicu 45-69 rokov, poskytovateľ v tomto prípade vykazuje poisťovni zdravotnú starostlivosť pod kódom výkonu prevencie 5092, prípadne 5092P (v zmysle individuálne dohodnutých zmluvných podmienok)</li> <li>- poistenka nespĺňa podmienky nároku na skríningovú mamografiu (vekový interval podľa bodu c) a periodicita podľa bodu h)</li> <li>- poskytovateľ vykáže výkony skríningovej mamografie (1301a až 1301e) a diagnostickej (preventívnej) mamografie súčasne, alebo mimo interval (periodicity) nároku na mamografické (USG) vyšetrenie.“</li> </ul> </li> </ol>		

2.10. Vložením podbodu 1.7. v bode 1. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ) sa ostatné podbody primerane prečísľujú.

2.11. Príloha č. 1o zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1o tvorí prílohu č.1 tohto dodatku.

2.12. Príloha č. 2h zmluvy - Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, sa vypúšťa.

- 2.13. V prílohách 2b, 2c, 2d, 2e, 2i, 2j, 2l, 2p, 2r, 2t zmluvy – „Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti“, sa mení a nahrádza názov príloh novým znením: „Rozsah zdravotnej starostlivosti“.
- 2.14. Príloha č. 2o zmluvy - Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti, sa mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 2o tvorí prílohu č. 2 tohto dodatku.

### Čl. 3 Záverečné ustanovenia

- 3.1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom 1.1.2026 po jeho predchádzajúcom zverejnení v zmysle § 47a Občianskeho zákonníka v znení neskorších predpisov.
- 3.2. V prípade, ak dôjde k zverejneniu Dodatku tak, že nadobudne účinnosť po 1.1.2026, za účelom zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli, že zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od 1.1.2026 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku bude hrazená v súlade s týmto dodatkom.
- 3.3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch po jednom pre každú zmluvnú stranu.
- 3.4. Zmluvné strany vyhlasujú, že si tento dodatok prečítali, jeho obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah tohto dodatku zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, ho vlastnoručne podpísali.

V Žiline dňa 29.12.2025

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....  
MUDr. Marian ~~T h o l t~~  
riaditeľ  
Hornooravská nemocnica s poliklinikou  
Trstená

.....  
Mgr. Ivana ~~P a č k o v á~~  
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu  
zdravotnej starostlivosti Žilina  
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.



**Príloha č. 1o**  
**k Zmluve č. 33NSP2000422**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti**

**Čl. I. Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)**

**1. DRG nerelevantné odbornosti**

Ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi na oddelení s odbornosťou, ktoré je v zmysle Kalkulačnej príručky vydanej Centrom pre klasifikačný systém DRG (ďalej len „CKS DRG“) vylúčené z vykazovania a úhrady podľa SK-DRG systému (ďalej len „DRG nerelevantné odbornosti“).

Úhrada za zdravotnú starostlivosť je stanovená ako cena za ukončenú hospitalizáciu/ošetrovací deň, ktorá je súčasťou Prílohy č. 1o. Maximálny rozsah úhrady za zdravotnú starostlivosť je stanovený v prílohe č. 2o – Rozsah zdravotnej starostlivosti.

<b>Cena za ošetrovací deň (OD)</b>		
<b>Odbornosť oddelenia</b>	<b>Názov oddelenia</b>	<b>Cena za OD v €</b>
073	medicína drogových závislostí	84,50
073	Priepustka - medicína drogových závislostí	25,35

<b>Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH)</b>		
<b>Odbornosť oddelenia</b>	<b>Názov oddelenia</b>	<b>Cena za UH v €</b>
005	psychiatria	2 013,00

<b>Cena za výkon</b>			
<b>Kód</b>	<b>Názov výkonu</b>	<b>Cena za výkon v €</b>	<b>Odbornosť</b>
H5560	Ukončená hospitalizácie za účelom: a) pozorovania zdravotného stavu, alebo b) jednorazového podania liekov, alebo c) vykonania plánovaného diagnostického vyšetrenia  Podmienkou úhrady je kontinuálne poskytovanie zdravotnej starostlivosti viac ako 24 hodín a maximálne do 72 hodín	475,00	005

Poskytovateľ vykazuje výkony v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť v dávke 274b ako pripočítateľnú položku v príslušnej cene k ukončenej hospitalizácii s nulovou cenou.

**1.1. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti na DRG nerelevantných odbornostiach**

- 1.1.1. ÚZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná ÚZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) ÚZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca a odôvodnenia prijatia do ÚZS.
- 1.1.2. Poisťovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovací deň. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín.
- 1.1.3. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantej starostlivosti. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný.

- 1.1.4. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykazať poisťovní všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
- 1.1.5. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykazať v dávke ambulantnej starostlivosti.
- 1.1.6. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykazať poisťovní hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
- 1.1.7. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykazať výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
- 1.1.8. Na oddelenie dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
- 1.1.9. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení.
- 1.1.10. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaný a uhradený.
- 1.1.11. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poistenec hospitalizovaný.
- 1.1.12. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nespĺňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
- 1.1.13. Na základe verejného zdravotného poistenia sa plne alebo čiastočne uhrádzajú lieky zaradené v zozname kategorizovaných liekov poskytované v rámci ústavnej starostlivosti, ktoré sú použité v súlade s indikačnými obmedzeniami.
- 1.1.14. Pripustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovu závislých, v ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenec na pripustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
- 1.1.15. Poskytovateľ je povinný počas hospitalizácie pacienta (vrátane hospitalizácie na oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou, ktorej predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou) uvádzať na všetkých žiadankách a odporúčaniach na ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek), ako aj na služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ID klasifikačného prípadu, kód PZS (oddelenia alebo ambulancie) indukujúceho vyšetrenie a dátum vystavenia žiadanky.
- 1.1.16. Hospitalizácia pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem Domu ošetrovateľskej starostlivosti a Hospicu, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v jednom zdravotníckom zariadení, sa považujú za samostatné klasifikačné prípady.
- 1.1.17. Hospitalizácia pacienta v Hospici a/alebo v Dome ošetrovateľskej starostlivosti, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v jednom zdravotníckom zariadení, sa považujú za samostatné klasifikačné prípady.
- 1.1.18. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
  - a. zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
  - b. zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
  - c. mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
  - d. medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
  - e. dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie.
- 1.1.19. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania

rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.

## 2. DRG relevantné odbornosti

Zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi na oddelení s odbornosťou, ktorá je podľa Kalkulačnej príručky vydanéj Centrom pre klasifikačný systém DRG (ďalej len „CKS DRG“) zaradená do vykazovania a úhrad podľa SK-DRG systému (ďalej len „DRG relevantné odbornosti“).

Úhrada za zdravotnú starostlivosť na DRG relevantných odbornostiach je uvedená v prílohe č. 2o – Rozsah zdravotnej starostlivosti.

### 2.1. Základné pojmy

**Klasifikačný prípad** je zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi počas jednodňovej zdravotnej starostlivosti alebo hospitalizácie u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v zmysle podmienok pre DRG systém vydaných CKS DRG platných v čase prijatia pacienta na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Za jeden klasifikačný prípad, ktorý poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zaradený do systému úhrad podľa DRG vykazuje a zúčtováva so zdravotnou poisťovňou, sa v systéme DRG považuje pobyt pacienta v zdravotníckom zariadení (ďalej len „ZZ“) odo dňa prijatia pacienta až po jeho prepustenie, bez ohľadu na to, na koľkých DRG-relevantných oddeleniach počas celého pobytu v ZZ bola pacientovi poskytovaná zdravotná starostlivosť. Pojem Klasifikačný prípad zahŕňa:

- Hospitalizačný prípad,
- Prípad jednodňovej zdravotnej starostlivosti.

Ako jeden klasifikačný prípad zúčtovaný jedným prípadovým paušálom sa posudzuje aj zlúčený klasifikačný prípad podľa pravidiel zlučovania uvedených v dokumente Centra pre klasifikačný systém (ďalej len „CKS“)

**Poskytovateľom prevádzkujúcim viaceré ústavné zdravotnícke zariadenia** sa pre účely klasifikačného systému DRG rozumie:

- Univerzitná nemocnica Bratislava, IČO: 31813861
  - Univerzitná nemocnica Bratislava – ANTOLSKÁ
  - Univerzitná nemocnica Bratislava – RUŽINOVSKÁ
  - Univerzitná nemocnica Bratislava – MICKIEWICZOVA
  - Univerzitná nemocnica Bratislava – LIMBOVÁ
- Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., IČO: 35971126
  - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – Pod Krásnou hôrkou - DKC
  - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – Pod Krásnou hôrkou
- Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s., IČO: [44570783](http://www.cksdrg.sk)
  - Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s. – Bratislava
  - Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s. – Košice

**Definičná príručka** obsahuje detailný popis slovenského klasifikačného systému DRG (ďalej aj ako „klasifikačný systém“) s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov, ako aj k nim prislúchajúcim logických výrazov a tabuliek.

#### Pravidlá kódovania

sú pravidlá kódovania chorôb a zdravotných výkonov, ktoré sa poskytovateľ zaväzuje dodržiavať v súlade s platnou legislatívou.

**Základná sadzba** je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý klasifikačný prípad s relatívnou váhou 1,0. Výška základnej sadzby je stanovená Centrom pre klasifikačný systém vo výške zverejnenej na webovej stránke <http://www.cksdrg.sk>.

**Základná sadzba** je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý prípad jednodňovej zdravotnej starostlivosti s relatívnou váhou 1,0. Výška základnej sadzby je stanovená Centrom pre klasifikačný systém vo výške zverejnenej na webovej stránke <http://www.cksdrg.sk>.

**Relatívna váha** je hodnota uvedená pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia do zdravotníckeho zariadenia. Je relatívnym vyjadrením priemerných nákladov na klasifikačný prípad príslušnej DRG skupiny.

**Katalóg prípadových paušálov** je zoznam jednotlivých DRG skupín, ktorý obsahuje relatívne váhy a ďalšie údaje relevantné pre DRG zúčtovanie, ako napr. ošetrovacie doby a jej hraničné hodnoty pre jednotlivé DRG skupiny, zníženia a zvýšenia relatívnej váhy a prípadne ďalšie pripočítateľné položky.

**Efektívna relatívna váha** sa určuje z relatívnej váhy pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v závislosti od toho, či dĺžka klasifikačného prípadu je mimo intervalu ošetrovacej doby v zmysle katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia.

**Grouper** je softvérový nástroj (počítačový program), ktorý zabezpečuje zaradenie klasifikačného prípadu do konkrétnej DRG skupiny.

**Ošetrovacía doba** je počet dní pobytu pacienta (medicínsky odôvodneného v zdravotnej dokumentácii) v jednom zdravotníckom zariadení (nemocnici) na DRG relevantných oddeleniach, pričom sa do celkového počtu ošetrovacích dní nezapočíta deň prepustenia alebo prekladu pacienta. Do ošetrovacej doby sa nezapočítavajú dni na priepustke.

**Pripočítateľná položka** v systéme DRG (PP-DRG) predstavuje dodatočnú platbu k prípadovému paušálu a zúčtováva sa podľa podmienok definovaných pre konkrétnu položku v KPP a podľa číselníkov markerov. DRG pripočítateľná položka sa viaže vždy na kód zdravotného výkonu uvedeného v Zozname zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín. Osobitnú skupinu pripočítateľných položiek predstavujú transfúzne lieky, ktoré majú cenu určenú opatrením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov.

## **2.2. Podmienky akceptácie a úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovanej na DRG relevantných odbornostiach**

- 2.2.1. Úhrada za klasifikačný prípad je daná súčinom základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy v súlade s platnými dokumentmi vydanými Centrom pre klasifikačný systém v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia: Definičná príručka, Katalóg prípadových paušálov, Pravidlá kódovania, Kalkulačná príručka ako aj ďalšie nevyhnutne súvisiace dokumenty vydané Centrom pre klasifikačný systém.
- 2.2.2. Úhrada za klasifikačný prípad u poskytovateľa zahŕňa úhradu za akceptovanú komplexnú zdravotnú starostlivosť (vrátane nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a špeciálny zdravotnícky materiál, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko, transfúzne lieky), ak z medicínskeho hľadiska tieto mali byť podané poistencovi počas trvania klasifikačného prípadu:
  - a. poskytnutú pacientovi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas klasifikačného prípadu,
  - b. poskytnutú pacientovi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas klasifikačného prípadu na základe žiadanky alebo výmenného lístka vystaveného poskytovateľom,
  - c. poskytnutú aj po ukončení klasifikačného prípadu, ak žiadanka alebo výmenný lístok na poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli vystavené počas klasifikačného prípadu.
- 2.2.3. Úhrada za klasifikačný prípad nezahŕňa úhradu za:
  - a. poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka, ak neboli vystavené počas klasifikačného prípadu,
  - b. pripočítateľné položky zverejnené v Katalógu prípadových paušálov,
  - c. komplexnú zdravotnú starostlivosť v ambulancii záchranej zdravotnej služby pri preprave novorodencov a detí,
  - d. dopravnú službu (DS),
  - e. vrtuľníkovú záchrannú zdravotnú službu (VZZS),
  - f. záchrannú zdravotnú službu (ZZS)
  - g. lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpísané v deň prepustenia pacienta zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii poskytovateľa alebo iného poskytovateľa, ak z medicínskeho hľadiska tieto lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny nemali byť podané poistencovi ešte počas trvania klasifikačného prípadu,
  - h. vybraný špeciálny zdravotnícky materiál uvedený v bode 2.2.8
- 2.2.4. Úhrada za komplexnú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky vystavenej poskytovateľom alebo iným poskytovateľom v deň prijatia a v deň prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez ID klasifikačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za klasifikačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že zdravotná starostlivosť nesúvisí s klasifikačným prípadom. V prípade, ak na žiadanke nebude uvedený dátum vystavenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť neuhradí a požiada poskytovateľa alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
- 2.2.5. Na základe verejného zdravotného poistenia sa plne alebo čiastočne uhrádzajú lieky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa tejto prílohy (klasifikačný prípad), ktoré sú v určené ako pripočítateľné položky v Katalógu prípadových paušálov po splnení ich aktuálnych podmienok pre vykazovanie a úhradu v čase podania lieku.
- 2.2.6. Poskytovateľ sa zaväzuje vykázať mesačne všetky hromadné dávky poskytnutej zdravotnej starostlivosti na jednej faktúre, ktorej súčasťou budú aj opravné a aditívne dávky poskytnutej zdravotnej starostlivosti z predchádzajúcich období. V prípade, ak sa jedná o dávky za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v predchádzajúcom kalendárnom roku, poskytovateľ je oprávnený vykázať hromadné dávky na samostatnej faktúre.

- 2.2.7. Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ (okrem poistencov SR) ošetrovaných v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným usmernením Centra pre klasifikačný systém DRG.
- 2.2.8. Zmluvné strany sa dohodli, že vybraným špeciálnym zdravotníckym materiálom (ďalej len „vybrané ŠZM“) sa rozumie:

Kód poisťovne	Popis
170007	Nožnice k harmonickému skalpelu

Vybrané ŠZM podľa tohto bodu je poskytovateľ povinný vykázat poisťovni v samostatnej faktúre. Poisťovňa posudzuje použitie vybraného ŠZM individuálne na unikátnej rodné číslo poistenca, a až po jeho schválení môže byť uskutočnená úhrada.

Poisťovňa uhrádza skutočné náklady súvisiace s obstaraním ŠZM, maximálne však do výšky maximálnej ceny kategorizovaného ŠZM podľa Zoznamu kategorizovaného ŠZM s maximálne stanovenou cenou zverejnenou na webovej stránke poisťovne.

Vybrané ŠZM definované v tomto bode je považované za mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, v zmysle prílohy 2o je hrazené nad rámec PRUZZ.

- 2.2.9. Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa DRG vykazuje pripočítateľné položky ku klasifikačným prípadom podľa dokumentu „Pripočítateľné položky DRG“ platný pre aktuálny kalendárny rok, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne ([www.vszp.sk](http://www.vszp.sk)). V prípade, že pripočítateľné položky nebudú poisťovni vykázané spôsobom podľa predchádzajúcej vety, poisťovňou akceptované nebudú. V prípade podania liekov, ktoré obstarala poisťovňa centrálnym nákupom, poskytovateľ vykazuje pripočítateľnú položku s nulovou cenou.
- 2.2.10. Pripočítateľné položky s typom úhrady B sú hrazené, ak sa na úhrade a cene týchto pripočítateľných položiek Poisťovňa a Poskytovateľ dohodli. Ak cena pre úhradu nebola pevne stanovená je Poskytovateľ oprávnený Poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. Postup je uvedený v bode 2.2.11.
- 2.2.11. Zmluvné strany sa dohodli, v prípade, že pripočítateľná položka, ktorej pevná cena nie je stanovená v Katalógu prípadových paušálov a ani v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ platnom pre aktuálny kalendárny rok (ďalej len „dokument“), ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne ([www.vszp.sk](http://www.vszp.sk)), je poskytovateľ oprávnený poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. V prípade, ak zo strany poskytovateľa ide o použitie pripočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o dohodnutie ceny pripočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do päť pracovných dní od poskytnutia tejto neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V žiadosti je poskytovateľ povinný predložiť doklady (nadobúdacie doklady) preukazujúce nadobúdajúcu cenu pripočítateľnej položky – poisťovňa je v prípade potreby oprávnená vyžiadať si od poskytovateľa aj ďalšie relevantné doklady. Poisťovňa žiadosť poskytovateľa posúdi a v prípade, že jej vyhoví, túto skutočnosť poskytovateľovi písomne oznámi. Cena danej pripočítateľnej položky sa tým považuje za dohodnutú. Poisťovňa následne takto dohodnutú cenu pripočítateľnej položky platnú pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zverejní v dokumente, pričom zverejnená cena je odo dňa jej zverejnenia, resp. odo dňa uvedeného v dokumente. Poisťovňa si vyhradzuje právo na prehodnotenie dohodnutej ceny pripočítateľnej položky najmä v prípade, kedy nadobudne vedomosť o nižšej nadobúdajúcej cene danej pripočítateľnej položky ako je uvedená v dokumente.
- 2.2.12. V prípade hospitalizácie, ktorej doba presiahne 6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov a stav pacienta nedovoľuje jeho prepustenie do domácej starostlivosti, poskytovateľ je povinný pred uplynutím 6. mesiaca hospitalizácie pacienta poisťovňu požiadať o schválenie úhrady zdravotnej starostlivosti cenou ošetrovacieho dňa. V prípade schválenia úhrady cenou ošetrovacieho dňa poskytovateľ hospitalizačný prípad ukončí posledným dňom 6. mesiaca a od prvého dňa 7. mesiaca bude ústavná zdravotná starostlivosť v prípade tohto pacienta uhrádzaná formou ceny ošetrovacieho dňa. Cena ošetrovacieho dňa bude zo strany poisťovne určená až po posúdení náročnosti zdravotnej starostlivosti.
- 2.2.13. V prípade, ak klasifikačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená bez relatívnej váhy, pri vybraných kódoch DRG sa použije relatívna váha uvedená v nasledovnej tabuľke:

DRG	Segment	Popis	Relatívne váhy (RV)	Stredná hodnota ošetrovacej doba	Zníženie RV pri OD kratšej ako dolná hranica		Zvýšenie RV pri OD dlhšej ako horná hranica		Zníženie RV pri externom preložení
					Dolná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň	Horná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň	Relatívne váhy / deň
A02Z	OP	Transplantácia obličky a pankreasu	10,4953	26,8	9	0,8452	44	0,2952	0
A03A	OP	Transplantácia pľúc s UPV > 179 hodín	46,7956	72,5	24	1,6789	90	0,5557	0
A03B	OP	Transplantácia pľúc bez UPV > 179 hodín	14,5104	27	9	1,2523	44	0,4174	0
A63Z	M	Evaluačná hospitalizácia pred transplantáciou pľúc alebo srdca-pľúc	2,6212	14,1	5	0,4381	25	0,1784	0,1454
A66Z	M	Evaluačná hospitalizácia pred inými transplantáciami orgánov	1,2058	5,2	2	0,4955	13	0,1918	0,1607
B44A	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, ťažké motorické funkčné obmedzenia, s neurologickou komplexnou liečbou akútnej CMP	3,7425	29,5	0	0	44	0,0882	0,1219

B44B	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, ťažké motorické funkčné obmedzenia, bez neurologickej komplexnej liečby akútnej CMP	2,3876	22,5	0	0	35	0,0735	0,1005
B44C	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, bez ťažkého motorického funkčného obmedzenia, s neurologickou komplexnou liečbou akútnej CMP	2,8718	25,1	0	0	36	0,0797	0,1095
B44D	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri určitých funkčných obmedzeniach, bez ťažkého motorického funkčného obmedzenia, bez neurologickej komplexnej liečby akútnej CMP	1,8254	20,8	0	0	32	0,0609	0,0831
D16Z	OP	Odstránenie materiálu z čeluste a tváre	0,9826	3,6	0	0	9	0,1271	0,1421
D60A	M	Zhubné nádory ucha, nosa, úst a krku, viac ako jeden ošetrovací deň, s veľmi ťažkými alebo ťažkými CC, s endobronchiálnou kryobiopsiou al.rigidnou endoskopiou	0,9515	5,7	0	0	14	0,1383	0,0991
E03Z	OP	Brachyterapia alebo terapia otvoreným rádionuklidom pri ochoreniach a poruchách dýchacích orgánov, viac ako jeden ošetrovací deň	0,4064	5	0	0	22	0,0548	0,0653
E41Z	I	Včasná rehabilitácia pri chorobách dýchacej sústavy	3,9371	33	11	0,3287	36	0,0767	0,1064
F08J	OP	Rekonštrukčné výkony na cievach bez použitia mimotelového obehu, bez komplikujúcej konstelácie, bez torakoabdominálnej aneurizmy, bez komplexného výkonu, bez určitého výkonu na aorte, v JZS	0,1982	0	0	0	0	0	0
F18B	OP	Revízia kardiostimulátora alebo kardiovertera / defibrilátora (AICD) bez výmeny agregátu, vek < 16 rokov alebo s veľmi ťažkými CC, bez komplexného výkonu	2,107	7,5	3	0,5065	15	0,1418	0,1788
F45Z	I	Včasná rehabilitácia u chorôb a porúch krvného obehu	9,2083	38	13	0,6653	55	0,1593	0,2218
F49A	I	Invazívna kardiologická diagnostika okrem pri akútnej infarkte myokardu, viac ako 2 ošetrovacie dni, s veľmi ťažkými CC, s komplexným výkonom	6,2802	26	9	0,4825	43	0,1169	0,1608
G51Z	I	Včasná rehabilitácia chorôb a porúch GIT	3,4982	15,7	5	0,6486	28	0,1446	0,1942
I02A	OP	Transplantácia tkaniva/kože, okrem ruky, s komplikujúcou konsteláciou, výkon na viacerých lokalizáciách alebo s ťažkými poškodeniami mäkkých tkanív, s veľmi ťažkými CC a komplexným operačným výkonom	3,9303	18	6	0,3182	35	0,0742	0,1005
I08J	OP	Iné výkony na bedrovom kĺbe a stehennej kosti bez viacnásobného výkonu, bez komplexného výkonu, bez komplexnej diagnózy, bez veľmi ťažkých CC, bez osteotómie, bez svalovo-/ kĺbovej plastiky, v JZS	0,4621	0	0	0	0	0	0
I31J	OP	Viacere komplexné výkony na lakťovom kĺbe a predlakti alebo kĺb preklenujúce distrakcie mäkkých častí u vrodených chýb ruky, v JZS	0,567	0	0	0	0	0	0
I32Q	OP	Výkony na zápästi a ruke, so stredne komplexnými výkonmi v JZS	0,2764	0	0	0	0	0	0
I96Z	OP	Včasná rehabilitácia s OP výkonom u chorôb a porúch muskuloskeletálneho systému a spojivového tkaniva, viac ako 20 dní	2,184	14,8	0	0	32	0,0637	0,0852
J26Z	OP	Plastická rekonštrukcia prsníka s komplexnou kožnou transplantáciou, alebo veľké výkony na prsníku pri zhubnom nádore s komplexným výkonom	3,2393	12,7	4	0,6507	30	0,1435	0,19
K04B	OP	Veľké výkony pri obezite bez komplexného výkonu	2,1806	5,2	2	0,3294	8	0,0882	0,1058
K43Z	I	Včasná rehabilitácia endokrinných ochorení, porúch výživy a ochorení látkovej výmeny	2,8419	31	10	0,2729	48	0,0616	0,0853
L09J	OP	Iné výkony pri ochoreniach močových ciest okrem zavedenia jedného dialyzačného shuntu pri akútnej renálnej insuficiencii alebo pri chronickej renálnej insuficiencii s dialýzou, bez kalcifylaxie bez resekcii štítnej žľazy, v JZS	0,4094	0	0	0	0	0	0
L73Z	M	Ochrnutie močového mechúra, viac ako jeden ošetrovací deň	0,7211	4,9	0	0	11	0,0995	0,1181
M38Z	OP	Komplikovaná konstelácia s operačným výkonom pri ochoreniach a poruchách mužských pohlavných orgánov	5,1232	16,7	6	0,6011	31	0,2162	0,204
N01B	OP	Panvová eviscerácia u ženy a radikálna vulvectómia alebo určitá lymfadenektómia s veľmi ťažkými CC, bez komplexného výkonu, bez komplikujúcej konstelácie s multiviscerálnym výkonom	6,1311	18,9	6	0,5568	32	0,124	0,1683
V40Z	I	Kvalifikovaná odvykacia kúra	0,9598	10,9	0	0	15	0,0612	0,08
W01A	OP	Polytrauma s UPV alebo určitými výkonmi, s včasnou rehabilitáciou	16,007	46	15	0,8714	63	0,1989	0,2781
Z64A	M	Iné faktory, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav a následná starostlivosť po ukončenej liečbe s komplexnou rádiodiagnostikou	1,2639	2,4	2	0,6319	4	0,3685	0,3716
		Ostatné DRG skupiny bez určenej relatívnej váhy okrem DRG 960Z a 961Z, ktorých RV = 0	1,0164						

### 2.3. Ustanovenia o revíznej činnosti

- 2.3.1. Ak poisťovňa kontrolou zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania podľa dokumentov vydaných Centrom pre klasifikačný systém v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, klasifikačný prípad bude poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázať klasifikačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania.
- 2.3.2. V prípade rozdielných názorov zmluvných strán na správnosť kódovania majú možnosť požiadať Centrum pre klasifikačný systém – Odbornú pracovnú skupinu pre sporné situácie v SK-DRG o overenie správnosti kódovania klasifikačného prípadu.
- 2.3.3. Po vykonaní kontroly v jednotlivých určených prípadoch sa postupuje podľa bodu 7.9. zmluvy; postupom podľa Všeobecných zmluvných podmienok v platnom znení je poisťovňa zároveň oprávnená uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške súčinu základnej sadzby s rozdielom medzi evidovanou relatívnou váhou za zdravotnú starostlivosť jednotlivého určeného prípadu vykázaného poskytovateľom a relatívnou váhou za zdravotnú starostlivosť správne vykázaného klasifikačného prípadu podľa zistení kontroly poisťovne.
- 2.3.4. Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne a vykazovať ju na úhradu zdravotnej poisťovni tak, aby nedochádzalo k zvýšeniu finančnej náročnosti klasifikačného prípadu. Poisťovňa bude akceptovať kontinuálne poskytovanú zdravotnú starostlivosť, ktorá je adekvátna aktuálnemu zdravotnému stavu poistenca.
- 2.3.5. Po ukončení klasifikačného prípadu - hospitalizačný prípad je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
  - a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
  - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
  - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení podľa písmena b) tohto bodu,
  - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia,
  - e) ID, dátum a čas začiatku klasifikačného prípadu,
  - f) ID, dátum a čas začiatku a ukončenia klasifikačného prípadu, ak klasifikačný prípad bol ukončený.
- 2.3.6. V prípade poskytovania klasifikačného prípadu – prípad jednodňovej zdravotnej starostlivosti, je poskytovateľ povinný vyhotoviť a viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade s platnou legislatívou.
- 2.3.7. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.



**Príloha č. 2o**  
**k Zmluve č. 33NSP2000422**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti**

**A. Rozsah zdravotnej starostlivosti** – je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

**I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY**

1. Vecný rozsah zmluvy je určený súčasne:

- 1.1. na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu je rozsah ústavnej zdravotnej starostlivosti určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tých špecializačných odboroch, v ktorých je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

<b>Druh zdravotníckeho zariadenia:</b>		<b>všeobecná nemocnica</b>		
<b>Miesto prevádzky:</b> Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená, ul. Mieru 549/16, 028 01 Trstená				
<b>Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"</b>				
<b>Ústavná zdravotná starostlivosť</b>				
1.	Nemocnica	<b>druh</b>	<b>odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz" )</b>	<b>typ ZS</b>
		Všeobecná	001/(101), 005/(101), 007/(101), 009/(101), 010/(101), 025/(101), 051/(101), 196/(101), 199/(101), 202/(101), 334/(101), 609/(101)	601
		Špecializovaná	073/(101), 205/(101)	603

\* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

- 1.2. na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu je rozsah poskytovania jednodňovej zdravotnej starostlivosti určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tých špecializačných odboroch, v ktorých je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

<b>Druh zdravotníckeho zariadenia:</b>		<b>všeobecná nemocnica</b>		
<b>Miesto prevádzky:</b> Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená, ul. Mieru 549/16, 028 01 Trstená				
<b>Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"</b>				
<b>Ambulantná zdravotná starostlivosť</b>				
1.	Jednodňová zdravotná starostlivosť	<b>druh</b>	<b>odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz" )</b>	<b>typ ZS</b>
		Jednodňová zdravotná starostlivosť	014/(401)	222

\* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

- 1.3. programovým profilom úrovne ustanovenej kategorizáciou ústavnej starostlivosti, tvorí ho zoznam povinných, nepovinných a doplnkových programov a ich úrovni v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia MZ SR v zmysle zákona č. 540/2021 Z. z. Rozsah programového profilu je stanovený v súlade s programovým profilom, ktorý MZ SR ustanoví všeobecným právnym predpisom na príslušný kalendárny rok.

Programový profil platný od 1.1.2026			
Číslo medicínskeho programu	Názov medicínskeho programu	Úroveň medicínskeho programu	Povinný/nepovinný/doplňkový
1	Program anestéziológie a intenzívnej medicíny	I.	doplňkový
1	Program anestéziológie a intenzívnej medicíny	II.	povinný
1	Program anestéziológie a intenzívnej medicíny	III.	doplňkový
2	Traumatologický program	I.	nepovinný
2	Traumatologický program	II.	povinný
5	Otorinolaryngologický program	I.	nepovinný
5	Otorinolaryngologický program	III.	doplňkový
8	Program brušnej chirurgie	I.	povinný
8	Program brušnej chirurgie	II.	povinný
9	Urologický program	I.	nepovinný
10	Gynekologický program	I.	povinný
10	Gynekologický program	II.	povinný
11	Pôrodnický program	I.	povinný
11	Pôrodnický program	II.	povinný
13	Ortopedický program	II.	doplňkový
14	Program chirurgie kože, podkožia a prsníka	I.	nepovinný
14	Program chirurgie kože, podkožia a prsníka	II.	doplňkový
15	Program plastickej chirurgie	I.	nepovinný
16	Popáleninový program	II.	povinný
17	Program pre orgánové transplantácie	II.	povinný
19	Program cievnej chirurgie	I.	nepovinný
24	Program nevasikulárnych intervencií	II.	povinný
25	Program internej medicíny	II.	povinný
26	Neinvazívny kardiovaskulárny program	II.	povinný
27	Program pneumológie a ftizeológie	II.	povinný
28	Program gastroenterológie a hepatológie	I.	povinný
28	Program gastroenterológie a hepatológie	II.	povinný
29	Program endokrinológie, diabetológie a metabolických porúch	II.	povinný
30	Nefrologický program	I.	povinný
30	Nefrologický program	II.	doplňkový
31	Reumatologický program	II.	doplňkový
32	Program hematológie a transfuziológie	II.	povinný
33	Infektologický program	II.	doplňkový
35	Program klinickej imunológie a alergológie	II.	povinný
37	Neurologický program	II.	povinný
38	Psychiatrický program	I.	nepovinný
38	Psychiatrický program	II.	doplňkový
43	Program paliatívnej medicíny	II.	doplňkový
44	Onkochirurgický program	II.	povinný

46	Program pre doliečovaciu starostlivosť	I.	doplňkový
47	Program pre rehabilitačnú starostlivosť	I.	doplňkový
47	Program pre rehabilitačnú starostlivosť	II.	doplňkový
48	Program neonatológie a intenzívnej starostlivosti v neonatológii	II.	povinný
50	Program pediatickej anesteziológie a intenzívnej medicíny	II.	povinný
51	Program detskej chirurgie	I.	povinný
51	Program detskej chirurgie	II.	povinný
52	Traumatologický program pre deti	II.	povinný
53	Otorinolaryngologický program pre deti	I.	nepovinný
56	Ortopedický program pre deti	II.	povinný
57	Program plastickej chirurgie pre deti	I.	nepovinný
58	Program pre orgánové transplantácie u detí	II.	povinný
59	Urologický program pre deti	I.	nepovinný
60	Gynekologický program pre deti	I.	povinný
60	Gynekologický program pre deti	II.	povinný
63	Program nemocničnej pediatrie	II.	povinný
64	Program pediatickej kardiológie	II.	povinný
65	Program pediatickej pneumológie a ftizeológie	II.	povinný
66	Program pediatickej gastroenterológie, hepatológie a porúch výživy	II.	povinný
67	Program pediatickej endokrinológie, diabetológie a vrodených chýb metabolizmu	II.	povinný
68	Program pediatickej nefrológie	II.	povinný
70	Program pediatickej hematológie a onkológie	II.	povinný
72	Program pediatickej imunológie a alergológie	II.	povinný
73	Program pediatickej neurológie	I.	povinný
73	Program pediatickej neurológie	II.	povinný
73	Program pediatickej neurológie	III.	doplňkový
77	Program pre rehabilitačnú starostlivosť pre deti	I.	doplňkový
77	Program pre rehabilitačnú starostlivosť pre deti	II.	doplňkový
98	Analytický dočasný medicínsky program	I.	nepovinný
99	Program pre nezaradené hospitalizačné prípady	I.	nepovinný

## II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI – PROSPEKTÍVNY ROZPOČET

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti hradenej prospektívnym rozpočtom je určený výškou prospektívneho rozpočtu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti nehradenej prospektívnym rozpočtom pre vybrané typy zdravotnej starostlivosti je uvedený v tejto časti prílohy.

### 1. Štruktúra prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na nasledovnej štruktúre prospektívneho rozpočtu, ktorá vychádza z Vecného rozsahu predmetu zmluvy:

<b>Štruktúra úhrady zdravotnej starostlivosti</b>			
<b>ZS hradená prospektívnym rozpočtom</b>		<b>ZS nehradená prospektívnym rozpočtom</b>	
<b>Ústavná zdravotná starostlivosť</b>			
601	Lôžková nemocničná starostlivosť		
603	Špecializovaná lôžková starostlivosť pre dospelých		
<b>Ambulantná zdravotná starostlivosť</b>		<b>Ambulantná zdravotná starostlivosť</b>	
222	Jednodňová zdravotná starostlivosť	102	Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast
		103	Gynekologická špecializovaná ambulantná starostlivosť
		200	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
		201	Mobilné odberové miesto
		210	Onkologická špecializovaná ambulantná starostlivosť
		300	Ambulantná pohotovostná služba
		301	Záchranná zdravotná služba
		302	Ústavná pohotovostná služba
		303	Urgentný príjem
		604	Denné stacionáre pre dospelých a deti
		<b>Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky</b>	
		400	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
		420	Počítačová tomografia
		<b>Iné</b>	
		701	Lekárne
		800	Dopravná služba

## 2. Výška prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu (ďalej len „PRUZZ“) na jeden kalendárny mesiac :

Tabuľka platná pre obdobie od 1.1.2026

Výška (PRUZZ) na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Typ ZS
1 061 319 €	601, 603, 222

Zúčtovacím obdobím je jeden kalendárny mesiac.

Vo vzťahu k úhrade zdravotnej starostlivosti hradenej prostredníctvom prospektívneho rozpočtu sa postup podľa bodu 7.3. zmluvy nepoužije.

### 3. Výpočet úhrady za zdravotnú starostlivosť prostredníctvom prospektívneho rozpočtu

Úhrada za zdravotnú starostlivosť sa vypočíta na základe nasledujúceho vzorca:

$$\text{Úhrada} = \text{PRUZZ} - \text{SKUT AZS}_{\text{DRG}} - \text{SKUT SVLZ}_{\text{DRG}}$$

PRUZZ – prospektívny rozpočet

SKUT AZS<sub>DRG</sub> – ambulantná zdravotná starostlivosť, ktorej poskytnutie súvisí s klasifikačným prípadom

SKUT SVLZ<sub>DRG</sub> – zdravotná starostlivosť zo segmentu spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktorých poskytnutie súvisí s klasifikačným prípadom

### 4. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu

Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu vykonáva poisťovňa pre účely optimálneho nastavenia výšky prospektívneho rozpočtu za hodnotené obdobie. Vyhodnocovaním sa zisťuje primeranosť výšky nastaveného prospektívneho rozpočtu za hodnotené obdobie vo vzťahu k skutočne poskytnutej a uznanej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom.

Termíny vyhodnotenia prospektívneho rozpočtu s finančným zúčtovaním:

Hodnotené obdobie (od - do)		Vyhodnocovanie (od – do)		Finančné zúčtovanie
1.1.	30.6.	1.7.	30.9.	Vo faktúre za poskytnutú ZS v mesiaci september
1.1.	31.12.	1.1.	31.3.	Vo faktúre za poskytnutú ZS v mesiaci marec

Vyhodnotenie sa realizuje nasledujúcim postupom:

$$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}}$$

CM HODN – casemix hodnoteného obdobia – súčet efektívnych relatívnych váh akceptovaných klasifikačných prípadov za hodnotené obdobie

CM REF – casemix referenčného obdobia na účely vyhodnotenia pre definované hodnotené obdobie (na účely vyhodnotenia sa ZS na NON-DRG zohľadňuje nasledovne: 1OD = 0,1; 1UH = 1,0)

CM REF	
hodnotené obdobie od 1.1. do 30.6.	2 584,49
hodnotené obdobie od 1.1. do 31.12.	4 855,57

Výsledok vyhodnotenia:		
$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}}$		
≥98,00 %; ≤ 102,00 %	< 98,00 %	> 102,00 %
Neutrálne pásmo – proces finančného zúčtovania sa nerealizuje	Realizácia procesu finančného zúčtovania	Realizácia procesu finančného zúčtovania

Proces finančného zúčtovania hodnoteného obdobia „1.1. až 30.6.“:

$$\sum PRUZZ_{\text{hodn.obdobie}} \times \% \text{ zúčtovania}$$

Proces finančného zúčtovania hodnoteného obdobia „1.1. až 31.12.“:

$$\sum PRUZZ_{\text{hodn.obdobie}} \times \% \text{ zúčtovania} - \text{výsledok finančného zúčtovania v Eur za hodnotené obdobie 1.1. až 30.6}$$

$\sum PRUZZ$  hodnoteného obdobia – hodnota PRUZZ za hodnotené obdobie od 1.1. do 30.6.; prípadne od 1.1. do 31.12.;

% zúčtovania – vyjadruje % čerpania ako výsledok vyhodnotenia po zohľadnení neutrálneho pásma.

(pozn. na účely vyčíslenia finančného zúčtovania +-1,00% čerpania ako výsledok vyhodnotenia predstavuje 0,2% zo súčtu  $\Sigma$ PRUZZ hodnoteného obdobia).

% zúčtovania sa vypočíta nasledovne:

→ ak je % čerpania ako výsledok vyhodnotenia < 98,00 %

$$\% \text{ zúčtovania} = \frac{(\% \text{ čerpania ako výsledok vyhodnotenia} - 98,00\%)}{5}$$

→ ak je % čerpania ako výsledok vyhodnotenia > 102,00 %

$$\% \text{ zúčtovania} = \frac{(\% \text{ čerpania ako výsledok vyhodnotenia} - 102,00\%)}{5}$$

V celkovej výške realizácie finančného zúčtovania za obdobie od 1.1. do 31.12. sa zohľadní aj suma finančného zúčtovania realizovaného za obdobie od 1.1. do 30.6.

### III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI – PROSPEKTÍVNY ROZPOČET

Pri zdravotnej starostlivosti hradenej prospektívnym rozpočtom sa nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti uhrádza:

1. Zdravotná starostlivosť – Mimoriadne finančne náročná zdravotná starostlivosť.
2. Výkopy zdravotnej starostlivosti poskytovanej poisťovňami iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poisťovňami podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
3. Zdravotná starostlivosť poskytnutá vo vybraných DRG skupinách vrátane pripočítateľných položiek, ktorej rozsah a podmienky úhrady sú definované v bode IV. Úhrada zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému SK-DRG vo vybraných DRG skupinách.

### IV. ÚHRADA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PODĽA KLASIFIKAČNÉHO SYSTÉMU SK-DRG VO VYBRANÝCH DRG SKUPINÁCH

Zdravotná starostlivosť vykazovaná podľa klasifikačného systému SK-DRG vo vybraných DRG skupinách vrátane pripočítateľných položiek je hradená maximálne do výšky zmluvného rozsahu uvedeného v tejto časti prílohy:

Kód DRG skupiny v zmysle Katalógu prípadových paušálov	mesačný zmluvný rozsah v €
O01A, O01B, O01C, O01D, O01E, O01F, O01G, O01H, O02A, O02B, O60A, O60B, O60C, O60D, P66A, P66B, P66C, P66D, P67A, P67B, P67C, P67D	Bez obmedzenia
F01A, F01B, F01C, F01D, F01E, F01F, F01G, F02A, F02B, F50A, F50B, F50C, F50D, F98Z, G16A, G16B, G17A, G17B, I04Z, I05Z, I36Z, I43A, I43B, I44A, I44B, I44C, I46A, I46B, I47A, I47B, J07A, J07B, J23Z, J25Z, K06A, K06B, K06C, N02A, N02B, N02C, N03A, N03B*	43 329

\*Na úhradu vybraných DRG skupín sa uplatňuje doučtovanie v zmysle čl. 7, bod 7.3 zmluvy.

Vo výpočte úhrady za poskytnutú ZS v DRG skupinách uvedených v bode IV. je zohľadnené zníženie za  $SKUT_{AZS_{DRG}}$  a  $SKUT_{SVLZ_{DRG}}$

$SKUT_{AZS_{DRG}}$  – ambulancia zdravotná starostlivosť, ktorej poskytnutie súvisí s klasifikačným prípadom

$SKUT_{SVLZ_{DRG}}$  – zdravotná starostlivosť zo segmentu spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktorých poskytnutie súvisí s klasifikačným prípadom