

## **Dodatok č. 50**

### **k Zmluve č. 33NSP2000411**

#### **Čl. 1**

#### **Zmluvné strany**

**1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.**

so sídlom: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava - mestská časť Petržalka  
Štatutárny orgán: Mgr. Miroslav Kočan, predseda predstavenstva  
Ing. Milan Horváth, podpredseda predstavenstva  
doc. JUDr. Mgr. Michal Ďuriš, PhD., člen predstavenstva  
PaedDr. Tibor Papp, člen predstavenstva

IČO: 35 937 874

IČ DPH: SK2022027040

Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa,  
vložka číslo: 3602/B

Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: riaditeľ krajskej pobočky v Žiline,  
JUDr. Miroslav K o v á č

Adresa krajskej pobočky: P. O. Hviezdoslava 26, 010 01 Žilina

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387

**(ďalej len „poisťovňa“)**

**a**

**2. Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jégého Dolný Kubín**

so sídlom: ul. Nemocničná 1944/10, 026 14 Dolný Kubín

Zastúpený: riaditeľom: PhDr. Jozefom Mintálom

Identifikátor poskytovateľa: P51283

ICO: 00634905

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK61 8180 0000 0070 0048 1029

**(ďalej len „poskytovateľ“)**

#### **uzatvárajú**

tento dodatok k Zmluve č. 33NSP2000411 (ďalej len „zmluva“)

#### **Čl. 2**

#### **Predmet dodatku**

Na základe Čl. 7 - Záverečné ustanovenia bod 7 zmluvy sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

1. V Čl. 7 zmluvy – Záverečné ustanovenia sa znenie bodu 1 nahrádza nasledovným znením:

„1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 30.9.2017.“

2. Platnosť Prílohy č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 30.6.2017.
3. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, sa od 1.4.2017 pre individuálnu dodatkovú kapitáciu „IDK“ dátum „31.3.2017“ nahrádza dátumom „30.6.2017“.
4. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, sa od 1.4.2017 pre individuálne pripočítateľné položky „IPP“ dátum „31.3.2017“ nahrádza dátumom „30.6.2017“.
5. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.3.2017 bod 6. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ), nahrádza nasledovným znením:

#### „6. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)“

##### SVLZ – laboratórne:

Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
024	Klinická biochémia – nepretržitá prevádzka	0,005527
029	Patologická anatómia	0,005393
029	Patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,005975
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,005975
034	Klinická mikrobiológia – prevádzka do 24 hod.	0,005378

##### SVLZ – zobrazovacie:

Špecializačný odbor	cena bodu v €
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400	0,007303
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 2	0,003878
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – Klaster 2	0,004542

##### SVLZ – ostatné:

Kód odb.	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
027	výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542;	0,011618
027	výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,007303
187	Ostatné výkony SVLZ (zobrazovacie diagnostické metódy – typ ZS 400), okrem SVLZ – laboratórne, SVLZ – zobrazovacie a SVLZ – FBLR	0,006971

#### Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ (typ ZS 400) :

##### a) Maximálne ceny pripočítateľných položiek pri výkonoch intervenčnej rádiológie

Pri poskytovaní výkonov intervenčnej rádiológie môže poskytovateľ vykázat iba kategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „SZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných SZM“), pokiaľ v zmluve nie je dohodnuté inak. Poistovňa uhradí

poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“), ktorá je zverejnená na webovej stránke poisťovne v Zozname kategorizovaného ŠZM s maximálne stanovenou tzv. pripočítateľnou položkou.

**b) Maximálne ceny pripočítateľných položiek - filmov a PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii**

**Filmové materiály:**

Kódové označenie tradičných filmových materiálov		Maximálna cena 1 snímku s DPH v €
FOTO01	Snímok rozmer 3 x 4 (stomatologický)	0,37
FOTO02	Snímok rozmer 15 x 30 (stomatologický)	0,66
FOTO03	Snímok rozmer 18 x 24	0,50
FOTO04	Snímok rozmer 24 x 30	0,83
FOTO05	Snímok rozmer 35 x 35	1,43
FOTO06	Snímok rozmer 30 x 40	1,33
FOTO07	Snímok rozmer 35 x 43	1,73
FOTO08	Snímok rozmer 24 x 30 (pre mamografiu)	1,83
FOTO09	Snímok rozmer 18 x 24 (pre mamografiu)	1,10
FOTO10	Snímok rozmer A4	0,76
FOTO11	Snímok rozmer 14 x 17 inch laser	5,97
FOTO12	Snímok rozmer 8 x 10 inch laser	1,53
FOTO13	Snímok rozmer A3	2,82
FOTO14	Snímok rozmer 13 x 18	0,33
FOTO15	Snímok rozmer 15 x 40	0,76
FOTO16	Snímok rozmer 5 x 7 (axiálna projekcia)	2,32
FOTO17	Snímok rozmer 18 x 43	0,86
FOTO18	Snímok rozmer 20 x 40	0,93

Poskytovateľ vykáže k jednotlivým výkonom rádiológie reálny počet snímkov a kódové označenie použitých snímkov, ktoré použil pri výkone.

**PACS archivácia**

Úhrada PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii vykazovanej v zmysle platného dátového rozhrania je ocenená paušálnou cenou **0,93 €** pri každom realizovanom výkone.“

**SVLZ – projekt MAMO**

Kód výkonu	Počet bodov	Názov výkonu
5092p	1 500	Mamografia bilaterálna (štandardná mamografia - v dvoch projekciách každý prsník aj so zobrazením axíl) <b>vykonaná v súvislosti s preventívnou prehliadkou</b>
5308p	1 500	Ultrazvukové vyšetrenie oboch prsníkov, axíl a regionálnych lymfatických uzlín <b>vykonané v súvislosti s preventívnou prehliadkou</b>

Výkony sú hradené nad rámec zmluvného rozsahu poskytovateľom zapojeným do projektu MAMO.

Výkony sú hradené cenou bodu - SVLZ zobrazovacie, rádiológia – typ ZS 400, za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- uvedené výkony sú vykázané s diagnózou Z01.4 a Z01.6,
- vyšetrenie je poskytnuté, v čase do 15 pracovných dní, poisťenkám VŠZP, ktoré o to požiadajú. Uvedené sa netýka prípadov, keď poisťovňa sama požiadala o neskorší termín resp. jej zdravotný stav nedovoľuje vyšetrenie vykonať,
- vyšetrenie je vykonané prostredníctvom digitálneho mamografu,
- zdravotná starostlivosť je poskytnutá v súlade s platnou legislatívou, pričom je zabezpečené najmä dvojité čítanie,
- je zabezpečené telefonické a osobné objednávanie poisťovník na vyšetrenie,

– poskytovateľ spolupracuje na vyhodnotení projektu zvýšenia prevencie a skvalitnenia diagnostiky.  
V prípade opakovaného porušenia uvedených podmienok poskytovateľom, môže poisťovňa od realizácie úhrad nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti odstúpiť.

6. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B Ústavná zdravotná starostlivosť sa od 1.3.2017 tabuľka „Cena za ošetrovací deň (OD)“ nahrádza nasledovne:

**Cena za ošetrovací deň (OD):**

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za OD v €
205	<p><b>Oddelenie dlhodobo chorých</b></p> <p>Podmienky úhrady:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- poisťovňa bude akceptovať úhradu za OD len v prípade, ak bude trvanie hospitalizácie viac ako 10 dní a maximálne 60 dní vrátane,</li> <li>- v prípade trvania hospitalizácie nad 60 dní je možná úhrada OD len na základe žiadosti poskytovateľa a predchádzajúcom súhlase revízneho lekára s miestom výkonu práce v sídle miestne príslušnej pobočky VŠZP poskytovateľa. Tlačivo „Žiadosť o predĺženie poskytovania ústavnej ZS v LDCH/ODCH“ je zverejnené na stránke <a href="http://www.vszp.sk">www.vszp.sk</a>,</li> <li>- v prípade, že bude trvanie hospitalizácie 10 a menej dní, bude uhradená cena OD vo výške 50 %, okrem ukončenia hospitalizácie exitom pacienta alebo neodkladným prekladom pacienta na iné pracovisko/oddelenie</li> <li>- v cene OD sú zahrnuté náklady za rehabilitáciu poskytovanú na lôžku pacienta</li> </ul>	<b>64,00</b>

7. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B Ústavná zdravotná starostlivosť sa od 1.3.2017 tabuľka „Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH)“ nahrádza nasledovne:

**Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):**

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH v €
001	Vnútorne lekárstvo	670,00
004	Neurológia	644,00
007	Pediatrica	587,00
009	Gynekológia a pôrodnictvo	588,00
010	Chirurgia	774,00
011	Ortopédia	1000,00
025	OAIM	2757,00
051	neonatólogia	439,00
196	JIS interná	670,00
199	JIS pediatrická	587,00
201	JIS neurologická	644,00
202	JIS chirurgická	774,00
625	JIS centrálna	918,00

8. V prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, sa od 1.3.2017 časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti nahrádza znením:

Maximálny rozsah úhrady je určený výškou alebo spôsobom výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

**1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť**

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
200	špecializovaná	46 271,00
302	UPS – ústavná pohotovostná služba	

**2. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky - úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu**

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	SVLZ zobrazovacie - mesačný zmluvný rozsah	146 078,00
400	SVLZ zobrazovacie – <b>polročný</b> zmluvný rozsah	876 468,00
420	CT – počítačová tomografia – mesačný zmluvný rozsah	26 910,00
420	CT – počítačová tomografia – <b>polročný</b> zmluvný rozsah	161 460,00
421	MR- magnetická rezonancia – mesačný zmluvný rozsah	47 000,00
421	MR- magnetická rezonancia – <b>polročný</b> zmluvný rozsah	282 000,00

Pokiaľ Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť vo výške presahujúcej zmluvný rozsah v kalendárnom polroku, Poistovňa ju Poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške 35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah v kalendárnom polroku, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu v kalendárnom polroku. V tomto prípade sa postup podľa čl. 6 bodu 3 Zmluvy nepoužije.

**3. Ústavná zdravotná starostlivosť**

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
601	ŠZM osobitne uhrádzaný (okrem ICD a podtlakovej terapie pri hojení rán)	20 000,00
601	ŠZM osobitne uhrádzaný pri hojení rán podtlakovou terapiou	1 500,00
603	oddelenie/ liečebňa dlhodobo chorých - ošetrovacie dni	44 905,00

**4. Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti**

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
800	dopravná služba	13 276,00

9. Platnosť Prílohy č. 3 zmluvy - Kritéria na uzatváranie zmlúv sa predlžuje do 30.9.2017.
10. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade ak do 30.06.2017 nenadobudne účinnosť zákon, ktorým sa mení a dopĺňa zákon 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 tak, že výška sadzby poistného na verejné zdravotné poistenie pre štát oproti výške sadzby platnej k 01.01.2017 sa zvýši minimálne o 0,26%, s účinnosťou od 01.07.2017:
- a. je poisťovňa oprávnená vyčíslit' a uplatniť si u poskytovateľa nárok na vrátenie už vyplatených finančných prostriedkov za uhradenú/uhradenú:

- aa. ústavnú zdravotnú starostlivosť, zodpovedajúcich rozdielu medzi zmluvne dohodnutými cenami od 01.03.2017 do 30.06.2017 a zmluvne dohodnutými cenami do 28.02.2017, vynásobených osobitne počtom ukončených hospitalizácií a osobitne počtom ošetrovacích dní, všetko počas obdobia od 01.03.2017 do 30.06.2017, ako aj
- ab. zvýšený finančný rozsah poskytnutej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, počas obdobia od 01.03.2017 do 30.06.2017, najviac do výšky 7 200,- EUR, ako aj
- ac. zvýšený finančný rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti počas obdobia od 01.03.2017 do 30.06.2017 v liečebni a na oddelení dlhodobo chorých (pre typ zdravotnej starostlivosti 603, odbornosť oddelenia 205) , najviac do výšky 11 428,- EUR.
- ad. zvýšený finančný rozsah pre dopravu ako službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti počas obdobia od 01.03.2017 do 30.06.2017, najviac do výšky 6 000 EUR.

Vyčíslené finančné prostriedky podľa bodu aa., ab., ac., ad. je poskytovateľ povinný poisťovni vrátiť na základe písomnej výzvy spôsobom a v lehote uvedených vo výzve a v súlade s platnou právnou úpravou.

- b. sa zmluvne dohodnutá cena zdravotnej starostlivosti v zmysle prílohy č. 1 a zmluvne dohodnutý rozsah zdravotnej starostlivosti v zmysle prílohy č. 2, upravuje na cenu zdravotnej starostlivosti a rozsah zdravotnej starostlivosti dojednané zmluvnými stranami podľa znení príloh č. 1 a č. 2 účinných do 28.02.2017, s výnimkou častí Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky, v ktorých ostávajú v platnosti tak, ako bolo zmluvnými stranami dojednané s účinnosťou od 01.03.2017.
11. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa názov časti „B. Ústavná zdravotná starostlivosť“ nahrádza názvom „B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť“.
12. V Prílohe č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, sa pod časť B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť dopĺňajú nové časti s názvom B.2 Klasifikačný systém, B.3 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť na oddeleniach DRG relevantných odborností, B.4 Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti v klasifikačnom systéme DRG a B.5 Prechodné ustanovenia, ktoré znejú nasledovne:

## „B.2 Klasifikačný systém (DRG)“

### 1. Základné pojmy

**Hospitalizačný prípad** je zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi počas hospitalizácie u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou podľa metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou platného v čase prijatia pacienta na hospitalizáciu, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie (ďalej len „Hospitalizačný prípad“). Ak poskytovateľ prevádzkuje viaceré zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, považuje sa Hospitalizačný prípad za ukončený prepustením pacienta z ústavného zdravotníckeho zariadenia.

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

- a. Univerzitná nemocnica Bratislava, IČO: 31813861

- Univerzitná nemocnica Bratislava – ANTOLSKÁ
  - Univerzitná nemocnica Bratislava – RUŽINOVSKÁ
  - Univerzitná nemocnica Bratislava – MICKIEWICZOVA
  - Univerzitná nemocnica Bratislava – LIMBOVÁ
- b. SVET ZDRAVIA, a.s., IČO: 35960884
- SVET ZDRAVIA, a.s. - RIMAVSKÁ SOBOTA
  - SVET ZDRAVIA, a.s. - ŽIAR NAD HRONOM, BANSKÁ ŠTIAVNICA
- c. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., IČO: 35971126
- Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – DKC
  - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.
- d. Nemocnice s poliklinikami n.o., IČO: 45732205
- Nemocnice s poliklinikami n.o. – TOPOĽČANY
  - Nemocnice s poliklinikami n.o. – LEVICE

**Oddelenia DRG nerelevantných odborností** sú určené v časti B.2, v bode 3.4 tejto Prílohy.

**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.

**Základná sadzba** je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý Hospitalizačný prípad s relatívnou váhou 1,0.

**Relatívna váha** je hodnota uvedená pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

**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 Hospitalizačného prípadu je mimo intervalu ošetrovacej doby v zmysle katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

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

**Ošetrovacia doba** je počet ošetrovacích dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v súvislosti s Hospitalizačným prípadom, pričom do tohto počtu dní sa nezapočítava deň prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

## 2. Úhrada za Hospitalizačný prípad

2.1 Úhrada Hospitalizačného prípadu je určená na základe podmienok úhrady platných v deň prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.

V prípade, že hospitalizácia začne pred nadobudnutím účinnosti tohto dodatku, úhrada bude uskutočnená podľa úhradového mechanizmu uvedeného v bode B.1. zmluvy.

- 2.2 Úhrada za Hospitalizačný prípad je daná súčinom základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy s pripočítaním ceny pripočítateľných položiek k DRG v súlade s platnými dokumentmi vydanými Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Definičná príručka, Katalóg prípadových paušálov, Kódovacie pravidlá, Kalkulačná príručka ako aj ďalšie nevyhnutne súvisiace dokumenty vydané Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 2.3 Základná sadzba pre rok 2017 je ustanovená vo výške 971 €.
- 2.4 Úhrada za Hospitalizačný prípad u poskytovateľa zahŕňa úhradu za akceptovanú komplexnú zdravotnú starostlivosť (vrátane nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a špeciálny zdravotnícky materiál), ak z medicínskeho hľadiska tieto mali byť podané poistencovi počas trvania Hospitalizačného prípadu:
- a) poskytnutú pacientovi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu,
  - b) poskytnutú pacientovi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu na základe žiadanky alebo výmenného lístka vystaveného poskytovateľom,
  - c) poskytnutú aj po ukončení Hospitalizačného prípadu, ak žiadanka alebo výmenný lístok na poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli vystavené počas Hospitalizačného prípadu.
- 2.5 Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za:
- a) poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka, ak neboli vystavené počas Hospitalizačného prípadu,
  - b) výkony dialyzačnej liečby pri náhlom zlyhaní obličiek,
  - c) výkony dialyzačnej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek,
  - d) dialyzačný stacionár,
  - e) výkony plazmaferézy,
  - f) hemoperfúziu cez aktívne uhlie a iné sorbenty,
  - g) dopravnú službu (DS),
  - h) vrtuľníkovú záchrannú zdravotnú službu (VZZS),
  - i) záchrannú zdravotnú službu (ZZS)
  - j) 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 Hospitalizačného prípadu.
- 2.6 Úhrada za komplexnú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky vystavenej poskytovateľom alebo iným poskytovateľom v deň prijatia a v deň prepustenia z hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez ID Hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za Hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že zdravotná starostlivosť nesúvisí s Hospitalizačným 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.



- 2.7 Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti, ktoré poisťovňa uhradila nad rámec Hospitalizačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti napriek tomu, že podľa ustanovení časti B.2 bodu 2.1 tejto Prílohy sú zahrnuté v úhrade za Hospitalizačný prípad. Zmluvné strany sa dohodli, že refundácia nákladov podľa predchádzajúcej vety sa bude realizovať s faktúrami za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.
- 2.8 Poisťovňa a poskytovateľ sa vzájomne dohodli, že zdravotná poisťovňa má právo na náhradu nákladov podľa časti B.2 bodu 2.7 tejto Prílohy vo výške určenej koeficientom **1,0**.

### **3. DRG nerelevantné odbornosti oddelení**

- 3.1 Poskytovateľ je povinný počas hospitalizácie pacienta (vrátane hospitalizácie na oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou, ktorej predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou 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 Hospitalizačného prípadu, kód PZS (oddelenia alebo ambulancie) a dátum vystavenia žiadanky.
- 3.2 Hospitalizácia pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a Hospic, 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 považuje za súčasť jedného Hospitalizačného prípadu (má rovnaké ID), avšak jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania Hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a Hospic sa nezapočítavajú do úhrady za Hospitalizačný prípad.
- 3.3 Hospitalizácia pacienta v Hospici a/alebo v Domove 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 nepovažuje za súčasť jedného Hospitalizačného prípadu (nemá rovnaké ID), jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania Hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa nezapočítavajú do úhrady za Hospitalizačný prípad.
- 3.4 Za DRG nerelevantné odbornosti sa považujú:

005 – psychiatria  
073 – medicína drogových závislostí  
074 – gerontopsychiatria  
105 – detská psychiatria  
223 – neuropsychiatria  
709 – JIS psychiatrická  
193 – ústavná ošetrovateľská starostlivosť  
620 – ústavná hospicová starostlivosť  
252 – ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii  
568 – starostlivosť o drogovu závislých  
578 – drogové závislosti

- 3.5 Ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná na oddeleniach DRG nerelevantných odborností je uhrádzaná podľa časti B.1 tejto Prílohy.
- 3.6 Hospitalizácia novorodenca a hospitalizácia matky novorodenca sa považujú za dva samostatné hospitalizačné prípady s vlastným ID Hospitalizačného prípadu.
- 3.7 Novorodenci bez ochorenia, ktorých Hospitalizačný prípad sa nachádza v diagnosticko-terapeutickej skupine P66D alebo P67D, sa do zdravotnej poisťovne vykazujú na rodné číslo matky novorodenca vtedy, ak v deň pôrodu bola matka novorodenca poistenkyňou zdravotnej poisťovne.
- 3.8 Novorodenci s ochorením sa do zdravotnej poisťovne vykazujú na rodné číslo novorodenca a to až po jeho pridelení. Vykazujú sa do tej zdravotnej poisťovne, u ktorej je potvrdená prihláška Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

#### **4. Spôsob vykazovania a fakturácie poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti**

- 4.1 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť vo formáte dávky 274a za DRG relevantné aj nerelevantné odbornosti oddelení v zmysle platnej legislatívy.
- 4.2 Pre účely zabezpečenia úhradovej neutrality sa poskytovateľ zaväzuje za každé ústavné zdravotnícke zariadenie vykázať mesačne všetky hromadné dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti (typ ZS 60\*) na jednej faktúre, ktorej súčasťou budú aj opravné a aditívne dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti z predchádzajúcich období.
- 4.3 V prípade, že poskytovateľ vykáže za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť poistencom poisťovne v príslušnom kalendárnom mesiaci viac ako jednu faktúru, spracovaná bude len prvá faktúra doručená poisťovni a každá ďalšia bude poskytovateľovi vrátená. Poskytovateľ má nárok poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť z takto vrátených faktúr zahrnúť do vykázania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti v nasledujúcom fakturačnom období v zmysle časti B.2 bodu 4.2. tejto Prílohy.
- 4.4 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ ošetrovaných v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

### **B.3 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť na oddeleniach DRG relevantných odborností**

- 1.1 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť je zložená z dvoch častí, pričom:
  - a) Prvá časť úhrady je súčet cien ošetrovacích dní na ODCH, cien ukončených hospitalizácií a cien všetkých pripočítateľných položiek podľa časti B.1 tejto Prílohy vynásobený činiteľom **0,0**.
  - b) Druhá časť úhrady je súčet cien Hospitalizačných prípadov podľa časti B.2 tejto Prílohy vynásobený činiteľom **1,0**.

- 1.2 Poistovňa bude akceptovať Hospitalizačný prípad, ktorý trval kratšie ako 24 hodín v súlade s pravidlami klasifikačného systému DRG.

## 2. Úhradová neutralita

- 2.1 Zmluvné strany sa vzájomne dohodli, že v období od 1.3.2017 do 30.6.2017 bude úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú na oddeleniach DRG relevantných odborností úhradovo neutrálna.

- 2.2 Úhradová neutralita je zabezpečená, ak výška mesačnej úhrady za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú na oddeleniach DRG relevantných odborností je vo výške súčtu pripočítateľných položiek (PP okrem ďalej uvedených) a minimálne 112% a maximálne vo výške 116% zo súčtu mesačných úhrad za ukončené hospitalizácie (UH), príplatkov k cene ukončených hospitalizácií (BON), osobitne hrađených výkonov (OHV) a balíčkových cien TEP (BALTEP) podľa časti B.1 tejto Prílohy, na základe vzorcov:

$$UHR_{\text{dolna}} = (UH + BON + OHV + BALTEP) \times 1,12 + PP$$

$$UHR_{\text{horna}} = (UH + BON + OHV + BALTEP) \times 1,16 + PP$$

- 2.3 V prípade, ak by mesačná úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností bola nižšia ako  $UHR_{\text{dolna}}$ , poisťovňa zvýši druhú časť úhrady vypočítanú podľa bodu 1.1 b) časti B.3 tejto Prílohy tak, aby úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností predstavovala dolnú hranicu mesačnej úhrady ( $UHR_{\text{dolna}}$ ).

- 2.4 V prípade, ak by mesačná úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností bola vyššia ako  $UHR_{\text{horna}}$ , poisťovňa zníži druhú časť úhrady vypočítanú podľa bodu 1.1 b) časti B.3 tejto Prílohy tak, aby úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností predstavovala hornú hranicu mesačnej úhrady ( $UHR_{\text{horna}}$ ).

## 3. Chybové DRG

- 3.1 V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená ako chybová DRG bez relatívnej váhy, je takto klasifikovaný prípad uhradený podľa časti B.3 tejto Prílohy v rovnakej výške ako úhrada ukončenej hospitalizácie podľa časti B.1 tejto Prílohy.

## 4. Úhrada Hospitalizačného prípadu bez relatívnej váhy

- 4.1 V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená bez relatívnej váhy, je takto klasifikovaný prípad uhradený podľa časti B.3 tejto Prílohy v rovnakej výške ako úhrada ukončenej hospitalizácie podľa časti B.1 tejto Prílohy.

## B.4 Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti v klasifikačnom systéme DRG

- 1.1 Ak poisťovňa kontrolou zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania podľa dokumentov vydaných Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, a poisťovňa uhradila za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vyššiu ako oprávnenú úhradu:
- a) po vykonaní kontroly na vzorke určenej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých prípadov a minimálne však 30 prípadov vykázaney zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období, poisťovňa zníži úhradu za všetky prípady poskytnutej zdravotnej starostlivosti vykázané v kontrolovanom období v určenej diagnosticko-terapeutickej skupine o sumu priemerného rozdielu medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť vykázanú poskytovateľom a výškou úhrady zistenú na kontrolovanej vzorke prípadov vykázaney zdravotnej starostlivosti, alebo
  - b) po vykonaní kontroly v jednotlivu určených prípadoch poisťovňa zníži úhradu v každom jednotlivu určenom prípade poskytnutej zdravotnej starostlivosti o rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť vykázanú poskytovateľom vhodným pre klasifikačný systém a výškou úhrady zistenú pri kontrole a uplatní u tohto poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 1-násobku rozdielu medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť vykázanú týmto poskytovateľom a výškou úhrady zistenej pri kontrole, a to za každý jednotlivu určený prípad.
- 1.2 Poskytovateľ je povinný poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť správne, tak aby nedochádzalo k zvýšeniu finančnej náročnosti Hospitalizačného prípadu.
- 1.3 Po ukončení Hospitalizačného prípadu 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 Hospitalizačného prípadu,
  - f) ID, dátum a čas začiatku a ukončenia Hospitalizačného prípadu, ak Hospitalizačný prípad bol ukončený.
- 1.4 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.

## **B. 5 Prechodné ustanovenia**

### **1. Prechodné ustanovenia:**

- 1.1 V prípade, že hospitalizácia pacienta, ktorá začala pred nadobudnutím účinnosti tohto dodatku, bude úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť v kalendárnom roku 2017 uskutočnená poisťovňou podľa úhradového mechanizmu podľa bodu B.1 tejto Prílohy.
- 1.2 V prípade, že hospitalizácia pacienta, ktorá začala pred nadobudnutím účinnosti tohto dodatku, ústavná zdravotná starostlivosť, ktorej poskytovanie začalo do 31.12.2016, bude vykázaná poskytovateľom podľa časti B.1 tejto Prílohy.
- 1.3 Úhradová neutralita podľa časti B.3 bodu 2.1 je obmedzená platnosťou Prílohy č. 1 k zmluve a bude upravovaná v závislosti od úpravy platnosti Prílohy č. 1 k zmluve.
- 1.4 Časť B.4 tejto prílohy sa bude uplatňovať od 1.1.2018, pričom do uvedeného obdobia bude revízná činnosť realizovaná v súlade s časťou B.1 tejto Prílohy a platnými Všeobecnými zmluvnými podmienkami.“

### **Čl. 3**

#### **Záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim podpisom na dodatku.
3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Žiline dňa 7.3.2017

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....  
PhDr. Jozef M i n t á l  
zástupca poskytovateľa

.....  
JUDr. Miroslav K o v á č  
riaditeľ krajskej pobočky  
Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.  
v Žiline