

**Dodatok č. 14**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**  
**č. 4004NFAL000117**

**Union zdravotná poisťovňa, a. s.**

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia  
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava  
IČO: 36 284 831  
DIČ: 2022152517  
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518  
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť  
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27  
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

**Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky**

Zastúpený: JUDr. Bc. Marian Viskup, riaditeľ  
so sídlom: Slovenská 11/A, 94052 Nové Zámky  
IČO: 17336112  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P81095  
(ďalej len "poskytovateľ")  
(spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 14 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 4004NFAL000117 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

**Článok 1**  
**Predmet dodatku**

Na základe článku X bodu 10.4. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

1. Znenie bodov 6.1. a 6.2. článku VI zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:

„6.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zúčtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto zúčtovacieho obdobia. Zúčtovacím obdobím je celý kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru výlučne spôsobom uvedeným v bode 9.2. zmluvy a to v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ak nie je pre osobitné prípady uvedené v zmluve alebo v prílohách k zmluve dohodnuté inak, poskytovateľ vyvinie maximálne úsilie, aby pre účely úhrady zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom používal iba jednu samostatnú faktúru za jedno zúčtovacie obdobie. Vzhľadom na povahu globálneho rozpočtu poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade vystavenia viac ako jednej faktúry za jedno zúčtovacie obdobie, zdravotná poisťovňa uhradí celý globálny rozpočet iba ku jednej faktúre. Bezprostredne predchádzajúcimi dvoma vetami nie sú dotknuté oprávnenia zdravotnej poisťovne podľa čl. VI a VII zmluvy a ani úhrada zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je hradená globálnym rozpočtom. Poskytovateľ všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú na urgentnom príjme 1.typu a/alebo 2.typu a/alebo zdravotnú starostlivosť poskytnutú ambulantnou pohotovostnou službou vykazuje jednou osobitnou faktúrou za jedno zúčtovacie obdobie.

6.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov, a to vykázané poskytovateľom zdravotnej poisťovni v zmysle príslušných právnych predpisov. Ak predmetom zmluvy podľa prílohy č. 1 k zmluve je:

a) poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry pri prvej fakturácii poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti poistencovi je aj návrh na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti tomuto poistencovi v písomnej alebo elektronickej podobe,

b) poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry v prípade následných komplikácií a následných hospitalizácií po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti je aj hlásenie o následnej komplikácii alebo následnej hospitalizácii po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti v písomnej alebo elektronickej podobe.“

2. V texte bodu 6.7. článku VI zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vypúšťajú slová „na dátovom médiu“.

3. Znenie bodu 9.2. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:

„9.2. Poskytovateľ zásielku - faktúru spolu s prílohami ako aj ostatné doklady podľa článku VI zmluvy doručuje zdravotnej poisťovni elektronicky prostredníctvom Internetového portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle a ktorého používanie upravujú Všeobecné podmienky podľa bodu 4.19. zmluvy.“

4. Text bodu 10.3. článku X zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:

„10.3.Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 30.9.2021, s výnimkou prílohy č. 2c k zmluve, ktorá je účinná do 30.6.2021.“

5. Príloha č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa dopĺňa o novú časť VIII. Priamo hradené výkony, ktorá tvorí prílohu tohto dodatku.
6. V prílohe č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa časť VIII. Mobilne odberové miesto sa prečísľuje na časť IX. Mobilné odberové miesto vzhľadom na novo vloženú časť.
7. Príloha č. 2c k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
8. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

## **Článok 2**

### **Spoločné a záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.
3. Zmluvné strany vyhlasujú, že ich spoločným úmyslom a záujmom bolo uzavrieť tento dodatok s účinnosťou od 01.01.2021. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa tohto dodatku aj za obdobie od 01.01.2021 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
4. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť nasledujúci deň po dni zverejnenia tohto dodatku na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

V Bratislave dňa

Union zdravotná poisťovňa, a.s

Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky

.....  
Ing. Elena Májková  
riaditeľka sekcie zdravotného poistenia  
na základe plnej moci

.....  
JUDr. Bc. Marian Viskup, riaditeľ

**Príloha č. 2c**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému  
diagnosticko-terapeutických skupín**

**I. Základné ustanovenia**

1. Zdravotná poisťovňa podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej aj ako „systém DRG“) uhrádza poskytovateľovi v rámci hospitalizačného prípadu úhradu za zdravotnú poisťovňou uznanú ústavnú zdravotnú starostlivosť, do ktorej bol poistenec prijatý počas účinnosti tejto prílohy.
2. Klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín je medicínsko-ekonomický klasifikačný systém, ktorý na základe chorôb, zdravotných výkonov, dátumu narodenia poistenca, veku poistenca v rokoch alebo podľa veku poistenca v dňoch, podľa hmotnosti poistenca, ak ide o poistenca mladšieho ako 1 rok, pohlavia, druhu, dôvodu prijatia a dátumu prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, dôvodu prepustenia a dátumu prepustenia z ústavnej zdravotnej starostlivosti, dĺžky ošetrovacej doby zadanej v dňoch, dĺžky umelej pľúcnej ventilácie u poistenca zadanej v hodinách, lokalizácie choroby a zdravotného výkonu a dátumu vykonania zdravotného výkonu poistencovi umožňuje zaradiť jednotlivé hospitalizačné prípady do ekonomicky a klinicky homogénnych diagnosticko-terapeutických skupín, ktorým spravidla prislúcha relatívna váha definovaná v katalógu prípadových paušálov. Podrobnosti zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny určuje definičná príručka. Zaradenie do hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa vykonáva prostredníctvom počítačového programu zdravotnej poisťovne (tzv. grouper).
3. Na účely tejto prílohy sa za hospitalizáciu považuje poskytovanie spravidla ústavnej zdravotnej starostlivosti poistencovi u poskytovateľa na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie. Podľa tejto prílohy sa neuhrádza zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch uvedených v prílohe č. 2b k zmluve, ktoré za podmienok uvedených v príslušnej časti prílohy č. 2b k zmluve uhrádzajú ako výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti.
4. Hospitalizačný prípad je spravidla ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi počas hospitalizácie na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie.
5. Oddelenie s DRG relevantnou odbornosťou je oddelenie iné ako oddelenie s DRG nerelevantnou odbornosťou. Oddelenie s DRG nerelevantnou odbornosťou je 005 – psychiatria, 073 – medicína drogových závislostí, 074 – gerontopsychiatria, 095 – dlhodobá intenzívna starostlivosť, 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, 144 – klinická psychológia, 241 – psychoterapia.
6. Ošetrovacia doba je počet dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti, pričom do tohto počtu dní sa nezapočítava deň prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; deň prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti sa započítava do ošetrovacej doby, ak ide o hospitalizáciu trvajúcu menej ako 24 hodín.
7. Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa systému DRG za jednotlivý hospitalizačný prípad s relatívnou váhou rovnou 1,0000.

**II. Úhrada za hospitalizačný prípad**

1. Výška základnej sadzby je stanovená pre príslušný kalendárny rok Centrom pre klasifikačný systém (ďalej len „CKS“).
2. Výška úhrady za hospitalizačný prípad sa vypočíta ako súčin základnej sadzby a príslušnej relatívnej váhy určenej podľa katalógu prípadových paušálov v závislosti od správneho zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny a od dĺžky ošetrovacej doby a podľa ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy. Za správne zaradenie hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa považuje zaradenie vykázaného hospitalizačného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny podľa definíčnej príručky. Výška úhrady za všetky hospitalizačné prípady ukončené v príslušnom kalendárnom mesiaci (SumHP) zohľadňuje okrem ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy aj medziročnú zmenu casemix indexu a/alebo zmenu zákonných-mzdových nárokov zdravotníckych pracovníkov (MRZ) zmluvných poskytovateľov zdravotnej poisťovne poskytujúcich zdravotnú starostlivosť hradenú systémom DRG, ktorú nezohľadnil výpočet základnej sadzby podľa dokumentu uvedeného v čl. IV bod 1 písm. c) tejto prílohy. SumHP sa vypočíta podľa nasledovného vzorca:

$$\text{SumHP} = \frac{(\text{ZSa} * \Sigma \text{ERV})}{\text{MRZ}}$$

MRZ je pre kalendárny rok 2021 vo výške 1. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na zmene MRZ pre obdobie nasledujúce po kalendárnom roku 2021, použije sa v nasledovnom kalendárnom roku (a v každom ďalšom, pre ktorý sa zmluvné strany nedohodnú na zmene) hodnota uvedená v predchádzajúcej vete.

3. Ak nie je dojednané inak, úhrada za hospitalizačný prípad zahŕňa úhradu za všetku zdravotnú starostlivosť, špeciálny zdravotnícky materiál alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:

- a) poskytnuté poisťencovi poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas trvania hospitalizácie,
- b) poskytnutú poisťovňu poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň prijatia na hospitalizáciu, ako aj v deň prepustenia z hospitalizácie (s výnimkou liekov a zdravotníckych pomôcok, na ktoré bol vystavený predpis, resp. lekársky poukaz v deň prepustenia poistenca z hospitalizácie), ak súvisí s hospitalizáciou;
- c) poskytnutú poisťovňu poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak bola indikovaná počas trvania hospitalizácie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy;

ako aj všetky náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poisťencovi počas hospitalizácie. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že v úhrade za hospitalizačný prípad je zahrnutá aj úhrada za zdravotnú starostlivosť uvedenú v prílohe č. 2a k zmluve, ak sú na to splnené podmienky podľa tejto prílohy k zmluve.

4. Ak nie je dojednané inak, úhrada za všetku ambulantnú zdravotnú starostlivosť, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené na odporúčenie podľa bodu písm. s) bodu 4.6. zmluvy poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň začiatku hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez uvedeného ID hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že táto zdravotná starostlivosť resp. služba súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nesúvisí s hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na odporúčanie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy nebude uvedený dátum odporúčenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť a/alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti neuhradí a požiada poskytovateľa a/alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
5. Úhrada za hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom uvedené v prílohách dokumentu uvedeného v čl. IV bod 1 písm. b) tejto prílohy (ďalej len „Katalóg prípadových paušálov“) a výkony záchranej zdravotnej služby poskytnuté poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.
6. Zdravotná poisťovňa uhradí zdravotné výkony poskytnuté poisťencovi zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), ktoré podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad, poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prevádzkujúcemu zariadenie SVLZ, pričom zdravotná poisťovňa má voči poskytovateľovi právo na refundáciu nákladov podľa bodu 8 tejto časti prílohy.
7. Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti, špeciálneho zdravotníckeho materiálu, liekov a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré zdravotná poisťovňa uhradila nad rámec hospitalizačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a súčasne podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad a/alebo za pripočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa bezprostredne predchádzajúcej vety s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.
8. Na účely určenia výšky refundácie podľa bezprostredne predchádzajúceho bodu sa vychádza z výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré má zdravotná poisťovňa zmluvne dojednané s poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti, resp. služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, resp. z nadobúdacej ceny špeciálneho zdravotníckeho materiálu.
9. Pre diagnosticko-terapeutické skupiny, ktoré v katalógu prípadových paušálov nemajú určenú relatívnu váhu, sa pri úhrade zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG použijú hodnoty uvedené v nasledovnej tabuľke:

DRG	Segment	Popis	Relatívne váhy (RV)	Stredná hodnota ošetrovacej doby	Zníženie RV pri OD kratšej ako dolná hranica		Zvýšenie RV pri OD dlhšej ako horná hranica		Zníženie RV pri externom preložení	Prekladový prípadový paušál	Výnimka pri opätovnom prijatí <sup>2)</sup>
					Dolná hranica ošetrovacej doby <sup>1)</sup>	Relatívne váhy / deň	Horná hranica ošetrovacej doby <sup>1)</sup>	Relatívne váhy / deň	Relatívne váhy / deň		
B61B	M	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie	1,9168		2	0,0875	30	0,0350		x	
B76A	M	Záchvaty, viac ako jeden ošetrovací deň, s komplexnou diagnózou a liečbou	0,8776		2		10	0,0358		x	
D01A	O	Bilaterálna kochleárna implantácia	28,8112	4,9	2	0,6047	8	0,1719	0,2042		
E76A	M	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,6820		20	0,1616	42	0,0323		x	
		ostatné skupiny	1,1400								

10. Ak poskytovateľ predpokladá trvanie hospitalizačného prípadu dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti zdravotnú poisťovňu najneskôr do 2 mesiacov od začiatku takéhoto hospitalizačného prípadu a dohodne so zdravotnou poisťovňou individuálny spôsob úhrady za hospitalizáciu.
11. Ak poskytovateľ počas hospitalizácie, použil lieky a/alebo zdravotnícke pomôcky, ktoré na svoje náklady obstarala zdravotná poisťovňa, má zdravotná poisťovňa voči poskytovateľovi právo na refundáciu týchto nákladov. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa predchádzajúcej vety tohto bodu s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.

### III. Pripočítateľné položky

1. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pri dodržaní všetkých preskripčných a indikačných obmedzení, množstevných a finančných limitoch, prípadne iných podmienok podľa príslušných právnych predpisov alebo tejto zmluvy použije zdravotnícky materiál, poskytne liek a/alebo výkon, ktorý je v súlade s prílohami Katalógu prípadových paušálov možné považovať za pripočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu, vykáže ju na úhradu zdravotnej poisťovni v súlade s Katalógom prípadových paušálov a dokumentom s názvom „Pripočítateľné položky DRG“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.
2. Ak je v Katalógu prípadových paušálov a dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ uvedená cena, zdravotná poisťovňa uhradí pripočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu podľa podmienok uvedených v týchto dokumentoch. Ak je obstarávací cena pripočítateľnej položky vyššia ako cena uvedená v dokumentoch podľa predchádzajúcej vety, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady hospitalizačného prípadu, v súvislosti s ktorým bola pripočítateľná položka vykázaná. Poskytovateľ dokladuje obstarávaciu cenu kópiami nadobúdacích dokladov, ak si ich zdravotná poisťovňa vyžiada.
3. Ak nie je v Katalógu prípadových paušálov ani v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ uvedená cena, poskytovateľ vopred požiada zdravotnú poisťovňu o jej dohodnutie. Súčasťou žiadosti o dohodnutie ceny je predloženie nadobúdacích dokladov ku konkrétnej pripočítateľnej položke a prípadne ďalších dokladov, ktoré bude zdravotná poisťovňa vyžadovať (napríklad referenčnú cenu lieku, certifikát k prístrojovému vybaveniu, vlastníctvo prístroja, prípadne iné). Ak ide o použitie pripočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ môže požiadať o schválenie ceny pripočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do piatich pracovných dní od poskytnutia tejto zdravotnej starostlivosti poistencovi.
4. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že obstarávací cena pripočítateľnej položky, ktorá bola dohodnutá podľa bodu 3 tohto článku, je nižšia ako cena uvedená v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“, zdravotná poisťovňa z vlastného podnetu opätovne pristúpi k prehodnoteniu jej ceny podľa bodu 3 tohto článku.
5. Pre jednotlivé pripočítateľné položky je relevantná cena uvedená v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ uverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne, ak sa zmluvné strany počas dohadovania ceny podľa bodu 3 nedohodli inak. Ak je dokument „Pripočítateľné položky DRG“ aktualizovaný podľa bodu 3 alebo podľa bodu 4, účinnosť nadobúda dňom uverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne alebo dňom platnosti, ktorý je uvedený v samotnom dokumente.

### IV. Spoločné a prechodné ustanovenia

1. Centrum pre klasifikačný systém (ďalej aj ako „CKS“) podľa príslušného ustanovenia zákona č. 581/2004 Z. z. zverejní na nasledujúci kalendárny rok:
  - a) definičnú príručku,
  - b) katalóg prípadových paušálov,
  - c) metodiku výpočtu základnej sadzby a zoznam základných sadzieb,
  - d) zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém,
  - e) pravidiel kódovania chorôb a zdravotných výkonov,
  - f) pravidiel pre výpočet prípadových paušálov a pravidiel pre zlučovanie hospitalizačných prípadov, (ďalej spoločne aj ako „DRG dokumenty“)
2. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že pod pravidlami pre výpočet prípadových paušálov a zlučovanie hospitalizačných prípadov podľa písm. f) bodu 1 tejto časti prílohy sa rozumie príslušný právny predpis upravujúci zúčtovanie hospitalizačných prípadov v systéme úhrad podľa DRG v platnom znení. Pri zlučovaní hospitalizačných prípadov sa postupuje najmä podľa tohto dokumentu a príslušného právneho predpisu upravujúceho spracovanie a vykazovanie zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou v platnom znení.
3. Podľa DRG dokumentov, ktoré CKS ako posledné zverejní na nasledujúci kalendárny rok, zmluvné strany postupujú pri úhrade zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG počas celého nasledujúceho kalendárneho roka. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že na hospitalizačný prípad sa aplikujú súvisiace dokumenty vzťahujúce sa na kalendárny rok, v ktorom došlo k prijatiu poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, resp. k prijatiu do ústavnej starostlivosti pri prvom zo zlučovaných hospitalizačných prípadov.
4. Ak CKS najneskôr do všeobecne záväzným právnym predpisom ustanovenej lehoty na vydanie príslušných dokumentov pre nasledujúci kalendárny rok nevydá dokumenty podľa písm. a) až f) bodu 1 tejto časti prílohy alebo niektorý z týchto dokumentov, resp. na základe zmeny zákona stratí túto právomoc bez toho, aby ju na základe zákona nadobudol iný orgán verejnej moci, vydá tieto dokumenty pre účel uvedený v bode 1 tejto časti prílohy zdravotná poisťovňa a zverejní ich na svojom webovom sídle, pokiaľ uvedené neodporuje všeobecne záväzným právnym predpisom.
5. Účinnosť tejto prílohy sa pozastavuje na obdobie, počas ktorého nie je platné osvedčenie o zhode počítačového programu zdravotnej poisťovne používaného na zaraďovanie hospitalizačných prípadov do diagnosticko-terapeutických skupín. Osvedčením o zhode počítačového programu sa rozumie podľa zákona č. 581/2004 Z. z. vydané osvedčenie zhody počítačového programu s definičnou príručkou.

## VIII. Priamo hradené výkony

1. Finančná úhrada za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon podľa podmienok uvedených v tabuľkách tejto časti prílohy predstavuje:

Kód výkonu	Názov výkonu	diagnózy	indikujúce odbornosti	maximálna frekvencia	iné podmienky úhrady	úhrada v €
4763	Kvantitatívne stanovenie protilátok (proti vírusu SARS-CoV-2)	U07.1, U07.2		4 x za mesiac na jedného poistenca	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akceptujú sa vyšetrovacie triedy IgG a IgM pri dodržaní maximálnej frekvencie,</li> <li>úhrádza sa ako doplnková vyšetrovacia metóda u symptomatického pacienta pri negatívnom výsledku testu RT-PCR podľa Algoritmu pre mikrobiologickú diagnostiku pacientov s príznakmi infekcie dýchacích ciest spĺňajúcich klinické kritériá pre podozrenie z infekcie COVID 19 (Štandardný postup pre mikrobiologickú diagnostiku pri suspektnnej infekcii vírusom SARS-CoV2 pre laboratória klinickej mikrobiológie v platnom znení),</li> <li>úhrádza sa aj u pacienta s potvrdeným ochorením SARS-CoV-2 alebo s podozrením na prekonanie uvedeného ochorenia, ako ide o darcu rekonvalescenčnej plazmy alebo je po medicínskej stránke potrebné overenie stavu imunity u daného pacienta,</li> <li>realizácia v rámci odbornosti klinická mikrobiológia, klinická biochémia, klinická imunológia a alergológia, laboratórna medicína</li> <li>realizuje sa certifikovanými validovanými laboratórnymi súpravami z venóznej krvi metódou ELISA alebo CLIA (kvantitatívny test),</li> <li>neakceptuje sa vyšetrenie protilátok tzv. „rýchlotestami“ odberom z kapilárnej krvi</li> </ul> <p><b>Platnosť výkonu do 30.6.2021</b></p>	13

2. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revíznym lekárom zdravotnej poisťovne udelený predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených v Časti – Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] v zmluvne dohodnutej cene s podmienkou, že poskytovateľ nebude za zdravotnú starostlivosť vo forme týchto výkonov požadovať úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovateľ berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne

- je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu
- môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a
- nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

3. Súčasťou každého výkonu uvedeného v Časti – Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „PHV“) je aj hodnotenie, interpretácia, dokumentácia a archivácia výsledkov vyšetrení a záverečná správa.

4. Pod jednotlivými PHV sa rozumie skupina viacerých výkonov SVLZ v špecializačnom odbore lekárska genetika, patológia, mikrobiológia, a imunológia vykazovaných pod spoločným kódom. Cena za PHV, ktoré tvoria jednu skupinu sa úhrádza ako celok a nekombinuje sa s laboratórnymi výkonmi II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ). Indikovanie, poskytovanie a vykazovanie týchto PHV musí byť uskutočnené v súlade s aj podmienkami uvedenými v tejto časti prílohy.