

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“) uhradza 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 neuhradza zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch uvedených v tabuľke bodu 1 časti III prílohy č. 2b k zmluve, ktoré za podmienok uvedených v písm. b) bodu 4 časti III. prílohy č. 2b k zmluve sa 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 nerelevantnou odbornosťou je určené podľa príslušného metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 10/1/2014 k dátovému rozhraniu CKS pre zber údajov od poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti zaradených do systému financovania podľa DRG o podrobnostiach klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín („Tabuľka 26: 90029 NON_DRG“).
6. Oddelenie s DRG relevantnou odbornosťou je oddelenie iné ako oddelenie DRG nerelevantnou odbornosťou.
7. 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.
8. 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 **1.337,- €**.
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 definičnej príručky. Výška úhrady za všetky hospitalizačné prípady ukončené v príslušnom kalendárnom mesiaci (SumHP) zohľadňuje okrem ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy aj medzročnú zmenu casemix indexu (MRZ_{CMI}) zmluvných poskytovateľov poisťovne poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, ktorú je možné hradiť systémom DRG, medzi obdobím kalendárneho roka, z ktorého sa podľa dokumentu uvedeného v čl. IV bod 1 písm. d) tejto prílohy vypočítala základná sadzba (referenčné obdobie) a obdobím kalendárneho roka bezprostredne nasledujúceho po referenčnom období podľa nasledovného vzorca:

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

MRZ_{CMI} je pre kalendárny rok 2018 vo výške 1,09. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na zmene MRZ_{CMI} pre obdobie nasledujúce po kalendárnom roku 2018, použije sa v nasledovnom kalendárnom roku (a v každom ďalšom, pre ktorý sa zmluvné strany nedohodnú na zmene) hodnota uvedená predchádzajúcej vete.

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. Zlučovanie hospitalizačných prípadov

1. Pri zlučovaní hospitalizačných prípadov sa postupuje podľa dokumentu vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pod názvom Hospitalizačný prípad a parametre definujúce prípadový paušál v systéme úhrad podľa SK- DRG a Metodické usmernenie č. 5/2/2015 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou.

IV. Spoločné a prechodné ustanovenia

1. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej aj ako „Úrad“) podľa príslušného ustanovenia zákona č. 581/2004 Z. z. vo Vestníku Úradu zverejní na nasledujúci kalendárny rok:
 - a) definičnú príručku, ktorá obsahuje klasifikačný systém s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov a k nim prislúchajúcich logických výrazov a tabuliek,
 - b) katalóg prípadových paušálov, ktorý obsahuje zoznam jednotlivých diagnosticko-terapeutických skupín,
 - c) parametre hospitalizačného prípadu,
 - d) metodiku výpočtu základnej sadzby a zoznam základných sadzieb,
 - e) podrobnosti o osvedčovaní zhody počítačového programu s definičnou príručkou (ďalej len „osvedčovanie zhody“),
(ďalej spoločne aj ako „DRG dokumenty“)
2. Podľa DRG dokumentov, ktoré Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako posledné zverejní k 30. septembru vo Vestníku Úradu 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 DRG 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. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že pod parametrami hospitalizačného prípadu podľa písm. c) bodu 1 tejto časti tejto prílohy sa rozumie dokument uvedený v bode 1 časti III tejto prílohy.
3. Ak Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka pre nasledujúci kalendárny rok nevydá dokumenty podľa písm. a) až d) 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.
4. 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.