

Dodatok č. 9

k Zmluve č. 62NFAS000723

Čl. 1

Zmluvné strany

1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka
zastúpená: doc. JUDr. PhDr. Michal Ďuriš, PhD., predseda predstavenstva
Ing. Matej Fekete, MBA, podpredseda predstavenstva
Ing. Matúš Jurových, PhD., 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

(ďalej len „poisťovňa“)

1.2. Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky

sídlo: Slovenská 11 A, 940 34 Nové Zámky
zastúpená: JUDr. Mgr. Mikuláš Blaško, riaditeľ
IČO: 17336112
IČ DPH: SK2021068324
banka: Štátna pokladnica
číslo účtu: SK88 8180 0000 0070 0054 0295
identifikátor poskytovateľa: P81095

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok (ďalej len „dodatok“)
k Zmluve č. 62NFAS000723 (ďalej len „zmluva“).

Čl. 2

Predmet dodatku

Na základe Čl. 8 zmluvy – Záverečné ustanovenia, bod 8.8., sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

2.1. V Zmluve sa v Čl. 8 Záverečné ustanovenia bod 8.9. nahrádza nasledovným znením:

„8.9. Neoddeliteľnou súčasťou tejto zmluvy sú:

Prílohy k zmluve	Číslo prílohy	Typ ZS	Platnosť prílohy
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1a	101	31.12.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1c	103	31.12.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1d	200, 210, 302	31.12.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1e	303	31.12.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1h	222	31.12.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1j	400, 420	31.12.2024

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1o	601, 603	31.12.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1p	701	31.12.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2a	101	31.12.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2c	103	31.12.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2d	200, 210, 302	31.12.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2e	303	31.12.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2h	222	31.12.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2j	400, 420	31.12.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2o	601, 603	31.12.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2p	701	31.12.2024
Kritériá na uzatváranie zmlúv	3		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

- 2.2. 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.
- 2.3. V Prílohe č. 1a, 1c, 1d, 1e, 1h, 1j, 1p Zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa v hlavičke vypúšťa textácia „od 1.6.2023 do 31.5.2024“.
- 2.4. V Prílohe č. 2a, 2c, 2d, 2e, 2h, 2j, 2o, 2p Zmluvy – Rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa v hlavičke vypúšťa textácia „od 1.6.2023 do 31.5.2024“.

Čl. 3 Záverečné ustanovenia

- 3.1. 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.
- 3.2. Zmluvné strany sa dohodli, že za účelom zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom podľa prílohy č. 1o, časť A. Ústavná zdravotná starostlivosť, Čl. II. Dodatočná zložka úhrady na ústavnú zdravotnú starostlivosť bude v čase od 1.5.2024 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku uhradená v súlade s týmto dodatkom. Zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v ostatných častiach tohto dodatku bude v čase od 1.6.2024 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku uhradená v súlade s týmto dodatkom.
- 3.3. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na dodatku.

3.4. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál.
Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Bratislave dňa 12.6.2024

Za poskytovateľa:

.....
JUDr. Mgr. Mikuláš Blaško
riaditeľ
Fakultná nemocnica s poliklinikou
Nové Zámky

Za poisťovňu:

.....
doc. JUDr. PhDr. Michal Ďuriš, PhD.
predseda predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

.....
Ing. Matúš Jurových, PhD.
člen predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**Príloha č. 1o
k Zmluve č. 62NFAS000723**

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

Časť A. Ústavná zdravotná starostlivosť

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 usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) vylúčené z vykazovania a úhrad 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.

Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH)		
Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH
005	psychiatria	1 880,00 €

Cena za výkon			
kód	názov výkonu	cena za výkon	odbornosť
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 €	všetky DRG nerelevantné odbornosti

Poskytovateľ vykazuje výkony v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť v dávke 274d 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 ambulantnej 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 ÚZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykázať poisťovni 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 vykázať 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 dlhodobu chorých alebo do liečebne dlhodobu 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. Pripustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovo 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.
- 1.1.14. 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) indukujúceho vyšetrenie a dátum vystavenia žiadanky.
- 1.1.15. 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 hospitalizačné prípady.
- 1.1.16. 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 hospitalizačné prípady.
- 1.1.17. 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.
- 1.1.18. 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

Ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi na oddelení s odbornosťou, ktoré je v zmysle usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) zaradené do vykazovania a úhrad podľa SK-DRG systému (ďalej len „DRG relevantné odbornosti“).

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

Cena za výkon pri transporte novorodenca a dieťaťa		
Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Cena za výkon
H0011	Komplexná zdravotná starostlivosť poskytovaná v ambulancii záchrannej zdravotnej služby pri preprave novorodenca transportným inkubátorom z iného zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti	380 €
Poistovňa uhrádza výkony pri preprave dieťaťa, medzi zdravotníckymi zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti v spádovej oblasti určenej odborným usmernením MZ SR č. 03334 - OZS – 2015 z 11.februára 2016 o preprave dieťaťa transportným inkubátorom a dieťaťa, ktorému zlyhávajú základné životné funkcie, ktoré bezprostredne ohrozujú jeho život, medzi zdravotníckymi zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti, uvedenej v zmluve, za predpokladu, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti dieťaťu zabezpečuje lekár a sestra zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorom má byť dieťa hospitalizované podľa spádovej oblasti. Poistovňa uhradí výkon mimo spádovej oblasti za podmienky, že v zdravotnej dokumentácii dieťaťa bude priložený nesúhlas príslušného ústavného zdravotníckeho zariadenia v spádovej oblasti alebo v odôvodnených prípadoch pri potrebe hospitalizácie dieťaťa v zariadení špecializovanej starostlivosti. Poskytovateľ, ktorý odborne zabezpečoval prepravu dieťaťa v bezprostrednom ohrození života, vykáže výkon ako pripočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu na - jednotke vysokošpecializovanej starostlivosti o novorodencov, alebo - jednotke resuscitačnej starostlivosti o novorodencov, alebo - pracovisku detskej anestéziológie a intenzívnej medicíny. Spádová oblasť pre výkon H0011: Nemocnica s poliklinikou Dunajská Streda, a. s.; Nemocnica s poliklinikou Sv. Lukáša Galanta, a. s.; FORLIFE, n. o. - Všeobecná nemocnica Komárno; Fakultná nemocnica Nitra; Nemocnica s poliklinikou, n. o., Levice; Nemocnica s poliklinikou, n. o., Partizánske; Nemocnica s poliklinikou, n. o., Topoľčany; Fakultná nemocnica Trnava; Nemocnica A. Wintera, n. o., Piešťany		

2.1. 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 viacero 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. 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
- d. Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s., IČO: 44570783
 - 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. Ustanovuje výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. decembra 2015 č. 09467/2015.

Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý Hospitalizačný 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>.

Relatívna váha je hodnota uvedená pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia. Je relatívnym vyjadrením priemerných nákladov na hospitalizačný 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 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 dní pobytu pacienta (medicínsky odôvodneného v zdravotnej dokumentácii) v jednom ústavnom 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.

2.2. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti na DRG relevantných odbornostiach

- 2.2.1. Úhrada za Hospitalizačný 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 ústavnej zdravotnej starostlivosti: 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 Hospitalizačný 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 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.
- 2.2.3. Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za:
 - a. poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka, ak neboli vystavené počas Hospitalizačného prípadu,
 - b. pripočítateľné položky zverejnené v Katalógu prípadových paušálov,
 - c. komplexnú zdravotnú starostlivosť v ambulancii záchrannej 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 Hospitalizačného prípadu,
- 2.2.4. 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.
- 2.2.5. Poskytovateľ za zaväzuje 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. V prípade, ak sa jedná o dávky za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v predchádzajúcom kalendárnom roku, poskytovateľ je oprávnený vykázať hromadné dávky na samostatnej faktúre.
- 2.2.6. Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ (okrem poistencov SR) ošetrovaných v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 2.2.7. Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG vykazuje pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom podľa dokumentu „Pripočítateľné položky DRG“ platný pre aktuálny kalendárny rok, ktorý je zverejnený na webom sídle poisťovne (www.vszip.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.
- 2.2.8. Pripočítateľné položky s typom úhrady B sú hračené, 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.
- 2.2.9. 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 webom sídle poisťovne (www.vszip.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.
- 2.2.10. 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.
- 2.2.11. V prípade, ak Hospitalizačný 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 doby	Zníženie RV pri OD kratšej ako dolná hranica		Zvýšenie RV pri OD dlhšej ako horná hranica		Zníženie RV pri extornom preložení
					Dolná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň	Horná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň	Relatívne váhy / deň
A01A	O	Transplantácia pečene s UPV > 179 hodín	32,8630	58,0	19	1,4374	75	0,5605	
A02Z	O	Transplantácia obličky a pankreasu	10,4953	26,8	9	0,8452	44	0,2952	
A03A	O	Transplantácia pľúc s UPV > 179 hodín	46,7956	72,5	24	1,6789	90	0,5557	
A03B	O	Transplantácia pľúc bez UPV > 179 hodín	14,5104	27,0	9	1,2523	44	0,4174	
A63Z	M	Evalučná hospitalizácia pred transplantáciou pľúc alebo srdca-pľúc	2,6212	14,1	5	0,4381	25	0,1784	0,1454
A64Z	M	Evalučná hospitalizácia pred transplantáciou pečene alebo obličky-pankreasu	1,9840	11,0	4	0,4444	22	0,1618	0,1483
A66Z	M	Evalučná hospitalizácia pred inými transplantáciami orgánov	1,2058	5,2	2	0,4955	13	0,1918	0,1607
B02A	O	Komplexná kraniotómia alebo operácia chrbtice s rádioterapiou, viac ako 8 ožiarení pri určitých nádoroch nervového systému	8,8902	50,4	17	0,4319	67	0,1798	
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			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			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			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			32	0,0609	0,0831
C10A	O	Výkony na okohybných svaloch so zvýšenou náročnosťou	0,8397	2,9	2	0,2544	4	0,0948	0,1003
D39Z	O	Iné výkony na nose	0,5224	3,5	2	0,1730	6	0,0668	0,0744
D60A	M	Zhubné nádory ucha, nosa, úst a krku, viac ako 1 ošetrovací deň, s veľmi ťažkými alebo ťažkými CC, s endobronchiálnou kryobiopsiou a/rigidnou endoskopiou	0,9515	5,7			14	0,1383	0,0991
E08A	O	Rádioterapia pri ochoreniach a poruchách dýchacích orgánov s OP výkonom alebo s UPV > 24 hodín	4,4779	28,4	9	0,4040	45	0,1278	
K04B	O	Veľké výkony pri obezite bez komplexného výkonu	2,1806	5,2	2	0,3294	8	0,0882	0,1058
L42A	I	Extrakorporálna litotripsia pri močových kameňoch s auxiliárnymi opatreniami alebo pri para-/tetraplégií	0,8504	4,6	2	0,3394	9	0,1075	0,1261
L73Z	M	Ochmutie močového mechúra, viac ako jeden ošetrovací deň	0,7211	4,9			11	0,0995	0,1181
M38Z	O	Komplikovaná konstelácia s operačným výkonom pri ochoreniach a poruchách mužských pohlavných orgánov	5,1232	16,7	6	0,6011	31	0,2162	0,2040
N01A	O	Panvová eviscerácia u ženy a radikálna vulvektómia alebo určitá lymfadenektómia s veľmi ťažkými CC, s komplexným výkonom alebo komplikujúca konstelácia	7,1749	24,3	8	0,5154	39	0,2204	0,1629
N01B	O	Panvová eviscerácia u ženy a radikálna vulvektómia alebo určitá lymfadenektómia s veľmi ťažkými CC, bez komplexného výkonu, bez komplikujúcej konstelácie s multiviscerálnym výkonom	6,1311	18,9	6	0,5568	32	0,1240	0,1683
R60A	M	Akútna myeloická leukémia s vysoko komplexnou chemoterapiou	11,0094	49,9	17	0,6407	67	0,2183	0,2140
U40Z	I	Komplexná včasná rehabilitačná geriatrická liečba pri psychických poruchách	1,6835	19,6			29	0,0595	0,0808
V40Z	I	Kvalifikovaná odvykacia kúra	0,9598	10,9			15	0,0612	0,0800
Z44Z	I	Multimodálna liečba bolesti pri faktoroch, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav, a iné využitie zdravotných služieb	1,3633	13,7			22	0,0693	0,0922
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	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 ústavnej zdravotnej starostlivosti, Hospitalizačný prípad bude poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázať Hospitalizačný 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 hospitalizačného prípadu.
- 2.3.3. Po vykonaní kontroly v jednotlivých 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 prípadu vykázaného poskytovateľom a relatívnou váhou za zdravotnú starostlivosť správne vykázaného hospitalizačného 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 Hospitalizačného prípadu. Poisťovňa bude akceptovať kontinuálne poskytovanú zdravotnú starostlivosť, ktorá je adekvátne aktuálnemu zdravotnému stavu poistenca.
- 2.3.5. 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.
- 2.3.6. 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.

ČI. II. Dodatočná zložka úhrady na ústavnú zdravotnú starostlivosť¹

Predstavuje mimoriadnu úhradu ÚZS podľa Prílohy k vyhláške č. 55/2024 Z. z., poskytnutú formou definovanou v bode 1.2 tohto článku, na ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú vo všeobecnej nemocnici III. až V. úrovne, v ktorej sa vykonáva vzdelávanie, veda a výskum, a zároveň je subjektom hospodárskej mobilizácie a ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná vo všeobecnej nemocnici alebo špecializovanej nemocnici, ktorá plní program neontologickej starostlivosti najmenej IV. úrovne. Dodatočná zložka úhrady bola stanovená Vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo dňa 19. marca 2024, ktorou sa ustanovuje minimálna celková suma z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť v rozpočte pre jednotlivé zdravotné poisťovne na rok 2024 a zároveň je naviazaná na systémové zlepšenia merané prostredníctvom kľúčových ukazovateľov výkonnosti (ďalej len „KPI“), pričom KPI v závislosti od navrhovateľa rozdelujeme na dve skupiny ako je uvedené ďalej v bode 1.1.

1.1. Kľúčové ukazovatele výkonnosti – KPI

1.1.1. KPI – navrhovateľ a hodnotiteľ zdravotnej poisťovne

Oblasť	Parameter	Opis parametra	Kritérium splnenia	Hodnotenú obdobie	Referenčné obdobie	Váha
Dostupnosť ambulantnej starostlivosti	Podiel nových pacientov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti <i>Cieľ: sprístupniť ŠAS pacientom bez nadväznosti na hospitalizáciu (predchádzajúcu alebo plánovanú)</i>	Parameter hodnotí podiel unikátnych nových interakcií v hodnotenom období z celkového počtu unikátnych interakcií v hodnotenom období. Unikátnou interakciou sa rozumie uhradený výkon vykázaný poskytovateľom na unikátne rodné číslo. O novú unikátnu interakciu ide v prípade, ak v kalendárnom roku bezprostredne predchádzajúcemu hodnotenému obdobiu na dané rodné číslo nebol poskytovateľom vykázaný uhradený výkon.	V hodnotenom období poskytovateľ zvýši podiel nových interakcií v porovnaní s podielom nových interakcií v referenčnom období minimálne o 2p.b. a to aspoň pri 3/4-nách jeho hodnotených odborností	prvých 8 mesiacov roku 2024	rovnaké obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka	10%
Produkcia	Čakacie doby <i>Cieľ: minimalizovať objem zdrojov VZP vyplatených na liečbu v zahraničí</i>	a) funkčný SW nástroj na evidenciu a spravovanie čakacích listín	PZS nahlasuje poistencov čakajúcich vo všetkých sledovaných a poskytovateľom prevádzkovaných medicínskych službách do každej ZP	2. kalendárny štvrtrok		15%
		b) nemocnica zabezpečí včasnú hospitalizáciu alebo poskytnutie výkonu na Slovensku	PZS v ÚZS ani v JZS neprekračuje maximálne čakacie doby podľa prílohy č. 2 Vyhlášky MZ SR 531/2023 o kategorizácii ÚZS minimálne v 3/4-nách sledovaných MS	dňa 30.8.2024		
	Výkonnosť <i>Cieľ: zvýšenie objemu, komplexnosti a rôznorodosti poskytovanej ZS (UZS a JZS)</i>	UZS - celkové zvýšenie Casemixu nemocnice (cez zvýšený počet HP alebo zvýšenie náročnosti jednotlivých prípadov) bez zníženia Casemix indexu nemocnice	V hodnotenom období poskytovateľ zvýši CM minimálne o 5% v porovnaní s referenčným obdobím za podmienky, že CMI nemocnice sa v porovnaní s	prvých 8 mesiacov roku 2024	rovnaké obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka	15%

¹ Zoznam dotknutých PZS: Detská fakultná nemocnica Košice, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica, Fakultná nemocnica Nitra, Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov, Fakultná nemocnica F. D. Roosevelta Banská Bystrica, Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina, Fakultná nemocnica Trenčín, Fakultná nemocnica Trnava, Národný ústav detských chorôb, Univerzitná nemocnica Bratislava, Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice, Univerzitná nemocnica Martin, Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky

			referenčným obdobím nezníži			
		JZS - zvýšenie počtu pacientov ošetrovaných v režime JZS	V hodnotenom období poskytovateľ zvýši počet výkonov JZS minimálne o 5% v porovnaní s referenčným obdobím, a to aspoň pri 3/4-nách jeho hodnotených odborností	prvých 8 mesiacov roku 2024	rovnaké obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka	10%
Efektivita	Lieky <i>Ciel': vyššia hodnota za peniaze</i>	Parameter sleduje a hodnotí efektívnosť indikovania a preskripcie preferovaných cenovo efektívnych generických a biosimilárnych liekov. Želaný stav je, keď novo indikovaným poistencom sú podávané biosimilárne lieky a pacienti užívajúci originálne lieky sú prednastavení na generiká	Poskytovateľ v hodnotenom období zvýši podiel predpísaných a podaných generických a biosimilárnych liekov na celkových nákladoch na lieky v porovnaní s podielom v referenčnom období o 20%	prvých 8 mesiacov roku 2024	rovnaké obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka	10%

1.1.2. KPI – navrhovateľ a hodnotiteľ Ministerstvo zdravotníctva SR

Oblasť	Parameter	Opis parametra	Kritérium splnenia	Hodnotenú obdobie	Váha
Centralizácia procesov	Centralizácia obstarávania	Zapojenie sa do centralizovaného obstarávania za účelom získania lepších podmienok a benefitov vďaka nákupom väčších objemov (zamerané na nákup liekov).	Po oslovení emailom nemocnice v stanovenej lehote (10dní) navrhnu na priložený email osoby, ktoré budú poskytovať súčinnosť podľa požiadavky MZ: Energie – nemocnice zo svojho radu poskytnú súčinnosť – energetik/osoba zodpovedná za nákup energií v nemocnici). Táto osoba bude poskytovať súčinnosť centrálnemu obstarávateľovi pri zadávaní a vyhodnocovaní zákazky. Lieky – nemocnice zo svojho radu poskytnú súčinnosť – farmaceut/ osoba zodpovedná za nákup liekov v nemocnici. Táto osoba bude poskytovať súčinnosť centrálnemu obstarávateľovi pri zadaní požiadaviek na centrálny nákup liekov (najmä špecifikácie) zadávaní a vyhodnocovaní zákazky, prípadne pri iných s tým súvisiacich činnostiach	3. kalendárny štvrťrok 30.9.2024	5%
Zodpovedné rozpočtovanie	Aktualizácia rozpočtov a mesačný kontroling	Aktualizácia rozpočtov poskytovateľov v súlade s rozpočtom pre VZP ako aj s vyhláškou a následne ich dodržiavanie. Monitoring nových záväzkov po splatnosti.	Poskytovateľ aktualizuje svoj rozpočet (OFP) na rok 2024 a predloží ho MZ SR najneskôr do 30 dní od vyžiadania - Hodnotený parameter bude Hospodársky výsledok po zdanení, bez vplyvu mimoriadnych oddĺžení Poskytovateľ v mesačných intervaloch predkladá plnenie rozpočtu.	k1.6.2024 posudzované obdobie 1-9/2024	10% 5%

Posilnenie dohľadu	Interné kontroly (finančné a personálne)	Vykonanie kontroly vykazovania hospitalizačných prípadov v rámci DRG.	Poskytovateľ do 30.4.2024 zašle v elektronickej podobe centru pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín (CKS) údaje podľa § 79 ods. 1 písm. zb) zákona č. 578/2004 Z. z. Po validácii týchto údajov CKS ich poskytovateľ zašle opravené CKS do 30.6.2024.	kalendárny štvrtrok k 30.6.2024	10%
Udržateľná personálna politika	Kolektívne zmluvy a iné nástroje personálnej politiky- obsah	Nemocnice vykonávajú analýzu kolektívnych zmlúv a nástrojov personálnej politiky a ich dopady, MZSR im späť poskytne prehľad / benchmark.	Poskytovateľ predloží analýzu obsahu KZ vo vopred stanovenom formáte do 30 dní od vyžiadania. Meškanie znamená poníženie platby.	k 31.12.2023, k 31.3.2024, k 30.9.2024; hodnotené k 30.9.2024	5%
	Kolektívne zmluvy a iné nástroje personálnej politiky - dopady a ich optimalizácia	Spracovanie dopadov aktuálnych KZ a otvorenie rokovaní s OZ za účelom zrovnoprávnenia zamestnancov ŠN a zabezpečenia finančného zdravia vzhľadom na navýšenie základných zložiek mzdy po rokovaníach s LOZ.	Poskytovateľ predloží závery a dopady KZ a ak optimalizáciou dopadu KZ príde k 10 % úspore voči stavu bez zmien v KZ / personálnej politiky.	3. kalendárny štvrtrok Posudzované obdobie 1-10/2024 K 30.9.2024	5%

1.2. Mechanizmus vyplácania a kontroly KPI

podiel alokovaných zdrojov vo finančnom vyjadrení pre rok 2024	3 665 914 €
--	--------------------

- a) 50% zdrojov sa vypláca ako paušálna platba počas 5 mesiacov bez zohľadnenia plnenia KPI, a to nasledovne:

Výška paušálnej platby	Splatnosť spolu s faktúrou za poskytnutú ZS za mesiac:
366 591 €	máj 2024
366 591 €	jún 2024
366 591 €	júl 2024
366 591 €	august 2024
366 591 €	september 2024

- b) 50% zdrojov podlieha plneniu KPI a vypláca sa po hodnotení. Každý PZS bude zaradený do pásma podľa percentuálnej miery plnenia kritérií spolu s určením % podielu na zvyšnej časti zdrojov:

Pásma	
splnenie kritérií v %	% podiel zvyšnej časti zdrojov pre vyplatenie
100 - 85	100
84 - 70	90
69 - 55	75
54 - 40	50
39 - 25	25
24 - 0	0

Výsledné plnenie KPI oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicke v ePobočke v mesiaci október 2024.

V prípade nedosiahnutia plnenia KPI v najvyššom možnom pásme (100% - 85%), t. j. nedôjde k vyplateniu zdrojov vo výške 100%, táto časť nevyplatených zdrojov sa prerozdelení medzi zoznam dotknutých PZS nasledovným kľúčom:

- 50% zdrojov nemocniciam ako dodatočným motivačný mechanizmus podľa podielu nemocnice na celkovom plnení splnenia kritérií,
- 50% rovnomerne podľa pôvodného alokačného kľúča.

Splatnosť zdrojov definovaných v bode 1.2, písm. b) je realizovaná spolu s faktúrou za poskytnutú ZS za mesiac október 2024.