

<ul style="list-style-type: none"> ■ úrad pre ■ dohľad nad ■ zdravotnou ■ starostlivosťou 	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Želova 2, 829 24 Bratislava	Číslo vydania:	3
		Dátum vydania:	23.11.2020
		Účinnosť od:	01.01.2021
		Strana:	1 / 10

Metodické usmernenie

č. 02/2/2019

Zúčtovanie hospitalizačných prípadov v systéme úhrad podľa DRG

ČLÁNOK 1

Úvodné ustanovenia

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) podľa § 20 ods. 1 písm. m) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“) vykonáva prostredníctvom svojej sekcie činnosti Centra pre klasifikačný systém (ďalej len „CKS“).

CKS podľa § 20b ods. 3 písm. a) a písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. každoročne do 30. septembra vydáva a zverejňuje na webovom sídle úradu definičnú príručku a katalóg prípadových paušálov na nasledujúci kalendárny rok.

CKS podľa § 20b ods. 4 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. vydáva toto metodické usmernenie (ďalej len „MU“), ktoré popisuje postup a pravidlá pre výpočet prípadových paušálov podľa katalógu prípadových paušálov a definuje pravidlá pre zlučovanie hospitalizačných prípadov v procese zúčtovania zdravotnej starostlivosti v systéme úhrad podľa DRG.

Definície a postupy uvedené v tomto MU sú záväzné pre všetkých užívateľov klasifikačného systému podľa § 20b ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z.

ČLÁNOK 2

Definície pojmov

1. Hospitalizačný prípad

Za jeden hospitalizačný prípad, ktorý poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti zaradený do systému úhrad podľa DRG vykazuje a zúčtováva so zdravotnou poisťovňou podľa ďalej popísaných pravidiel (článok 3), sa v systéme DRG považuje hospitalizácia pacienta v ústavnom zdravotníckom zariadení (ďalej len „ÚZZ“ alebo „nemocnica“) odo dňa prijatia pacienta do nemocnice až po jeho prepustenie z nemocnice, bez ohľadu na to, na koľkých lôžkových DRG-relevantných oddeleniach počas celého pobytu v nemocnici bola pacientovi poskytovaná ústavná zdravotná starostlivosť.

Ako jeden hospitalizačný prípad zúčtovaný jedným prípadovým paušálom sa posudzuje aj zlúčený hospitalizačný prípad podľa pravidiel zlučovania uvedených v článku 4 tohto MU.

2. Zaraďovanie hospitalizačných prípadov do DRG skupiny pre účely zúčtovania

Zaraďovanie hospitalizačných prípadov pre účely zúčtovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti sa vykonáva počítačovým programom, ktorému bolo vydané osvedčenie o zhode podľa § 20ca zákona č. 581/2004 Z. z.

3. Vykazovanie hospitalizačného prípadu a zúčtovanie prípadového paušálu

Hospitalizačný prípad vykazuje zdravotnej poisťovni to ÚZZ, v ktorom bol pacient hospitalizovaný. Ak bol pacient prekladaný z jedného ÚZZ do iného ÚZZ, vykazuje hospitalizačný prípad do zdravotnej poisťovne každé zariadenie osobitne.

Deň prijatia pacienta na hospitalizáciu je rozhodujúcim parametrom pre spracovanie a zaraďovanie hospitalizačného prípadu a výpočet prípadového paušálu.

Prípadový paušál je zúčtovaný do zdravotnej poisťovne pacienta, ktorá bola jeho príslušnou zdravotnou poisťovňou v deň ukončenia hospitalizačného prípadu.

4. Hospitalizačný prípad na prelome kalendárnych rokov

Ak sa hospitalizácia uskutočnila na prelome dvoch za sebou nasledujúcich kalendárnych rokov, pričom v každom roku je DRG systém podľa § 20b ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z. aktualizovaný vydaním novej verzie definíčnej príručky (DP) a katalógu prípadových paušálov (KPP), posudzuje sa hospitalizačný prípad podľa podmienok definovaných pre systém platný v deň prijatia pacienta na hospitalizáciu.

5. Zmena platiteľa počas trvania hospitalizačného prípadu

Ak dôjde počas hospitalizácie pacienta k zmene platiteľa (zdravotnej poisťovne), poskytovateľ vyúčtuje hospitalizačný prípad tej zdravotnej poisťovni, ktorej poistencom bol pacient v deň prepustenia z ÚZZ. V prípade, že sú naplnené podmienky zlučovania hospitalizačných prípadov podľa článku 4 tohto MU, avšak počas jednotlivých hospitalizácií bol pacient poistencom rôznych zdravotných poisťovní, zlúčenie hospitalizácií sa nevykoná.

6. Prípadový paušál

Prípadový paušál je paušálna suma v eurách prislúchajúca hospitalizačnému prípadu, ktorý je podľa systému DRG zaradený do jednej DRG skupiny.

Prípadový paušál sa vypočíta ako súčin základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy. Výpočet efektívnej relatívnej váhy podľa hodnôt uvedených v KPP je detailne popísaný v článku 3 tohto MU.

7. Katalóg prípadových paušálov

Katalóg prípadových paušálov obsahuje:

- Zoznam jednotlivých DRG skupín s relatívnou váhou a s uvedením ďalších parametrov, ktoré charakterizujú príslušnú DRG skupinu a používajú sa pri výpočte prípadového paušálu. K týmto parametrom štandardne v DRG systéme patrí relatívna váha DRG skupiny (RV), stredná hodnota ošetrovacej doby (OD_{sh}), dolná hranica ošetrovacej doby (OD_{dh}), horná hranica ošetrovacej doby (OD_{hh}), relatívne váhy kalkulované na jeden deň pre účely zvýšenia alebo zníženia relatívnej váhy danej DRG skupiny v závislosti od ošetrovacej doby (označované ako „denné“ relatívne váhy „ dRV_{hh} “, „ dRV_{dh} “, „ dRV_{ep} “) a prípadne ďalšie parametre.
- Zoznam DRG skupín bez relatívnej váhy - zvyčajne ide o malý počet DRG skupín, ktorým nebolo možné z technických dôvodov (napr. nízky počet hospitalizačných prípadov) stanoviť relatívnu váhu.
- Prílohy – obsahujúce zoznamy pripočítateľných položiek:
 - Príloha 1 – Lieky a liečivá
 - Príloha 2 – Eliminačné metódy
 - Príloha 3 – Iné výkony
 - Príloha 4 – Špeciálny zdravotnícky materiál (ŠZM)
 - Príloha 5 – Transfúzne lieky

8. Pripočítateľná položka v systéme DRG

Pripočítateľná položka v systéme DRG (DRG-pripočítateľná položka) predstavuje dotatočnú platbu k prípadovému paušálu a zúčtováva sa podľa podmienok definovaných pre konkrétnu položku v KPP. DRG pripočítateľná položka sa viaže vždy na kód zdravotného výkonu uvedeného v Zozname zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko- terapeutických skupín.

Osobitnú skupinu pripočítateľných položiek predstavujú transfúzne lieky. Pre zúčtovanie majú cenu určenú opatrením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003 z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v platnom znení.

9. Relatívna váha

Relatívna váha (RV) je vypočítaná hodnota, ktorá popisuje relatívnym vyjadrením priemerné náklady na hospitalizačný prípad príslušnej DRG skupiny. Je uvedená v KPP v stĺpci s označením „4“. Relatívne váhy sa stanovujú na základe údajov o nákladoch na jednotlivé hospitalizačné prípady nemocníc. Súčet relatívnych váh všetkých hospitalizačných prípadov sledovanej jednotky (napr. ÚZZ) za sledované obdobie sa označuje pojmom casemix.

10. Efektívna relatívna váha

Efektívna relatívna váha (eRV) zohľadňuje skutočnú ošetrovaciu dobu hospitalizačného prípadu. Pokiaľ je skutočná ošetrovacia doba mimo definovaný interval príslušnej DRG skupiny, do ktorej bol hospitalizačný prípad zaradený, je hodnota efektívnej relatívnej váhy znížená alebo zvýšená oproti hodnote RV danej DRG skupiny. Výpočet je uvedený v článku 3 tohto MU. Súčet efektívnych relatívnych váh všetkých hospitalizačných prípadov sledovanej jednotky (napr. ÚZZ) za sledované obdobie sa zvyčajne označuje pojmom efektívny casemix.

11. Počet hospitalizačných prípadov v sledovanom období

Pre výpočet počtu hospitalizačných prípadov za sledované obdobie je v systéme DRG rozhodujúci dátum prepustenia. Uvedené pravidlo platí aj pre novorodencov a hospitalizačné prípady s jedným ošetrovacím dňom.

12. Casemix-index

Casemix-index je aritmetickým priemerom relatívnych váh všetkých hospitalizačných prípadov sledovanej jednotky za sledované obdobie.

13. Jeden ošetrovací deň

Jeden ošetrovací deň je pre účely zúčtovania v systéme DRG definovaný ako príjem pacienta do ÚZZ v jeden kalendárny deň a prepustenie v ten istý kalendárny deň alebo nasledujúci kalendárny deň.

14. Ošetrovacia doba

Ošetrovacia doba (OD) je definovaná ako počet dní pobytu pacienta v ÚZZ 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.

15. Jeden deň na priepustke

Jeden deň na priepustke je definovaný ako jeden celý kalendárny deň, počas ktorého nebol pacient prítomný v nemocnici. To znamená, že ak bol pacient prepustený na priepustku v kalendárny deň x a vrátil sa do nemocnice v kalendárny deň x+1, nejde o jeden deň priepustky, v takomto prípade je počet dní na priepustke 0 (nula).

16. „Inlier“/„Outlier“

Pojmom „inlier“ sa označujú hospitalizačné prípady s počtom ošetrovacích dní, ktorý je v intervale medzi dolnou a hornou hranicou ošetrovacej doby príslušnej DRG skupiny, kam bol hospitalizačný prípad zaradený. Hospitalizačné prípady, ktoré majú ošetrovaciu dobu kratšiu, ako je dolná hranica alebo dlhšiu ako horná hranica ošetrovacej doby uvedená v KPP, sú označované ako „outlier“, a síce „dolný outlier“ pri kratšej ošetrovacej dobe než je dolná hranica a „horný outlier“ pri dlhšej ošetrovacej dobe, ako je horná hranica.

17. Vykazovanie hospitalizačných prípadov novorodencov

Za novorodenca sa považuje dieťa vo veku do 28 dní.

Hospitalizácia novorodenca a hospitalizácia matky novorodenca predstavujú dva hospitalizačné prípady, každý s vlastnými identifikátormi HP a samostatným zúčtovaním.

Pre vykazovanie druhu a dôvodu prijatia novorodencov platí:

- Druh prijatia „*narodenie novorodenca*“ sa vykáže v prípade, ak ide o novorodenca narodeného v danom ÚZZ alebo narodeného mimo ÚZZ a do nemocnice prijatého bezprostredne po pôrode.
- Za novorodenca bez ochorenia sa pre účely vykazovania v systéme DRG považuje novorodenec, ktorého hospitalizačný prípad je zaradený do DRG skupiny P66D alebo P67D. Za novorodenca s ochorením sa považujú iní novorodenci ako novorodenci podľa predchádzajúcej vety.
- Pri narodení novorodenca bez ochorenia v zmysle predchádzajúceho odstavca sa v dávke pre zúčtovanie vyказuje dôvod prijatia „*novorodenec*“. Ak ide o novorodenca s ochorením, vykáže sa dôvod prijatia „*ústavná zdravotná starostlivosť*“.
- Ak ide o preklad novorodenca späť, prijatie do inej nemocnice alebo opätovné prijatie, vyказuje sa hospitalizačný prípad novorodenca ako každý iný hospitalizačný prípad, samostatne s vlastným identifikátorom HP a v súlade s ustanoveniami uvedenými v bode 18 tohto článku.

18. Vykazovanie hospitalizačných prípadov detí vo veku do 60 dní

Podľa § 6 ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov je príslušnou zdravotnou poisťovňou dieťaťa odo dňa jeho narodenia tá zdravotná poisťovňa, v ktorej je alebo bola v čase narodenia dieťaťa verejne zdravotne poistená jeho matka; ak táto zdravotná poisťovňa nie je alebo nebola, je príslušnou zdravotnou poisťovňou dieťaťa zdravotná poisťovňa s najväčším počtom poistencov. Zákonný zástupca dieťaťa je povinný podať prihlášku v zdravotnej poisťovni do 60 dní od narodenia dieťaťa.

V súlade s vyššie uvedeným ustanovením platí nasledovné:

- Hospitalizačné prípady detí vo veku do 60 dní (vrátane novorodencov) bez potvrdenej prihlášky, alebo ak ÚZZ nemá informáciu o potvrdení prihlášky, vyказuje ÚZZ do zdravotnej poisťovne matky s uvedením identifikačného čísla matky (zvyčajne rodné číslo) ako samostatnú hospitalizáciu s vlastným identifikačným číslom hospitalizačného prípadu.
- Ak zákonný zástupca podal prihlášku do zdravotnej poisťovne dieťaťa v období 60 dní od narodenia a zdravotná poisťovňa prihlášku potvrdila, a ÚZZ má o tejto skutočnosti informáciu, vyказuje ÚZZ hospitalizačný prípad novorodenca do zdravotnej poisťovne dieťaťa na identifikačné číslo (rodné číslo) dieťaťa. V prípade, že zdravotná poisťovňa dieťaťa je iná ako zdravotná poisťovňa matky a poistenie dieťaťa sa začalo počas trvania hospitalizačného prípadu, celý hospitalizačný prípad sa vyúčtuje zdravotnej poisťovni dieťaťa (pozri aj bod 5. tohto článku: Zmena platiteľa počas trvania hospitalizačného prípadu).

Pre správne vykazovanie hospitalizačných prípadov novorodencov a detí do 60 dní veku a s tým súvisiace zúčtovanie prípadových paušálov sa odporúča, aby ÚZZ pri prepustení dieťaťa z ústavnej zdravotnej starostlivosti overilo priamo u zákonného zástupcu príslušnú zdravotnú poisťovňu a identifikačné číslo (rodné číslo) novorodenca/dieťaťa.

19. Zdravotnícke zariadenie iného typu

Pre účely tohto metodického usmernenia (Článok 3 bod 4 písmeno A. a B.) sa pod prijímajúcim ÚZZ **iného typu** rozumie zariadenie zaradené v dokumente „Základné sadzby“ pre aktuálny kalendárny rok v skupine nemocníc:

- Skupina 5: „Špecializované ústavy – ústavy srdcovo cievnych chorôb“.

ČLÁNOK 3

Pravidlá pre výpočet prípadových paušálov

1. Výpočet efektívnej relatívnej váhy pre hospitalizačný prípad typu „inlier“

Ak sa počet ošetrovacích dní hospitalizačného prípadu nachádza v intervale definovanom dolnou a hornou hranicou ošetrovacej doby uvedenej v KPP (stĺpec 6 a stĺpec 8 listu „DRG s relatívnou váhou“), hospitalizačnému prípadu prináleží relatívna váha príslušnej DRG skupiny, do ktorej je HP zaradený (stĺpec 4).

2. Výpočet efektívnej relatívnej váhy pre hospitalizačný prípad typu „horný outlier“

Ak ošetrovacia doba hospitalizačného prípadu pacienta prekročí hornú hranicu ošetrovacej doby (OD_{hh}), ktorá je uvedená pre DRG skupinu v KPP (stĺpec 8), vypočíta sa eRV pre daný hospitalizačný prípad nasledovne:

$$eRV = RV + DNI_{zvýšenia} * dRV_{hh}$$

kde dRV_{hh} je relatívna váha stanovená pre jeden ošetrovací deň nad hornou hranicou ošetrovacej doby a je uvedená v KPP v stĺpci 9. Počet dní pre výpočet zvýšenia sa vypočíta ako rozdiel skutočnej dĺžky ošetrovacej doby a hornej hranice ošetrovacej doby (OD_{hh}) pre danú DRG skupinu.

$$DNI_{zvýšenia} = OD - OD_{hh}$$

3. Výpočet efektívnej relatívnej váhy pre hospitalizačný prípad typu „dolný outlier“

Ak je ošetrovacia doba hospitalizačného prípadu kratšia ako dolná hranica ošetrovacej doby (OD_{dh}) uvedená v KPP (stĺpec 6), zníži sa hodnota relatívnej váhy v závislosti od počtu dní, ktoré chýbajú do dosiahnutia v katalógu definovanej dolnej hranice ošetrovacej doby ($DNI_{zníženia}$). Zníženie relatívnej váhy sa vypočíta pre konkrétny hospitalizačný prípad ako súčin dní chýbajúcich do katalógovej dolnej hranice ošetrovacej doby ($DNI_{zníženia}$) a dennej relatívnej váhy pre zníženie (stĺpec 7 v KPP):

$$eRV = RV - DNI_{zníženia} * dRV_{dh}$$

dRV_{dh} je denná relatívna váha pri ošetrovacej dobe kratšej, ako je dolná hranica. Počet dní chýbajúcich do dolnej hranice ošetrovacej doby sa vypočíta nasledovne:

$$DNI_{zníženia} = OD_{dh} - OD$$

4. Výpočet efektívnej relatívnej váhy pri externých prekladoch

Za externé preloženie sa v zmysle tohto MU považuje také preloženie pacienta medzi ÚZZ v systéme úhrad podľa DRG, keď medzi prepustením z nemocnice a prijatím do inej nemocnice uplynulo menej ako 24 hodín a nebolo preukázané, že medzi hospitalizáciami nie je žiadna kauzálna súvislosť.

Ustanovenia pre zníženie relatívnej váhy uvedené v tomto bode pod písmenami A. a B. sa nevzťahujú na preklady z ÚZZ do iného ÚZZ (nemocnice) pre tie hospitalizačné prípady, ktoré sú zaradené do DRG skupín označených v KPP v stĺpci 11 „Prekladový prípadový paušál“ symbolom „x“. Vo všetkých ostatných prípadoch sa eRV počíta podľa ustanovení uvedených v tomto bode MU, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.

Relatívna váha sa znižuje, ak je ošetrovacia doba hospitalizačného prípadu kratšia ako stredná hodnota ošetrovacej doby uvedená v KPP pre danú DRG skupinu.

A. Zníženie relatívnej váhy v prekladajúcom ÚZZ

V prípade prekladu pacienta do iného ÚZZ sa pre prekladajúce ÚZZ uplatňuje zníženie relatívnej váhy vtedy, ak ošetrovacia doba pacienta v tomto zariadení bola kratšia ako v KPP uvedená stredná hodnota ošetrovacej doby (stĺpec 5). To neplatí v prípade, ak je prekladaný pacient, ktorý bol prijatý do prekladajúceho zariadenia (Článok 2 bod 19) pod druhom prijatia „3 – Neodkladné preloženie“ za podmienok uvedených pod písm. B.

Hodnota zníženia sa pre konkrétny hospitalizačný prípad určí ako súčin počtu dní, ktoré sa zohľadňujú pre účely zníženia ($DNI_{zníženia}$) a hodnoty dennej relatívnej váhy pre zníženie pri externom preložení (dRV_{ep}) podľa KPP (stĺpec 10).

Efektívna relatívna váha a dni pre zníženie sa vypočítajú nasledovne:

$$eRV = RV - DNI_{zníženia} * dRV_{ep}$$

$$DNI_{zníženia} = OD_{shR} - OD$$

OD_{shR} je stredná hodnota ošetrovacej doby podľa KPP, matematicky zaokrúhlená na celé číslo.

B. Zníženie relatívnej váhy v prijímajúcom ÚZZ

Ak bola hospitalizácia v prekladajúcom ÚZZ dlhšia ako 24 hodín, uplatňuje sa v prijímajúcom ÚZZ zníženie RV podľa rovnakých ustanovení ako v prekladajúcom zariadení, tzn. ak je ošetrovacia doba v tomto zariadení kratšia ako stredná hodnota ošetrovacej doby, dochádza k zníženiu relatívnej váhy. Ak bola hospitalizácia v prekladajúcom ÚZZ kratšia ako 24 hodín, tak sa predmetné zníženie neuplatňuje. Zníženie RV v prijímajúcom ÚZZ sa neuplatní ani v prípade, ak prijímajúcim zariadením je zdravotnícke zariadenie iného typu (Článok 2 bod 19) za účelom poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti (§2 ods.3 zákona č. 576/2004 Z. z. v platnom znení). Poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti musí byť v súlade so štandardnými diagnosticko-terapeutickými postupmi s vykázaním aspoň jedného z vybraných operačných, intervenčných alebo diagnostických výkonov zo skupín výkonov uvedených v Prílohe č. 1 k tomuto MU a poskytnutie tohto výkonu nie je dostupné v prekladajúcom zdravotníckom zariadení, a to bez ohľadu na dĺžku ošetrovacej doby hospitalizačného prípadu v prijímajúcom ÚZZ pri vykázaní druhu prijatia „3 – Neodkladné preloženie“.

5. Prípadový paušál za hospitalizačný prípad v DRG skupine bez relatívnej váhy

Spôsob a výšku úhrady za hospitalizačné prípady, zaradené do DRG skupín bez relatívnej váhy, si dohaduje zmluvne poskytovateľ zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou.

6. Prípadový paušál pri orgánových transplantáciách

Formou prípadového paušálu sa uhrádza poskytnutá ústavná zdravotná starostlivosť počas hospitalizácií príjemcu alebo žijúceho darcu. Prípadovým paušálom nie sú uhrádzané, a preto sú samostatne zúčtovateľné, nasledovné výkony súvisiace s transplantáciami:

- výkony súvisiace s odberom orgánov/tkanív od mŕtveho darcu,
- výkony súvisiace s perfúziou (manuálnou alebo prístrojovou), uchovaním a transportom odobratého orgánu,
- ambulantné vyšetrenia žijúceho darcu pred odberom orgánu na transplantáciu vykonané v čase mimo hospitalizáciu,
- ambulantné vyšetrenia príjemcu pred transplantáciou vykonané v čase mimo hospitalizáciu,
- náklady súvisiace s prepravou žijúceho darcu, prípadne s odobratým orgánom od žijúceho darcu na transplantáciu.

ČLÁNOK 4

Pravidlá pre zlučovanie hospitalizačných prípadov

1. Zlučovanie pri preklade pacienta späť

Ak je pacient z jedného ÚZZ preložený do iných ÚZZ a z týchto zariadení je v priebehu 30 kalendárnych dní od prepustenia z prvej hospitalizácie preložený späť do toho istého zdravotníckeho zariadenia, je toto zdravotnícke zariadenie povinné zlúčiť údaje z prvej hospitalizácie a všetkých kauzálnych súvisiacich nasledujúcich hospitalizácií pacienta v danej nemocnici spadajúcich do stanoveného intervalu a aktualizovať zaradenie takto zlúčeného prípadu.

Zlučovanie podľa článku 4, bod 1 (preklad späť) sa neuplatňuje pre hospitalizačné prípady novorodencov (MDC 15).

2. Zlučovanie pri opätovnom prijatí pacienta do toho istého ÚZZ

Opätovné prijatie pacienta do tej istej nemocnice, ktoré sa uskutoční v určitých nižšie definovaných časových intervaloch a za určitých podmienok, je nemocnica v systéme DRG povinná zlúčiť do jedného hospitalizačného prípadu a vykázať ako jeden hospitalizačný prípad. Pre zlučovanie pri opätovnom prijatí platia kritériá uvedené ďalej.

Zlúčenie hospitalizácií do jedného hospitalizačného prípadu a vykázanie zlúčeného hospitalizačného prípadu sa vykoná:

- A. Ak je pacient znovu prijatý do toho istého zariadenia v časovom intervale do hornej hranice ošetrovacej doby príslušnej DRG skupiny, pričom výpočet časového intervalu sa vzťahuje k dátumu prijatia na prvú hospitalizáciu, ktorá je na základe tohto pravidla zlučovaná, a zároveň opakovaná hospitalizácia by bola zaradená do tej istej základnej DRG skupiny (ADRG).
- B. Ak je pacient znovu prijatý do toho istého zariadenia v časovom intervale do 30 kalendárnych dní odo dňa prijatia na prvú hospitalizáciu a zároveň v rámci tej istej MDC bola prvá hospitalizácia zaradená do „medicínskeho“ alebo „iného“ segmentu a druhá hospitalizácia do „operačného“ segmentu.
- C. Ak je pacient znovu prijatý do toho istého zariadenia v časovom intervale do hornej hranice ošetrovacej doby príslušnej DRG skupiny, pričom výpočet časového intervalu sa vzťahuje k dátumu prijatia na prvú hospitalizáciu a zároveň dôvodom pre takúto hospitalizáciu je komplikácia zdravotného stavu v súvislosti s predchádzajúcou hospitalizáciou, za ktorú preberá zodpovednosť zdravotnícke zariadenie (napr. nozokomiálna infekcia).

D. Zlučovanie podľa bodu 2 písm. C) sa nevzťahuje na nezvratiteľné vedľajšie účinky chemoterapie a rádioterapie v rámci onkologickej starostlivosti.

Zlúčenie hospitalizácií podľa bodu 2 písm. A) a B) tohto článku a nové zaradenie zlúčeného hospitalizačného prípadu v zmysle vyššie uvedených podmienok sa nevzťahuje na prípady tých DRG skupín, ktoré sú v KPP v stĺpci 12 „*Výnimka pri opakovanom prijatí*“ označené symbolom „x“. Pritom postačuje, aby len jedna z posudzovaných hospitalizácií bola zaradená do DRG skupiny, ktorá má v KPP uvedené označenie.

Pri zlučovaní podľa bodu 2 tohto článku je potrebné vykonať zaradenie každého jednotlivého hospitalizačného prípadu do DRG skupiny. Zdravotnícke zariadenie je povinné zlúčiť do jedného hospitalizačného prípadu všetky predchádzajúce hospitalizácie pacienta v tom istom zdravotníckom zariadení a vykonať nové zaradenie zlúčeného hospitalizačného prípadu do DRG skupiny. Ošetrovacia doba sa stanoví ako súčet ošetrovacích dôb všetkých zlučovaných hospitalizačných prípadov pacienta v jednom zdravotníckom zariadení.

3. Postup pri kombinovaných zlučovaniach viacerých hospitalizačných prípadov

Zlúčiť do jedného prípadu je možné hospitalizácie aj z kombinovaných dôvodov, tzn. preloženie naspäť a opakované prijatie. Pri posudzovaní kombinovaných zlučovanií sa uplatňuje chronologické overenie hospitalizácií.

Časový interval, ktorý je rozhodujúci pre overenie zlučovania hospitalizačných prípadov (horná hranica ošetrovacej doby alebo 30 kalendárnych dní od prijatia), sa riadi prvou hospitalizáciou, ktorá zlúčenie vyvolala. Príklady jednotlivých kombinovaných zlúčení sú uvedené v samostatnom dokumente, ktorý vydáva a podľa potreby aktualizuje Centrum pre klasifikačný systém a zverejňuje na webovom sídle úradu.

4. Výpočet intervalu pre overenie povinnosti zlučovania

Interval pre posúdenie povinnosti zlučovania hospitalizačných prípadov podľa kritérií stanovených v tomto MU pre zlučovanie hospitalizačných prípadov pri opakovanom prijatí (článok 4, bod 2) sa začína dňom prijatia. To znamená, že deň prijatia pacienta na hospitalizáciu sa do príslušného intervalu započítava.

Obdobné ustanovenie platí aj pre deň prepustenia pri prekladoch späť (článok 4, bod 1). Deň prepustenia sa v týchto prípadoch takisto do intervalu započítava.

5. Zlučovanie hospitalizačných prípadov s ošetrovacou dobou jeden deň

Ak sa zlučujú dva hospitalizačné prípady uskutočnené v rozličné dni, ktorých dĺžka ošetrovacej doby je jeden deň (to znamená prepustenie v ten istý deň ako dátum prijatia alebo na nasledujúci deň), vykazuje sa pre zlúčený hospitalizačný prípad ošetrovacia doba 2 dni.

Pri zlúčení dvoch jednoduchých prípadov, ktorých prijatia spadajú na rovnaký kalendárny deň, je výsledná dĺžka ošetrovacej doby zlúčeného prípadu 1 deň.

6. Zlučovanie hospitalizačných prípadov uskutočnených v dvoch kalendárnych rokoch

Ak sa zlučujú hospitalizačné prípady, ktoré boli uskutočnené v dvoch po sebe nasledujúcich kalendárnych rokoch, pričom v každom roku je platná iná verzia DP a KPP, prípadne iné klasifikačné zoznamy a ďalšie parametre definujúce prípadový paušál, zlúčený hospitalizačný prípad sa posudzuje a zaraďuje podľa podmienok platných pre prvý zo zlučovaných hospitalizačných prípadov.

ČLÁNOK 5

Osobitné ustanovenia

Postupy definované týmto MU sa vzťahujú na poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa zoznamu uvedeného v dokumente Základné sadzby, ktorý vydáva a zverejňuje CKS podľa § 20b ods. 3 písm. c) zákona č. 581/2004 Z. z. na webovom sídle úradu.

Poskytovatelia zaradení do systému DRG vykazujú a zúčtovávajú zdravotnú starostlivosť dávkou 274b definovanou v aktuálne platnom MU úradu o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou.

Pre zúčtovanie zdravotnej starostlivosti v systéme DRG v zmysle tohto MU je záväzný katalóg prípadových paušálov v aktuálnom znení zverejňovaný na webovom sídle úradu.

ČLÁNOK 6

Zrušovacie ustanovenia

Týmto MU sa ruší platnosť dokumentu Hospitalizačný prípad a parametre definujúce prípadový paušál v systéme úhrad podľa DRG verzia 1.1.

ČLÁNOK 7

Záverečné ustanovenie

Toto MU v znení novely č. 2 nadobúda účinnosť dňa 01.01.2021.

V Bratislave dňa 23.11.2020

Ing. Ján Kohútik
zástupca predsedu
v. r.