

**Dodatok č. 10
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 3007NSP2000117**

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

Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica

zastúpený: MUDr. Igor Steiner, riaditeľ
so sídlom: Nemocničná 986, 017 26 Považská Bystrica
IČO: 00610411
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P50945
(ďalej len "poskytovateľ")
(spoločne aj „zmluvné strany“)

uzatvárajú tento dodatok č. 10 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 3007NSP2000117 (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. V texte bodu 4.6. písm. g) článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vypúšťa posledná veta.
2. Text bodu 5.2. článku V zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„5.2. Výška globálneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je
a) **38.032,- eur**, ak pre daný kalendárny mesiac z písm. b) toho bodu zmluvy nevyplyva iná výška globálneho rozpočtu,
b) **43.361,- eur** v období od 01.02. 2019 do 28.02.2019.“.
3. V texte bodu 6.1. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa posledná veta mení a znie nasledovne:
„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 účtovacie obdobie.“.
4. V texte bodu 10.3. článku X zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „30.6.2019“ nahrádzajú slovami „31.12.2019“.
5. Príloha 2c k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
6. 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 01.02.2019. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa článku 1 tohto dodatku aj za obdobie od 01.02.2019 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.

4. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť dňom jeho zverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

Bratislava dňa2019

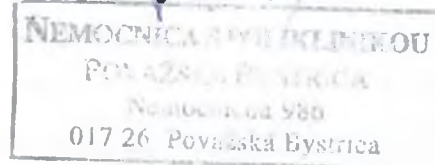
Union zdravotná poisťovňa, a.s.

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

Považská Bystrica dňa2019

Nemo
Považ

.....
MUDr. Igor Steiner, 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 zdravotnou 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 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 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 závislosť, 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 **913,- €**.
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 medziročnú zmenu casemix indexu a/alebo zmenu zákonných- mzdových nárokov zdravotníckych pracovníkov (MRZ) zmluvných poskytovateľov zdravotnej poisťovne poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, ktorú je možné hradiť systémom DRG ktorú nezohľadnil výpočet základnej sadzby podľa dokumentu uvedeného v čl. IV bod 1 písm. d) tejto prílohy. SumHP sa vypočíta podľa nasledovného vzorca:

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

MRZ je pre kalendárny rok 2019 vo výške 1. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na zmene MRZ pre obdobie nasledujúce po kalendárnom roku 2019, použije sa v nasledovnom kalendárnom roku (a v každom ďalšom, pre ktorý sa zmluvné strany nedohodnú na zmene) hodnota uvedená 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) poskytnutú poistencovi poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas trvania hospitalizácie,
 - b) poskytnutú poistencovi 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 poistencovi kedykoľvek po prepustení z hospitalizácie 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 poistencovi 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 odporúčaní 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 odporúčaní 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 záchrannnej zdravotnej služby poskytnuté poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.
6. Zdravotná poisťovňa uhradí zdravotné výkony poskytnuté poistencovi 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		Preddávový prípadový paušál	Výnimka pri opalovnom prijatí
					Dolná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň	Horná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň	Relatívne váhy / deň	Relatívne váhy / deň		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
B76A	M	Záchvaty, viac ako jeden deň hospitalizácie, s komplexnou diagnostikou a liečbou	0,8776		2		10	0,0358		x		
E76A	M	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,6820		20	0,1616	42	0,0323		x		
B61B	M	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 dní ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,9168		2	0,0875	30	0,0350		x		
		Ostatné skupiny	1,0607									

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. Prípočítateľné položky

- V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pri dodržaní všetkých preskripčných a indikačných obmedzení, množstevných a finančných limitoch, prípadne iných podmienok použije zdravotnícky materiál, poskytne liek a/alebo výkon, ktorý je v súlade s prílohami Katalógu prípadových paušálov, ktorý je možné považovať za prípočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu, vykáže ju na úhradu zdravotnej poisťovni v súlade s dokumentom uvedeným v čl. IV bod 1 písm. c) tejto prílohy, Katalógom prípadových paušálov a dokumentom s názvom „Prípočítateľné položky DRG“ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne.
- Ak je v Katalógu prípadových paušálov a dokumente „Prípočítateľné položky DRG“ uvedená cena, zdravotná poisťovňa uhradí prípočítateľnú položku k hospitalizačnému prípadu do výšky obstarávacej ceny použitého zdravotníckeho materiálu, lieku alebo výkonu, najviac však do výšky ceny uvedenej v Katalógu prípadových paušálov. Ak je obstarávacia cena prípočítateľnej položky vyššia ako cena uvedená v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady hospitalizačného prípadu, v súvislosti s ktorým bola prípočítateľná položka vykázaná. Poskytovateľ dokladuje obstarávaciu cenu kópiami nadobúdacích dokladov, ak si ich zdravotná poisťovňa vyžiada.
- Ak nie je v Katalógu prípadových paušálov ani v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“ uvedená cena, poskytovateľ vopred požiada zdravotnú poisťovňu o jej dohodnutie. Súčasťou žiadosti o dohodnutie ceny je predloženie nadobúdacích dokladov ku konkrétnej prípočítateľnej 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 prípočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ môže požiadať o schválenie ceny prípočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní od poskytnutia tejto zdravotnej starostlivosti poistencovi.
- Ak zdravotná poisťovňa zistí, že obstarávacia cena prípočítateľnej položky, ktorá bola dohodnutá podľa bodu 3 tohto článku, je nižšia ako cena uvedená v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“, zdravotná poisťovňa z vlastného podnetu opätovne pristúpi k prehodnoteniu jej ceny podľa bodu 3 tohto článku.
- Pre jednotlivé prípočítateľné položky je relevantná maximálna alebo dohodnutá cena uvedená v dokumente „Prípočítateľné položky DRG“ uverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne, ak sa zmluvné strany počas dohadovania ceny podľa bodu 3 nedohodli inak. Ak je dokument „Prípočítateľné 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

- 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:
 - definíciu príručky, ktorá obsahuje klasifikačný systém s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov a k nim prislúchajúcich logických výrazov a tabuliek,
 - katalóg prípadových paušálov,
 - 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. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že pod parametrami hospitalizačného prípadu podľa písm. c) bodu 1 tejto časti tejto prílohy sa rozumie dokument vydaný Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pod názvom Hospitalizačný prípad a parametre definujúce prípadový paušál v systéme úhrad podľa SK- DRG. Pri zlučovaní hospitalizačných prípadov sa postupuje najmä podľa tohto dokumentu a Metodického usmernenie č. 5/3/2015 Spracovanie a vykazovanie zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou..
 3. 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.
 4. 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.
 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.