

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

vestník

číslo 17/2013

obsah:

str. 2 **Platobná schopnosť zdravotných poisťovní – október 2013**

str. 3 - 7 Metodické usmernenie č. 3/2/2012

**Elektronické chybové protokoly zo spracovania dávok od
poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**

Príloha k MU č. 3/2/2012 str. 5 - 7

december 2013

**Úrad v súlade s § 20 ods. 2 písm. n) zákona č. 581/2004 Z. z. uverejňuje údaje
o platobnej schopnosti zdravotných poisťovní za mesiac október 2013**

PLATOBNÁ SCHOPNOSŤ ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Podľa § 14 ods. 2 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.“) účinnnej od 01.07.2012, platobná schopnosť zdravotnej poisťovne sa **preukazuje** schopnosťou uhrádzať svoje záväzky voči poskytovateľom v lehote, ktorá nepresiahne 30 kalendárnych dní odo dňa zmluvne dohodnutej lehoty splatnosti záväzkov voči poskytovateľom.

Podľa § 14 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z. platobná schopnosť zdravotnej poisťovne podľa § 14 odsek 2 **je zabezpečená**, ak zdravotná poisťovňa neeviduje ku dňu, ku ktorému sa platobná schopnosť vykazuje, záväzky voči poskytovateľom, ktoré sú viac ako 30 dní po lehote splatnosti, v objeme prevyšujúcom 0,2 % objemu všetkých záväzkov podľa odseku 5 počas troch po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov. To neplatí, ak ide o záväzky voči poskytovateľom, ktoré nie sú uhradené z právne uznaných dôvodov. Za právne uznané dôvody podľa predchádzajúcej vety sa považujú právne skutočnosti podľa osobitných predpisov, na základe ktorých zdravotná poisťovňa nemôže uhradiť záväzky voči poskytovateľom v lehote splatnosti, pretože je povinná uhradiť záväzok na účet tretej osoby alebo nemôže uhradiť záväzok, pretože nemá vedomosť o tom, komu, alebo v akej výške má záväzok uhradiť.

Platobná schopnosť zdravotných poisťovní za mesiac október 2013

VŠZP	ukazovateľ	vykázaná hodnota	splnenie PS podľa §14 ods.2 a 3
§ 14 ods.2	Záväzky po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznaných dôvodov)	0	áno
§ 14 ods.3	Podiel záväzkov po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznaných dôvodov) na objeme všetkých záväzkov podľa ods. 5	0	áno

Dôvera ZP	ukazovateľ	vykázaná hodnota	splnenie PS podľa §14 ods.2 a 3
§ 14 ods.2	Záväzky po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznaných dôvodov)	0	áno
§ 14 ods.3	Podiel záväzkov po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznaných dôvodov) na objeme všetkých záväzkov podľa ods. 5	0	áno

Union ZP	ukazovateľ	vykázaná hodnota	splnenie PS podľa §14 ods.2 a 3
§ 14 ods.2	Záväzky po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznaných dôvodov)	0	áno
§ 14 ods.3	Podiel záväzkov po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznaných dôvodov) na objeme všetkých záväzkov podľa ods. 5	0	áno

Metodické usmernenie č. 3/2/2012

Elektronické chybové protokoly zo spracovania dávok od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Článok 1 Úvodné ustanovenie

Toto metodické usmernenie vydáva Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) v zmysle § 20 ods. 2 písm. l) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Článok 2 Predmet a účel

- 1) Toto metodické usmernenie popisuje jednotný elektronický spôsob oznamovania chýb zdravotnými poisťovňami k vybraným elektronickým dávkam od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
- 2) Spätné chybové dávky budú zdravotné poisťovne zasielať ku všetkým dávkam, ktoré zasielajú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti podľa metodického usmernenia úradu č. 9/2006 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou a metodického usmernenia úradu č. 10/2006 o spracovaní a vykazovaní lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov elektronickou formou v ich aktuálne platných zneniach.
- 3) Spätné chybové dávky budú zdravotné poisťovne zasielať k nasledovným dávkam:
 - vykazovanie výkonov vo všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
 - vykazovanie výkonov v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
 - vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti,
 - vykazovanie výkonov v doprave,
 - vykazovanie návrhov na zaradenie do dispenzárnej starostlivosti,
 - vykazovanie návrhov na zaradenie do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti,
 - spracovanie lekárskeho predpisov a výpisov z lekárskeho predpisov,
 - spracovanie lekárskeho poukazov okrem očnej optiky,
 - spracovanie lekárskeho poukazov - očná optika.
- 4) Povinnosť zasielania Prehľadu finančného zúčtovania vykázaných zdravotnej starostlivosti zdravotnými poisťovňami ostáva. Prehľad finančného zúčtovania musí obsahovať celkový sumár podľa typov zdravotnej starostlivosti.
- 5) Elektronický chybový protokol nahrádza papierový protokol sporných dokladov. Elektronické chybové protokoly sprístupnia zdravotné poisťovne na svojich internetových portáloch so zabezpečeným prístupom pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Článok 3

Dátové rozhranie

Zdravotné poisťovne v prípade nimi identifikovaných chýb v dávkach uvedených v článku 2 odsek 3, prijatých od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zasielajú spätné chybové dávky v elektronickej forme podľa jednotného dátového rozhrania, ktoré je uvedené v prílohe č. 1.

Článok 4

Prechodné ustanovenie

Zdravotná poisťovňa zasiela chybové protokoly poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti duálne, a to až do doby vydania a nadobudnutia účinnosti ďalšej novely tohto metodického usmernenia.

Článok 5

Záverečné ustanovenie

Toto metodické usmernenie v znení novely č. 2 nadobúda účinnosť 1.12.2013.

V Bratislave 28.11.2013

MUDr. Monika Pažinková, MPH, MBA
predsedníčka

Dátové rozhranie pre chybové spätné dávky

V dávkach budú zdravotné poisťovne priebežne v jednotnej elektronickej forme odosielať oznámenia o chybách v pôvodných dávkach, ktoré prijali od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Predkladajú: **zdravotné poisťovne ako odpovedné chybové dávky voči dávkam od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**

Smer: ZP -> PZS

Typ dávky:

- 751c - chybné vykazovanie výkonov vo všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (k dávke 751)
- 753c - chybné vykazovanie výkonov v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (k dávke 753)
- 774c - chybné vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti (k dávke 774)
- 793c - chybné vykazovanie výkonov v doprave (k dávke 793)
- 799c - chybné vykazovanie návrhov na zaradenie do dispenzárnej starostlivosti (k dávke 799)
- 798c - chybné vykazovanie návrhov na zaradenie do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti (k dávke 798)
- 237c - chybné spracovanie lekárskeho predpisu a výpisu z lekárskeho predpisu (k dávke 237)
- 239c - chybné spracovanie lekárskeho poukazu okrem očnej optiky (k dávke 239)
- 738c - chybné spracovanie lekárskeho poukazu - očná optika (k dávke 738)

Početnosť: priebežne

Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky:

ZZ_TYPAVKY_NNN_POVODNYNAZOVDVKY.XXX.TYP, kde ZZ= kód ZP, TYPAVKY= pôvodný typ zaslanej dávky od PZS, NNN = poradové číslo dávky v rámci FA, POVODNYNAZOVDVKY.XXX = pôvodný názov súboru od PZS, TYP = typ tejto dávky

Národné prostredie: txt formát ISO 8859.2 (ISO Latin 2)

Oddelovací znak: | - tento oddelovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku

Obsah dávky: identifikácia dávky
záhlavie dávky
vety tela dávky

Identifikácia dávky:

Prvú až n-tú položku riadku identifikácie dávky bude tvoriť kompletný riadok identifikácie dávky z pôvodnej dávky, ku ktorej zdravotná poisťovňa posielala toto chybové hlásenie. Za n-tou položkou budú nasledovať tieto ďalšie položky:

No.	Názov položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
n+1	POČET RIADKOV V DÁVKE	p	int	1-6
n+2	DÁTUM VYTVORENIA DÁVKY	p	char	8-8

Vysvetlivky k položkám:

POČET RIADKOV V DÁVKE - udáva sa tu počet riadkov tela dávky
DÁTUM VYTVORENIA DÁVKY – dátum je vo formáte RRRRMMDD

Záhlavie dávky:

Prvú až n-tú položku riadku záhlavia dávky bude tvoriť kompletný príslušný riadok záhlavia z pôvodnej dávky, ku ktorej zdravotná poisťovňa posielala toto chybové hlásenie.

Veta tela dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1	ČÍSLO RIADKU POVODNEJ DÁVKY	p	int	1-6
2	CHYBNÁ POLOŽKA	p	int	1-2
3	TYP ODMIETNUTIA	p	char	1-1
4	KÓD CHYBY	p	char	1-10
5	POPIS CHYBY	p	char	1-250
6	DÔVOD - DOPLŇUJÚCI POPIS		char	1-250
7	MNOŽSTVO		float	8,2
8	CENA		float	8,2
9	REVIDOVAL		char	30

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

ČÍSLO RIADKU POVODNEJ DÁVKY – poradové číslo riadku z pôvodnej dávky vykazanej zdravotnej starostlivosti od PZS alebo číslo lekárskeho predpisu alebo poukazu

CHYBNÁ POLOŽKA - poradové číslo chybné položky v rámci riadku pôvodnej dávky

TYP ODMIETNUTIA - oznámenie o neakceptácii (odmietnutí) riadku = „O,“ príp. čiastočnej akceptácii riadku = Q

KÓD CHYBY - kód chyby podľa jednotného číselníka príslušnej ZP; číselník zverejnený na webovom sídle každej ZP

POPIS CHYBY - textové vysvetlenie chyby

DÔVOD - DOPLŇUJÚCI POPIS - tu zdravotná poisťovňa môže uviesť ďalšie podrobnosti odmietnutia

MNOŽSTVO - počet produktov – nula za odmietnutú, prípadne upravený počet za čiastočne odmietnutú položku (počet výkonov, ošetrovacích dní/lôžkodní, pripočítateľných položiek,...)

CENA - cena za produkt – nula za odmietnutú, prípadne cena za čiastočne odmietnutú položku

REVIDOVAL - meno revízneho pracovníka, ktorý daný riadok revidoval

V prípade identifikácie viacerých chýb v jednom riadku pôvodnej dávky (pri jednej alebo pri viacerých položkách), zašle zdravotná poisťovňa každú chybu na samostatnom riadku - to znamená, že riadok pôvodnej dávky bude zopakovaný toľkokrát, koľko v ňom bolo identifikovaných chýb.

Povinnosť „p“ znamená, že uvedenie položky je povinné.