

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Metodické usmernenie č. 3/1/2012

Elektronické chybové protokoly zo spracovania dávok od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

november 2012

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 vykazanej 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

1) 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

Zdravotné poisťovne zašlú prvýkrát spätné chybové dávky k dávkam za január 2013.

Článok 5

Záverečné ustanovenie

Toto metodické usmernenie v znení novely č. 1 nadobúda účinnosť 1.1.2013.

V Bratislave 21.11.2012

MUDr. Monika Pažinková, MPH, v. r.
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 vo 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 výpisov 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_TYPPDAVKY_NNN_POVODNYNAZOVDVKY.XXX.TYP, kde ZZ= kód ZP, TYPPDAVKY= 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)

Oddeľovací znak: | - tento oddeľovač 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:

Prvá až n-tú položku riadku záhlavia dávky bude tvoriť kompletný príslušný riadok záhlavia z pôvodnej dávky, ku ktorej zdravotná poisťovňa posla 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 vykázané zdravotnej starostlivosti od PZS alebo číslo lekárskeho predpisu alebo poukazu
- CHYBNÁ POLOŽKA** - poradové číslo chybnej 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 riadok pôvodnej dávky bude zopakovaný toľkokrát, koľko v ňom bolo identifikovaných chýb.

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