

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

vestník

číslo 9/2011

obsah:

- str. 2 **Platobná schopnosť zdravotných poisťovní – za jún 2011**
- str. 3 – 35 Metodické usmernenie č. 9/5/2006:
**Spracovanie a vykazovanie zdravotných výkonov
poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
elektronickou formou**

august 2011

Úrad v súlade s § 20 ods. 2 písm. n) zákona č. 581/2004 Z. z. uverejňuje údaje o platobnej schopnosti zdravotných poisťovní za mesiac jún 2011.

PLATOBNÁ SCHOPNOSŤ ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Podľa § 14 ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, sa platobná schopnosť preukazuje :

a) podielom vlastných zdrojov na poistnom po prerozdelení za predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacov, ktorý musí dosahovať hodnotu najmenej 3%,

b) podielom krátkodobých aktív k neuhradeným záväzkom voči poskytovateľom, ktorý musí dosahovať hodnotu najmenej 1,2 a

c) schopnosťou uhrádzať svoje záväzky voči poskytovateľom v lehote, ktorá nepresiahne 30 kalendárnych dní odo dňa zmluvne dohodnutej lehoty splatnosti záväzkov voči poskytovateľom.

Platobná schopnosť je zabezpečená (§14 ods. 6 v nadväznosti na ods. 2 písm.c), 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 0,5 % objemu všetkých záväzkov počas troch po sebe nasledujúcich mesiacov. To neplatí, ak ide o záväzky voči poskytovateľom, ktoré nie sú uhradené z právne uznateľných dôvodov.

Platobná schopnosť (PS) zdravotných poisťovní za mesiac jún 2011

VŠZP	parameter	vykázaná hodnota	PS: zabezpečená/nezabezpečená
§ 14ods.2 a)	vlastné zdroje ÷ poistné po prerozdelení		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 b)	krátkodobé aktíva ÷ krátkodobé záväzky		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 c)	záväzky voči PZS nad 30 dní	0	PS spĺňa
- § 14 ods. 6	záväzky po lehote nad 30 dní ÷záväzky voči PZS celkom	0	zabezpečená

Dôvera	parameter	vykázaná hodnota	PS: zabezpečená/nezabezpečená
§ 14ods.2 a)	vlastné zdroje ÷ poistné po prerozdelení		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 b)	krátkodobé aktíva ÷ krátkodobé záväzky		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 c)	záväzky voči PZS nad 30 dní	0	PS spĺňa
- § 14 ods. 6	záväzky po lehote nad 30 dní ÷záväzky voči PZS celkom	0	zabezpečená

Union	parameter	vykázaná hodnota	PS: zabezpečená/nezabezpečená
§ 14ods.2 a)	vlastné zdroje ÷ poistné po prerozdelení		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 b)	krátkodobé aktíva ÷ krátkodobé záväzky		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 c)	záväzky voči PZS nad 30 dní	0	PS spĺňa
- § 14 ods. 6	záväzky po lehote nad 30 dní ÷záväzky voči PZS celkom	0	zabezpečená

Metodické usmernenie č. 9/5/2006

Spracovanie a vykazovanie zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou júl 2011

Článok 1 Úvodné ustanovenie

Toto metodické usmernenie vydáva Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podľa § 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

- 1) Poskytovateľ ambulatnej zdravotnej starostlivosti vykazuje údaje o kapitovaných poistencoch elektronickou formou podľa dátového rozhrania, ktoré je uvedené v prílohe č. 1.
- 2) Poskytovateľ všeobecnej a špecializovanej ambulatnej zdravotnej starostlivosti spracováva a vykazuje ním poskytnuté výkony zdravotnej starostlivosti elektronickou formou podľa dátového rozhrania, ktoré je uvedené v prílohe č. 2.
- 3) Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti spracováva a vykazuje ním poskytnuté výkony v lôžkovej zdravotnej starostlivosti elektronickou formou podľa dátového rozhrania, ktoré je uvedené v prílohe č. 3.
- 4) Poskytovateľ prepravy a dopravy ako služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti spracováva a vykazuje ním poskytnuté výkony elektronickou formou podľa dátového rozhrania, ktoré je uvedené v prílohe č. 4.
- 5) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti spracováva a vykazuje zoznam poistencov navrhnutých na zaradenie do dispenzárnej starostlivosti elektronickou formou podľa dátového rozhrania, ktoré je uvedené v prílohe č. 5.
- 6) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti spracováva a vykazuje návrhy na zaradenie do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti elektronickou formou podľa dátového rozhrania, ktoré je uvedené v prílohe č. 6.
- 7) Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a poskytovatelia prepravy a dopravy ako služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti vykazujú výkony a údaje spracované podľa odsekov 1) až 6) príslušnej zdravotnej poisťovni.
- 8) Poskytovatelia vykazujú poskytnutú zdravotnú starostlivosť za poistencov EÚ s dátumom poskytnutia aj pred účinnosťou tohto metodického usmernenia podľa tohto metodického usmernenia.
- 9) Toto metodické usmernenie sa vydáva za účelom odporúčaného spoločného postupu spracovania a vykazovania zdravotných výkonov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti elektronickou formou. Nepredstavuje úpravu rozsahu úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť alebo uskutočnenú dopravu a nepredstavuje ani úpravu vzťahu medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo prevádzkovateľom dopravy.

Článok 3 Záverečné ustanovenie

Toto metodické usmernenie v znení novely č. 5 nadobúda účinnosť 1. novembra 2011.

V Bratislave 02. 08. 2011

MUDr. Ján Gajdoš, v.r.
predseda

Dátové rozhranie pre kapitáciuTyp dávky: **748 Hlásenie o počte – prírastku – úbytku poistencov u lekára**

Predkladajú: Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti poskytujúci všeobecnú starostlivosť, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti poskytujúci špecializovanú ambulantnú starostlivosť v odbore zubné lekárstvo a gynekológia a pôrodnictvo – zdravotnej poisťovni; v prípade, ak je tento spôsob zmluvne dohodnutý so zdravotnou poisťovňou

V dávke 748 sa vykazujú **len POISTENCI ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE SR**

Dávka je textový súbor bez formátovania a bez diakritiky

Obsah dávky: identifikácia dávky
záhlavie dávky
vety tela dávky

Početnosť: Za jedno zúčtovacie obdobie lekár môže vykázat maximálne

- jednu dávku s TYPOM HLÁSENIA = # (hlásenie o počte poistencov)
- jednu dávku s TYPOM HLÁSENIA = + (hlásenie o prírastku poistencov)
- jednu dávku s TYPOM HLÁSENIA = - (hlásenie o úbytku poistencov)

Lekár odovzdáva pobočke príslušnej zdravotnej poisťovne, s ktorou má uzatvorenú zmluvu, dávku/dávky 748 dohodnutým spôsobom.

Oddeľovací znak: | , oddeľovací znak | používať aj na konci riadku

Názov súboru: **davka.xxx**, kde **xxx** je poradové číslo dávky, napr. davka.001**Identifikácia dávky:**

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	CHARAKTER DÁVKY	p	char	1
2.	TYP DÁVKY	p	int	3
3.	IČO ODOSIELATELA DÁVKY	p	char	8
4.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY	p	date	RRRRMMDD
5.	ČÍSLO DÁVKY	p	int	6
6.	POČET DOKLADOV	p	int	6
7.	POČET MÉDIÍ	p	int	3
8.	ČÍSLO MÉDIA	p	int	3
9.	POISŤOVŇA-POBOČKA	p	int	4

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

CHARAKTER DÁVKY (používať veľké písmená)

N - nová

O - opravná

TYP DÁVKY - číselný kód dávky, 748.**POČET DOKLADOV** - obsahuje súčet dokladov (viet) tela dávky.**POISŤOVŇA-POBOČKA** - kód zdravotnej poisťovne a pobočky, s ktorou má PZS uzatvorenú zmluvu, napr. 2461, 2700**Záhlavie dávky:**

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	IDENTIFIKÁTOR PZS	p	char	6
2.	KÓD PZS	p	char	12
3.	KÓD LEKÁRA	p	char	9
4.	ÚVÄZOK LEKÁRA	p	float	3.2
5.	ZÚČTOVACIE OBDOBIE	p	char	RRRRMM
6.	TYP HLÁSENIA	p	char	1

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

IDENTIFIKÁTOR PZS – je v tvare **P99999**

KÓD PZS - je v tvare: **P99999SPPYZZ**, kde **P99999** je identifikátor PZS, **SPP** je odbornosť útvaru, **Y** je druh špecializovaného útvaru, **ZZ** je poradové číslo útvaru k príslušnej odbornosti

KÓD LEKÁRA – je v tvare **L99999SLL**, kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára

ÚVÄZOK LEKÁRA – úväzok lekára na dve desatinné miesta, napr. pri úväzku 50% uviesť 0.50

ZÚČTOVACIE OBDOBIE – v tvare **RRRRMM**, kde: **RRRR** – rok, **MM** – mesiac

TYP HLÁSENIA - hodnota tejto položky určuje, aký typ hlásenia sa predkladá, prípustné sú nasledujúce hodnoty:
– ak ide o hlásenie o počte poistencov
+ – ak ide o hlásenie o prírastku poistencov
- – ak ide o hlásenie o úbytku poistencov

Všetky hodnoty v položkách obsahujúcich kódy PZS a kódy lekárov, majú prvý znak povinne veľké písmeno.

Veta tela dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p	char	9-10
2.	DÁTUM VZNIKU/ZÁNIKU	p	date	RRRRMMDD
3.	PRIEZVISKO POISTENCA	p	char	1-36
4.	MENO POISTENCA	p	char	1-24

Povinnosť položiek má nasledujúci význam:

P = povinná položka

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

1. **Rodné číslo poistenca, BIČ** - je to údaj uvedený na preukaze zdravotnej poisťovne SR (bez označenia EÚ) v položke "Rodné číslo". Ak nie je známe rodné číslo, je v tejto položke uvedené bezvýznamové identifikačné číslo pridelené poistencovi Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Taktiež to môže byť údaj uvedený v Európskom preukaze zdravotného poistenia (EPZP) vydanom zdravotnou poisťovňou v SR v položke „Osobné identifikačné číslo“, ak sa poistenec preukazuje EPZP.
2. **Dátum vzniku/zániku** – dátum vzniku, resp. zániku dohody medzi lekárom a poistencom
3. **Priezvisko poistenca** – uvádza sa priezvisko (neskrátené) poistenca
4. **Meno poistenca** – uvádza sa meno poistenca

Dátové rozhranie pre ambulantnú starostlivosť

Typ dávky: **751 Vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti**

Predkladajú: **Poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti (VAS), gynekológovia, u ktorých je dohodnutá platba kapitáciou, zubní lekári, LSPP, záchranná ZS.**
Poskytovateľ ZS predkladá zdravotnej poisťovni pre každý kód PZS (ambulanciu) a kód lekára jednu dávku za príslušné zúčtovacie obdobie vo faktúre s poskytnutými zdravotnými výkonmi spoločne s pripočítateľnými položkami.

Dávka je textový súbor bez formátovania a bez diakritiky

Obsah dávky: identifikácia dávky
 záhlavie dávky
 vety tela dávky

Oddeľovací znak: | , oddeľovací znak | používať aj na konci riadku
 Názov súboru: **davka.xxx**, kde **xxx** je poradové číslo dávky, napr. davka.001

Identifikácia dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	CHARAKTER DÁVKY	p	char	1
2.	TYP DÁVKY	p	int	3
3.	IČO ODOSIELATEĽA DÁVKY	p	char	8
4.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY	p	date	RRRRMMDD
5.	ČÍSLO DÁVKY	p	int	6
6.	POČET DOKLADOV	p	int	6
7.	POČET MÉDIÍ	p	int	3
8.	ČÍSLO MÉDIA	p	int	3
9.	POISŤOVŇA-POBOČKA	P	int	4

Vysvetlivky k položkám:

CHARAKTER DÁVKY (používať veľké písmená) :

- N** - nová – t. j. dávka, ktorú zasiela PZS za ZS poskytnutú v príslušnom zúčtovacom období. Príslušné zúčtovacie obdobie je definované v zmluve s PZS ako obdobie, ktoré spravidla bezprostredne predchádza obdobiu zaslania dávky. Vykázaná ZS poskytnutá PZS je do ZP zasielaná prvýkrát. Toto definovanie dávky platí i pre charakter dávky E a I.
- O** - opravná – t. j. dávka, ktorú PZS zasiela ako reklamáciu neuznanej ZS, prípadne ako opravu, resp. doplnenie nesprávne alebo neúplne uvedených údajov vzhľadom na pôvodnú dávku. Reklamácia sa týka ZS, ktorá už bola vykázaná a ktorú ZP odmietla. Reklamácia buď opakuje vykázanú a neuznanú ZS, alebo ju nahrádza inou ZS u udaného poistenca v danom dni, u daného lekára a kódu PZS. Je sprevádzaná zaslaním odôvodnenia reklamácie. Toto definovanie dávky platí i pre charakter dávky F a J.
- A** - aditívna, dopĺňajúca dávka obsahuje chýbajúce riadky – t. j. dávka, ktorú zasiela PZS za ZS poskytnutú v inom ako príslušnom zúčtovacom období. Typickým prípadom je zaslanie dávky so starostlivosťou, ktorá bola v minulosti vykázaná do nepríslušnej ZP. Vykázaná ZS poskytnutá PZS je do ZP zasielaná prvýkrát. Toto definovanie dávky platí i pre charakter dávky G a K.
- E** - nová dávka za POISTENCOV EU
- F** - opravná dávka za POISTENCOV EU
- G** - aditívna dávka za POISTENCOV EU
- I** - nová dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ), poistencov

- podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.
- J** - opravná dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.
- K** - aditívna dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.

TYP DÁVKY - číselný kód dávky, 751
POČET DOKLADOV - obsahuje súčet dokladov (viet) tela dávky
ČÍSLO DÁVKY - obsahuje číslo dávky
POISŤOVŇA-POBOČKA- kód zdravotnej poisťovne a pobočky, s ktorou má PZS uzatvorenú zmluvu, napr. 2461, 2700

Záhlavie dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	IDENTIFIKÁTOR PZS	p	char	6
2.	KÓD PZS	p	char	12
3.	KÓD LEKÁRA	p	char	9
4.	ÚVÄZOK LEKÁRA	p	float	3.2
5.	ZÚČTOVACIE OBDOBIE	p	char	RRRRMM
6.	TYP STAROSTLIVOSTI	p	Int	3
7.	ČÍSLO FAKTÚRY		char	10
8.	MENA	p	char	3

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

IDENTIFIKÁTOR PZS – je v tvare **P99999**

KÓD PZS - je v tvare: **P99999SPPYZZ**, kde **P99999** je identifikátor PZS, **SPP** je odbornosť útvaru, **Y** je druh špecializovaného útvaru, **ZZ** je poradové číslo útvaru k príslušnej odbornosti

KÓD LEKÁRA – je v tvare **L99999SLL**, kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára

ÚVÄZOK LEKÁRA – úväzok lekára na dve desatinné miesta, napr. pri úväzku 50% uviesť 0.50. Úväzok lekára sa vzťahuje k špecializovanej zdravotnej starostlivosti, za ktorú sa dávka vykazuje

TYP STAROSTLIVOSTI – kód typu starostlivosti:

841 pre všeobecného lekára

842 pre gynekológa s kapitáciou

843 pre zubného lekára (odb. 016 alebo 115, ktorý má pridelený zdravotný obvod podľa § 2 ods. 22 zákona č. 576/2004 Z. z.), LSPP zubno-lekárska

849 pre LSPP mimo zubného lekárstva, Záchranná ZS (len pripočítateľné položky)

ČÍSLO FAKTÚRY – číslo faktúry PZS, použiť len numerické znaky (nepoužívať medzery, aritmetické operátory)

MENA – je povinné zadať: EUR

Všetky hodnoty v položkách obsahujúcich kódy PZS a kódy lekárov, majú prvý znak povinne veľké písmeno.

Veta tela dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	DEŇ	P	int	1-2
2.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p2	char	9-10
3.	MENO POISTENCA		char	1-60
4.	KÓD DIAGNÓZY	P	char	3-4
5.	KÓD VÝKONU		char	1-6
6.	POČET VÝKONOV	p(5)	int	2
7.	KÓD ZUBU PODĽA WHO	P5	char	2
8.	KOEFICIENT NÁROČNOSTI (PRE STOM, ADOS)		float	3.2

9.	TYP POISTENCA		char	1
10.	POČET BODOV		int	7
11.	POHYB POISTENCA		char	4
12.	PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA		char	3-6
13.	MNOŽSTVO	p(12)	float	8.2
14.	CENA	p(12)	float	8.2
15.	NÁHRADY		char	2-2
16.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p1	char	2-3
17.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p1	char	1-20
18.	POHLAVIE POISTENCA	p1	char	1

- p = povinná položka
p(i) = položka je povinná, ak je vyplnená i-ta položka,
p1 = položka je povinná iba v prípade, ak nie je vyplnená položka RODNÉ ČÍSLO, t. j. poistenec nemá pridelené rodné číslo
p2 = položka sa nevyplňuje, ak sú vyplnené položky ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA
p5 = položka je povinná, ak typ starostlivosti je 843, 845 (pre špecializačné odbory kategórie B – zubný lekár) a 847 (RTG vyšetrenia indikované zubným lekárom)"

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

- Deň** – deň vyšetrenia/ošetrenia daného zúčtovacieho obdobia - v tvare dd.
- Rodné číslo poistenca, BIČ** - je to údaj uvedený na preukaze zdravotnej poisťovne SR (bez označenia EU) v položke "Rodné číslo". Ak nie je známe rodné číslo, je v tejto položke uvedené bezvýznamové identifikačné číslo pridelené poistencovi Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Taktiež to môže byť údaj uvedený v Európskom preukaze zdravotného poistenia (EPZP) vydanom zdravotnou poisťovňou v SR v položke „Osobné identifikačné číslo“, ak sa poistenec preukazuje EPZP.
- Meno poistenca** – priezvisko (neskrátené) a meno poistenca (prípadne skratka mena).
- Kód diagnózy** – kódové alfanumerické označenie diagnózy podľa MKCH 10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia), vykazuje sa v troj- alebo štvormiestnom tvare, bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.
- Kód výkonu** – kódy výkonov v ambulantnej starostlivosti (všeobecnej, špecializovanej, SVLZ) je potrebné vykazovať podľa nariadenia vlády SR č. 223/2005 Z. z., ktorým sa mení nariadenie vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov a bodové hodnoty výkonov uvedené v nariadení vlády SR č. 226/2005 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhradza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci (ďalej len „zoznam výkonov“) alebo podľa zmluvne dohodnutých podmienok so zdravotnou poisťovňou. PZS môže výkon vykazať len vtedy, keď ho vykonal v celom rozsahu a riadne ho zaznamenal v zdravotnej dokumentácii.
Kódy preventívnych prehliadok vykazujú PZS so skupinami diagnóz Z00, Z01, Z34, Z35 a Z52 (všeobecní ambulantní lekári pre deti, dorast a dospelých Z00, Z52; gynekológovia Z01 a Z34 alebo Z35 pri prevencii v materstve, zubní lekári Z01, urológovia Z01, gastroenterológovia Z01). Kódy preventívnych výkonov, po dohode so zdravotnou poisťovňou, je možné vykazať aj ako štvormiestne.
Výkon – jeden ošetrovací deň v stacionári sa vykazuje po dohode so zdravotnou poisťovňou s kódom **8899**.
Výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti (v dávke typu 753) sa vykazujú v zmysle metodického pokynu Ministerstva zdravotníctva SR pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti (príloha 4).
- Počet výkonov** – počet výkonov. Ak sa uvedie počet výkonov 0 (nula), v položke POČET BODOV sa uvedie tiež 0 (nula).
- Kód zubu** – lokalizácia poskytnutého výkonu zdravotnej starostlivosti podľa WHO (kód zubu, dutiny ústnej, kvadrantu, sextantu).
- Koeficient náročnosti (zubných lekárov, ADOS)** – identifikácia špecifických podmienok pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vo forme desatinného čísla, napr. 0,75 (napr. pri náročnosti 75% uviesť 0,75, 100% uviesť 1.00). Ak je uvedený koeficient náročnosti, položka POČET BODOV sa navýši v závislosti od výšky koeficientu a zaokrúhli sa matematicky na celé číslo.
Ak sa výkon s koeficientom náročnosti poskytne jednému poistencovi viackrát za jeden deň, najskôr sa vykoná navýšenie a zaokrúhlenie bodové na celé číslo a následne sa prepočíta POČTOM VÝKONOV.
Např. počet bodov 150, koeficient náročnosti 75%, počet výkonov je 2. Počet bodov po zaokrúhlení je 263 a následne sa hodnota prepočíta počtom výkonov 2, čo je 526 bodov.
Algoritmus výpočtu ceny daného riadku:
[(hodnota bodu x koef. náročnosti) zaokrúhlená matematicky na celé číslo x cena bodu] zaokrúhlená na 2 des. miesta matematicky x počet výkonov

Hodnota bodu sa vynásobí koef. náročnosti, súčin sa zaokrúhli matematicky na celé číslo, potom sa prenásobí cenou bodu (uvedená na 6 des. miest) a tento súčin sa zaokrúhli na 2 des. miesta matematicky a na záver sa prenásobí počtom výkonov.

9. Typ poistenca – identifikácia špecifických podmienok pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti; označuje poistenca alebo výkon.

N – neodkladné výkony za akútne ošetrovaných poistencov.

Všeobecní lekári a gynekológovia vykazujú tieto výkony len u poistencov, s ktorými nemajú uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (za ktorých im nie je hrazená kapitácia), spolu s ostatnými výkonmi štandardným spôsobom, ale navyše vyplňujú príznak N pre typ poistenca. Uvedený spôsob vykazovania sa netýka prípadov zastupovania lekárov všeobecnej starostlivosti s kapitáciou počas čerpania dovolenky alebo choroby.

V **špecializovanej ambulantnej starostlivosti** sa pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti za akútne ošetrovaných poistencov tiež vykáže príznak N.

P – poistenec, ktorému je podaný liek v ambulancii nakúpený centrálnym nákupom v ZP.

S – spoluúčasť poistenca na úhrade celkovej ceny pri stomatologických náhradách a čelustnoortopedických aparátoch.

A – dialýzy a peritoneálne dialýzy u ambulantných pacientov.

U – dialýzy a peritoneálne dialýzy u hospitalizovaných pacientov.

D – peritoneálne dialýzy vykonané v domácnosti.

10. Počet bodov – počet bodov podľa „Zoznamu výkonov“, vyplňovanie počtu bodov nie je povinné. Ak je výkon zmluvne dohodnutý v cene v EUR, položka sa nevyplňuje. Ak je počet výkonov väčší ako jedna (PZS vykonal viac rovnakých výkonov v rámci jedného vyšetrenia, neplatí pre výkony zubného lekárstva), je pomerne navýšená položka POČET BODOV. Ak sa uvedie počet výkonov o (nula), v položke POČET BODOV sa uvedie tiež o (nula) – napr. vykazovaní pripočítateľných položiek.

11. Pohyb poistenca – vykazovanie pohybu poistenca v ambulantnej starostlivosti. Kód je štvormiestny v tvare „PSPP“.

Kód „P“ (pohyb) vyjadruje, do akého typu zdravotníckeho zariadenia bol poistenec odoslaný:

A – do ambulantného zariadenia, ADOS, stacionárov a na dialýzy

U – do ústavnej zdravotnej starostlivosti, LDCH, geriatrických centier psychiatrických liečební, vysoko špecializovaných odborných ústavov protidrogových centier

O – do odborného liečebného ústavu, prírodných liečebných kúpeľov

I – do iného zariadenia špecializovanej ambulantnej starostlivosti

S – na vyšetrenie/ošetrovanie do spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek – SVLZ

Z – uvedie zubný lekár v prípade, že ošetrovanie poistenca vykonal na základe žiadosti a odoslania iným zubným lekárom.

V prípade, že pri poskytnutom výkone poistencovi je uvedený kód „**Z016**“, bude výkon účtovaný s plnou cenou bodu. Ide o tie výkony, ktoré sa môžu vykazovať len v prípade splnenia podmienky špecializácie, kurzu, skúšky s certifikátom alebo so súhlasom revízneho lekára

X – uvedie čelustný ortopéd v prípade bezdôvodne prerušenej čelustnoortopedickej liečby na viac ako 6 mesiacov (kód „X053“)

Kód „SPP“ – vyjadruje odbornosť ambulantného alebo lôžkového zariadenia.

12. Pripočítateľná položka k výkonom:

➤ **Princíp vykazovania:**

Ak je k jednému výkonu realizovaných viacero pripočítateľných položiek, rozpisujú sa do viacerých riadkov podľa týchto pravidiel:

- v 1. riadku, v ktorom je uvedený kód výkonu s príslušným počtom výkonov a počtom bodov, sa vykazuje prvá pripočítateľná položka, napr. snímky, filmový alebo iný spotrebovaný dokumentačný materiál (CD, DVD, ...) podľa skutočnej spotreby a nákupnej ceny. Kódové označenie uvedených materiálov je pre **tradičný filmový materiál**:

SNIMK – bez rozlíšenia rozmerov

FOTO01 – pre rozmer 3 x 4

FOTO02 – pre rozmer 15 x 30

FOTO03 – pre rozmer 18 x 24

FOTO04 – pre rozmer 24 x 30

FOTO05 – pre rozmer 35 x 35

FOTO06 – pre rozmer 30 x 40

FOTO07 – pre rozmer 35 x 43

FOTO08 – pre rozmer 24 x 30 (pre mamografie)

FOTO09 – pre rozmer 18 x 24 (pre mamografie)

FOTO10 – pre rozmer A4

FOTO11 – pre rozmer 14 x 17 inch laser

FOTO12 – pre rozmer 8 x 10 inch laser

FOTO13 – pre rozmer A3

FOTO14 – pre rozmer 13 x 18
FOTO15 – pre rozmer 15 x 40
FOTO16 – pre rozmer 5 x 7
FOTO17 – pre rozmer 18 x 43
FOTO18 – pre rozmer 20 x 40

Bezsnímková archivácia sa vykazuje v tom istom riadku s kódom:

PACS – bez rozlíšenia, resp. na základe dohody so zdravotnou poisťovňou.

Výber a použitie kódov je podľa dohody so zdravotnou poisťovňou.

- v nasledujúcom riadku, v ktorom je uvedený ten istý kód zdravotného výkonu s počtom realizovaných výkonov o (nula) a počtom bodov o (nula), sa vykazuje ďalšia pripočítateľná položka, napr. kontrastná látka, rádiofarmakum a pod., používané v rádiológii a nukleárnej medicíne,
- v ďalších nasledujúcich riadkoch, v ktorých je uvedený ten istý kód zdravotného výkonu s počtom výkonov o (nula) a počtom bodov o (nula), sa vykazuje prípadná ďalšia pripočítateľná položka, napr. použité jednorazové zdravotnícke pomôcky (napr. ihly, zavádzače, katétre, infúzne sety, stenty, atď.),
- ak poskytovateľ ZS vykáže v 2. a ďalších riadkoch v počte výkonov iné číslo ako o, riadok bude odmietnutý ako duplicitný výkon.
- **Vyššie uvedené kódy sa vykazujú po dohode so zdravotnou poisťovňou.**

- **Lieky** – vykazuje sa kód lieku v tvare: „Cxxxxx“ („C“ je konštanta; „xxxxx“ vyjadruje presne 5-ciferné číslo, bez medzery);

- u liekov so spôsobom úhrady „A“ a „AS“ sa vykazuje kód lieku. Vykazujú sa lieky, ktoré sú uvedené v platnom opatrení MZ SR, ktorým sa vydáva zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia označené v stĺpci „Spôsob úhrady“ písmenom A;

- u liekov, nakúpených centrálnym nákupom, vykazujú príslušné špecializované ambulancie kód lieku. Za lieky nakúpené centrálnym nákupom považujeme lieky, ktoré nakupuje zdravotná poisťovňa a distribuuje k PZS. Ide o lieky podávané v ambulanciách, vydané poistencovi na domáce liečenie a vydané lôžkovým oddeleniam pri hospitalizácii poistenca;

- transfúzne lieky pripravené podľa § 29a zákona č. 140/1998 Z. z v znení neskorších predpisov;
- pokiaľ k jednému výkonu je podaných viac liekov ako pripočítateľných položiek, do riadku, v ktorom je uvedený výkon, sa uvádza jeden z podaných liekov, ďalšie sú vykazované v nasledujúcich riadkoch, kde je uvedený ten istý kód výkonu s počtom realizovaných výkonov o (nula).

- **Pripočítateľné položky k stomatologickým výkonom:**

- pre výkony D52 a D54 v zubnom lekárstve, u ktorých je k hodnote výkonu pripočítateľný fotomateriál v EUR, sa vykazuje:

<u>Kód výkonu</u>	<u>Kód prip. pol.</u>	<u>Množstvo</u>
D52	RTGIO	1
D54	OPG	1

- ďalej sa vykazujú zdravotnícke pomôcky, stomatologické náhrady a čelustnoortopedické aparáty (**v tvare Zxxxxx**), ktoré sa uhrádzajú na základe platného opatrenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorým sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia;

Pripočítateľné položky v rámci poskytovania záchranej ZS (lieky, príp. iné) sa vykazujú v ambulantnej dávke typu 751.

- 13. Množstvo** – u liekov so spôsobom úhrady „A“ a „AS“ a centrálnych nákupov sa vykazuje celým číslom počet podaných „základných vykazovacích jednotiek“ (ďalej ZVJ) z celého balenia lieku.

Základné vykazovacie jednotky stanovené zdravotnou poisťovňou sú uvedené v samostatnom „Zozname liekov so spôsobom úhrady A s vykazovacími jednotkami“. Zoznam obsahuje stanovenú ZVJ a počet ZVJ v príslušnom balení pre príslušný kód lieku. [Zoznam „A-liekov a AS liekov“ je dostupný na internete VŠZP.]

Stomatologické náhrady a čelustnoortopedické aparáty sa vykazujú podľa počtu kusov.

Základné vykazovacie jednotky používaných kontrastných látok a rádiofarmák sú súčasťou zoznamu „A-liekov“.

Pre ostatné množstvá pripočítateľných položiek sa vykazuje reálne podané množstvo, napr. pre snímky, archívne médiá, jednorazový spotrebný materiál, a. i.

- 14. Cena** – cena vzťahujúca sa k vykazanému kódu pripočítateľnej položky vynásobená množstvom. Cena pre lieky zabezpečované centrálnym nákupom ZP (hodnota položky 9 „TYP POISTENCA“ = P) a podané poistencovi v ambulancii má vždy hodnotu o,- (nula).

- 15. Náhrady** – pre uplatnenie náhrady zdravotnou poisťovňou podľa zoznamu:

- 01** – úraz, alebo ochorenie zavinené inou osobou
- 02** – pracovný úraz
- 03** – ošetrovanie, alebo vyšetrenie v dôsledku profesionálneho poškodenia zdravia – choroba z povolania
- 04** – ošetrovanie akútnych následkov požitia alkoholu alebo omamných látok
- 05** – sociálny dôvod hospitalizácie
- 06** – porušenie liečebného režimu
- 07** – iný dôvod, napr.: ochranná liečba

16. Členský štát poistenca – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu.

17. Identifikačné číslo poistenca – číslo poistenca z príslušného dokladu - formulár E112, E123, Európsky preukaz zdravotného poistenia (EPZP), náhradný certifikát k EPZP, prenosný dokument (PD) S2, S3, DA1, štruktúrovaný elektronický dokument (SED) So08, So10, So45, DA002, DA007 vydaný iným členským štátom EÚ a EHP, preukaz zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“.

18. Pohlavie poistenca – použijú sa tieto znaky: **M** = muž, **F** = žena.

Typ dávky: **753 Vykazovanie výkonov v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti**

Predkladá: ŠAS (ambulantný špecialista vrátane všetkých zubno-lekárskech špecializácií bez prideleného obvodu, vrátane JZS a ADOS), SVLZ, stacionár a mobilný hospic, t. j. ambulancie lekárov, do ktorých sú pacienti „odosielaní“.
Poskytovateľ ZS predkladá zdravotnej poisťovni pre každý kód PZS (ambulanciu) a kód lekára jednu dávku za príslušné zúčtovacie obdobie vo faktúre s poskytnutými zdravotnými výkonmi spoločne s pripočítateľnými položkami.

Dávka je textový súbor bez formátovania a bez diakritiky

Obsah dávky: identifikácia dávky
záhlavie dávky
vety tela dávky

Oddeľovací znak: | , oddeľovací znak | používať aj na konci riadku

Názov súboru: **davka.xxx**, kde **xxx** je poradové číslo dávky, napr. davka.001

Záhlavie dávky:

Je identické s dávkou 751, okrem položky:

POLOŽKA TYP STAROSTLIVOSTI – v tejto dávke nadobúda hodnoty
845 – ŠAS, JZS, stacionár a mobilný hospic
847 – SVLZ
850 – ADOS

Veta tela dávky:

Položky 1. – 15. vo vete tela dávky sú v dávke 753 totožné s dávkou 751

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
16.	TYP ODOSIELATEĽA	p	char	1
17.	KÓD PZS – ODOSIELATEĽA	p3	char	12
18.	KÓD LEKÁRA – ODOSIELATEĽA	p3	char	9
19.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p1	char	1-3
20.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p1	char	1-20
21.	POHLAVIE POISTENCA	p1	char	1

p = povinná položka

p(i) = položka je povinná, ak sa vyskytla i-ta položka

p1 = položka je povinná iba v prípade, ak nie je vyplnená položka RODNÉ ČÍSLO, t. j. poistenc nemá pridelené rodné číslo

p2 = položka sa nevyplňuje, ak sú vyplnené položky IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA

p3 = položka je povinná v prípade, ak TYP ODOSIELATEĽA je O

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Typ odosielateľa – typ odosielateľa (žiadateľa o vyšetrenie):

- ak je poistencovi poskytovaná dispensárna starostlivosť, typ odosielateľa je = **D**
- ak ide o neodkladnú starostlivosť, typ odosielateľa je = **A**
- ak ide o kontrolu alebo opakovanú kontrolu pacienta počas jeho liečby, typ odosielateľa je = **K**
- ak ide o poskytnutie zdravotnej starostlivosti **priamo**, bez odosielajúceho lekára, typ odosielateľa je = **P**; použije sa, ak právny predpis túto povinnosť nevyžaduje
- ak je odosielateľ lekár v ambulancii alebo oddelenie, typ odosielateľa je = **O**

17. Kód PZS - odosielateľa – je v tvare: **P99999SPPYZZ**, kde **P99999** je identifikátor PZS, **SPP** je odbornosť útvaru, **Y** je druh špecializovaného útvaru, **ZZ** je poradové číslo útvaru k príslušnej odbornosti.

18. Kód lekára/oddelenia – odosielateľa - je v tvare **L99999SLL**, kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára.

19. Členský štát poistenca – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu

20. Identifikačné číslo poistenca – číslo poistenca z príslušného dokladu - formulár E112, E123, Európsky preukaz zdravotného poistenia (EPZP), náhradný certifikát k EPZP, prenosný dokument (PD) S2, S3, DA1, štruktúrovaný elektronický dokument (SED) So08, So10, So45, DA002, DA007 vydaný iným členským štátom EÚ a EHP, preukaz zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“.

21. Pohlavie poistenca – použijú sa tieto znaky: **M** = muž, **F** = žena.

Vysvetlenie pojmov

FAKTÚRA je účtovný doklad so všetkými náležitosťami podľa § 10 ods. 1 zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov.

DÁVKA je textový súbor, ktorý sa skladá z polí oddelených oddeľovačmi (pipami) a definuje štruktúru, typ a rozsah údajov, ktoré má obsahovať. Dávka sa skladá zo záhlavia a tela dávky. V záhlaví musí byť definovaný typ dávky. Telo je tvorené jednotlivými vetami.

REGISTROVANÝ (KAPITOVANÝ) POISTENEC/POISTENKA – poistenec, s ktorým má lekár všeobecnej ambulantnej starostlivosti a gynekológ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (podľa § 12 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov).

POISTENCI ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE SR sú poistenci, ktorí sa preukážu u poskytovateľa preukazom zdravotnej poisťovne SR bez označenia EÚ alebo Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) vydaným zdravotnou poisťovňou v SR, ktorý obsahuje kód štátu SK v pravom hornom rohu.

POISTENCI EÚ sú poistenci členského štátu EU, EHP a Švajčiarska, ktorí sa preukážu u poskytovateľa formulármi E112, E123, Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP), náhradným certifikátom k EPZP, prenosným dokumentom (PD) S2, S3, DA1, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) So08, So10, So45, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ. Prenosný dokument S2, S3, DA1 musí byť zaevidovaný pred čerpaním zdravotnej starostlivosti v slovenskej zdravotnej poisťovni ako inštitúcií v mieste bydliska/pobytu podľa výberu poistenca EÚ. Zdravotná poisťovňa potvrdzuje zaevidovanie dátumom, odtlačkom pečiatky, podpisom zodpovedného zamestnanca na prvej strane PD.

DOČASNÝ PREUKAZ - zdravotnej poisťovne, je preukaz s obmedzenou platnosťou, vydávaný poistencom, ktorí nemajú pridelené rodné číslo. Na dočasnom preukaze slovenskej zdravotnej poisťovne sú namiesto rodného čísla uvedené tri položky v tvare:

“Členský štát poistenca Identifikačné číslo poistenca Pohlavie poistenca“

Preukaz poistenca verejného zdravotného poistenia s obmedzeným rozsahom označeným „potrebná zdravotná starostlivosť“ garantuje poistencovi zdravotnej poisťovne SR s bydliskom v EÚ, EHP a Švajčiarsku iba nárok na potrebnú zdravotnú starostlivosť pri pobyte v SR.

Spôsob vykazovania položiek RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA:

U poistencov, ktorí sa preukážu u poskytovateľa preukazom zdravotnej poisťovne SR s vyplneným rodným číslom poistenca alebo Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) vydaným zdravotnou poisťovňou v SR s vyplneným osobným identifikačným číslom, poskytovateľ vykáže toto číslo poistenca podľa preukazu poistenca do položky RODNÉ ČÍSLO POISTENCA. Položky ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA v tomto prípade nevyplňuje.

U poistencov, ktorí sa preukážu u poskytovateľa dokladmi - formulármi E112, E123, Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP), náhradným certifikátom k EPZP, prenosným dokumentom (PD) S2, S3, DA1, ktorý bol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) So08, So10, So45, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EU“, poskytovateľ vyplní ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA. Položku RODNÉ ČÍSLO POISTENCA v tomto prípade nevyplňuje.

Spôsob vykazovania výkonov pre poistencov do dávok

Poskytovateľ vykáže mesačne zdravotnej poisťovni, s ktorou má uzatvorenú zmluvu, faktúru alebo zúčtovací doklad s hromadnými dávkami poskytnutej zdravotnej starostlivosti (obvyklým spôsobom) s údajmi za

všetkých POISTENCOV ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE SR. V dávke uvedie v položke CHARAKTER DÁVKY znak N (resp. O, A).

U POISTENCOV EU poskytovateľ vykáže pobočke príslušnej zdravotnej poisťovne, s ktorou má uzatvorenú zmluvu, poskytnutú zdravotnú starostlivosť mesačne, v hromadných dávkach za zúčtovacie obdobie, za všetkých POISTENCOV EU ošetrovaných v príslušnom mesiaci, v jednej samostatnej faktúre. V dávkach vykáže v položke CHARAKTER DÁVKY znak E (resp. F, G). V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) alebo náhradným certifikátom k EPZP tvorí prílohu k faktúre fotokópia nárokového dokladu platného v čase čerpania ZS. V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal u poskytovateľa formulárom E112, E123, Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP), náhradným certifikátom k EPZP, prenosným dokumentom (PD) S2, S3, DA1, ktorý bol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) S008, S010, S045, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, v papierovej podobe, ktorý bol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre aj lekárska správa alebo záznam o ošetrovaní. Tieto prílohy sa nepredkladajú za poistenca EÚ, ktorý sa preukázal preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ.

Vykazovanie za bezdomovcov (len zdravotnej poisťovni s najvyšším počtom poistencov), cudzincov (mimo štátov EÚ) a poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov sa riadi rovnakým režimom. Poskytovateľ ich vykazuje sumárne, raz mesačne k dátumu dohodnutého v zmluve. Jedna dávka môže byť vykázaná za viac poistencov, ale pre každý typ (bezdomovci, neplatiči, atď.) musí byť samostatná dávka. V dávke uvedie v položke – CHARAKTER DÁVKY – znak I (resp. J, K).

Dátové rozhranie pre ústavnú starostlivosť

Typ dávky: 774 Vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti

Predkladá: Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti, kúpeľné zariadenia, prevádzkovateľ stacionáru.

Dávka je textový súbor bez formátovania a bez diakritikyObsah dávky: identifikácia dávky
záhlavie dávky
vety tela dávky

Oddeľovací znak: | , oddeľovací znak | používať aj na konci riadku

Názov súboru: **davka.xxx**, kde **xxx** je poradové číslo dávky, napr. davka.001**Identifikácia dávky:**

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	CHARAKTER DÁVKY	p	char	1
2.	TYP DÁVKY	p	int	3
3.	IČO ODOSIELATEĽA DÁVKY	p	char	8
4.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY	p	date	RRRRMMDD
5.	ČÍSLO DÁVKY	p	int	6
6.	POČET DOKLADOV	p	int	6
7.	POČET MÉDIÍ	p	int	3
8.	ČÍSLO MÉDIA	p	int	3
9.	POISŤOVŇA-POBOČKA	P	int	4

Vysvetlivky k položkám:

CHARAKTER DÁVKY (používať veľké písmená):

- N - nová – t. j. dávka, ktorú zasiela PZS za ZS poskytnutú v príslušnom zúčtovacom období. Príslušné zúčtovacie obdobie je definované v zmluve s PZS ako obdobie, ktoré spravidla bezprostredne predchádza obdobiu zaslania dávky. Vykázaná ZS poskytnutá PZS je do ZP zasielaná prvýkrát. Toto definovanie dávky platí i pre charakter dávky E a I.
- O - opravná – t. j. dávka, ktorú PZS zasiela ako reklamáciu neuznanej ZS, prípadne ako opravu resp. doplnenie nesprávne alebo neúplne uvedených údajov vzhľadom na pôvodnú dávku. Reklamácia sa týka ZS, ktorá už bola vykázaná a ktorú ZP odmietla. Reklamácia buď opakuje vykázanú a neuznanú ZS, alebo ju nahrádza inou ZS u udaného poistenca v danom dni, u daného lekára a kódu PZS. Je sprevádzaná zaslaním odôvodnenia reklamácie. Toto definovanie dávky platí i pre charakter dávky F a J.
- A - aditívna, dopĺňajúca dávka obsahuje chýbajúce riadky – t. j. dávka, ktorú zasiela PZS za ZS poskytnutú v inom ako príslušnom zúčtovacom období. Typickým prípadom je zaslanie dávky so starostlivosťou, ktorá bola v minulosti vykázaná do nepríslušnej ZP. Vykázaná ZS poskytnutá PZS je do ZP zasielaná prvýkrát. Toto definovanie dávky platí i pre charakter dávky G a K.
- E - nová dávka za POISTENCOV EÚ
- F - opravná dávka za POISTENCOV EÚ
- G - aditívna dávka za POISTENCOV EÚ
- I - nová dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z. a za poistenky, ktoré požiadali o utajený pôrod.
- J - opravná dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z. a za poistenky, ktoré požiadali o utajený pôrod.
- K - aditívna dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z. a za poistenky, ktoré požiadali o utajený pôrod.

TYP DÁVKY - číselný kód dávky, 774**POČET DOKLADOV** - obsahuje súčet dokladov (viet) tela dávky**ČÍSLO DÁVKY** - obsahuje číslo dávky**POISŤOVŇA-POBOČKA** - kód zdravotnej poisťovne a pobočky, s ktorou má PZS uzatvorenú zmluvu, napr. 2461, 2700

Záhlavie dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	IDENTIFIKÁTOR PZS	P	char	6
2.	KÓD PZS	P	char	12
3.	KÓD LEKÁRA		char	9
4.	ÚVÄZOK LEKÁRA		float	3,2
5.	ZÚČTOVACIE OBDOBIE	P	char	RRRRMM
6.	ČÍSLO FAKTÚRY		char	10
7.	MENA	P	char	3

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

IDENTIFIKÁTOR PZS – je v tvare **P99999**

KÓD PZS - je v tvare: **P99999SPPYZZ**, kde **P99999** je identifikátor PZS, **SPP** je odbornosť útvaru, **Y** je druh špecializovaného útvaru, **ZZ** je poradové číslo útvaru k príslušnej odbornosti

KÓD LEKÁRA – je v tvare **L99999SLL**, kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára

ÚVÄZOK LEKÁRA – úväzok lekára na dve desatinné miesta, napr. pri úväzku 50% uviesť 0.50

ZÚČTOVACIE OBDOBIE – v tvare **RRRRMM**, kde: **RRRR** – rok, **MM** – mesiac

ČÍSLO FAKTÚRY – číslo faktúry **PZS**, použiť len numerické znaky (nepoužívať medzery, aritmetické operátory)

MENA – je povinné zadať: EUR

Všetky hodnoty v položkách obsahujúcich kódy PZS a kódy lekárov, majú prvý znak povinne veľké písmeno.

Veta tela dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p3	char	9-10
2.	MENO POISTENCA	p6	char	1-60
3.	KÓD DIAGNÓZY PRI PRIJATÍ	p(5)	char	3-4
4.	KÓD DIAGNÓZY PRI PREPUSTENÍ	P(6)	char	3-4
5.	DEŇ NÁSTUPU		int	1-2
6.	DEŇ PREPUSTENIA		int	1-2
7.	POČET OŠETR. DNÍ/LÔŽKODNÍ	p9	int	1-2
8.	POHYB POISTENCA	p(6)	char	4
9.	NOVORODENEC		char	3-3
10.	PRIPOČÍTATELNÉ POLOŽKY		char	3-6
11.	MNOŽSTVO	p(10)	float	8.2
12.	CENA	p(10)	float	8.2
13.	NÁHRADY		char	2-2
14.	KÓD PZS – ODOSIELATEĽA	p1	char	12-12
15.	KÓD LEKÁRA – ODOSIELATEĽA	p1	char	9-9
16.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p2	char	2-3
17.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p2	char	1-20
18.	POHLAVIE POISTENCA	p2	char	1
19.	STAV POISTENCA		char	1
20.	TYP VÝKONU	p8	char	1
21.	KÓD OPERAČNÉHO VÝKONU		char	8
22.	POČET OPERAČNÝCH VÝKONOV	p(21)	int	2
23.	KÓD ZÍSKANEJ ZDRAVOTNEJ KOMPL.	p8	char	1
24.	TYP HOSPITALIZÁCIE	p	char	1
25.	DÁTUM Z ČAKACEJ LISTINY	p4	date	RRRRMMDD
26.	VYKÁZ. PRIDR. DIAGNÓZA	p8	char	1
27.	PRIDRUŽENÁ DIAGNÓZA 1		char	3-4
28.	PRIDRUŽENÁ DIAGNÓZA 2		char	3-4
29.	PRIDRUŽENÁ DIAGNÓZA 3		char	3-4
30.	PRIJATÝ S KOMPLIKÁCIU	p8	char	1

31.	DÁTUM PRIJATIA DO PZS	p5	date	RRRRMMDD
32.	DÁTUM PREPUSTENIA Z PZS	p5	date	RRRRMMDD

Povinnosť položiek má nasledujúci význam:

- p = položka je povinná
- p(i) = položka je povinná, ak je vyplnená i-ta položka
- p1 = položka je povinná, ak TYP HOSPITALIZÁCIE nadobúda hodnotu E, P, I, a S
- p2 = položka povinná v prípade, ak nie je vyplnená položka RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, t. j. poistenec nemá pridelené rodné číslo
- p3 = položka sa nevyplňuje, ak sú vyplnené položky IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA. V prípade poistenky, ktorá požiadala o utajený pôrod, sa uvedie rodné číslo v tvare 0001015555.
- p4 = povinná položka – ak typ hospitalizácie = P
- p5 = vyplňa sa pri konečnom prepustení zo zdravotníckeho zariadenia
- p6 = v prípade poistenky, ktorá požiadala o utajený pôrod, sa meno neuvádza.
- p8 = položka je povinná okrem kúpeľov a riadkov, kde sú vykázané pripočítateľné položky
- P9 = položka je povinná iba pre TYP HOSPITALIZÁCIE = S

1. **Rodné číslo poistenca, BIC** - je to údaj uvedený na preukaze zdravotnej poisťovne SR (bez označenia EU) v položke "Rodné číslo". Ak nie je známe rodné číslo, je v tejto položke uvedené bezvýznamové identifikačné číslo pridelené poistencovi Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Pri vykázaní sprievodcu sa vykazuje rodné číslo sprevádzaného poistenca. V prípade poistenky, ktorá požiadala o utajený pôrod, sa uvedie rodné číslo v tvare 0001015555. Taktiež to môže byť údaj uvedený v Európskom preukaze zdravotného poistenia (EPZP) vydanom zdravotnou poisťovňou v SR v položke „Osobné identifikačné číslo“, ak sa poistenec preukazuje EPZP.

2. **Meno poistenca** – priezvisko (neskrátené) a meno poistenca (prípadne skratka mena).

3. **Kód diagnózy pri prijatí** – kódové alfanumerické označenie diagnózy podľa MKCH 10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia) v troj- až štvormiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

Kód „Z76“ – použiť pre sprievodcu.

4. **Kód diagnózy pri prepustení** – kódové alfanumerické označenie diagnózy podľa MKCH 10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia) v troj- až štvormiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka. Ak poistenec zomrel, uvedie sa diagnóza, na ktorú zomrel. Položka sa vyplňuje sa len pri prepustení poistenca.

Kód „Z76“ – použiť pre sprievodcu.

5. **Deň nástupu** – deň prijatia na oddelenie ústavného zdravotníckeho zariadenia (ak poistenec pokračuje v hospitalizácii z predchádzajúceho mesiaca do vykazovaného mesiaca, nevyplňa sa). Vyplňa sa aj v prípade prekladu v rámci zariadenia.

6. **Deň prepustenia** – deň prepustenia alebo prekladu z oddelenia ústavného zdravotníckeho zariadenia (ak hospitalizácia pokračuje do nasledujúceho mesiaca, nevyplňa sa). Deň prepustenia sa vyplňa pri každom ukončení hospitalizácie poistenca v rámci jedného oddelenia (po vypísaní prepúšťacej správy).

V prípade, že sa na jednom oddelení zhoduje deň prepustenia s dňom prijatia, hospitalizácia nie je akceptovaná. Výnimkou je úmrtie poistenca.

7. **Počet ošetr. dní/lôžkodní** – počet ošetrovacích dní. Deň prijatia sa nepočíta. Jeden ošetrovací deň sa počíta iba v prípade úmrtia poistenca do 24 hodín od prijatia do zdravotníckeho zariadenia. Ak bola realizovaná priepustka u poistenca pri hospitalizácii, je potrebné počet ošetrovacích dní znížiť o počet dní na priepustke.

U kúpeľnej liečby sa Deň prijatia neodpočítava.

Pre stacionár je potrebné uviesť skutočný počet poskytnutých ošetrovacích dní, napr. Deň nástupu 15, Deň prepustenia 28, počet ošetrovacích dní je 6.

8. **Pohyb poistenca** – pohyb poistenca. Kód je štvormiestny v tvare „PSPP“.

Kód „P“ (pohyb) vyjadruje typ zdravotníckeho zariadenia

N – iná nemocnica,

R – na iné oddelenie tej istej nemocnice,

O – do špecializovanej nemocnice, liečebne a iné,

I – do zariadenia ambulantnej starostlivosti, t.j. aj prepustenie do domáceho ošetrovania,

S – preloženie do ústavu sociálnej starostlivosti, do hospicu, do domu ošetrovateľskej starostlivosti,

E – úmrtie poistenca,

Z – preloženie alebo prepustenie poistenca na vlastnú žiadosť.

Poznámka: používať vždy veľké písmená.

Kód „SPP“ – vyjadruje odbornosť zariadenia – oddelenia. Pri úmrtí poistenca uviesť typ a odbornosť patológie (029) ak ide o pitvu, v inom prípade uviesť kód 000.

Pri vyliečení a prepustení poistenca do domácej starostlivosti uviesť (kód „I“) typ a odbornosť všeobecného lekára, kde sa má poistenec po prepustení hlásiť.

Kód „Pooo“ – (veľké písmeno P a tri nuly) prepustenie poistenca na priepustku (na viac ako 24 hodín), stačí vyplniť deň prepustenia na priepustku (do položky Deň nástupu) a deň prijatia späť (do položky Deň prepustenia). Ak sa priepustka začínala v predchádzajúcom mesiaci alebo sa končí až v nasledujúcom mesiaci, nevyplňa sa dátum (takisto ako pri ošetrovacích dňoch). Kód diagnózy pri prijatí a prepustení sa vyplňa podľa skutočnosti.

9. **Novorodenec** - identifikácia novorodencov:

Kód „1NO“ – pre prvého novorodenca, ktorého matka je poistenkou ZP a nemá ešte pridelené rodné číslo, vykazuje sa pod číslom poistenca matky a súčasne sa v tom istom riadku uvedie kód 1NO.

Kód „2NO“ – pre druhého novorodenca (v prípade dvojčiat), ktorého matka je poistenkou ZP a nemá ešte pridelené rodné číslo, vykazuje sa pod číslom poistenca matky a súčasne sa v tom istom riadku uvedie kód 2NO.

Kód „3NO“ – pre tretieho novorodenca (v prípade trojčiat), ktorého matka je poistenkou ZP a nemá ešte pridelené rodné číslo, vykazuje sa pod číslom poistenca matky a súčasne sa v tom istom riadku uvedie kód 3NO.

Kód „4NO“ – pre štvrtého novorodenca (v prípade štvorčiat), ktorého matka je poistenkou ZP a nemá ešte pridelené rodné číslo, vykazuje sa pod číslom poistenca matky a súčasne sa v tom istom riadku uvedie kód 4NO.

Kód „5NO“ – pre piateho novorodenca (v prípade päťčiat), ktorého matka je poistenkou ZP a nemá ešte pridelené rodné číslo, vykazuje sa pod číslom poistenca matky a súčasne sa v tom istom riadku uvedie kód 5NO.

10. **Pripočítateľné položky:**

Zdravotná starostlivosť poskytnutá počas hospitalizácie pacienta v ústavných zdravotníckych zariadeniach, pri ktorých bola realizovaná pripočítateľná položka, sa vykazuje nasledovne:

➤ Pripočítateľná položka sa nikdy nevykazuje v tom istom riadku, kde je vykázané začatie alebo ukončenie hospitalizácie, vykazuje sa vždy v samostatnom riadku.

➤ Pokiaľ je pripočítateľná položka vykazovaná v jednej faktúre s hospitalizáciou, musí byť táto vykázaná v nasledujúcom, resp. nasledujúcich riadkoch za vetou, kde bola vykázaná hospitalizácia.

V riadku, v ktorom sa vykazuje pripočítateľná položka, sa vyplňa:

identifikácia poistenca (položky č. 1 a 2, alebo 16 až 18),

- položka č. 5 – DEŇ NÁSTUPU, kde sa uvedie deň podania/poskytnutia pripočítateľnej položky.

Tento dátum musí byť v rozmedzí dátumov položiek č. 5 a č. 6 riadku, v ktorom je vykázaná hospitalizácia.

– položka č. 3 – KÓD DIAGNÓZY PRI PRIJATÍ,

– položka č. 10 – KÓD PRIPOČÍTATELNEJ POLOŽKY,

– položka č. 11 – MNOŽSTVO,

– položka č. 12 – CENA,

– položka č. 24 – TYP HOSPITALIZÁCIE, v ktorom sa vyplní kód „Z“ – pripočítateľná položka.

➤ Ako pripočítateľné položky je možné vykazovať:

- **transfúzne lieky** uvedené v platnom opatrení MZ SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva,

- **materské mlieko,**

- **zdravotnícke pomôcky,**

- **bunkové a tkanivé transplantáty,** uvedené v platnom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva,

- **finančne náročné výkony (napr. transplantácie),**

- **podanie anestézie,** kódy sú v prílohe č. 3.1.

- **mimoriadne finančne náročná zdravotná starostlivosť** podľa zmluvne dohodnutých podmienok so zdravotnou poisťovňou,

- **centrálne nakupované lieky** nakúpené zdravotnou poisťovňou, distribuované pre PZS a podané na lôžkovom oddelení pri hospitalizácii poistenca.

11. **Množstvo** – počet aplikovaných dávok – ZVJ (nie balení!) liekov, ZP, výkonov atď.

12. **Cena** – cena vzťahujúca sa k vykázanému kódu vynásobená množstvom.

13. **Náhrady** – pre uplatnenie náhrady zdravotnou poisťovňou podľa tohto zoznamu:

01 – úraz, alebo ochorenie zavinené inou osobou

- 02** – pracovný úraz
 - 03** – ošetrovanie alebo vyšetrenie v dôsledku profesionálneho poškodenia zdravia – choroba z povolania
 - 04** – ošetrovanie akútnych následkov požitia alkoholu alebo omamných látok
 - 05** – sociálny dôvod hospitalizácie
 - 06** – porušenie liečebného režimu
 - 07** – iný dôvod, napr.: ochranná liečba
14. **Kód PZS - odosielať** – v tvare **P99999SPPYZZ**, kde **P99999** je identifikátor PZS, **SPP** je odbornosť útvaru, **Y** je druh špecializovaného útvaru, **ZZ** je poradové číslo útvaru k príslušnej odbornosti.
 15. **Kód lekára/oddelenia – odosielať** – v tvare **L99999SLL**, kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára.
 16. **Členský štát poistenca** – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu.
 17. **Identifikačné číslo poistenca** – číslo poistenca z príslušného dokladu - formulár E112, E123, Európsky preukaz zdravotného poistenia (EPZP), náhradný certifikát k EPZP, prenosný dokument (PD) S2, S3, DA1, štruktúrovaný elektronický dokument (SED) S008, S010, S045, DA002, DA007, vydaný iným členským štátom EÚ a EHP, preukaz zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“.
 18. **Pohlavie poistenca** – použijú sa znaky: **M** = muž, **F** = žena.
 19. **Stav poistenca** – na rozlíšenie náročnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti:
 - a. pre bežného poistenca – **N** ako normálny stav,
 - b. v prípade náročného poistenca, u ktorého počas hospitalizácie je potrebné riešiť minimálne tri zdravotné komplikácie, ktoré boli prítomné už pri prijatí poistenca – **I** ako náročný stav,
 - c. v prípade extrémne náročného poistenca, u ktorého počas hospitalizácie je potrebné riešiť viac ako päť zdravotných komplikácií, ktoré boli prítomné už pri prijatí poistenca – **E** ako extrémne náročný stav.
 20. **Typ výkonu:** - výkon, ktorý bol počas hospitalizácie uskutočnený a nebol vykázaný ako ambulantný výkon, okrem výkonov s označením „S“.

Povinná položka, 1 znak (O – operačný, S – výkony intervenčnej rádiológie, N – žiadny, K – kombinácia výkonu operačného a intervenčnej rádiológie).

Typ výkonu je možné vykazovať len pri ukončenej hospitalizácii na oddelení.

Hodnota sa vykazuje len v riadku súčasne s hodnotami hospitalizácie.
 21. **Kód operačného výkonu** – podľa zmluvných kódov operačných výkonov.
 22. **Počet operačných výkonov**
 23. **Kód získanej zdravotnej komplikácie** – kód zdravotnej komplikácie získanej počas hospitalizácie. Vykazuje poskytovateľ, kde k zdravotnej komplikácii došlo. Vykazujú sa hodnoty:
 - **0** – bez komplikácií
 - **1** – nozokomiálna nákaza
 - **2** – dekubity
 - **3** – zažívacie ťažkosti
 - **4** – pneumónia
 - **5** – iná
 - **6** – 2 a viac komplikácií.

Hodnota sa vykazuje len v riadku, kde sú vyplnené údaje o hospitalizácii, nie v riadku, kde je vykázaná pripočítateľná položka.
 24. **Typ hospitalizácie:** vykazujú sa hodnoty:
 - **A** – neodkladná hospitalizácia
 - **C** – centrálné nakupované lieky
 - **E** – odkladná hospitalizácia, nie podľa čakacích listín
 - **P** – odkladná hospitalizácia, plánovaná podľa čakacej listiny
 - **I** – iný typ hospitalizácie
 - **K** – kúpeľná liečba
 - **S** – stacionár
 - **Z** – vykázaná pripočítateľná položka
 25. **Dátum z čakacej listiny** – pôvodný dátum zaradenia poistenca na čakaciu listinu PZS.
 26. **Vykáz. pridruž. diagnóza** – vykávanie pridruženej diagnózy pre poistenca: ÁNO = **1**, NIE = **0**.
 27. až 29. **Pridružené diagnózy:** vedľajšie diagnózy poistenca podľa MKCH.
 30. **Prijatý s komplikáciou** – v dôsledku činnosti odosielajúceho ústavného PZS, hodnoty ÁNO = **1**, NIE = **0**. Ak je hodnota 1, v položke KÓD PZS – ODOSIELATEĽA a KÓD LEKÁRA – ODOSIELATEĽA sa vykážu údaje odosielajúceho ústavného poskytovateľa ZS.
 31. **Dátum prijatia do PZS** – uvedie sa dátum, kedy bol poistenec prijatý do zdravotníckeho zariadenia. Uvedie oddelenie, ktoré poistenca prepustilo zo zdravotníckeho zariadenia, pričom poistenec mohol v rámci liečby absolvovať hospitalizácie na viacerých oddeleniach s rôznou odbornosťou (preklady). Ide o dátum prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia, bez ohľadu na odbornosť oddelenia, čiže prvé prijatie.

32. **Dátum prepustenia z PZS** – uvedie sa konečný dátum, kedy bol poistenec prepustený zo zdravotníckeho zariadenia. Uvedie oddelenie, ktoré poistenca prepustilo z daného zdravotníckeho zariadenia.

Vysvetlenie pojmov

POISTENCI ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE SR sú poistenci, ktorí sa preukážu u poskytovateľa preukazom zdravotnej poisťovne SR bez označenia EÚ alebo Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) vydaným zdravotnou poisťovňou v SR, ktorý obsahuje kód štátu SK v pravom hornom rohu.

POISTENCI EÚ sú poistenci členského štátu EU, EHP a Švajčiarska, ktorí sa preukážu u poskytovateľa formulármí E112, E123, Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP), náhradným certifikátom k EPZP, prenosným dokumentom (PD) S2, S3, DA1, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) So08, So10, So45, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ. Prenosný dokument S2, S3, DA1 musí byť zaevidovaný pred čerpaním zdravotnej starostlivosti v slovenskej zdravotnej poisťovni ako inštitúcií v mieste bydliska/pobytu podľa výberu poistenca EÚ. Zdravotná poisťovňa potvrdzuje zaevidovanie dátumom, odtlačkom pečiatky, podpisom zodpovedného zamestnanca na prvej strane PD.

DOČASNÝ PREUKAZ - zdravotnej poisťovne, je preukaz s obmedzenou platnosťou, vydávaný poistencom, ktorí nemajú pridelené rodné číslo. Na dočasnom preukaze slovenskej zdravotnej poisťovne sú namiesto rodného čísla uvedené tri položky v tvare:

“Členský_štát_poistenca Identifikačné_číslo_poistenca Pohlavie_poistenca“

Preukaz poistenca verejného zdravotného poistenia s obmedzeným rozsahom označeným „potrebná zdravotná starostlivosť“ garantuje poistencovi zdravotnej poisťovne SR s bydliskom v EÚ, EHP a Švajčiarsku iba nárok na potrebnú zdravotnú starostlivosť pri pobyte v SR.

Spôsob vykazovania položiek RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA:

U poistencov, ktorí sa preukážu u poskytovateľa preukazom zdravotnej poisťovne SR s vyplneným rodným číslom poistenca alebo Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) vydaným zdravotnou poisťovňou v SR s vyplneným osobným identifikačným číslom, poskytovateľ vykáže toto číslo poistenca podľa preukazu poistenca do položky RODNÉ ČÍSLO POISTENCA. Položky ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA v tomto prípade nevyplňuje.

U poistencov, ktorí sa preukážu u poskytovateľa dokladmi - formulármí E112, E123, Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP), náhradným certifikátom k EPZP, prenosným dokumentom (PD) S2, S3, DA1, ktorý bol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) So08, So10, So45, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EU“, poskytovateľ vyplní ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA. Položku RODNÉ ČÍSLO POISTENCA v tomto prípade nevyplňuje.

Spôsob vykazovania výkonov pre poistencov do dávok

Poskytovateľ vykáže mesačne zdravotnej poisťovni, s ktorou má uzatvorenú zmluvu, faktúru alebo zúčtovací doklad s hromadnými dávkami poskytnutej zdravotnej starostlivosti (obvyklým spôsobom) s údajmi za všetkých POISTENCOV ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE SR. V dávke uvedie v položke CHARAKTER DÁVKY znak N (resp. O, A).

U POISTENCOV EU poskytovateľ vykáže príslušnej zdravotnej poisťovni, s ktorou má uzatvorenú zmluvu, poskytnutú zdravotnú starostlivosť mesačne, v hromadných dávkach za zúčtovacie obdobie, za všetkých POISTENCOV EU ošetrených v príslušnom mesiaci, v jednej samostatnej faktúre. V dávkach vykáže v položke CHARAKTER DÁVKY znak E (resp. F, G). V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) alebo náhradným certifikátom k EPZP, tvorí prílohu k faktúre fotokópia nárokového dokladu platného v čase čerpania ZS. V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal u poskytovateľa formulárom E112, E123, Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP), náhradným certifikátom k EPZP, prenosným dokumentom (PD) S2, S3, DA1, ktorý bol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) So08, So10, So45, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, v papierovej podobe, ktorý bol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre aj lekárska správa alebo záznam o ošetrení. Tieto prílohy sa nepredkladajú za poistenca EÚ, ktorý sa preukázal preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ.

Podanie anestézie - kódy podaných anestézií ako pripočítateľných položiek:

ANEST – anestézia bez špecifikácie

ANST00 – anestézia bez špecifikácie

Lokálna anestézia:

- ANST01 – anestézia spinálna (s alebo bez katétra)
- ANST02 – anestézia epidurálna (s alebo bez katétra)
- ANST03 – blokáda nervového pletenca (príp. s katétrom)
- ANST04 – blokáda niektorého nervu/nervov
- ANST05 – intravenózna aplikácia anestetika podľa Biera (HK, DK)
- ANST06 – analgosedácia
- ANST07 – anestézia rektálna (podaním anestetika per rectum)

Celková anestézia:

- ANST11 – anestézia celková intravenózna (i. v.) so zachovaným spontánnym dýchaním, bez zabezpečenia dýchacích ciest endotracheálnou intubáciou (ETI), s alebo bez použitia volatílnych anestetík maskou
- ANST12 – anestézia celková so zabezpečením dýchacích ciest endotracheálnou intubáciou (ETI), bez použitia dlhodobých myorelaxancií a umelej pľúcnej ventilácie (UVP), s použitím volatílnych anestetík
- ANST13 – anestézia celková s ETI, s použitím dlhodobých myorelaxancií, UVP, volatílnych anestetík vrátane TIVA
- ANST14 – anestézia celková intramuskulárnym podaním anestetika (jednorazovo alebo opakovane) bez ETI, so spontánnym dýchaním

Pri kombinácii lokálnej a celkovej anestézie sa vykazuje vyšší stupeň (náročnejší typ) s významnejším anestetickým ovplyvnením orgánových systémov, t. j. pri kombinácii lokálnej a celkovej anestézie sa vykazuje kód celkovej anestézie.

Vyššie uvedené kódy sa vykazujú po dohode so zdravotnou poisťovňou.

Dátové rozhranie pre dopravuTyp dávky: **793 Vykazovanie výkonov v doprave**

Predkladá: Poskytovateľ dopravy, záchrannej ZS a vrtuľníkovej ZS

Dávka je textový súbor bez formátovania a bez diakritiky

Obsah dávky: identifikácia dávky
záhlavie dávky
vety tela dávky

Oddeľovací znak: | , oddeľovací znak | používať aj na konci riadku

Názov súboru: **davka.xxx**, kde **xxx** je poradové číslo dávky, napr. davka.001**Identifikácia dávky**

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	CHARAKTER DÁVKY	p	char	1
2.	TYP DÁVKY	p	int	3
3.	IČO ODOSIELATEĽA DÁVKY	p	char	8
4.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY	p	date	RRRRMMDD
5.	ČÍSLO DÁVKY	p	int	6
6.	POČET DOKLADOV	p	int	6
7.	POČET MÉDIÍ	p	int	3
8.	ČÍSLO MÉDIA	p	int	3
9.	POISŤOVŇA-POBOČKA	P	int	4

Vysvetlivky k jednotlivým položkám

CHARAKTER DÁVKY (používať veľké písmená):

- N** - nová – t. j. dávka, ktorú zasiela PZS za ZS poskytnutú v príslušnom zúčtovacom období. Príslušné zúčtovacie obdobie je definované v zmluve s PZS ako obdobie, ktoré spravidla bezprostredne predchádza obdobiu zaslania dávky. Vykázaná ZS poskytnutá PZS je do ZP zasielaná prvýkrát. Toto definovanie dávky platí i pre charakter dávky E a I.
- O** - opravná – t. j. dávka, ktorú PZS zasiela ako reklamáciu neuznanej ZS, prípadne ako opravu, resp. doplnenie nesprávne alebo neúplne uvedených údajov vzhľadom na pôvodnú dávku. Reklamácia sa týka ZS, ktorá už bola vykázaná a ktorú ZP odmietla. Reklamácia buď opakuje vykázanú a neuznanú ZS alebo ju nahrádza inou ZS u udaného poistenca v danom dni, u daného lekára a kódu PZS. Je sprevádzaná zaslaním odôvodnenia reklamácie. Toto definovanie dávky platí i pre charakter dávky F a J.
- A** - aditívna, dopĺňujúca dávka obsahuje chýbajúce riadky – t. j. dávka, ktorú zasiela PZS za ZS poskytnutú v inom ako príslušnom zúčtovacom období. Typickým prípadom je zaslanie dávky so starostlivosťou, ktorá bola v minulosti vykázaná do nepríslušnej ZP. Vykázaná ZS poskytnutá PZS je do ZP zasielaná prvýkrát. Toto definovanie dávky platí i pre charakter dávky G a K.
- E** - nová dávka za POISTENCOV EÚ
- F** - opravná dávka za POISTENCOV EÚ
- G** - aditívna dávka za POISTENCOV EÚ
- I** - nová dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.
- J** - opravná dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.
- K** - aditívna dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.

TYP DÁVKY - číselný kód dávky, 793**POČET DOKLADOV** - obsahuje súčet dokladov (viet) tela dávky**ČÍSLO DÁVKY** - obsahuje číslo dávky**POISŤOVŇA-POBOČKA** - kód zdravotnej poisťovne a pobočky, s ktorou má PZS uzatvorenú zmluvu, napr. 2461

Záhlavie dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	IDENTIFIKÁTOR PZS	p	char	6-6
2.	KÓD PZS	p	char	12-12
3.	KÓD LEKÁRA	p7	char	9-9
4.	ÚVÄZOK LEKÁRA	p7	float	3.2
5.	ZÚČTOVACIE OBDOBIE	p	char	RRRRMM
6.	ČÍSLO FAKTÚRY		char	10
7.	MENA	p	char	3

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

IDENTIFIKÁTOR PZS – je v tvare **P99999**

KÓD PZS - je v tvare: **P99999SPPYZZ**, kde **P99999** je identifikátor PZS, **SPP** je odbornosť útvaru, **Y** je druh špecializovaného útvaru, **ZZ** je poradové číslo útvaru k príslušnej odbornosti

KÓD LEKÁRA – je v tvare **L99999SLL**, kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára

ÚVÄZOK LEKÁRA – úväzok lekára na dve desatinné miesta, napr. pri úväzku 50% uviesť 0.50

ZÚČTOVACIE OBDOBIE – v tvare **RRRRMM**, kde: **RRRR** – rok, **MM** – mesiac

ČÍSLO FAKTÚRY – číslo faktúry, použiť len numerické znaky (nepoužívať medzery, aritmetické operátory)

MENA – je povinné zadať: EUR

Všetky hodnoty v položkách obsahujúcich kódy PZS a kódy lekárov, majú prvý znak povinne veľké písmeno.

Veta tela dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	DEŇ	p	int	1-2
2.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p2, p4, p5	char	9-10
3.	MENO POISTENCA	p2	char	1-60
4.	KÓD DIAGNÓZY	p2	char	3-4
5.	STAV PREPRAVOVANÉHO POISTENCA	p3	char	1
6.	PREPRAVA SPRIEVODCU	p3	char	1-1
7.	TYP PREPRAVY/ VÝJAZDU	p	char	3-5
8.	POČET OSOBOKILOMETROV/ LETECKÝCH MINÚT	p	int	5
9.	TRASA –VÝCHODISKOVÁ STANICA –OBEC	p	char	1-20
10.	TRASA –VÝCHODISKOVÁ STANICA – ULICA	p	char	1-20
11.	TRASA – CIEĽOVÁ STANICA – OBEC	p	char	1-20
12.	TRASA – CIEĽOVÁ STANICA - ULICA	p	char	1-20
13.	ČÍSLO JAZDY/LETU	p	int	8
14.	EČ VOZIDLA	p	char	6-7
15.	POČET PREPRAVENÝCH	p	int	1-2
16.	NÁHRADY		char	2
17.	TYP ODOSIELATEĽA	p	char	1
18.	KÓD PZS – ODOSIELATEĽA	p1	char	12
19.	KÓD LEKÁRA – ODOSIELATEĽA	p1	char	9
20.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p8	char	2-3
21.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p8	char	1-20
22.	POHLAVIE POISTENCA	p8	char	1

p = povinná položka

p1 = položka je nepovinná iba v prípade, ak **TYP ODOSIELATEĽA** nadobúda hodnotu **A**

p2 = položka je nepovinná iba v prípade, ak položka **TYP PREPRAVY/VÝJAZDU** nadobúda hodnotu **BIO**

p3 = položka je nepovinná iba v prípade, ak položka **TYP PREPRAVY/VÝJAZDU**

nadobúda hodnotu **BIO, LSPR, LSPP, LIEK**

- p4 = položka sa nevyplňuje, ak sú vyplnené položky **IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA**
- p5 = položka je povinná iba v prípade, ak nie je vyplnená položka **RODNÉ ČÍSLO POISTENCA**, t. j. poistenec nemá pridelené rodné číslo
- p7 = položka je povinná, ak **TYP PREPRAVY/VÝJAZDU** nadobúda hodnotu **RLP, LPP, LPS**
- p8 = položka je nepovinná, ak platí p2 alebo je povinná, ak platí p5

- 1. Deň** - deň prepravy/výjazdu daného zúčtovacieho obdobia - v tvare dd.
- 2. Rodné číslo poistenca, BIČ** - je to údaj uvedený na preukaze zdravotnej poisťovne SR (bez označenia EU) v položke "Rodné číslo". Ak nie je známe rodné číslo, je v tejto položke uvedené bezvýznamové identifikačné číslo pridelené poistencovi Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Taktiež to môže byť údaj uvedený v Európskom preukaze zdravotného poistenia (EPZP) vydanom zdravotnou poisťovňou v SR v položke „Osobné identifikačné číslo“, ak sa poistenec preukazuje EPZP.
- 3. Meno poistenca** – priezvisko (neskrátené) a meno poistenca (prípadne skratka mena).
- 4. Kód diagnózy** – kódové alfanumerické označenie diagnózy podľa MKCH 10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia) v troj- alebo štvormiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

Položky **Rodné číslo poistenca, Meno poistenca, Kód diagnózy, Členský štát poistenca, Identifikačné číslo poistenca, Pohlavie poistenca** sa nevyplňajú iba v prípade prepravy biologického materiálu. Pri preprave poistenca alebo lekára **LSPP** alebo **LSPR** musia byť povinne vyplnené.

- 5. Stav prepravovaného** – podľa špecifikácie:

- **C** – chodiaci
- **S** – sediaci
- **L** – ležiaci

Pre typ prepravy/výjazdu **BIO, LSPP, LSPR, LIEK, LPP, LPS a LP** je nepovinná položka.

- 6. Preprava sprievodcu** – v tvare **N** – bez sprievodcu, **A** – so sprievodcom.

Pre typ prepravy/výjazdu **BIO, LSPP, LSPR, LIEK, LPP, LPS a LP** je nepovinná položka.

Sprievodcom môže byť okrem zdravotníckeho pracovníka aj iná duševne a telesne spôsobilá osoba (sprievodca maloletých detí, osôb neschopných samostatného pohybu) na základe odôvodnenia ošetrojúceho lekára.

Na jedného prepraveného môže byť vykázaný len jeden sprievodca.

- 7. Typ prepravy/výjazdu** – označenie typu prepravy/výjazdu:

Rýchla lekárska pomoc sa na účely dátového rozhrania delí na **RLP** a **RLPS**.

RLP – rýchla lekárska pomoc. V zásahovom území sa vykazuje skutočný počet km. Pri preprave darcov orgánov tkanív a buniek určených na transplantáciu sa vykazuje na číslo príjemcu orgánov (vrátane diaľkovej)

RLPS – rýchla lekárska pomoc - sekundárny výjazd **RLP** medzi ústavnými zdravotníckymi zariadeniami s personálnym obsadením v zmysle výnosu MZ SR č. 10548/2009 - OL. V zásahovom území sa vykazuje skutočný počet km

Rýchla zdravotná pomoc sa na účely dátového rozhrania delí na **RZP** a **RZPS**.

RZP – rýchla zdravotná pomoc, posádku tvorí zdravotnícky personál v zmysle výnosu MZ SR č. 10548/2009 - OL. V zásahovom území sa vykazuje skutočný počet km

RZPS – rýchla zdravotná pomoc - sekundárny výjazd **RZP** medzi ústavnými zdravotníckymi zariadeniami, posádku tvorí zdravotnícky personál v zmysle výnosu MZ SR č. 10548/2009 - OL. V zásahovom území sa vykazuje skutočný počet km

MIJ – preprava kriticky chorých osôb rýchlou lekárskou pomocou s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky

LPP – vrtuľníková preprava poistenca - primárna, v sprievode zdravotníckeho personálu

LPS – vrtuľníková preprava poistenca - sekundárna, v sprievode zdravotníckeho personálu

LP – vrtuľníková preprava bez poistenca (napr. transplantčný tím, orgán na transplantáciu, vykazuje sa adresne na číslo poistenca – prijímateľa)

LSPP – lekárska služba prvej pomoci, t. j. návštevná, služobným alebo objednaným vozidlom tam a späť

LSPR – lekárska služba prvej pomoci vlastným (referentským) vozidlom tam a späť

Preprava DS sa člení na nasledovné typy:

DZS – riadna preprava poistenca sanitným vozidlom (dopravná služba sanitkami na území SR v rámci územia vymedzeného v zmluve so zdravotnou poisťovňou)

DZSP – preprava poistencov v čase od 17:00 hod. do 7:00 hod. z a do zdravotníckych zariadení a soboty, nedele, sviatky od 00:00 hod do 24:00 hod v rámci územia vymedzeného v zmluve so zdravotnou poisťovňou

DIAL – preprava poistenca sanitným vozidlom na dialýzu, vrátane prepráv na dialýzu po 17:00 hod. a počas dní pracovného pokoja a pracovného voľna

DZSD – dopravná služba diaľková (jazdy mimo územia vymedzeného v zmluve so zdravotnou poisťovňou), okrem dialýzy. Zahŕňa v prípade jazdy mimo územia vymedzeného v zmluve so zdravotnou poisťovňou aj prepravu po 17:00 hod. a počas dní pracovného pokoja a pracovného voľna.

DZSZ – dopravná služba sanitkou do a zo zahraničia

INF – individuálna preprava s potrebou osobitného režimu (poistenci s infekčným ochorením, psychiatrickým ochorením, atď.), preprava poistencov zaradených do transplantáčného programu, kardiochirurgickej liečby, preprava poistencov v akútnych prípadoch, vrátane prepráv po 17:00 hod. a počas dní pracovného pokoja a pracovného voľna

LIEK – preprava liečiv, transfúzných liekov, orgánov, tkanív a buniek na účely transplantácie, zdravotníckych pomôcok, odobratých špeciálnych telesných tekutín (napr. výpotok pohrudničnej dutiny, obsah výplachu žalúdka...), zdravotníckych pracovníkov, vykazuje sa adresne na číslo poistenca, musí ísť o neštandardný prípad, vyšetrenie nestrpí odklad

BIO – preprava biologického materiálu určeného na diagnostikovanie
V dávke do jedného riadku uviesť pre jednu jazdu (číslo jazdy), jedno ev. č. vozidla v jeden deň, nerozpisovať prepravu BIO pod seba do dávky s rovnakým číslom jazdy podľa čísla poistencov. Ak je prepravované BIO viackrát na rovnakej trase, rovnakým vozidlom v jeden deň, musia sa líšiť číslom jazdy.

Pri preprave BIO spoločne s poistencami v jednom vozidle v jeden deň a na jednej trase budú vykázané dva riadky, jeden pre typ prepravy BIO a druhý pre typ prepravy DZS, kde obidva riadky majú spoločný deň, počet km, trasu, č. jazdy, ev. č. vozidla a počet prepravovaných.

Pri preprave BIO pre viac ako jednu zdravotnú poisťovňu sa skutočný počet km uvedie zainteresovaným zdravotným poisťovniam, nie pomerným rozpočítaním medzi zdravotné poisťovne, tzn. ak je preprava BIO realizovaná napr. pre 3 zdravotné poisťovne a skutočný počet km je 15 km, tak sa pre každú zdravotnú poisťovňu uvedie 15 km.

Pre typ prepravy „**LIEK**“ a „**LP**“ vyplňa sa číslo poistenca, pre ktorého je krv, transfúzny liek alebo v prípade leteckej prepravy transplantáčny orgán určený, atď.

„Územie vymedzené v zmluve“ musí byť dohodnuté v zmluvách so zdravotnou poisťovňou podľa miestnych podmienok tak, aby krátke vzdialenosti mimo región dohodnutý v zmluve so zdravotnou poisťovňou neboli vykazované ako diaľkové prepravy a s ohľadom na štandardné prepravy do zariadení vyššieho, resp. nižšieho typu. To znamená, že prepravy mimo „územia vymedzeného v zmluve“ bude dopravca vykazovať ako diaľkové prepravy. Netýka sa vrtuľníkovej dopravy.

Do typu prepravy INF je možné zaradiť len prepravu s potrebou osobitného režimu, nie je možné spájať tieto prepravy s inými typmi v rámci jednej jazdy, pokiaľ lekár osobitne nevyznačí prepravu samostatne, môžu byť prepravované viaceré osoby.

Typy výjazdov RLP, RLPS, RZP, RZPS a MIJ vykazuje poskytovateľ záchranej zdravotnej služby, poskytovateľ vrtuľníkovej záchranej zdravotnej služby vykazuje prepravu LPP, LPS a LP, organizátor LSPP vykazuje len typ prepravy LSPP a LSPR a ostatné prepravy (vrátane LSPP, ak ju poskytujú) vykazujú dopravcovia poskytujúci dopravu ako službu.

8. Počet osobokilometrov / letových minút:

Počet osobokilometrov je skutočný počet kilometrov, ktoré poistenec (resp. vozidlo, prepravovaný materiál) pri preprave/výjazde absolvoval z miesta východiskovej do cieľovej stanice. Nie je to priemerný alebo prepočítaný počet km.

Pre typy prepravy DZS, DZSD, LIEK, DZSP a DIAL sa vykazuje skutočný počet km prejazdených s každým konkrétnym poistencom, a to aj v prípade, že je súčasne prepravovaných viac poistencov. Počet km za jazdu nevyťažného vozidla bez poistencov sa pre tieto typy prepravy nevykazuje.

Pre typ prepravy BIO pre viac materiálov počas jednej jazdy sa vykazuje skutočný počet km prejazdených na najdlhšej trase prepravy.

V prípade prepravy BIO sa skutočný počet prejazdených km rozdelí do viacerých riadkov s rovnakým číslom jazdy nasledovne:

1. riadok obsahuje počet km jazdy z východiskovej stanice po príchod k miestu, odkiaľ je BIO materiál prepravovaný,
2. riadok obsahuje samotnú jazdu s BIO materiálom na miesto jeho doručenia,
3. riadok obsahuje návrat vozidla do východiskovej stanice (nevykazuje sa, ak vozidlo ide na ďalšiu prepravu, v tom prípade sa vykazuje prvý riadok z ďalšej prepravy, kde východisková stanica je adresa zdravotníckeho zariadenia).

Ak preprava pozostáva z viacerých častí, vykazujú sa všetky časti prepravy ako samostatný riadok v logickom poradí za sebou.

Pre ostatné typy prepráv/výjazdov (RLP, RLPS, RZP, RZPS, MIJ, LSPP, LSPR, INF) sa vykazuje skutočný počet prejazdených km z miesta východiskovej stanice vozidla do cieľovej stanice prepravy/výjazdu vrátane najkratšej cesty späť.

Ak je uvedený sprievod u poistenca, uvádza sa skutočný počet km pre danú trasu len pre prepravovaného poistenca. Na sprievodcu sa km nevykazujú.

V prípade, že v rámci jednej jazdy je spojených viac typov prepráv, km sa vykazujú podľa skutočnej trasy jazdy. Napr. ak na späťcestnej ceste (po rozvezení poistencov v rámci typu DZSD) sa vozidlo využije na prepravu podľa typu LIEK, alebo iný typ, nemôžu sa vykázat fiktívne km na trase pre liek a späť, ale len skutočne prejazdené km.

Počet letových minút - do počtu letových minút dopravy vrtuľníkovej ZZS je zahrnutý:

- čas letu lietadiel od okamžiku, keď sa lietadlo začalo pohybovať za účelom vzletu, dĺžka vlastného letu s dopravou poistenca do cieľovej stanice a času letu späť do strediska vrtuľníkovej ZZS, do okamžiku, keď sa úplne zastavilo po ukončení letu,
- čas letu vrtuľníkov od okamžiku, keď sa uvedú do pohybu listy rotora vrtuľníka, dĺžka vlastného letu s dopravou poistenca do cieľovej stanice a času letu späť do strediska vrtuľníkovej ZZS až do úplného zastavenia vrtuľníka a listov rotora po ukončení letu.

Let späť je vykázany, pokiaľ nie je pri späťcestnej ceste prepravovaný iný poistenec.

9. Trasa – východisková stanica - obec – východisková stanica (mesto/obec) dopravy poistenca.

10. Trasa – východisková stanica - ulica - východisková stanica (ulica/číslo) dopravy poistenca, v prípade diaľkovej prepravy okres.

11. Trasa – cieľová stanica - obec – cieľová stanica (mesto/obec) dopravy poistenca.

12. Trasa – cieľová stanica - ulica – cieľová stanica (ulica/číslo) dopravy poistenca, v prípade diaľkovej prepravy okres.

13. Číslo jazdy/letu – číslo, ktoré jednoznačne, v rámci daného PZS (dopravcu) a roka, identifikuje jazdu/let (pre všetkých poistencov prepravených v rámci jednej jazdy/letu sa uvádza rovnaké číslo jazdy).

V prípade výjazdov záchranej zdravotnej služby sa skutočný počet prejazdených km (jazda s poistencom aj bez neho) rozdelí do viacerých riadkov s rovnakým číslom jazdy pre poistenca nasledovne:

1. riadok obsahuje výjazd z východiskovej stanice po príchod k poistencovi,
2. riadok obsahuje samotnú jazdu s poistencom z miesta zásahu na miesto liečby,
3. riadok obsahuje návrat vozidla do východiskovej stanice (nevykazuje sa, ak vozidlo ide na ďalší zásah, v tom prípade sa vykazuje prvý riadok pre poistenca z ďalšieho zásahu, kde východisková stanica je adresa zdravotníckeho zariadenia).

Ak výjazd pozostáva z viacerých častí, vykazujú sa všetky časti výjazdu ako samostatný riadok v logickom poradí za sebou.

14. EČ vozidla/typ dopravného prostriedku u vrtuľníkovej ZZS - evidenčné číslo vozidla = ŠPZ vozidla / L (lietadlo) V (vrtuľník).

15. Počet prepravených – celkový počet poistencov prepravených spolu v rámci jednej jazdy (na jedno číslo jazdy), nezávisle od zdravotnej poisťovne, v ktorej sú poistenci poistení. Poistenci z jednej zdravotnej poisťovne, ktorí boli prepravení v jednej jazde, sú uvádzaní v riadkoch za sebou.

Príklad:

Ak sú vo vozidle prepravovaní 3 poistenci z 3 zdravotných poisťovní, bude uvedený počet prepravených 3 a do každej zdravotnej poisťovne bude uvedený riadok v dávke:

18|1234567890|MENO|I73|S|N|DZS|11|BRATISLAVA|TEHELNA|BRATISLAVA|KRAMARE|93|BA501B A|3||N|P12345202001|A5421020|

Ak sa prepravuje biologický materiál, tak do počtu prepravených za každú zdravotnú poisťovňu, pre ktorú je biologický materiál prepravovaný, sa započíta 1 osoba.

Ak je materiál prepravovaný spolu s poistencami v rámci jednej jazdy (na jeden príkaz), tak budú uvedené dva riadky (jeden pre materiál a druhý pre poistencov) a počet prepravených v oboch riadkoch bude rovnaká hodnota, rovnajúca sa súčtu prepravených poistencov a materiálu.

Pre typ prepravy **LSPR, LSPP, LIEK a LP** je počet prepravených 0 (nula).

V typoch prepráv **LPP a LPS** sa môže vykazovať len jeden poistenec na jazdu.

16. Náhrady – pre uplatnenie náhrady zdravotnou poisťovňou podľa zoznamu:

- 01** – úraz, alebo ochorenie zavinené inou osobou
- 02** – pracovný úraz
- 03** – ošetrovanie alebo vyšetrenie v dôsledku profesionálneho poškodenia zdravia – choroba z povolania
- 04** – ošetrovanie akútnych následkov požitia alkoholu, omamných látok alebo iných návykových látok
- 05** – sociálny dôvod hospitalizácie
- 06** – porušenie liečebného režimu
- 07** – iný dôvod, napr. ochranná liečba

17. Typ odosielaťa – typ odosielaťa (žiadateľa o prepravu poistenca):

- ak ide o akútny prípad, typ odosielaťa je = **A**
- ak je neakútny prípad, typ odosielaťa je = **N**

V prípade, ak položka TYP ODOSIELATEĽA obsahuje znak: A, potom položky KÓD PZS a KÓD ODOSIEL. LEKÁRA nie sú povinné.

Ak je TYP PREPRAVY BIO, položky KÓD PZS a KÓD ODOSIEL. LEKÁRA nie sú povinné a TYP ODOSIELATEĽA je N.

18. Kód PZS - odosielaťa – je v tvare: **P99999SPYZZ**, kde **P99999** je identifikátor PZS, **SPP** je odbornosť útvaru, **Y** je druh špecializovaného útvaru, **ZZ** je poradové číslo útvaru k príslušnej odbornosti.

19. Kód lekára/oddelenia – odosielaťa - je v tvare **L99999SLL**, kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára.

20. Členský štát poistenca – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu.

21. Identifikačné číslo poistenca – číslo poistenca z príslušného dokladu - formulár E112, E123, Európsky preukaz zdravotného poistenia (EPZP), náhradný certifikát k EPZP, prenosný dokument (PD) S2, S3, DA1, štruktúrovaný elektronický dokument (SED) S008, S010, S045, DA002, DA007, vydaný iným členským štátom EÚ a EHP, preukaz zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“.

22. Pohlavie poistenca – použijú sa nasledovné znaky: **M** = muž, **F** = žena.

Vysvetlenie pojmov

POISTENCI ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE SR sú poistenci, ktorí sa preukážu u poskytovateľa preukazom zdravotnej poisťovne SR bez označenia EÚ alebo Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) vydaným zdravotnou poisťovňou v SR, ktorý obsahuje kód štátu SK v pravom hornom rohu.

POISTENCI EÚ sú poistenci členského štátu EU, EHP a Švajčiarska, ktorí sa preukážu u poskytovateľa formulármi E112, E123, Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP), náhradným certifikátom k EPZP, prenosným dokumentom (PD) S2, S3, DA1, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) S008, S010, S045, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ⁵. Prenosný dokument S2, S3, DA1 musí byť zaevidovaný pred čerpaním zdravotnej starostlivosti v slovenskej zdravotnej poisťovni ako inštitúcii v mieste bydliska/pobytu podľa výberu poistenca EÚ. Zdravotná poisťovňa potvrdzuje zaevidovanie dátumom, odtlačkom pečiatky, podpisom zodpovedného zamestnanca na prvej strane PD.

DOČASNÝ PREUKAZ - zdravotnej poisťovne, je preukaz s obmedzenou platnosťou, vydávaný poistencom, ktorí nemajú pridelené rodné číslo. Na dočasnom preukaze slovenskej zdravotnej poisťovne sú namiesto rodného čísla uvedené tri položky v tvare:

“Členský štát poistenca Identifikačné číslo poistenca Pohlavie poistenca“

Preukaz poistenca verejného zdravotného poistenia s obmedzeným rozsahom označeným „potrebná zdravotná starostlivosť“ garantuje poistencovi zdravotnej poisťovne SR s bydliskom v EÚ, EHP a Švajčiarsku iba nárok na potrebnú zdravotnú starostlivosť pri pobyte v SR.

Spôsob vykazovania položiek RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA:

U poistencov, ktorí sa preukážu u poskytovateľa preukazom zdravotnej poisťovne SR s vyplneným rodným číslom poistenca alebo Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) vydaným zdravotnou

poisťovňou v SR s vyplneným osobným identifikačným číslom, poskytovateľ vykáže toto číslo poistenca podľa preukazu poistenca do položky RODNÉ ČÍSLO POISTENCA. Položky ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA v tomto prípade nevyplňuje.

U poistencov, ktorí sa preukážu u poskytovateľa dokladmi - formulármí E112, E123, Európskym preukazom zdravotného poistenia, náhradným certifikátom k EPZP, prenosným dokumentom (PD) S2, S3, DA1, ktorý bol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) S008, S010, S045, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, poskytovateľ vyplní ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA. Položku RODNÉ ČÍSLO POISTENCA v tomto prípade nevyplňuje.

Spôsob vykazovania výkonov pre poistencov do dávok

Poskytovateľ vykáže mesačne pobočke poisťovne, s ktorou má uzatvorenú zmluvu, faktúru alebo zúčtovací doklad s hromadnými dávkami poskytnutej zdravotnej starostlivosti (obvyklým spôsobom) s údajmi za všetkých POISTENCOV ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE SR. V dávke uvedie v položke CHARAKTER DÁVKY znak N (resp. O, A).

U POISTENCOV EU poskytovateľ vykáže pobočke príslušnej zdravotnej poisťovne, s ktorou má uzatvorenú zmluvu, poskytnutú zdravotnú starostlivosť mesačne, v hromadných dávkach za zúčtovacie obdobie, za všetkých POISTENCOV EU ošetrených v príslušnom mesiaci, v jednej samostatnej faktúre. V dávkach vykáže v položke CHARAKTER DÁVKY znak E (resp. F, G). V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) alebo náhradným certifikátom k EPZP, tvorí prílohu k faktúre fotokópia nárokového dokladu platného v čase čerpania ZS. V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal u poskytovateľa formulárom E112, E123, Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP), náhradným certifikátom k EPZP, prenosným dokumentom (PD) S2, S3, DA1, ktorý bol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) S008, S010, S045, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, v papierovej podobe, ktorý bol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre aj lekárska správa alebo záznam o ošetrení. Tieto prílohy sa nepredkladajú za poistenca EÚ, ktorý sa preukázal preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ.

Dátové rozhranie pre zoznam poistencov navrhnutých na zaradenie do dispenzárnej starostlivosti

Typ dávky: **799**
 Predkladá: Poskytovateľ ZS v ŠAS
Poskytovateľ ZS predkladá zdravotnej poisťovni pre každý kód PZS (ambulanciu) a kód lekára jednu dávku za príslušné zúčtovacie obdobie

Dávka je textový súbor bez formátovania a bez diakritiky

Obsah dávky: identifikácia dávky
 záhlavie dávky
 vety tela dávky

Oddeľovací znak: | , oddeľovací znak | používať aj na konci riadku

Názov súboru: **davka.xxx**, kde **xxx** je poradové číslo dávky, napr. davka.001

Identifikácia dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	CHARAKTER DÁVKY	p	char	1
2.	TYP DÁVKY	p	int	3
3.	IČO ODOSIELATEĽA DÁVKY	p	char	8
4.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY	p	date	RRRRMMDD
5.	ČÍSLO DÁVKY	p	int	6
6.	POČET DOKLADOV	p	int	6
7.	POČET MÉDIÍ	p	int	3
8.	ČÍSLO MÉDIA	p	int	3
9.	POISŤOVŇA-POBOČKA	p	Int	4

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

CHARAKTER DÁVKY (používať veľké písmená):

N – nová t. j. dávka, ktorú zasiela PZS v príslušnom zúčtovacom období. Príslušné zúčtovacie obdobie je definované v zmluve s PZS ako obdobie, ktoré spravidla bezprostredne predchádza obdobiu zaslania dávky. Dávka je do ZP zasielaná prvýkrát.

TYP DÁVKY:	799
IČO ODOSIELATEĽA:DÁVKY	IČO poskytovateľa ZS
POČET DOKLADOV:	počet viet tela dávky
POČET MÉDIÍ	počet médií, na ktorých je dávka
ČÍSLO MÉDIA	poradové číslo média (od 1)
POISŤOVŇA-POBOČKA	kód zdravotnej poisťovne a pobočky, s ktorou má PZS uzatvorenú zmluvu

Záhlavie dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	IDENTIFIKÁTOR PZS	P	char	6
2.	KÓD PZS	P	char	12
3.	KÓD LEKÁRA	P	char	9
4.	ÚVÄZOK LEKÁRA	P	float	3.2
5.	ZÚČTOVACIE OBDOBIE	P	char	RRRRMM
6.	TYP STAROSTLIVOSTI	N	char	3
7.	ČÍSLO FAKTÚRY	N	int	10

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

IDENTIFIKÁTOR PZS – je v tvare **P99999**

KÓD PZS - je v tvare: **P99999SPPYZZ**, kde **P99999** je identifikátor PZS, **SPP** je odbornosť útvaru, **Y** je druh špecializovaného útvaru, **ZZ** je poradové číslo útvaru k príslušnej odbornosti

KÓD LEKÁRA – je v tvare **L99999SLL**, kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára

ÚVÄZOK LEKÁRA – úväzok lekára na dve desatinné miesta, napr. pri úväzku 50% uviesť 0.50

TYP STAROSTLIVOSTI – nepovinná položka

ČÍSLO FAKTÚRY – nepovinná položka

Veta tela dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p1	char	9-10
2.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p2	char	2-3
3.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p2	char	1-20
4.	POHLAVIE POISTENCA	p2	char	1
5.	PRIEZVISKO POISTENCA	p	char	1-36
6.	MENO POISTENCA	p	char	1-24
7.	KÓD PLATNOSTI	p	char	1
8.	PLATNOSŤ OD	p	date	RRRRMMDD
9.	PLATNOSŤ DO		date	RRRRMMDD
10.	KÓD CHOROBY (DIAGNÓZY)	p	char	3-4
11.	OBDOBIE NASLEDUJÚCEJ KONTROLY	p	char	1-1
12.	NASLEDUJÚCA KONTROLA – FREKVENCIA	p	int	1-2
13.	PREDPOKLADANÁ DĹŽKA DISPENZ.	p3	int	1-4
14.	DÔVOD VYRADENIA Z DISPENZ.	p4	char	1-1
15.	POZNÁMKA		char	1-50

Povinnosť položiek má nasledujúci význam:

p = povinná položka

p1 = položka je povinná, ak nie sú vyplnené položky, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA

p2 = položka je povinná, ak nie je vyplnená položka RODNÉ ČÍSLO POISTENCA

p3 = položka je povinná, ak nie je vyplnená položka PLATNOSŤ DO

p4 = položka je povinná, ak je vyplnená položka PLATNOSŤ DO

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

1. RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ - je to údaj uvedený na preukaze zdravotnej poisťovne SR (bez označenia EU) v položke "Rodné číslo". Ak nie je známe rodné číslo, je v tejto položke uvedené bezvýznamové identifikačné číslo pridelené poistencovi Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Taktiež to môže byť údaj uvedený v Európskom preukaze zdravotného poistenia (EPZP) vydanom zdravotnou poisťovňou v SR v položke „Osobné identifikačné číslo“, ak sa poistenec preukazuje EPZP.

2. ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu.

3. IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA – číslo poistenca z príslušného dokladu - preukaz zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“.

4. POHLAVIE POISTENCA - možné hodnoty: **M** – muž, resp. **F** - žena

5. PRIEZVISKO POISTENCA – priezvisko (neskrátené).

6. MENO POISTENCA – meno poistenca (prípadne skratka mena).

7. KÓD PLATNOSTI - možné hodnoty:

N = nový záznam

O = opravný záznam - oprava položiek PLATNOSŤ DO, OBDOBIE NASLEDUJÚCEJ KONTROLY, NASLEDUJÚCA KONTROLA, PREDPOKLADANÁ DĹŽKA DISPENZ., DÔVOD VYRADENIA

Z DISPENZ., POZNÁMKA - oprava bude vykonaná v záznamoch, ktoré majú zhodu položiek 1, 2, 3, 4, 6, 10.

Napr.: pri vyradení poistenca z dispenzarizácie do položky KÓD PLATNOSTI uviesť O, do položky PLATNOSŤ DO dátum vyradenia a do položky DÔVOD VYRADENIA Z DISPENZ. uviesť kód dôvodu

Z = Zrušenie vety, ktorá bola nesprávne zaslaná, bude zrušený záznam, v ktorom je zhoda položiek 1, 2, 3, 4, 6, 10.

8. PLATNOSŤ OD

9. PLATNOSŤ DO

dátum zaradenia poistenca do dispenzárnej starostlivosti

- dátum vyradenia poistenca z dispenzárnej starostlivosti, je to dátum predpokladaného ukončenia dispenzárnej starostlivosti, ak ho lekár stanoví pri zaradení do dispenzárnej starostlivosti. Za predpokladu dlhodobej starostlivosti sa uvedená dátumová položka nevyplní.

10. KÓD CHOROBY (DIAGNÓZY)

- kód diagnózy, pre ktorú je dispenzarizovanie navrhnuté (bez bodky, v tvare I129)

11. OBDOBIE NASLEDUJÚCEJ KONTROLY

- možné hodnoty: **M** (mesiac), **R** (rok)

12. NASLEDUJÚCA KONTROLA – FREKVENCIA

dĺžka trvania do nasledujúcej kontroly v mesiacoch alebo rokoch (v závislosti od vyplnenia položky 11. OBDOBIE NASLEDUJÚCEJ KONTROLY, napr. ak nasledujúca kontrola má byť o 6 mesiacov, tak do položky OBDOBIE NASLEDUJÚCEJ KONTROLY uviesť "M" a do položky NASLEDUJÚCA KONTROLA uviesť "6").

13. PREDPOKLADANÁ DĹŽKA DISPENZARIZÁCIE

- uviesť dĺžku predpokladaného trvania dispenzárnej starostlivosti v **mesiacoch**, kde **o** (nula) je predpokladaná celoživotná dispenzarizácia u príslušnej odbornosti, napr. 6, znamená predpokladanú dĺžku pol roka.

14. DÔVOD VYRADENIA Z DISPENZARIZÁCIE - možné hodnoty:

T nedodržanie plánovaného termínu bez ospravedlnenia

S zmena zdrav. stavu poistenca

E úmrtie poistenca

P zmena zdravotnej poisťovne

L zmena ošetrojúceho lekára

I iné, dôvod uviesť v položke POZNÁMKA

Všetky hodnoty v položkách obsahujúcich kódy PZS a kódy lekárov, majú prvý znak povinne veľké písmeno.

Vysvetlenie pojmov

POISTENCI ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE SR sú poistenci, ktorí sa preukážu u poskytovateľa preukazom zdravotnej poisťovne SR bez označenia EÚ alebo Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) vydaným zdravotnou poisťovňou v SR, ktorý obsahuje kód štátu SK v pravom hornom rohu.

POISTENCI EÚ sú poistenci členského štátu EU, EHP a **Švajčiarska**, ktorí sa preukážu u poskytovateľa formulármí E112, E123, Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP), náhradným certifikátom k EPZP, prenosným dokumentom (PD) S2, S3, DA1, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) S008, S010, S045, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ. Prenosný dokument S2, S3, DA1 musí byť zaevidovaný pred čerpaním zdravotnej starostlivosti v slovenskej zdravotnej poisťovni ako inštitúcií v mieste bydliska/pobytu podľa výberu poistenca EÚ. Zdravotná poisťovňa potvrdzuje zaevidovanie dátumom, odtlačkom pečiatky, podpisom zodpovedného zamestnanca na prvej strane PD.

DOČASNÝ PREUKAZ - zdravotnej poisťovne, je preukaz s obmedzenou platnosťou, vydávaný poistencom, ktorí nemajú pridelené rodné číslo. Na dočasnom preukaze slovenskej zdravotnej poisťovne sú namiesto rodného čísla uvedené tri položky v tvare:

“Členský_štát_poistenca Identifikačné_číslo_poistenca Pohlavie_poistenca“

Preukaz poistenca verejného zdravotného poistenia s obmedzeným rozsahom označeným „potrebná zdravotná starostlivosť“ garantuje poistencovi zdravotnej poisťovne SR s bydliskom v EÚ, EHP a Švajčiarsku iba nárok na potrebnú zdravotnú starostlivosť pri pobyte v SR.

Spôsob vykazovania položiek **RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA:**

U poistencov, ktorí sa preukážu u poskytovateľa preukazom zdravotnej poisťovne SR s vyplneným rodným číslom poistenca alebo Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) vydaným zdravotnou poisťovňou v SR s vyplneným osobným identifikačným číslom, poskytovateľ vykáže toto číslo poistenca podľa preukazu poistenca do položky **RODNÉ ČÍSLO POISTENCA**. Položky **ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA** v tomto prípade nevyplňuje.

U poistencov, ktorí sa preukážu u poskytovateľa dokladmi - formulármi E112, E123, Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP), náhradným certifikátom k EPZP, prenosným dokumentom (PD) S2, S3, DA1, ktorý bol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) S008, S010, S045, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EU“, poskytovateľ vyplní **ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA**. Položku **RODNÉ ČÍSLO POISTENCA** v tomto prípade nevyplňuje.

Dátové rozhranie pre návrh na zaradenie do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti

Typ dávky: **798 Vykazovanie návrhov na zaradenie do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie ZS**

Podľa zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov zdravotná poisťovňa zaraďuje poistencov na čakaciu listinu na základe návrhu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu a vedie zoznam takýchto poistencov. Návrh na zaradenie do čakacej listiny, ktorý obsahuje aj predpokladanú dobu čakania, vyhotovuje poskytovateľ.

Predkladajú: poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, podľa zmluvne dohodnutého rozsahu zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou,

Dávka je textový súbor bez formátovania a bez diakritiky

Obsah dávky: identifikácia dávky
záhlavie dávky
vety tela dávky

Oddeľovací znak: | , oddeľovací znak | používať aj na konci riadku

Názov súboru: **davka.xxx**, kde **xxx** je poradové číslo dávky, napr. davka.001

Pre jedno obdobie dávka obsahuje údaje za jednu ambulanciu/oddelenie.

Identifikácia dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	CHARAKTER DÁVKY	p	char	1
2.	TYP DÁVKY	p	int	3
3.	IČO ODOSIELATEĽA DÁVKY	p	char	8
4.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY	p	date	RRRRMMDD
5.	ČÍSLO DÁVKY	p	int	6
6.	POČET DOKLADOV	p	int	6
7.	POČET MÉDIÍ	p	int	3
8.	ČÍSLO MÉDIA	p	int	3
9.	POISŤOVŇA-POBOČKA	P	int	4

Vysvetlivky k položkám:

CHARAKTER DÁVKY (používať veľké písmená):

N - nová – t. j. dávka, ktorú zasiela PZS v príslušnom zúčtovacom období. Príslušné zúčtovacie obdobie je definované v zmluve s PZS ako obdobie, ktoré spravidla bezprostredne predchádza obdobiu zaslania dávky. Dávka je PZS do ZP zasielaná prvýkrát.

TYP DÁVKY

- číselný kód dávky, 798

POČET DOKLADOV

- obsahuje súčet dokladov (viet) tela dávky.

ČÍSLO DÁVKY

- obsahuje číslo dávky

POISŤOVŇA-

POBOČKA

- kód zdravotnej poisťovne a pobočky, s ktorou má PZS uzatvorenú zmluvu, napr. 2461

Záhlavie dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	IDENTIFIKÁTOR PZS	p	char	6
2.	KÓD PZS	p	char	12
3.	OBDOBIE HLÁSENIA OD	p	date	RRRRMMDD
4.	OBDOBIE HLÁSENIA DO	p	date	RRRRMMDD
5.	MENA	p	char	3

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

IDENTIFIKÁTOR PZS – je v tvare **P99999**

KÓD PZS - je v tvare: **P99999SPPYZZ**, kde **P99999** je identifikátor PZS, **SPP** je odbornosť útvaru, **Y** je druh špecializovaného útvaru, **ZZ** je poradové číslo útvaru k príslušnej odbornosti

OBDOBIE HLÁSENIA OD - v tvare **RRRRMMDD**, kde **RRRR** – rok, **MM** – mesiac, **DD** – deň

OBDOBIE HLÁSENIA DO - v tvare **RRRRMMDD**, kde **RRRR** – rok, **MM** – mesiac, **DD** – deň

MENA – je povinné zadať: EUR

Veta tela dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p1	char	9-10
2.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p2	char	2-3
3.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p2	char	1-20
4.	POHLAVIE POISTENCA	p2	char	1
5.	PRIEZVISKO POISTENCA	p	char	1-36
6.	MENO POISTENCA	p	char	1-24
7.	DÁTUM NAVRHNUTIA NA ZARADENIE DO ZOZNAMU ČAKAJÚCICH NA POSKYTNUTIE ZS	p	date	RRRRMMDD
8.	DÁTUM PLÁNOVANÉHO POSKYTNUTIA VÝKONU	p	date	RRRRMMDD
9.	KÓD ODOSIELAJÚCEHO PZS	p3	char	12
10.	KÓD ODOSIELAJÚCEHO LEKÁRA	p3	char	9
11.	KÓD DIAGNÓZY	p	char	3-4
12.	DÁTUM VYRADENIA ZO ZOZNAMU	p4	date	RRRRMMDD
13.	DÔVOD VYRADENIA ZO ZOZNAMU	p4	char	1
14.	KÓD VÝKONU PLÁNOVANEJ ZS	p	char	1-8
15.	MNOŽSTVO – VÝKONOV	p	int	2
16.	CENA - VÝKONOV	p	float	10.2
17.	KÓD LIEKU/ZP		char	5-6
18.	MNOŽSTVO – LIEK/ZP	p(17)	float	8.2
19.	CENA – LIEKOV/ZP	p(17)	float	10..2

Povinnosť položiek má nasledujúci význam:

- p = položky sú povinné
- p(i) = položka je povinná, ak je vyplnená i-ta položka
- p1 = položka je povinná, ak nie sú vyplnené položky Členský štát poistenca, Identifikačné číslo poistenca, Pohlavie poistenca
- p2 = položka je povinná, ak nie je vyplnené položka Rodné číslo poistenca
- p3 = položka je povinná, ak je v položke 14 Kód výkonu plánovanej ZS uvedený výkon SVLZ
- p4 = položka je povinná, iba pri vyradení poistenca zo zoznamu čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti

1. Rodné číslo poistenca, BIČ - je to údaj uvedený na preukaze zdravotnej poisťovne SR (bez označenia EU) v položke "Rodné číslo". Ak nie je známe rodné číslo, je v tejto položke uvedené bezvýznamové identifikačné číslo pridelené poistencovi Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Taktiež to môže byť údaj uvedený v Európskom preukaze zdravotného poistenia (EPZP) vydanom zdravotnou poisťovňou v SR v položke „Osobné identifikačné číslo“, ak sa poistenec preukazuje EPZP.

2. Členský štát poistenca – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu.

3. Identifikačné číslo poistenca – číslo poistenca z príslušného dokladu - preukaz zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“.

4. Pohlavie poistenca – použijú sa znaky: **M** = muž, **F** = žena.

5. Priezvisko poistenca – priezvisko (neskrátené).

6. Meno poistenca – meno poistenca (prípadne skratka mena).

7. Dátum návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu čakajúcich na poskytnutie ZS – dátum návrhnutia na zaradenie, uvádzaný poskytovateľom ZS.

Pozn.: Pri zmene zdravotnej poisťovne, ak jej zmenu oznámil poistenec poskytovateľovi ZS, poskytovateľ ZS zašle návrh na zaradenie do zoznamu jeho príslušnej zdravotnej poisťovni. Príslušná

zdravotná poisťovňa zaradi poistenca do zoznamu v poradí podľa dátumu a času doručenia návrhu predchádzajúcej zdravotnej poisťovni.

8. Dátum poskytnutia plánovaného výkonu

9. Kód odosielačieho PZS – v tvare **P99999SPPYZZ**, kde **P99999** je identifikátor PZS, **SPP** je odbornosť útvaru, **Y** je druh špecializovaného útvaru, **ZZ** je poradové číslo útvaru k príslušnej odbornosti.

10. Kód odosielačieho lekára – kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára.

11. Kód diagnózy – kódové alfanumerické označenie diagnózy podľa MKCH 10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia) v troj- až štvormiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka, napr. v tvare I129.

12. Dátum vyradenia zo zoznamu - vyplní sa iba pri uvedení dôvodov vyradenia zoznamu v položke 13.

13. Dôvod vyradenia zo zoznamu – možné hodnoty:

T - nedodržanie plánovaného termínu poskytnutia zdravotnej starostlivosti poistencom bez ospravedlnenia

S - zmena zdravotného stavu poistenca

E - úmrtie poistenca

P - zmena zdravotnej poisťovne

N - poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti pri diagnóze, pre ktorú bol poistenec zaradený do zoznamu čakajúcich

I - iné

O - poskytnutá plánovaná zdravotná starostlivosť (odliečený)

14. Kód výkonu plánovanej ZS – plánované výkony, pre ktoré sú vedené čakacie listiny (diagnostické aj terapeutické výkony podľa aktuálne platnej vyhlášky MZ SR, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti).

15. Množstvo výkonov – počet výkonov.

16. Cena výkonov – cena vzťahujúca sa k vykázanému kódu vynásobená množstvom.

17. Kód lieku/ZP, pre poskytnutie ktorých sú vedené čakacie listiny:

➤ **lieky** (transfúzne, finančne mimoriadne náročné, mimoriadny dovoz)

➤ **zdravotnícke pomôcky** – finančne náročné, osobitne uhrádzané.

18. Množstvo liek/ZP – počet skutočne aplikovaných balení lieku alebo častí balenia lieku (vyjadrené zlomkom, napr. 0.33), počet kusov zdravotníckych pomôcok.

19. Cena liekov – cena vzťahujúca sa k vykázanému kódu lieku/ZP, vynásobená množstvom.

Všetky hodnoty v položkách obsahujúcich kódy PZS a kódy lekárov majú prvý znak povinne veľké písmeno.

Spôsob vykazovania položiek RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA:

U poistencov, ktorí sa preukážu u poskytovateľa preukazom zdravotnej poisťovne SR s vyplneným rodným číslom poistenca alebo Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) vydaným zdravotnou poisťovňou v SR s vyplneným osobným identifikačným číslom, poskytovateľ vykáže toto číslo poistenca podľa preukazu poistenca do položky RODNÉ ČÍSLO POISTENCA. Položky ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA v tomto prípade nevyplňuje.

U poistencov, ktorí sa preukážu u poskytovateľa preukazom slovenskej zdravotnej poisťovne s označením EÚ, poskytovateľ vyplní ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA. Položky RODNÉ ČÍSLO POISTENCA sa v tomto prípade nevyplňuje.