

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

vestník

číslo 14/2012

obsah:

- str. 2 – 44 Metodické usmernenie č. 9/7/2006
**Spracovanie a vykazovanie zdravotných výkonov
poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou
formou**
Prílohy k MU č. 9/7/2006 str. 4 - 44
- str. 45 – 48 Metodické usmernenie č. 3/1/2012
**Elektronické chybové protokoly zo spracovania dávok od
poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**

november 2012

Metodické usmernenie č. 9/7/2006
Spracovanie a vykazovanie
zdravotných výkonov
poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
elektronickou formou

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 ambulantnej zdravotnej starostlivosti vykazuje údaje o kapitovaných poistencoch elektronickou formou podľa dátového rozhrania, ktoré je uvedené v prílohe č. 1.
- 2) Poskytovateľ všeobecnej a špecializovanej ambulantnej 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) 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
Prechodné ustanovenie

Poskytovatelia prvýkrát vykážu poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa tohto metodického usmernenia za január 2013. Aj zdravotnú starostlivosť poskytnutú pred týmto dátumom poskytovatelia vykážu podľa tohto metodického usmernenia.

Článok 4
Záverečné ustanovenie

Toto metodické usmernenie v znení novely č. 7 nadobúda účinnosť 1.1.2013.

V Bratislave 21.11.2012

MUDr. Monika Pažinková, MPH, v.r.
predsedníčka

Dátové rozhranie pre kapitáciu

Typ dávky: **748n 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 748n 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 vykázať 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 748n dohodnutým spôsobom.

Oddelovací znak: | , oddelovací 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	char	4
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	1 - 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

- kód dávky - 748n.

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.	PORADOVÉ ČÍSLO RIADKU	p	int	1 - 6
2.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p	char	9-10
3.	DÁTUM VZNIKU/ZÁNIKU	p	date	RRRRMMDD
4.	PRIEZVISKO POISTENCA	p	char	1-36
5.	MENO POISTENCA	p	char	1-24

Povinnosť položiek má nasledujúci význam:

p = povinná položka

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

1. **Poradové číslo riadku** – udáva sa poradie riadku v rámci viet tela dávky. Najvyššie poradové číslo musí mať rovnakú hodnotu, akú má položka „Počet dokladov“ v riadku identifikácie dávky.
2. **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.

3. **Dátum vzniku/zániku** – dátum vzniku, resp. zániku dohody medzi lekárom a poistencom
4. **Priezvisko poistenca** – uvádza sa priezvisko (neskrátené) poistenca
5. **Meno poistenca** – uvádza sa meno poistenca

Dátové rozhranie pre ambulantnú starostlivosť

Typ dávky: **751n** **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

Oddelovací znak: | , oddelovací 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	int	1
2.	TYP DÁVKY	p	char	4
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	1 - 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, **okrem Srbskej republiky**), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.
- J** - opravná dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ, **okrem Srbskej republiky**), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.
- K** - aditívna dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ, **okrem Srbskej republiky**), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.

TYP DÁVKY - kód dávky – 751n
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.	PORADOVÉ ČÍSLO RIADKU	p	int	1 - 6
2.	DEŇ	p	int	1 - 2
3.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p2	char	9 - 10
4.	MENO POISTENCA		char	1 - 60
5.	KÓD DIAGNÓZY	p	char	3 - 4
6.	KÓD VÝKONU		char	1 - 6
7.	POČET VÝKONOV	p(6)	int	2
8.	KÓD ZUBU PODĽA WHO	p5	char	2
9.	KOEFICIENT NÁROČNOSTI (PRE STOM, ADOS)		float	3,2
10.	TYP POISTENCA		char	1
11.	POČET BODOV		int	7
12.	POHYB POISTENCA		char	4
13.	PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA		char	3 - 6
14.	MNOŽSTVO	p(13)	float	8,2
15.	CENA	p(13)	float	8,2
16.	NÁHRADY		char	2 - 2
17.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p1	char	2 - 3
18.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p1	char	1 - 20
19.	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:

- Poradové číslo riadku** – udáva sa poradie riadku v rámci viet tela dávky. Najvyššie poradové číslo musí mať rovnakú hodnotu, akú má položka „Počet dokladov“ v riadku identifikácie dávky.
- 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 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.
- 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.

6. 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 uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci (ďalej len „zoznam výkonov“) alebo podľa zmluvne dohodnutých podmienok so zdravotnou poisťovňou. PZS môže výkon vykázať 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 vykázať aj ako štvormiestne.

Výkon – jeden ošetrovací deň v stacionári sa vyказuje po dohode so zdravotnou poisťovňou s kódom **8899**.

Výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti (v dávke typu 753n) sa vykazujú v zmysle metodického pokynu Ministerstva zdravotníctva SR pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti (príloha 4).

7. Počet výkonov – počet výkonov. Ak sa uvedie počet výkonov o (nula), v položke POČET BODOV sa uvedie tiež o (nula).

8. Kód zubu podľa WHO – lokalizácia poskytnutého výkonu zdravotnej starostlivosti podľa WHO (kód zubu, dutiny ústnej, kvadrantu, sextantu).

9. 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 zokrúhlenie bodové na celé číslo a následne sa prepočíta POČTOM VÝKONOV.

Napr. 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.

10. 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 – spolučasť 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.

11. 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.

12. 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.

13. Pripočítateľná položka k výkonom:

➤ **Princíp vykazovania:**

Ak je k jednému výkonu realizovaných viacerých 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 vyказuje 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:

Kód výkonu	Kód prip. pol.	Množstvo
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 ambulancijnej dávke typu 751n.

14. 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 vyказuje reálne podané množstvo, napr. pre snímky, archívne médiá, jednorazový spotrebný materiál, a. i.

15. Cena – cena vzťahujúca sa k vykázanému kódu pripočítateľnej položky vynásobená množstvom. Cena pre lieky zabezpečené centrálnym nákupom ZP (hodnota položky 10 „TYP POISTENCA“ = P) a podané poistencovi v ambulancii má vždy hodnotu 0,- (nula).

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 alebo omamných látok
- 05** – sociálny dôvod hospitalizácie
- 06** – porušenie liečebného režimu
- 07** – iný dôvod, napr.: ochranná liečba

17. Členský štát poistenca – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu alebo zmluvného štátu. Ak čerpala vecné dávky osoba poistená v Srbskej republike na základe tlačiva SRB/SK 111, SRB/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“ použije sa skratka „RS“.

18. 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“, tlačivo SRB/SK 111; SRB/SK 123. Ak čerpala neodkladné vecné dávky osoba poistená v Srbskej republike, uvádza sa jednotné matričné číslo občana, v prípade poistenca a dôchodcu a osobné identifikačné číslo („OIČ“) v prípade nezaopatreného rodinného príslušníka tak, ako je uvedené v tlačive SRB/SK 111.

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

Typ dávky: **753n Vykazovanie výkonov v špecializovanej ambulancijnej zdravotnej starostlivosti**

Predkladá: ŠAS (ambulancijný 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

Oddelovací znak: | , oddelovací znak | používať aj na konci riadku

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

Identifikácia dávky:

Štruktúra je identická s dávkou **751n**.

Záhlavie dávky:

Je identické s dávkou **751n**, 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. – 16. vo vete tela dávky sú v dávke 753n totožné s dávkou 751n

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

17. Typ odosielateľa – typ odosielateľa (žiadateľa o vyšetrenie):

- ak je poistencovi poskytovaná dispenzárna 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**

- 18. 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.
- 19. Kód lekára – odosielateľa** - 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 **alebo zmluvného štátu**. **Ak čerpala vecné dávky osoba poistená v Srbskej republike na základe tlačiva SRB/SK 111, SRB/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ, použije sa skratka „RS.“**
- 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“, **tlačivo SRB/SK 111; SRB/SK 123. Ak čerpala neodkladné vecné dávky osoba poistená v Srbskej republike, uvádza sa jednotné matričné číslo občana v prípade poistenca a dôchodcu a osobné identifikačné číslo („OIC“) v prípade nezaopatreného rodinného príslušníka tak, ako je uvedené v tlačive SRB/SK 111.**

22. 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 EÚ, 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 EÚ. 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. **Do tejto skupiny patria aj osoby poistené v Srbskej republike, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ. Tlačivo SRB/SK111, SRB/SK 123 musí byť zaevidované pred čerpaním zdravotnej starostlivosti v slovenskej zdravotnej poisťovni ako inštitúcii v mieste bydliska/pobytu podľa výberu poistenca. Zdravotná poisťovňa potvrdzuje zaevidovanie dátumom, odtlačkom pečiatky, podpisom zodpovedného zamestnanca na prvej strane tlačiva.**

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 EKZP, 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“, **tlačivom SRB/SK 111; SRB/SK 123**, 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 EÚ poskytovateľ vykáže pobočke príslušnej zdravotnej poisťovne, s ktorou má uzatvorenú zmluvu, poskytnutú zdravotnú starostlivosť mesačne, v hromadných dávkach za zúčtovacie obdobie, za všetkých POISTENCOV EÚ 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), náhradným certifikátom k EPZP, **tlačivom SRB/SK 111, ktorý nebol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni v prípadoch neodkladnej zdravotnej starostlivosti**, 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, **tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123**, 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.

Vykazovanie za bezdomovcov (len zdravotnej poisťovni s najvyšším počtom poistencov), cudzincov (mimo štátov EÚ **okrem Srbskej republiky**) 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: **774n** **Vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti**

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

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	char	4
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	1 - 6
7.	POČET MÉDIÍ	p	int	3
8.	ČÍSLO MÉDIA	p	int	3
9.	POISTOVŇA-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, doplnujúca 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, **okrem Srbskej republiky**), 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, **okrem Srbskej republiky**), 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, **okrem Srbskej republiky**), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z. a za poistenky, ktoré požiadali o utajený pôrod.

TYP DÁVKY - kód dávky - 774n

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, použitie 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.	PORADOVÉ ČÍSLO RIADKU	p	int	1 - 6
2.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p3	char	9 - 10
3.	MENO POISTENCA	p6	char	1 - 60
4.	KÓD DIAGNÓZY PRI PRIJATÍ	p(6)	char	3 - 4
5.	KÓD DIAGNÓZY PRI PREPUSTENÍ	p(7)	char	3 - 4
6.	DEŇ NÁSTUPU		int	1 - 2
7.	DEŇ PREPUSTENIA		int	1 - 2
8.	POČET OŠETR. DNÍ/LÔŽKODNÍ	p9	int	1 - 2
9.	POHYB POISTENCA	p(7)	char	4
10.	NOVORODENEC		char	3 - 3
11.	PRIPOČÍTATELNÉ POLOŽKY		char	3 - 6
12.	MNOŽSTVO	p(11)	float	8.2

13.	CENA	p(11)	float	8.2
14.	NÁHRADY		char	2 - 2
15.	KÓD PZS – ODOSIELATEĽA	p1	char	12 - 12
16.	KÓD LEKÁRA – ODOSIELATEĽA	p1	char	9 - 9
17.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p2	char	2 - 3
18.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p2	char	1 - 20
19.	POHLAVIE POISTENCA	p2	char	1
20.	STAV POISTENCA		char	1
21.	TYP VÝKONU	p8	char	1
22.	KÓD OPERAČNÉHO VÝKONU		char	8
23.	POČET OPERAČNÝCH VÝKONOV	p(22)	int	2
24.	KÓD ZÍSKANEJ ZDRAVOTNEJ KOMPL.	p8	char	1
25.	TYP HOSPITALIZÁCIE	P	char	1
26.	DÁTUM Z ČAKACEJ LISTINY	p4	date	RRRRMMDD
27.	VYKÁZ. PRIDR. DIAGNÓZA	p8	char	1
28.	PRIDRUŽENÁ DIAGNÓZA 1		char	3-4
29.	PRIDRUŽENÁ DIAGNÓZA 2		char	3-4
30.	PRIDRUŽENÁ DIAGNÓZA 3		char	3-4
31.	PRIJATÝ S KOMPLIKÁCIOU	p8	char	1
32.	DÁTUM PRIJATIA DO PZS	p5	date	RRRRMMDD
33.	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 = vyplní 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. **Poradové číslo riadku** – udáva sa poradie riadku v rámci viet tela dávky. Najvyššie poradové číslo musí mať rovnakú hodnotu, akú má položka „Počet dokladov“ v riadku identifikácie dávky.
2. **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. Pri vykázaní sprievodcu sa vykazuje rodné číslo sprevádzaného poistenca.
3. **Meno poistenca** – priezvisko (neskrátené) a meno poistenca (prípadne skratka mena).

4. **Kód diagnózy pri prijati** – 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
5. **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 len pri prepustení poistenca.
Kód „Z76“ – použiť pre sprievodcu
6. **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.
7. **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.
8. **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.
9. **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.
10. **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 päťorčiat), 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.

11. **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 vyplní:

identifikácia poistenca (položky č. 2 a 3, alebo 17 až 19),

- položka č. 6 – DEŇ NÁSTUPU, kde sa uvedie deň podania/poskytnutia pripočítateľnej položky. Tento dátum musí byť v rozmedzí dátumov položiek č. 6 a č. 7 riadku, v ktorom je vykázaná hospitalizácia.

- položka č. 4 – KÓD DIAGNÓZY PRI PRIJATÍ,
- položka č. 11 – KÓD PRIPOČÍTATELNEJ POLOŽKY,
- položka č. 12 – MNOŽSTVO,
- položka č. 13 – CENA,
- položka č. 25 – 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.

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

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

14. **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
15. **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.
 16. **Kód lekára/oddelenia – odosielať** – v tvare **L99999SLL**, kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára.
 17. **Členský štát poistenca** – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu **alebo zmluvného štátu. Ak čerpala vecné dávky osoba poistená v Srbskej republike na základe tlačiva SRB/SK 111, SRB/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“ použije sa skratka „RS.“**
 18. **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“, **tlačivo SRB/SK 111; SRB/SK 123. Ak čerpala neodkladné vecné dávky osoba poistená v Srbskej republike, uvádza sa jednotné matričné číslo občana v prípade poistenca a dôchodcu a osobné identifikačné číslo („OIČ“) v prípade nezaopatreného rodinného príslušníka tak, ako je uvedené v tlačive SRB/SK 111.**
 19. **Pohlavie poistenca** – použijú sa znaky: **M** = muž, **F** = žena.
 20. **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.
 21. **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.
 22. **Kód operačného výkonu** – podľa zmluvných kódov operačných výkonov.
 23. **Počet operačných výkonov**
 24. **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.
 25. **Typ hospitalizácie:** vykazujú sa hodnoty:
 - **A** – neodkladná hospitalizácia
 - **C** – centrálna nakupovaná 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
26. **Dátum z čakacej listiny** – pôvodný dátum zaradenia poistenca na čakáciu listinu PZS.
27. **Vykáz. pridruž. diagnóza** – vykávanie pridruženej diagnózy pre poistenca: ÁNO = **1**, NIE = **0**.
28. až 30. **Pridružené diagnózy**: vedľajšie diagnózy poistenca podľa MKCH.
31. **Prijatý s komplikáciou** – v dôsledku činnosti odosielaajúceho ústavného PZS, hodnoty ÁNO = **1**, NIE = **0**. Ak je hodnota 1, v položke KÓD PZS – ODOSIELATEĽA a KÓD LEKÁRA – ODOSIELATEĽA sa vykážu údaje odosielaajúceho ústavného poskytovateľa ZS.
32. **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.
33. **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 EÚ, 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 inštitúcii v mieste bydliska/pobytu podľa výberu poistenca EÚ. Zdravotná poisťovňa potvrdzuje zaevidovanie dátumom, odtlačkom pečiatky, podpisom zodpovedného zamestnanca na prvej strane PD. **Do tejto skupiny patria aj osoby poistené v Srbskej republike, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ. Tlačivo SRB/SK111, SRB/SK 123 musí byť zaevidované pred čerpaním zdravotnej starostlivosti v slovenskej zdravotnej poisťovni ako inštitúcii v mieste bydliska/pobytu podľa výberu poistenca. Zdravotná poisťovňa potvrdzuje zaevidovanie dátumom, odtlačkom pečiatky, podpisom zodpovedného zamestnanca na prvej strane tlačiva.**

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 „EÚ“, **tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123** 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 EÚ poskytovateľ vykáže príslušnej zdravotnej poisťovni, s ktorou má uzatvorenú zmluvu, poskytnutú zdravotnú starostlivosť mesačne, v hromadných dávkach za zúčtovacie obdobie, za všetkých POISTENCOV EÚ 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, **tlačivom SRB/SK 111, ktorý nebol zaevidovaný v slovenskej zdravotnej poisťovni v prípadoch neodkladnej zdravotnej starostlivosti**, 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, **tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123**, 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 ošetrovaní. 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 dopravu

Typ dávky: **793n Vykazovanie výkonov v doprave**

Predkladá: Poskytovateľ dopravy, záchranej 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	char	4
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	1 - 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 zasláním odôvodnenia reklamácie. Toto definovanie dávky platí i pre charakter dávky F a J.
- A** - aditívna, doplnujúca 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, **okrem Srbskej republiky**), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.
- J** - opravná dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ, **okrem Srbskej republiky**), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.
- K** - aditívna dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. (4), cudzinca (mimo EÚ, **okrem Srbskej republiky**), poistencov podľa § 9 ods. (3) zákona č. 580/2004 Z. z.

TYP DÁVKY - kód dávky - 793n

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.	PORADOVÉ ČÍSLO RIADKU	p	int	1 - 6
2.	DEŇ	p	int	1 - 2
3.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p2, p4, p5	char	9 - 10
4.	MENO POISTENCA	p2	char	1 - 60
5.	KÓD DIAGNÓZY	p2	char	3 - 4
6.	STAV PREPRAVOVANĚHO POISTENCA	p3	char	1
7.	PREPRAVA SPRIEVODCU	p3	char	1 - 1
8.	TYP PREPRAVY/ VÝJAZDU	p	char	3 - 5
9.	POČET OSOBOKILOMETROV/ LETECKÝCH MINÚT	p	int	5
10.	TRASA –VÝCHODISKOVÁ STANICA –OBEC	p	char	1 - 20
11.	TRASA –VÝCHODISKOVÁ STANICA – ULICA	p	char	1 - 20
12.	TRASA – CIEĽOVÁ STANICA – OBEC	p	char	1 - 20
13.	TRASA – CIEĽOVÁ STANICA - ULICA	p	char	1 - 20
14.	ČÍSLO JAZDY/LETU	p	int	8
15.	EČ VOZIDLA	p	char	6 - 7
16.	POČET PREPRAVENÝCH	p	int	1 - 2

17.	NÁHRADY		char	2
18.	TYP ODOSIELATEĽA	p	char	1
19.	KÓD PZS – ODOSIELATEĽA	p1	char	12
20.	KÓD LEKÁRA – ODOSIELATEĽA	p1	char	9
21.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p8	char	2 - 3
22.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p8	char	1 - 20
23.	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. Poradové číslo riadku** – udáva sa poradie riadku v rámci viet tela dávky. Najvyššie poradové číslo musí mať rovnakú hodnotu, akú má položka „Počet dokladov“ v riadku identifikácie dávky.
- 2. Deň** - deň prepravy/výjazdu daného zúčtovacieho obdobia - v tvare dd.
- 3. 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 poisťencovi 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.
- 4. Meno poistenca** – priezvisko (neskrátené) a meno poistenca (prípadne skratka mena)
- 5. 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.
- 6. 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.
- 7. 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.

8. 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 dialkovej)
- 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. návštevna, 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 dialková (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

- LIEK** – poistencov zaradených do transplantačného programu, kardiochirurgickej liečby, preprava poistencov v akútnych prípadoch, vrátane preprav po 17:00 hod a počas dní pracovného pokoja a pracovného voľna 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 poisťovňam, 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“ vypĺňa sa číslo poistenca, pre ktorého je krv, transfúzny liek alebo v prípade leteckej prepravy transplantačný 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 záchrannej zdravotnej služby, poskytovateľ vrtuľníkovej záchrannej 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.

9. 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 nevyťaženého 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 spätočnej 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 chvíle, 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 chvíle, keď sa úplne zastavilo po ukončení letu,
- čas letu vrtuľníkov od chvíle, 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 vykázaný, pokiaľ nie je pri spätočnej ceste prepravovaný iný poistenec.

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

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

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

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

14. 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 záchrannej 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.

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

16. 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|BA501BA|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.

17. 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

18. Typ odosielateľa – typ odosielateľa (žiadateľa o prepravu poistenca):

- ak ide o akútny prípad, typ odosielateľa je = **A**
- ak je neakútny prípad, typ odosielateľa 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.

19. 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.

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

21. Členský štát poistenca – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu alebo zmluvného štátu. Ak čerpala vecné dávky osoba poistená v Srbskej republike na základe tlačiva **SRB/SK 111, SRB/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“ použije sa skratka „RS.“**

22. 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“, tlačivo **SRB/SK 111; SRB/SK 123. Ak čerpala neodkladné vecné dávky osoba poistená v Srbskej republike, uvádza sa jednotné matričné číslo občana v prípade poistenca a dôchodcu a osobné identifikačné číslo („OIČ“) v prípade nezaopatreného rodinného príslušníka tak ako je uvedené v tlačive SRB/SK 111.**

23. 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 Európa-

ským preukazom zdravotného poistenia (EPZP) vydaným zdravotnou poisťovňou v SR, ktorý obsahuje kód štátu SK v pravom hornom rohu.

POISTENCI EÚ sú poistenci členského štátu EÚ, 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 EÚ⁵. 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. **Do tejto skupiny patria aj osoby poistené v Srbskej republike, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ. Tlačivo SRB/SK111, SRB/SK 123 musí byť zaevidované pred čerpaním zdravotnej starostlivosti v slovenskej zdravotnej poisťovni ako inštitúcií v mieste bydliska/pobytu podľa výberu poistenca. Zdravotná poisťovňa potvrdzuje zaevidovanie dátumom, odtlačkom pečiatky, podpisom zodpovedného zamestnanca na prvej strane tlačiva.**

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, 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 „EÚ“, **tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123** 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 EÚ poskytovateľ vykáže pobočke príslušnej zdravotnej poisťovne, s ktorou má uzatvorenú zmluvu, poskytnutú zdravotnú starostlivosť mesačne, v hromadných dávkach za zúčtovacie obdobie, za všetkých POISTENCOV EÚ 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), 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, **tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123**, 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.

Dátové rozhranie pre zoznam poistencov navrhnutých na zaradenie do dispenzárnej starostlivosti

Typ dávky: **799n**

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	char	4
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	1 - 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:

799n

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.	PORADOVÉ ČÍSLO RIADKU	p	int	1 - 6
2.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p1	char	9 - 10
3.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p2	char	2 - 3
4.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p2	char	1 - 20
5.	POHLAVIE POISTENCA	p2	char	1
6.	PRIEZVISKO POISTENCA	p	char	1 - 36
7.	MENO POISTENCA	p	char	1 - 24
8.	KÓD PLATNOSTI	p	char	1
9.	PLATNOSŤ OD	p	date	RRRRMMDD
10.	PLATNOSŤ DO		date	RRRRMMDD
11.	KÓD CHOROBY (DIAGNÓZY)	p	char	3 - 4
12.	OBDOBIE NASLEDUJÚCEJ KONTROLY	p	char	1 - 1
13.	NASLEDUJÚCA KONTROLA – FREKVENCIA	p	int	1 - 2
14.	PREDPOKLADANÁ DĹŽKA DISPENZ.	p3	int	1 - 4
15.	DÔVOD VYRADENIA Z DISPENZ.	p4	char	1 - 1
16.	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. **Poradové číslo riadku** – udáva sa poradie riadku v rámci viet tela dávky. Najvyššie poradové číslo musí mať rovnakú hodnotu, akú má položka „Počet dokladov“ v riadku identifikácie dávky.
2. **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 poisťencovi 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. **ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA** – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu **alebo zmluvného štátu. Ak ide o osobu poistenú v Srbskej republike na základe preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“ použije sa skratka „RS.“**
4. **IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA** – číslo poistenca z príslušného dokladu - preukaz zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ.“
5. **POHLAVIE POISTENCA** - možné hodnoty: **M** – muž, resp. **F** – žena
6. **PRIEZVISKO POISTENCA** – priezvisko (neskrátené)
7. **MENO POISTENCA** – meno poistenca (prípadne skratka mena)
8. **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 2, 3, 4, 5, 7 a 11.
Např.: 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 2, 3, 4, 5, 7 a 11.
9. **PLATNOSŤ OD** dátum zaradenia poistenca do dispenzárnej starostlivosti
10. **PLATNOSŤ DO** - dátum vyradenia poistenca z dispenzárnej starostlivosti, je to dátum predpokladaného ukončenia dispenzárnej starostlivosti, ak ho lekárik stanoví pri zaradení do dispenzárnej starostlivosti. Za predpokladu dlhodobej starostlivosti sa uvedená dátumová položka nevyplní.
11. **KÓD CHOROBY (DIAGNÓZY)** - kód diagnózy, pre ktorú je dispenzarizovanie navrhnuté (bez bodky, v tvare I129)
12. **OBDOBIE NASLEDUJÚCEJ KONTROLY**
– možné hodnoty: **M** (mesiac), **R** (rok)
13. **NASLEDUJÚCA KONTROLA – FREKVENCIA**
dĺžka trvania do nasledujúcej kontroly v mesiacoch alebo rokoch (v závislosti od vyplnenia

položky 12. 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."

14. PREDPOKLADANÁ DĹŽKA DISPENZARIZÁCIE

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

15. 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 16. 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 EÚ, 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 inštitúcii v mieste bydliska/pobytu podľa výberu poistenca EÚ. Zdravotná poisťovňa potvrdzuje zaevidovanie dátumom, odtlačkom pečiatky, podpisom zodpovedného zamestnanca na prvej strane PD. **Do tejto skupiny patria aj osoby poistené v Srbskej republike, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ. Tlačivo SRB/SK111, SRB/SK 123 musí byť zaevidované pred čerpaním zdravotnej starostlivosti v slovenskej zdravotnej poisťovni ako inštitúcii v mieste bydliska/pobytu podľa výberu poistenca. Zdravotná poisťovňa potvrdzuje zaevidovanie dátumom, odtlačkom pečiatky, podpisom zodpovedného zamestnanca na prvej strane tlačiva.**

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 „EÚ“, 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: **798n 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	char	4
3.	IČO ODOSELATEĽA DÁVKY	p	char	8
4.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY	p	date	RRRRMMDD
5.	ČÍSLO DÁVKY	p	int	6
6.	POČET DOKLADOV	p	int	1 - 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

- kód dávky - 798n

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.	PORADOVÉ ČÍSLO RIADKU	p	int	1 - 6
2.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p1	char	9 - 10
3.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p2	char	2 - 3
4.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p2	char	1 - 20
5.	POHLAVIE POISTENCA	p2	char	1
6.	PRIEZVISKO POISTENCA	p	char	1 - 36
7.	MENO POISTENCA	p	char	1 - 24
8.	DÁTUM NAVRHNUTIA NA ZARADENIE DO ZOZNAMU ČAKAJÚCICH NA POSKYTNUTIE ZS	p	date	RRRRMMDD
9.	DÁTUM PLÁNOVANÉHO POSKYTNUTIA VÝKONU	p	date	RRRRMMDD
10.	KÓD ODOSIELAJÚCEHO PZS	p3	char	12
11.	KÓD ODOSIELAJÚCEHO LEKÁRA	p3	char	9
12.	KÓD DIAGNÓZY	p	char	3 - 4
13.	DÁTUM VYRADENIA ZO ZOZNAMU	p4	date	RRRRMMDD
14.	DÔVOD VYRADENIA ZO ZOZNAMU	p4	char	1
15.	KÓD VÝKONU PLÁNOVANEJ ZS	p	char	1 - 8
16.	MNOŽSTVO – VÝKONOV	p	int	2
17.	CENA - VÝKONOV	p	float	10.2
18.	KÓD LIEKU/ZP		char	5 - 6
19.	MNOŽSTVO – LIEK/ZP	p(18)	float	8.2
20.	CENA – LIEKOV/ZP	p(18)	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 15 Kód výkonu plánovanej ZS uvedený výkon SVLZ
p4 = položka je povinná, iba pri vyradení poistenca zo zoznamu čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti

1. **Poradové číslo riadku** – udáva sa poradie riadku v rámci viet tela dávky. Najvyššie poradové číslo musí mať rovnakú hodnotu, akú má položka „Počet dokladov“ v riadku identifikácie dávky.
2. **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.
3. **Členský štát poistenca** – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu **alebo zmluvného štátu. Ak ide o osobu poistenú v Srbskej republike na základe preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“ použije sa skratka „RS“**
4. **Identifikačné číslo poistenca** – číslo poistenca z príslušného dokladu - preukaz zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“
5. **Pohlavie poistenca** – použijú sa znaky: **M** = muž, **F** = žena
6. **Priezvisko poistenca** – priezvisko (neskrátené)
7. **Meno poistenca** – meno poistenca (prípadne skratka mena)
8. **Dátum návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu čakajúcich na poskytnutie ZS** – dátum navrhnutia 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 zaradí poistenca do zoznamu v poradí podľa dátumu a času doručenia návrhu predchádzajúcej zdravotnej poisťovni.
9. **Dátum poskytnutia plánovaného výkonu**
10. **Kód odosielajúceho 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
11. **Kód odosielajúceho lekára** – kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára
12. **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
13. **Dátum vyradenia zo zoznamu** - vyplňa sa iba pri uvedení dôvodov vyradenia zoznamu v položke 14
14. **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)
15. **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)
16. **Množstvo výkonov** – počet výkonov
17. **Cena výkonov** – cena vzťahujúca sa k vykázanému kódu vynásobená množstvom.
18. **Kód lieku/ZP**, pre poskytnutie ktorých sú vedené čakacie listiny:
 - **lieky** (transfúzne, finančne mimoriadne náročné, mimoriadny dovoz)

- **zdravotnícke pomôcky** – finančne náročné, osobitne uhrádzané
- 19. Množstvo liek/ZP** – počet skutočne aplikovaných balení lieku alebo častí balenia lieku (vyjadrené zlomkom, napr. 0.33), počet kusov zdravotníckych pomôcok
- 20. 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.

Metodické usmernenie č. 3/1/2012
Elektronické chybové protokoly
zo spracovania dávok od poskytovateľov
zdravotnej starostlivosti

Článok 1
Úvodné ustanovenie

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

Článok 2
Predmet a účel

1) Toto metodické usmernenie popisuje jednotný elektronický spôsob oznamovania chýb zdravotnými poisťovňami k vybraným elektronickým dávkam od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

2) Spätné chybové dávky budú zdravotné poisťovne zasielať ku všetkým dávkam, ktoré zasielajú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti podľa metodického usmernenia úradu č. 9/2006 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou a metodického usmernenia úradu č. 10/2006 o spracovaní a vykazovaní lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov elektronickou formou v ich aktuálne platných zneniach.

3) Spätné chybové dávky budú zdravotné poisťovne zasielať k nasledovným dávkam:

- vykazovanie výkonov vo všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
- vykazovanie výkonov v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
- vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- vykazovanie výkonov v doprave,
- vykazovanie návrhov na zaradenie do dispenzárnej starostlivosti,
- vykazovanie návrhov na zaradenie do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti,
- spracovanie lekárskeho predpisov a výpisov z lekárskeho predpisov,
- spracovanie lekárskeho poukazov okrem očnej optiky,
- spracovanie lekárskeho poukazov - očná optika.

4) Povinnosť zasielania Prehľadu finančného zúčtovania vykázaných zdravotnej starostlivosti zdravotnými poisťovňami ostáva. Prehľad finančného zúčtovania musí obsahovať celkový sumár podľa typov zdravotnej starostlivosti.

5) Elektronický chybový protokol nahrádza papierový protokol sporných dokladov. Elektronické chybové protokoly sprístupnia zdravotné poisťovne na svojich internetových portáloch so zabezpečeným prístupom pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Článok 3
Dátové rozhranie

1) Zdravotné poisťovne v prípade nimi identifikovaných chýb v dávkach uvedených v článku 2 odsek 3, prijatých od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zasielajú

spätne chybové dávky v elektronickej forme podľa jednotného dátového rozhrania, ktoré je uvedené v prílohe č. 1.

Článok 4
Prechodné ustanovenie

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

Článok 5
Záverečné ustanovenie

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

V Bratislave 21.11.2012

MUDr. Monika Pažinková, MPH, v. r.
predsedníčka

Dátové rozhranie pre chybové spätné dávky

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

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

Smer: ZP -> PZS

Typ dávky:

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

Početnosť: priebežne

Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky:

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

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

Oddel'ovací znak: | - tento oddel'ovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku

Obsah dávky: identifikácia dávky
záhlavie dávky
vety tela dávky

Identifikácia dávky:

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

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

Vysvetlivky k položkám:

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

Záhlavie dávky:

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

Veta tela dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1	ČÍSLO RIADKU POVODNEJ DÁVKY	p	int	1-6
2	CHYBNÁ POLOŽKA	p	int	1-2
3	TYP ODMIETNUTIA	p	char	1-1
4	KÓD CHYBY	p	char	1-10
5	POPIS CHYBY	p	char	1-250
6	DÔVOD - DOPLŇUJÚCI POPIS		char	1-250
7	MNOŽSTVO		float	8.2
8	CENA		float	8.2
9	REVIDOVAL		char	30

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

- ČÍSLO RIADKU POVODNEJ DÁVKY** – poradové číslo riadku z pôvodnej dávky vykázaney zdravotnej starostlivosti od PZS alebo číslo lekárskeho predpisu alebo poukazu
- CHYBNÁ POLOŽKA** - poradové číslo chybnjej položky v rámci riadku pôvodnej dávky
- TYP ODMIETNUTIA** - oznámenie o neakceptácii (odmietnutí) riadku = „O,“ príp. čiastočnej akceptácii riadku = Q
- KÓD CHYBY** - kód chyby podľa jednotného číselníka príslušnej ZP; číselník zverejnený na webovom sídle každej ZP
- POPIS CHYBY** - textové vysvetlenie chyby
- DÔVOD - DOPLŇUJÚCI POPIS** - tu zdravotná poisťovňa môže uviesť ďalšie podrobnosti odmietnutia
- MNOŽSTVO** - počet produktov – nula za odmietnutú, prípadne upravený počet za čiastočne odmietnutú položku (počet výkonov, ošetrovacích dní/lôžkodní, pripočítateľných položiek,...)
- CENA** - cena za produkt – nula za odmietnutú, prípadne cena za čiastočne odmietnutú položku
- REVIDOVAL** - meno revízneho pracovníka, ktorý daný riadok revidoval

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

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