

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

vestník

číslo 1/2017

obsah:

str. 2 **Platobná schopnosť zdravotných poisťovní – november 2016**

str. 3 - 7 Metodické usmernenie č. 4/2016
**Elektronické chybové protokoly zo spracovania dávok od
poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**

január 2017

**Úrad v súlade s § 20 ods. 2 písm. m) zákona č. 581/2004 Z. z. uverejňuje údaje
o platobnej schopnosti zdravotných poisťovní za mesiac november 2016**

PLATOBNÁ SCHOPNOSŤ ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Podľa § 14 ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“) platobná schopnosť zdravotnej poisťovne sa **preukazuje** schopnosťou uhrádzať svoje záväzky voči poskytovateľom v lehote, ktorá nepresiahne 30 kalendárnych dní odo dňa zmluvne dohodnutej lehoty splatnosti záväzkov voči poskytovateľom.

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

Platobná schopnosť zdravotných poisťovní za mesiac november 2016

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

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

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

Metodické usmernenie č. 4/2016
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. k) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Metodické usmernenie popisuje jednotný elektronický spôsob oznamovania chýb a prehľadov finančného zúčtovania zdravotnými poisťovňami k vybraným dávkam od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Článok 2
Elektronická chybová dávka

1. Elektronická chybová dávka (pôvodne označovaná ako spätná chybová dávka) je dávka v elektronickej podobe, ktorú zasiela zdravotná poisťovňa poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti k dávke zaslanej poskytovateľom zdravotnej starostlivosti podľa metodického usmernenia úradu:

- č. 5/2015 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou v platnom znení,
- č. 10/2015 o spracovaní a vykazovaní lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov elektronickou formou v platnom znení.

2. Elektronické chybové dávky zasiela zdravotná poisťovňa k nasledovným dávkam:

- vykazovanie výkonov vo všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (okrem kapitácií),
- 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.

3. Zdravotná poisťovňa v prípade chyby alebo chýb, identifikovaných v dávke od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, posiela elektronickú chybovú dávku v elektronickej forme podľa jednotného dátového rozhrania, ktoré je uvedené v článku 6.

Článok 3
Prehľad finančného zúčtovania

Prehľad finančného zúčtovania vykázananej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „prehľad finančného zúčtovania“) je sumárny prehľad vykázananej a uznanej zdravotnej starostlivosti podľa foriem (typov) zdravotnej starostlivosti. Prehľad finančného zúčtovania posiela zdravotná poisťovňa každému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a musí obsahovať minimálne tieto údaje:

- celkový sumár uznanej a uhradenej zdravotnej starostlivosti podľa typov zdravotnej starostlivosti,
- úhrady za zdravotnú starostlivosť podliehajúce a nepodliehajúce regulácii/limitácii,

- meno a priezvisko revízneho lekára/revízneho farmaceuta, ktorý splnil odbornú spôsobilosť na výkon povolania a zodpovedá za správnosť vykonanej revízie v elektronickej chybovej dávke.

Článok 4

Podrobné zúčtovanie vykázananej zdravotnej starostlivosti

1. Podrobné zúčtovanie vykázananej zdravotnej starostlivosti je napr. chybový protokol/protokol sporných dokladov/prílohy k vyúčtovaniu alebo obdobný dokument, ktorý v čitateľnej forme podáva informácie z elektronickej chybovej dávky a je jej identickým obrazom.

2. Zdravotná poisťovňa poskytuje podrobné zúčtovanie vykázananej zdravotnej starostlivosti každému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, pričom jeho formu poskytovania si dohodne zdravotná poisťovňa s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

3. Zdravotná poisťovňa poskytuje aj ďalšie informácie a údaje o výsledku spracovania dávok, ktoré nie sú predmetom predchádzajúcich dokladov v členení podľa kódov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a kódov zdravotníckeho pracovníka, s uvedením ich počtu a sumy v eurách. Povinný minimálny rozsah ďalších poskytovaných údajov je nasledovný:

- vykázané body, km,
- uznané a uhradené body, km,
- neuznané body, km,
- vykázané ukončené hospitalizácie,
- uznané a uhradené ukončené hospitalizácie,
- neuznané ukončené hospitalizácie,
- vykázané výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti,
- uznané a uhradené výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti,
- neuznané výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti,
- vykázané osobitne hradené výkony,
- uznané a uhradené osobitne hradené výkony,
- neuznané osobitne hradené výkony,
- vykázané ošetrovacie dni,
- uznané a uhradené ošetrovacie dni,
- neuznané ošetrovacie dni,
- uznané a uhradené lieky a transfúzne prípravky,
- uznaný a uhradený špeciálny zdravotný materiál.

4. Poskytovanie ďalších doplňujúcich informácií si dohodne zdravotná poisťovňa s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Článok 5

Spôsob oznamovania

Zdravotná poisťovňa odosiela elektronickejšiu chybovú dávku, prehľad finančného zúčtovania vykázananej zdravotnej starostlivosti, podrobné zúčtovanie vykázananej zdravotnej starostlivosti a ďalšie doplňujúce informácie každému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti takým spôsobom, akým poskytovateľ zdravotnej starostlivosti doručuje dávku s vykázanou zdravotnou starostlivosťou do zdravotnej poisťovne. To znamená, že ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti doručí dávku:

- na médiu, tak zdravotná poisťovňa odošle poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti uvedené odpovedné náležitosti tiež na médiu,
- prostredníctvom internetového portálu, tak zdravotná poisťovňa odošle poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti uvedené odpovedné náležitosti tiež prostredníctvom internetového portálu,
- iným spôsobom, ak sa na tom zdravotná poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dohodnú.

Článok 6 Dátové rozhranie pre elektronické chybové dávky

V elektronickej chybovej dávke zdravotná poisťovňa odosiela oznámenia o chybách v pôvodnej dávke, ktorú prijala od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Smer: ZP -> PZS

Kde: ZP = zdravotná poisťovňa

PZS = poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

Typ dávky:

751c - chybné vykazovanie výkonov vo všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (k dávke 751a, formulár F-370)

753c - chybné vykazovanie výkonov v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (k dávke 753a, formulár F-396)

774c - chybné vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti PZS nezaradeným do systému vykazovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa DRG (k dávke 774n, formulár F-371)

274c - chybné vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti PZS zaradeným do systému vykazovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa DRG (k dávke 274a, formulár F-375)

793c - chybné vykazovanie výkonov v doprave (k dávke 793n, formulár F-372)

799c - chybné vykazovanie návrhov na zaradenie do dispenzárnej starostlivosti (k dávke 799a, formulár F-373)

798c - chybné vykazovanie návrhov na zaradenie do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti (k dávke 798a, formulár F-374)

237c - chybné spracovanie lekárskeho predpisu a výpisov z lekárskeho predpisu (k dávke 237a, formulár F-405)

239c - chybné spracovanie lekárskeho poukazu okrem očnej optiky (k dávke 239a, formulár F-406)

738c - chybné spracovanie lekárskeho poukazu - očná optika (k dávke 738, formulár F-407)

Početnosť: priebežne

Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky:

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

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

Oddel'ovací znak: | - oddel'ovač sa povinne uvádza aj na konci každého riadku

Obsah dávky: identifikácia dávky
 záhlavie dávky
 vety tela dávky

Vysvetlivky:

P povinný údaj
N nepovinný údaj
int kladné celé číslo

char	alfanumerický reťazec s pevnou dĺžkou reťazca
varchar	alfanumerický reťazec s premenlivou dĺžkou reťazca
float	číslo s desatinnou časťou

Identifikácia dávky:

Prvú až n-tú položku riadku identifikácie dávky tvorí kompletný riadok identifikácie dávky z pôvodnej dávky, ku ktorej ZP posla elektronickú chybovú dávku. Za n-tou položkou nasledujú 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

Vysvetlivky:

POČET RIADKOV V DÁVKE - udáva sa počet riadkov tela dávky

DÁTUM VYTVORENIA DÁVKY - dátum je vo formáte RRRRMMDD

Záhlavie dávky:

Prvú až n-tú položku riadku záhlavia dávky tvorí kompletný príslušný riadok záhlavia z pôvodnej dávky, ku ktorej ZP posla elektronickú chybovú dávku.

Veta tela dávky:

Prvú až n-tú položku riadku tela dávky tvorí kompletný riadok z pôvodnej dávky, ku ktorej ZP posla elektronickú chybovú dávku.

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
n+1	CHYBNÁ POLOŽKA	P	int	1-2
n+2	TYP ODMIETNUTIA	P	char	1
n+3	KÓD CHYBY	P	varchar	1-10
n+4	POPIS CHYBY	P	varchar	1-250
n+5	DÔVOD - DOPLŇUJÚCI POPIS	P*	varchar	1-250
n+6	MNOŽSTVO	P**	float	8.2
n+7	CENA	P***	float	8.2
n+8	REVIDOVAL	P	varchar	1-30

Vysvetlivky:

CHYBNÁ POLOŽKA

poradové číslo chybanej položky v rámci riadku pôvodnej dávky

TYP ODMIETNUTIA

oznámenie o neakceptácii (odmietnutí) riadku:

O = odmietnutý

Q = čiastočne akceptovaný

KÓD CHYBY

kód chyby podľa jednotného číselníka príslušnej ZP; číselník zverejňuje ZP na svojom webovom sídle

POPIS CHYBY

textové vysvetlenie chyby

DÔVOD - DOPLŇUJÚCI POPIS

P* - položka je povinná vtedy, ak dôvodom odmietnutia alebo čiastočného odmietnutia je odmietnutie revíznym lekárom

MNOŽSTVO = počet produktov

P** - pri type odmietnutia:

O bude v položke povinne vyplnená hodnota 0 (nula)

Q bude v položke povinne uvedený údaj o množstve uznaných produktov

CENA = cena za produkt

P*** - pri type odmietnutia:

O bude v položke povinne vyplnená hodnota 0 (nula)

Q bude v položke povinne uvedená uznaná cena za produkt

REVIDOVAL

meno revízneho pracovníka, ktorý daný riadok revidoval

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

Článok 7

Záverečné a zrušovacie ustanovenia

1. Metodické usmernenie nadobúda účinnosť dňom 01.01.2017.
2. Zdravotná poisťovňa poskytne poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti všetky informácie a dokumenty v rozsahu tohto metodického usmernenia prvýkrát za január 2017.
3. Dňom nadobudnutia účinnosti tohto metodického usmernenia sa ruší metodické usmernenie 6/2013 Elektronické chybové protokoly zo spracovania dávok od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších noviel.

V Bratislave 28.12.2016

MUDr. Tomáš Haško, MPH
predseda