úrad pre
dohľad nad
zdravotnou
starostlivosťou

vestník číslo 1/2024

obsah:

str. 2 **Platobná schopnosť zdravotných poisťovní - november 2023**

str. 3 – 4 **Metodické usmernenie č. 5/9/2015 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov a lekárenských poukazov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou**

prílohy k MU 5/9/2015 str. 5 - 60

str. 61 - 66 **Metodické usmernenie č. 4/2/2016 Elektronické chybové protokoly zo spracovania dávok od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**

str. 67 - 77 **Metodické usmernenie č. 1/2/2013 k dátovým rozhraniam vybraných oznamovacích povinností zdravotných poisťovní voči úradu**

január 2024

V súlade s § 20 ods. 2 písm. m) zákona č. 581/2004 Z. z. uverejňuje údaje o platobnej schopnosti zdravotných poisťovní za mesiac november 2023

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 uznateľných dôvodov. Za právne uznateľné 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 2023

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 uznateľných dôvodov) (v €)	0	**áno**
§ 14 ods.3	Podiel záväzkov po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznateľných dôvodov) na objeme všetkých záväzkov podľa ods. 5 (v %)	0	**áno**

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

Metodické usmernenie č. 5/9/2015
o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov a lekárenských poukazov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou

Článok 1
Úvodné ustanovenie

1. Toto metodické usmernenie vydáva Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podľa § 20 ods. 2 písm. q) 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.“).
2. Toto metodické usmernenie sa vydáva za účelom spoločného postupu spracovania údajov o poistencoch a vykazovania zdravotných výkonov od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou.
3. Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sú oprávnení v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti dohodnúť, že podkladom na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia je zúčtovacia dávka vytvorená zdravotnou poisťovňou z elektronických zdravotných záznamov vytvorených poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v elektronickej zdravotnej knižke v rozsahu podľa § 8aa ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z., pričom v tomto prípade nie je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný zasielať zúčtovaciu dávku podľa § 8aa ods. 1 a 2 zákona č. 581/2004 Z. z. Zdravotná poisťovňa pristupuje za týmto účelom k elektronickým záznamom podľa osobitného predpisu.

Článok 2
Vykazovanie zdravotných výkonov

1. Poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti vykazuje zdravotnej poisťovni údaje o kapitovaných poistencoch elektronickou formou podľa dátového rozhrania dávky 748n - uvedené vo F-369.
2. Poskytovateľ všeobecnej a špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti spracováva a vykazuje zdravotnej poisťovni ním poskytnuté výkony zdravotnej starostlivosti elektronickou formou podľa dátového rozhrania dávky 751b - uvedené vo F-370.
3. Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti v liečebni, v prírodných liečebných kúpeľoch, v kúpeľných liečebniach, v domoch ošetrovateľskej starostlivosti, v hospicoch a prevádzkovateľ stacionáru spracováva a vykazuje zdravotnej poisťovni výkony zdravotnej starostlivosti elektronickou formou podľa dátového rozhrania dávky 774n - uvedené vo F-371.
4. Poskytovateľ prepravy a dopravy, ako služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, spracováva a vykazuje zdravotnej poisťovni ním poskytnuté výkony elektronickou formou podľa dátového rozhrania dávky 793n - uvedené vo F-372.
5. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti spracováva a vykazuje zdravotnej poisťovni zoznam poistencov navrhnutých na zaradenie do dispenzárnej starostlivosti elektronickou formou podľa dátového rozhrania dávky 799a - uvedené vo F-373.
6. Poskytovateľ špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a zariadenia sociálnej pomoci, ktoré vykazujú zdravotnej poisťovni výkony ošetrovateľskej starostlivosti, spracováva a vykazuje ním poskytnuté výkony zdravotnej starostlivosti elektronickou formou podľa dátového rozhrania dávky 753b - uvedené vo F-396.
7. Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti nezaradený do systému financovania podľa DRG spracováva a vykazuje zdravotnej poisťovni výkony zdravotnej starostlivosti elektronickou formou podľa dátového rozhrania dávky 374n - uvedené vo F-354/0.
8. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vykazuje zdravotnej poisťovni osobitne výkony za poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa § 9c zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov poistencovi iného členského štátu. Ako poistenec iného členského štátu sa na účely vykazovania posudzuje aj poistenec zmluvného štátu, s ktorým

má Slovenská republika uzavretú a účinnú medzinárodnú zmluvu o sociálnom zabezpečení.
9. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a poskytovateľ prepravy a dopravy, ako služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, vykazujú príslušnej zdravotnej poisťovni výkony a údaje spracované podľa odsekov 1 až 8.

Článok 3
Vykazovanie lekárskych poukazov na optické zdravotnícke pomôcky

Lekárske poukazy na optické zdravotnícke pomôcky spracováva očná optika elektronickou formou podľa dátového rozhrania dávky 738, ktoré je uvedené vo formulári F-407.

Článok 4
Zrušovacie ustanovenie

Metodické usmernenie č. 05/2015 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosť elektronickou formou sa mení a dopĺňa v znení novely č. 9.

Článok 5
Účinnosť metodického usmernenia

Toto metodické usmernenie v znení novely č. 9 nadobúda účinnosť od 1.1.2024. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykážu poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa tohto metodického usmernenia prvýkrát za január 2024, okrem položiek „cena za výkon fixne stanovená“, „cena bodu“, „celková cena za výkony“, „kód medicínskej služby“, „úroveň medicínskej služby“, „kód programu“, ktoré sa budú prvýkrát vykazovať za obdobie kalendárneho mesiaca apríl 2024.

Článok 6
Súvisiace formuláre

Zoznam formulárov súvisiacich s metodickým usmernením:

Formulár č. 369: Dátové rozhranie 748n pre kapitáciu (hlásenie o počte – prírastku – úbytku poistencov u lekára)

Formulár č. 370: Dátové rozhranie pre vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti 751b - zmeny účinnosti vybraných položiek

Formulár č. 371: Dátové rozhranie pre vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti v kúpeľných liečebniach a stacionároch 774n

Formulár č. 372: Dátové rozhranie pre vykazovanie výkonov v doprave 793n - zmena povinnosti pri položke „faktúra“

Formulár č. 373: Dátové rozhranie pre zoznam poistencov navrhnutých na zaradenie do dispenzárnej starostlivosti 799a

Formulár č. 396: Dátové rozhranie 753b pre vykazovanie výkonov v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti - zmeny účinnosti vybraných položiek

Formulár č. 354: Dátové rozhranie 374n pre vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti nezaradenej do systému financovania podľa DRG

Formulár č. 407: Dátové rozhranie 738 pre vykazovanie lekárskych poukazov na optické zdravotnícke pomôcky

V Bratislave dňa 22.12.2023

Ing. Renáta Bláhová, MBA, FCCA, LL.M.
predsedníčka úradu, v. r.

Príloha č. 1 MU 5/9/2015 Formulár č. 369: **Dátové rozhranie 748n pre kapitáciu** (hlásenie o počte – prírastku – úbytku poistencov u lekára)

Typ dávky: **748n Hlásenie o počte – prírastku – úbytku poistencov u lekára**

Predkladajú: Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti poskytujúci všeobecnú ambulantnú starostlivosť, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti poskytujúci špecializovanú ambulantnú starostlivosť v odbore zubné lekárstvo a gynekológia a pôrodníctvo – 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.

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
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 ZDRAVOTNĆKEHO PRACOVNÍKA	p	char	9
4.	ÚVÄZOK ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA	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 ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA – je deväť znakový alfanumerický reťazec zložený z jednoznakovej kategórie zdravotníckeho pracovníka, z päťznakového identifikátora zdrav. pracovníka a trojznakového subkódu odbornosti zdravotníckeho pracovníka.
ÚVÄZOK ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA – úväzok zdravotníckeho pracovníka na dve desatinné miesta, napr. pri úväzku 50 % uviesť 0.50.
ZÚČTOVACIE OBDOBIE – v tvare **RRRRMM**, kde: **RRRR** je rok, **MM** je 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.

Príloha č. 2 MU 5/9/2015 Formulár č. 370: **Dátové rozhranie pre vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti 751b**

Typ dávky: **751b Dátové rozhranie - Vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti**

Predkladajú: Poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti (VAS), poskytovatelia špecializovanej gynekologicko-pôrodníckej ambulancie, u ktorých je dohodnutá platba kapitáciou, poskytovatelia špecializovanej ambulancie zubného lekárstva, ambulantnej pohotovostnej služby, poskytovatelia urgentnej zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 1. typu a na urgentnom príjme 2. typu, poskytovatelia záchrannej zdravotnej služby, poskytovatelia zubno- lekárskej pohotovostnej služby.
Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (ďalej len „PZS“) predkladá zdravotnej poisťovni („ZP“) pre každý kód PZS (ambulanciu) a kód lekára jednu dávku za príslušné zúčtovacie obdobie vo faktúre s poskytnutými zdravotnými výkonmi spoločne s pripočítateľnými položkami.

Dávka je textový súbor bez formátovania a bez diakritiky.
Obsah dávky: identifikácia dávky
záhlavie dávky
vety tela dávky.
Oddeľovací znak: | , oddeľovací znak | používať aj na konci riadku
Názov súboru: **davka.xxx**, kde **xxx** je poradové číslo dávky, napr. davka.001.

Identifikácia dávky:

No.	**Popis položky**	**povinnosť**	**dátový typ**	**dĺžka**
1.	CHARAKTER DÁVKY	p	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 zdravotnú starostlivosť („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. Reklamácia sa týka výlučne 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, doplňujúca 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 neprislušnej 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, Severomacedónskej republiky a Čiernej Hory), poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“).

J opravná dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. 4, cudzinca (mimo EÚ, okrem Srbskej republiky a Severomacedónskej republiky a Čiernej Hory), 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, Severomacedónskej republiky a Čiernej Hory), poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.

TYP DÁVKY - kód dávky – 751b
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 ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA (ZPR)	p	char	9
4.	ÚVÄZOK ZPR	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 ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA – je deväť znakový alfanumerický reťazec zložený z jednoznakovej kategórie zdravotníckeho pracovníka, z päťznakového identifikátora zdrav. pracovníka a trojznakového subkódu odbornosti zdravotníckeho pracovníka. Kód zdravotníckeho pracovníka predstavuje kód lekára, kód zubného lekára, kód vybraného zdravotníckeho pracovníka, resp. fyzickej osoby vykonávajúcej zdravotnícke povolanie a predstavuje získanú odbornú spôsobilosť na výkon odborných, špecializovaných, alebo certifikovaných pracovných činností konkrétneho zdravotníckeho pracovníka v zdravotníckom povolaní určenej kategórie.

ÚVÄZOK ZPR – úväzok zdravotníckeho pracovníka na dve desatinné miesta, napr. pri úväzku 50 % uviesť 0.50. Úväzok zdravotníckeho pracovníka 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, 115 alebo 802), ktorý má pridelený zdravotný obvod podľa § 2 ods. 22 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“), ambulantná pohotovostná služba a urgentná ZS na urgentnom príjme 1. a 2. typu, zubno-lekárska pohotovostná služba,
849 pre APS a urgentnú ZS 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 - 5
6.	KÓD VÝKONU		char	1 - 7
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.	KÓD PRIPOČÍTATEĽNÁ POLOŽKA		char	3 - 7
14.	MNOŽSTVO PRIPOČÍTATEĽNEJ POLOŽKY	p(13)	float	8.2
15.	CELKOVÁ CENA ZA PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY	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
20.	SUMA DOPLATKU POISTENCA	p3	float	8.2
21.	KÓD PZS ZASTUPOVANÉHO ZPR	p4	char	12
22.	KÓD ZASTUPOVANÉHO ZPR	p4	char	9
23.	KÓD PZS ODPORUČAJÚCEHO ZPR	p6	char	12
24.	KÓD ODPORUČAJÚCEHO ZPR	p6	char	9
25.	CENA ZA VÝKON FIXNE STANOVENÁ	p7, p10	float	4.2

26.	CENA BODU	p(11), p10	float	2.6
27.	CELKOVÁ CENA ZA VÝKONY	p8, p10	float	4.2
28.	KÓD INDIKAČNÉHO OBMEDZENIA	p9	char	6

p = povinná položka
p(i) = položka je povinná, ak je vyplnená i-tá 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
p3 = položka je povinná v prípade, ak sa vykazuje pripočítateľná položka čiastočne hradená z verejného zdravotného poistenia, za ktorú bola realizovaná úhrada poistencom
p4 = položka sa vyplní v prípade zastupovania lekára všeobecnej ambulantnej starostlivosti (VAS), gynekológie (u ktorých je dohodnutá platba kapitáciou) počas choroby, čerpania dovolenky
p5 = položka je povinná, ak typ starostlivosti je 843, 845 (pre špecializačné odbory kategórie B – zubný lekár) a 847 (RTG vyšetrenia indikované zubným lekárom)
p6 = vyplňuje sa, ak ide o delegované odporučenie
p7 = vyplňuje sa, ak je cena výkonu zmluvne fixne stanovená
p8 = vyplňuje sa, ak je vyplnená položka CENA BODU alebo položka CENA ZA VÝKON FIXNE STANOVENÁ
p9 = vyplňuje sa v prípade, ak sa pre vydávaný liek vyžaduje vyznačenie indikačného obmedzenia podľa platnej kategorizácie
p10 = položka je povinná pre vykazovanie výkonov poskytnutých od 01.04.2024

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. **Deň** – deň vyšetrenia/ošetrenia 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 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 alebo v občianskom preukaze s čipom, ktorý slúži aj ako preukaz poistenca.
4. **Meno poistenca** – priezvisko (neskrátené) a meno poistenca (prípadne skratka mena).
5. **Kód diagnózy** – kódové alfanumerické označenie diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom a účinnom znení uverejnenej v zmysle § 3 ods.1 zákona č. 576/2004 Z. z. na webovom sídle MZ SR (ďalej len „MKCH“). Vykazuje sa v troj- až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka. Pre zariadenia sociálnej pomoci, ktoré vykazujú výkony ošetrovateľskej starostlivosti v dávke 753b sa uvedie kód lekárskej diagnózy z návrhu zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti lekárom.
6. **Kód výkonu** – kódy výkonov v ambulantnej starostlivosti (všeobecnej, špecializovanej, SVLZ) je potrebné vykazovať podľa nariadenia vlády SR č. 246/2018 Z. z., ktorým sa mení nariadenie vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení nariadenia vlády SR č 223/2005 Z. z. a bodové hodnoty výkonov uvedené v nariadení vlády SR č. 288/2010 Z. z., ktorým sa mení nariadenie vlády SR č. 226/2005 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci v znení nariadenia vlády SR č. 380/2008 Z. z. (ďalej len „zoznam výkonov“). 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 a paušálna platba za ošetrovateľskú starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci na poistenca sa vykazuje po dohode so zdravotnou poisťovňou s kódom **8899**.
Výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti (v dávke typu 753b) sa vykazujú v zmysle metodického pokynu MZ SR pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.
7. Počet výkonov – počet výkonov; ak sa uvedie počet výkonov 0 (nula), v položke POČET BODOV sa uvedie tiež 0 (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:
[(počet bodov x koef. náročnosti) zaokrúhlená matematicky na celé číslo x cena bodu] zaokrúhlená na 2 des. miesta matematicky x počet výkonov.
Počet bodov 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 ošetrených poistencov vrátane kapitovaných poistencov
P – poistenec, ktorému je podaný liek v ambulancii nakúpený centrálnym nákupom v ZP
S – spoluúčasť poistenca na úhrade celkovej ceny pri stomatologických náhradách a čeľustno-ortopedických aparátoch
A – dialýzy a peritoneálne dialýzy u ambulantných pacientov
U – dialýzy a peritoneálne dialýzy u hospitalizovaných pacientov
D – peritoneálne dialýzy vykonané v domácnosti
C – dispenzárna starostlivosť
H – hospitalizovaný poistenec.
11. Počet bodov – počet bodov podľa „Zoznamu výkonov“ alebo zmluvne dohodnutý počet bodov. 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 0 (nula), v položke POČET BODOV sa uvedie tiež 0 (nula) – napr. vykazovanie 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/ošetrenie do spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek – SVLZ
Z – uvedie zubný lekár v prípade, že ošetrenie 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 čeľustný ortopéd v prípade bezdôvodne prerušenej čeľustno-ortopedickej liečby na viac ako 6 mesiacov (kód „X053“)
Kód „SPP“ – vyjadruje odbornosť ambulantného alebo lôžkového zariadenia.

13. Kód pripočítateľná položka k výkonom:

- **Princíp vykazovania:**
  Ak je k jednému výkonu realizovaných viacero pripočítateľných položiek, rozpisujú sa do viacerých riadkov podľa týchto pravidiel:
  - v 1. riadku, v ktorom je uvedený kód výkonu s príslušným počtom výkonov a počtom bodov, sa vykazuje prvá pripočítateľná položka, napr. snímky, filmový alebo iný spotrebovaný dokumentačný materiál (CD, DVD...) podľa skutočnej spotreby a nákupnej ceny. Kódové označenie uvedených materiálov je pre tradičný filmový materiál:
  SNIMK – bez rozlíšenia rozmerov
  FOTO01 – pre rozmer 3 x 4
  FOTO02 – pre rozmer 15 x 30
  FOTO03 – pre rozmer 18 x 24
  FOTO04 – pre rozmer 24 x 30
  FOTO05 – pre rozmer 35 x 35
  FOTO06 – pre rozmer 30 x 40
  FOTO07 – pre rozmer 35 x 43
  FOTO08 – pre rozmer 24 x 30 (pre mamografie)
  FOTO09 – pre rozmer 18 x 24 (pre mamografie)
  FOTO10 – pre rozmer A4
  FOTO11 – pre rozmer 14 x 17 inch laser
  FOTO12 – pre rozmer 8 x 10 inch laser
  FOTO13 – pre rozmer A3
  FOTO14 – pre rozmer 13 x 18
  FOTO15 – pre rozmer 15 x 40
  FOTO16 – pre rozmer 5 x 7
  FOTO17 – pre rozmer 18 x 43
  FOTO18 – pre rozmer 20 x 40.
  Bez snímková 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 0 (nula) a počtom bodov 0 (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 0 (nula) a počtom bodov 0 (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 0, 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>u liekov so spôsobom úhrady „A“ a „AS“</u> 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 alebo AS;
  - <u>u liekov nakúpených centrálnym nákupom</u> 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;
  - <u>transfúzne lieky</u> pripravené podľa § 13 zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych

pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení.
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 0 (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 čeľustno- ortopedické aparáty **(v tvare Zxxxxx)**, ktoré sa uhrádzajú na základe platného opatrenia MZ SR, ktorým sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia.
Pripočítateľné položky v rámci poskytovania záchrannej ZS (lieky, príp. iné) sa vykazujú v ambulantnej dávke typu 751b.

14. Množstvo pripočítateľnej položky – u liekov so spôsobom úhrady „A“ a „AS“ a centrálnych nákupov sa vykazuje celým číslom počet podaných „základných vykazovacích jednotiek“ (ďalej len „ZVJ“) z celého balenia lieku. ZVJ 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 čeľustno-ortopedické aparáty sa vykazujú podľa počtu kusov. Základné vykazovacie jednotky používaných kontrastných látok a rádiofarmák sú súčasťou zoznamu „A-liekov“. Pre ostatné množstvá pripočítateľných položiek sa vykazuje reálne podané množstvo, napr. pre snímky, archívne médiá, jednorazový spotrebný materiál a. i.

15. CELKOVÁ CENA ZA PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY – cena vzťahujúca sa k vykázanému kódu pripočítateľnej položky vynásobená množstvom. Cena pre lieky zabezpečované 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
ošetrenie alebo vyšetrenie v dôsledku profesionálneho poškodenia zdravia –
03 – choroba z povolania
04 – ošetrenie akútnych následkov požitia alkoholu alebo omamných látok
05 – sociálny dôvod hospitalizácie
06 – porušenie liečebného režimu
07 – ochranná liečba
08 – iný dôvod.

17. Členský štát poistenca – skratka príslušného členského štátu z predloženého dokladu alebo zmluvného štátu. Ak čerpala vecné dávky osoba poistená:
- v EÚ na základe formulára E112, E123, EPZP, náhradného certifikátu k EPZP, PD S2, označením „EÚ“ použije sa dvojmiestna skratka vydávajúceho členského štátu z nárokového dokladu podľa ISO 3166-1, okrem PD S2 vydaného iným členským štátom v mene príslušného štátu. V takom prípade uvádza poskytovateľ dvojmiestnu skratku štátu podľa ISO 3166-1 uvedeného v časti 4 PD S2 s názvom PRÍSLUŠNÁ INŠTITÚCIA;
- v Srbskej republike na základe tlačiva SRB/SK 111, SRB/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „RS“;
- v Severomacedónskej republike na základe tlačiva RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „MK“;
- v Čiernej Hore na základe tlačiva MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „ME“.

18. Identifikačné číslo poistenca – číslo poistenca z príslušného dokladu – formulár E112, E123,

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, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123. Ak čerpala 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
- v Severomacedónskej republike, uvádza sa osobné identifikačné číslo osoby v Severnom Macedónsku („EMBG“) tak, ako je uvedené v príslušnom tlačive
- v Čiernej Hore, uvádza sa jednotné matričné číslo občana v Čiernej Hore („JMB“) tak, ako je uvedené v príslušnom tlačive.

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

20. Suma doplatku poistenca – doplatok poistenca za pripočítateľnú položku (liek, zdravotná pomôcka).

21. Kód PZS zastupovaného ZPR – uvedie sa kód pracoviska zastupovaného zdravotníckeho pracovníka, v tomto prípade lekára 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 útvaru k príslušnej odbornosti.

22. KÓD zastupovaného ZPR - uvedie sa kód zastupovaného zdravotníckeho pracovníka, v tomto prípade lekára v tvare L99999SLL, kde L99999 je osobný identifikátor lekára, SLL je odbornosť lekára (v prípade, ak ide o delegovaný výkon).

23. KÓD PZS odporúčajúceho ZPR – uvedie sa kód pracoviska odporúčajúceho zdravotníckeho pracovníka, napríklad lekára 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 útvaru k príslušnej odbornosti.

24. Kód odporúčajúceho ZPR – uvedie sa kód odporúčajúceho zdravotníckeho pracovníka, napríklad lekára v tvare L99999SLL, kde L99999 je osobný identifikátor lekára, SLL je odbornosť lekára (v prípade, ak ide o delegovaný výkon).

25. Cena za výkon fixne stanovená – uvedie sa cena v prípade, že vykázaný výkon má zmluvne stanovenú fixnú cenu; ak sa uvedie 0 (nula), v položke 26 CENA BODU sa uvedie zmluvná cena bodu alebo sa uvedie 0 (nula) v prípade ak sa jedná o hradený výkon v rámci paušálnej mesačnej kapitačnej platby.

26. Cena bodu – uvedie sa zmluvná cena bodu (vrátane všetkých bonusov za plnenie hodnotiacich parametrov a ukazovateľov); ak sa uvedie 0 (nula), v položke CENA ZA VÝKON FIXNE STANOVENÁ sa uvedie hodnota výkonu zmluvnou fixnou cenou.

27. Celková cena za výkony – uvádza sa podľa zmluvne dohodnutého spôsobu úhrady vykázaného zdravotného výkonu ako

- cena bodu *(uvedená na 6 des. miest)* vynásobená počtom bodov (alebo počtom bodov vynásobených koeficientom náročnosti) za výkon zaokrúhlená na dve desatinné miesta x počet výkonov
- fixná cena za výkon vynásobená počtom výkonov.

V prípade výkonu/ov hradeného/ých v rámci mesačnej kapitačnej platby sa uvedie 0 (nula).

28. Kód indikačného obmedzenia - uvádza sa kód podľa kategorizačného zoznamu indikačných obmedzení.

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 ošetrených v príslušnom mesiaci, v jednej samostatnej faktúre, ak sa v zmluve nedohodne inak. V dávkach vykáže v položke CHARAKTER

DÁVKY znak E (resp. F, G).
V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, dodatočne dožiadaným SED-om S045 so schváleným nárokom na zdravotnú starostlivosť v papierovej forme a v prípade poistencov UK aj GHIC, štandardným CRA EPZP, CRA EPZP pre študentov, tvorí prílohu k faktúre fotokópia nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení.
V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal formulárom E112, E123, PD S2, S3, DA1, SEDom S008, S010, S037, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123, ktoré bolo zaevidované v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre iba lekárska správa alebo záznam o ošetrení.
V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal u poskytovateľa formulárom E112, E123, PD S2, S3, DA1, SEDom S008, S010, S037, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123, ktoré nebolo zaevidované v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre fotokópia predloženého nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení.
Fotokópia predloženého nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení 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, Severného Macedónska a Čiernej Hory)
a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. 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).

Príloha č. 3 MU 5/9/2015 Formulár č. 371: Dátové rozhranie pre vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti v kúpeľných liečebniach a stacionároch 774n

Typ dávky: **774n Vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti**

Predkladá: kúpeľné zariadenie, liečebňa, dom ošetrovateľskej starostlivosti, hospic a 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.	POISŤOVŇA-POBOČKA	p	int	4

Vysvetlivky k položkám:

CHARAKTER DÁVKY (používať veľké písmená):
N - nová – t. j. dávka, ktorú zasiela poskytovateľ zdravotnej starostlivosti („PZS“) za zdravotnú starostlivosť („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 zdravotnej poisťovni („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. Reklamácia sa týka výlučne 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, doplňujúca dávka obsahuje chýbajúce riadky – t. j. dávka, ktorú zasiela PZS z ZS poskytnutú v inom ako príslušnom zúčtovacom období. Typickým prípadom je zaslanie dávky so starostlivosťou, ktorá bola v minulosti vykázaná do neprislušnej 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 a Severomacedónskej republiky), poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom

poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon 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 a Severomacedónskej 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 a Severomacedónskej 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 ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA (ZP		char	9
4.	ÚVÄZOK ZPR		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 ZPR – je deväť znakový alfanumerický reťazec zložený z jednoznakovej kategórie zdravotníckeho pracovníka, z päťznakového identifikátora zdravotníckeho pracovníka a trojznakového subkódu odbornosti zdravotníckeho pracovníka.
ÚVÄZOK ZPR – úväzok zdravotníckeho pracovníka na dve desatinné miesta, napr. pri úväzku 50 % uviesť 0.50.
ZÚČTOVACIE OBDOBIE – v tvare **RRRRMM**, kde: **RRRR** – rok, **MM** – mesiac
ČÍSLO FAKTÚRY – číslo faktúry PZS, použiť len numerické znaky (nepoužívať medzery, aritmetické operátory).
MENA – je povinné zadať EUR.
Všetky hodnoty v položkách obsahujúcich kódy PZS a kódy lekárov majú prvý znak povinne veľké písmeno.

Veta tela dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	PORADOVÉ ČÍSLO RIADKU	p	int	1 - 6
2.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p3	char	9 - 10
3.	MENO POISTENCA	p	char	1 - 60
4.	KÓD DIAGNÓZY PRI PRIJATÍ	p(6)	char	3 - 5

5.	KÓD DIAGNÓZY PRI PREPUSTENÍ	p(7)	char	3 - 5
6.	DEŇ NÁSTUPU NA ODDELENIE		int	1 - 2
7.	DEŇ PREPUSTENIA Z ODDELENIA		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.	PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY		char	3 - 7
12.	MNOŽSTVO	p(11)	float	8.2
13.	CELKOVÁ CENA ZA PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY	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	5-7
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	3-5
29.	PRIDRUŽENÁ DIAGNÓZA 2		char	3-5
30.	PRIDRUŽENÁ DIAGNÓZA 3		char	3-5
31.	PRIJATÝ S KOMPLIKÁCIOU	p8	char	1
32.	DÁTUM PRIJATIA DO ÚZZ	p	date	RRRRMMDD
33.	DÁTUM PREPUSTENIA Z ÚZZ	p5	date	RRRRMMDD

Povinnosť položiek má nasledujúci význam:

p = položka je povinná
p(i) = položka je povinná, ak je vyplnená i-tá 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;
p4 = položka je povinná, ak TYP HOSPITALIZÁCIE = P
p5 = vypĺňa sa pri konečnom prepustení zo zdravotníckeho zariadenia
p8 = položka je povinná okrem kúpeľov, stacionára a riadkov, kde sú vykázané pripočítateľné položky, resp. okrem TYP HOSPITALIZÁCIE = K, S, C, Z
p9 = položka je povinná pre TYP HOSPITALIZÁCIE = S a K

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. Pri vykázaní sprievodcu sa vykazuje rodné číslo sprevádzaného poistenca. V prípade poistenky, ktorá požiadala o utajený pôrod sa uvedie rodné číslo v tvare 0001015555.

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

4. **Kód diagnózy pri prijatí** – kódové alfanumerické označenie diagnózy pri prijatí podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom a účinnom znení uverejnenej v zmysle § 3 ods.1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov na webovom sídle MZ SR (ďalej len „MKCH“). Vykazuje sa v troj- až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka. **Kód „Z763**“ – použiť pre sprievodcu.

5. **Kód diagnózy pri prepustení** – kódové alfanumerické označenie diagnózy pri prepustení podľa MKCH. Vykazuje sa v troj- až päťmiestnom 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 „Z763“ – použiť pre sprievodcu.

6. **Deň nástupu** – deň prijatia na oddelenie ústavného zdravotníckeho zariadenia (ak poistenec pokračuje v hospitalizácii z predchádzajúceho mesiaca do vykazovaného mesiaca, nevypĺňa sa). Vypĺňa 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, nevypĺňa sa). Deň prepustenia sa vypĺňa 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. Prvý deň a posledný deň ústavnej starostlivosti v liečebni a v prírodných liečebných kúpeľoch a v kúpeľných liečebniach sa považujú len za jeden deň ústavnej starostlivosti. 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. V prípade kúpeľného pobytu cez mesiace, sa do počtu ošetr. dní nezapočítava prvý deň v zmysle uvedeného vyššie.

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 ošetrenia
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 „P000“ – (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, nevypĺňa sa dátum (takisto ako pri ošetrovacích dňoch). Kód diagnózy pri prijatí a prepustení sa vypĺňa 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 pätorčiat), 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 vypĺňa:
  - 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 PRIPOČÍTATEĽNEJ POLOŽKY
  – položka č. 12 – MNOŽSTVO PRIPOČÍTAEĽNEJ POLOŽKY
  – položka č. 13 – CELKOVÁ CENA ZA PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY
  – 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 tkanivové 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 uvedené na str. č. 12
- **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
- **osobitne hradené výkony**

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 – ošetrenie alebo vyšetrenie v dôsledku profesionálneho poškodenia zdravia – choroba z povolania
04 – ošetrenie akútnych následkov požitia alkoholu alebo omamných látok
05 – sociálny dôvod hospitalizácie
06 – porušenie liečebného režimu
07 – ochranná liečba
08 – iný dôvod

15. Kód PZS - odosielateľa – 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 – odosielateľa – 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“.

- ak čerpala vecné dávky osoba poistená v Severomacedónskej republike na základe tlačiva RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „MK“.

18. Identifikačné číslo poistenca – číslo poistenca z príslušného dokladu - formulár E112, E123, 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;
- v Severomacedónskej republike, uvádza sa osobné identifikačné číslo osoby v Severnom Macedónsku („EMBG“) tak, ako je uvedené v príslušnom tlačive.
- v Čiernej Hore, uvádza sa jednotné matričné číslo občana v Čiernej Hore („JMB“) tak, ako je uvedené v príslušnom tlačive.

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:

a. **0** – bez komplikácií
b. **1** – nozokomiálna nákaza
c. **2** – dekubity
d. **3** – zažívacie ťažkosti
e. **4** – pneumónia
f. **5** – iná
g. **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. **A** – neodkladná hospitalizácia
b. **C** – centrálne nakupované lieky
c. **E** – odkladná hospitalizácia, nie podľa čakacích listín
d. **P** – odkladná hospitalizácia, plánovaná podľa čakacej listiny
e. **I** – iný typ hospitalizácie
f. **K** – kúpeľná liečba
g. **S** – stacionár
h. **Z** – vykázaná pripočítateľná položka.

26. Dátum z čakacej listiny – pôvodný dátum zaradenia poistenca na čakaciu listinu PZS.

27. Vykáz. pridruž. diagnóza – vykázanie 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 odosielajúceho ústavného PZS, hodnoty ÁNO = **1**, NIE = **0**. Ak je hodnota 1, v položke KÓD PZS – ODOSIELATEĽA a KÓD LEKÁRA – ODOSIELATEĽA sa vykážu údaje odosielajúceho ústavného poskytovateľa ZS.

32. Dátum prijatia do ZZ – uvedie sa dátum, kedy bol poistenec prijatý do zdravotníckeho zariadenia (ZZ). Ide o dátum prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia, bez ohľadu na odbornosť oddelenia, čiže prvé prijatie.

33. Dátum prepustenia zo ZZ – 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 EPZP vydaným zdravotnou poisťovňou v SR, ktorý obsahuje kód štátu SK v pravom hornom rohu.
POISTENCI EÚ sú poistenci členského štátu EÚ, po 31.12.2020 vrátane UK, EHP a Švajčiarska, ktorí sa preukážu u poskytovateľa formulármi E112, E123, EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, v prípade poistencov UK aj GHIC, štandardným CRA EPZP, CRA EPZP pre študentov PD S2, S3, DA1, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) S008, S010, S045, DA002, DA007, DA063 vydaným iným členským štátom EÚ, po 31.12.2020 vrátane UK 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“
- v Severomacedónskej republike, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“
- v Čiernej Hore, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom MNE/SK 111, MNE/SK112, MNE/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „ME“.

Tlačivo SRB/SK111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK112, MNE/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 občianskym preukazom s čipom, preukazom zdravotnej poisťovne SR s vyplneným rodným číslom poistenca alebo 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, EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, 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, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/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 ošetrených v príslušnom mesiaci, v jednej samostatnej faktúre. V dávkach vykáže v položke CHARAKTER DÁVKY znak E (resp. F, G).

V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, dodatočne dožiadaným SED-om S045 so schváleným nárokom na zdravotnú starostlivosť v papierovej forme a v prípade poistencov UK aj GHIC, štandardným CRA EPZP, CRA EPZP pre študentov, tvorí prílohu k faktúre fotokópia nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení.

V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal formulárom E112, E123, PD S2, S3, DA1, SEDom S008, S037, DA002, DA007, DA063 so schváleným nárokom na zdravotnú starostlivosť v papierovej forme vydaným iným členským štátom, tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123, ktoré bolo zaevidované v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre iba lekárska správa alebo záznam o ošetrení.

V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal formulárom E112, E123, PD S2, S3, DA1, SEDom S008, S037, DA002, DA007 so schváleným nárokom na zdravotnú starostlivosť v papierovej forme vydaným iným členským štátom, tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, ktoré nebolo zaevidované v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre fotokópia predloženého nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení.

Tieto prílohy sa nepredkladajú za poistenca EÚ, ktorý sa preukázal preukazom ZP SR s označením EÚ.

Oznamovanie hospitalizácií pri poistencoch zo zmluvných štátov - v prípade poistenca Srbskej republiky a Čiernej Hory oznamuje poskytovateľ každú neodkladnú hospitalizáciu slovenskej zdravotnej poisťovni, ktorá vopred zaregistrovala tlačivo SRB/SK 111, MNE/SK 111. Ak neboli príslušné tlačivá vopred zaregistrované, tak poskytovateľ oznamuje túto skutočnosť zdravotnej poisťovni podľa výberu poistenca zmluvného štátu.

Podanie anestézie - kódy podaných anestézií ako pripočítateľných položiek:
ANEST – anestézia bez špecifikácie
ANST00 – anestézia bez špecifikácie.
<u>Lokálna anestézia:</u>
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).
<u>Celková anestézia:</u>
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.

Príloha č. 4 MU 5/9/2015 Formulár č. 372: Dátové rozhranie pre vykazovanie výkonov v doprave 793n

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

Predkladá: Poskytovateľ ambulantnej dopravnej zdravotnej služby, záchrannej zdravotnej služby, vrtuľníkovej záchrannej zdravotnej služby, mobilného odberového miesta, ambulantnej pohotovostnej služby, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti a mobilný hospic.

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 poskytovateľ zdravotnej starostlivosti („PZS“) za zdravotnú starostlivosť („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 dávka – t. j. dávka , ktorú PZS zasiela ako reklamáciu neuznanej ZS. Reklamácia sa týka výlučne ZS, ktorá už bola vykázaná a ktorú ZP odmietla. Reklamácia buď opakuje vykázanú a neuznanú ZS, alebo ju nahrádza inou ZS u daného 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, doplňujúca 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 neprislušnej 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, Severomacedónskej republiky a Čiernej Hory), poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“)
J - opravná dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. 4, cudzinca (mimo EÚ, okrem Srbskej republiky, Severomacedónskej republiky a Čiernej Hory), 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, Severomacedónskej republiky a Čiernej Hory), 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. 246.

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 ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA	p7	char	9 – 9
4.	ÚVÄZOK ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA	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 ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA – je deväť znakový alfanumerický reťazec zložený z jednoznakovej kategórie zdravotníckeho pracovníka, z päťznakového identifikátora zdrav. pracovníka a trojznakového subkódu odbornosti zdravotníckeho pracovníka.
ÚVÄZOK ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA – úväzok zdravotníckeho pracovníka na dve desatinné miesta, napr. pri úväzku 50 % uviesť 0.50.
ZÚČTOVACIE OBDOBIE – v tvare **RRRRMM**, kde: **RRRR** – rok, **MM** – mesiac.
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	char	9 – 10
4.	MENO POISTENCA	p2	char	1 – 60
5.	KÓD DIAGNÓZY	p	char	3 – 5
6.	STAV PREPRAVOVANÉHO 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 – 50
11.	TRASA – VÝCHODISKOVÁ STANICA – ULICA	p	char	1 – 50
12.	TRASA – CIEĽOVÁ STANICA – OBEC	p	char	1 – 50
13.	TRASA – CIEĽOVÁ STANICA – ULICA	p	char	1 – 50
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 ZPR – 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 **COVI, COVM**

p3 = položka je nepovinná iba v prípade, ak položka **TYP PREPRAVY/VÝJAZDU** nadobúda hodnotu **APS, LIEK, COVI, COVM, LP, ADOS, MOHO**

p4 = položka sa nevyplňuje, ak sú vyplnené položky **IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA**

p7 = položka je povinná, ak **TYP PREPRAVY/VÝJAZDU** nadobúda hodnotu **RLP, LPP, LPS, ADOS, MOHO**

p8 = položka je nepovinná, ak platí p2 alebo je povinná pre EU poistencov.

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 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. Pri vykazovaní sprievodcu sa vykazuje rodné číslo sprevádzaného poistenca.
4. **Meno poistenca –** priezvisko (neskrátené) a meno poistenca (prípadne skratka mena)
5. **Kód diagnózy –** kódové alfanumerické označenie diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom a účinnom znení uverejnenej v zmysle § 3 ods.1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MKCH"). Vykazuje sa v troj- až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

Položky **Rodné číslo poistenca**, **Meno poistenca, Členský štát poistenca, Identifikačné číslo poistenca, Pohlavie poistenca** sa nevypĺňajú, iba v prípade prepravy COVI a COVM**.** Pri preprave poistenca alebo lekára APS musia byť povinne vyplnené.

6. **Stav prepravovaného –** podľa špecifikácie:
   - **C –** chodiaci
   - **S –** sediaci
   - **L –** ležiaci.
7. **Preprava sprievodcu –** v tvare **N** – bez sprievodcu, **A** – so sprievodcom

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

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

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

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

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

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

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

LPS – vrtuľníková preprava poistenca - sekundárna, v sprievode zdravotníckeho personálu.
LP – vrtuľníková preprava bez poistenca (napr. transplantačný tím, orgán na transplantáciu, vykazuje sa adresne na číslo poistenca – prijímateľa).
LZSL – neodkladná preprava letúnom.
APS – ambulantná pohotovostná služba, t. j. návštevná.

Preprava ambulanciou dopravnej zdravotnej služby sa člení na nasledovné typy:

DZS – riadna preprava poistenca vozidlom (ambulanciou dopravnej zdravotnej služby na území SR v rámci územia vymedzeného v zmluve so zdravotnou poisťovňou) od 07:00 hod. do 17:00 hod počas pracovných dní.

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 vozidlom na dialýzu.

DZSD – diaľková preprava poistenca ambulanciou dopravnej zdravotnej služby (jazdy mimo územia vymedzeného v zmluve so zdravotnou poisťovňou), okrem dialýzy; zahŕňa v prípade jazdy mimo územia vymedzeného v zmluve so zdravotnou poisťovňou.

DZSZ – preprava poistenca ambulanciou dopravnej zdravotnej služby do a zo zahraničia.

INF – individuálna preprava s potrebou osobitného režimu (poistenci s infekčným ochorením, psychiatrickým ochorením atď.), preprava poistencov zaradených do transplantačného programu, kardiochirurgickej liečby, ,. Počet prepravených pri type prevozu INF nemôže byť väčší ako 1. V prípade, ak je počet prepravených viac ako 1, potom prevoz nadobúda typ prepravy DZSD, DZSP, DZS, nakoľko typ prepravy INF stráca opodstatnenosť osobitného režimu.

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

POS – preprava osoby na pokyn operačného strediska v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov. Tento typ prepravy je poskytovateľ ambulantnej dopravnej ZS oprávnený vykázať na zdravotnú poisťovňu po preukázateľnej výzve (pokynu) operačného strediska.

KOS – preprava osoby na pokyn operačného strediska počas krízovej situácie z dôvodu ochorenia Covid-19.

COVI – preprava zdravotníckeho pracovníka za účelom odberu biologického materiálu z dôvodu ochorenia Covid-19 formou výjazdovej služby k osobe, ktorej je cez CovidPass potvrdená indikácia zo zdravotných dôvodov.
V prípade, ak je v rámci jednej jazdy plánovaný odber biologického materiálu jednému alebo viacerým poistencom (okružná jazda alebo hromadný odber vzoriek), dopravca vykáže typ prepravy COVI bez uvedenia rodných čísiel pacientov. V prípade, že ide o poistencov viac ako jednej poisťovne, sa počet km uvedie zainteresovaným zdravotným poisťovniam (nie pomerným rozpočítavaním medzi zdravotné poisťovne; napr. ak je preprava realizovaná pre 3 zdravotné poisťovne a počet km je 15 km, tak sa pre každú zdravotnú poisťovňu uvedie 15 km).

Preprava mobilným odberovým miestom sa člení na nasledovné typy:

COVM - vykazuje prevádzkovateľ mobilného odber. miesta, ktorý vykonáva odber biologického materiálu formou výjazdovej služby k osobe, ktorej je cez CovidPass potvrdená indikácia zo zdravotných dôvodov.
V prípade, ak je v rámci jednej jazdy plánovaný odber biologického materiálu jednému alebo viacerým poistencom (okružná jazda alebo hromadný odber vzoriek), dopravca

vykáže typ prepravy COVM bez uvedenia rodných čísiel pacientov. V prípade, že ide o poistencov viac ako jednej poisťovne, sa počet km uvedie zainteresovaným zdravotným poisťovniam (nie pomerným rozpočítavaním medzi zdravotné poisťovne; napr. ak je preprava realizovaná pre 3 zdravotné poisťovne a počet km je 15 km, tak sa pre každú zdravotnú poisťovňu uvedie 15 km).

Preprava mobilným hospicom a agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti:

MOHO - preprava zdravotníckeho pracovníka (lekár a/alebo sestra) osobným motorovým vozidlom na návštevu pacienta v paliatívnej zdravotnej starostlivosti. Vykazuje sa skutočný počet kilometrov od miesta prevádzky mobilného hospicu do miesta poskytnutia paliatívnej zdravotnej starostlivosti pacientovi, vždy so samostatným číslom jazdy.
Ak sú na jednom mieste ošetrovaní viacerí poistenci iba jednej zdravotnej poisťovne, vykazuje sa príslušný počet kilometrov do príslušnej zdravotnej poisťovne na jedno rodné číslo poistenca. Ostatní poistenci v rámci jednej návštevy sa už nevykazujú.
Ak sú na jednom mieste ošetrovaní viacerí poistenci viacerých zdravotných poisťovní, vykazuje sa príslušný počet kilometrov na jedného poistenca do každej zdravotnej poisťovne. Ostatní poistenci v rámci jednej návštevy sa už nevykazujú. Cesta späť do východiskovej stanice sa nehradí.

ADOS - preprava zdravotníckeho pracovníka (sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti) osobným motorovým vozidlom na návštevu pacienta v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí, v ktorom je osoba umiestnená. Vykazuje sa skutočný počet kilometrov od miesta prevádzky agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti do miesta poskytnutia ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi, vždy so samostatným číslom jazdy.
Ak sú na jednom mieste ošetrovaní viacerí poistenci iba jednej zdravotnej poisťovne, vykazuje sa príslušný počet kilometrov do príslušnej zdravotnej poisťovne na jedno rodné číslo poistenca. Ostatní poistenci v rámci jednej návštevy sa už nevykazujú.
Ak sú na jednom mieste ošetrovaní viacerí poistenci viacerých zdravotných poisťovní, vykazuje sa príslušný počet kilometrov na jedného poistenca do každej zdravotnej poisťovne. Ostatní poistenci v rámci jednej návštevy sa už nevykazujú. Cesta späť do východiskovej stanice sa nehradí.
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.
Typy výjazdov RLP, RLPS**,** RZP, RZPS a MIJ vykazuje poskytovateľ záchrannej zdravotnej služby, poskytovateľ vrtuľníkovej záchrannej zdravotnej služby vykazuje prepravu LPP, LPS, LZSL a LP, organizátor APS vykazuje len typ prepravy APS a ostatné prepravy okrem COVM vykazujú poskytovatelia ambulantnej dopravnej ZS poskytujúci dopravu ako službu.
Typy prevozu COVM vykazuje poskytovateľ mobilného odberového miesta.
Typ prevozu ADOS vykazuje poskytovateľ agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti.
Typy prevozu MOHO vykazuje poskytovateľ mobilného hospicu.

Počet osobokilometrov/letových minút:

9. <u>Počet osobokilometrov</u> je počet kilometrov, ktoré poistenec (resp. vozidlo, prepravovaný materiál) pri preprave**/**výjazde absolvoval najkratšou možnou trasou z miesta východiskovej do cieľovej stanice. Nie je to priemerný alebo prepočítaný počet km. Pre typy prepravy DZS, DZSD, LIEK, DZSP, DZSZ, INF, POS, KOS a DIAL sa vykazuje počet km prejazdených najkratšou možnou

trasou s 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 typy prepravy ADOS, MOHO sa vykazuje počet km prejazdených najkratšou možnou trasou z miesta prevádzky do miesta návštevy ku konkrétnemu poistencovi. Cesta späť do východiskovej stanice sa nevykazuje.

Pre ostatné typy prepráv/výjazdov (RLP, RLPS, RZP, RZPS, MIJ, APS,) sa vykazuje–počet prejazdených km najkratšou možnou trasou z miesta východiskovej stanice vozidla do cieľovej stanice prepravy/výjazdu vrátane najkratšej cesty späť.

Na sprievodcu, ak je u poistenca uvedený, sa km nevykazujú.

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

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 spiatočnej 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) 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.
V prípade výjazdov záchrannej zdravotnej služby sa skutočný počet prejazdených km (jazda bez poistenca, len výjazd k poistencovi bez jeho prepravy) 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 návrat 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 pôvodného poistenca).

V prípade návštev ambulantnej pohotovostnej služby sa skutočný počet prejazdených km 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 návrat do východiskovej stanice (nevykazuje sa, ak lekár ide na ďalšiu návštevu, v tom prípade sa vykazuje prvý riadok pre poistenca z ďalšej návštevy, kde východisková stanica je adresa pôvodného poistenca).

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

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|BA 501BA|3||N|P12345202001|A5421020|.

Pre typ prepravy **APS, LIEK, LP, COVI, COVM, MOHO a ADOS** je počet prepravených 0 (nula). V typoch prepráv INF, **LPP, LPS a LZSL** 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 – ošetrenie alebo vyšetrenie v dôsledku profesionálneho poškodenia zdravia – choroba z povolania
04 – ošetrenie akútnych následkov požitia alkoholu, omamných látok alebo iných návykových látok
05 – sociálny dôvod hospitalizácie
06 – porušenie liečebného režimu
07 – ochranná liečba
08 – iný dôvod.

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

- ak ide o akútny prípad alebo typy prevozov COVI, COVM a KOS, 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.

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 ZPR/oddelenia – odosielateľa - uvedie sa kód odosielajúceho zdravotníckeho pracovníka, napríklad lekára 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“. Ak čerpala vecné dávky osoba poistená v Severomacedónskej republike na základe tlačiva RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „MK“.**

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;

- **v Severomacedónskej republike,** uvádza sa osobné identifikačné číslo osoby v Severnom Macedónsku („EMBG“) tak, ako je uvedené v príslušnom tlačive;
- **v Čiernej Hore,** uvádza sa jednotné matričné číslo občana v Čiernej Hore („JMB“) tak, ako je uvedené v príslušnom tlačive.

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 EPZP vydaným zdravotnou poisťovňou v SR, ktorý obsahuje kód štátu SK v pravom hornom rohu, alebo občianskym preukazom s elektronickým čipom, ak osoba má vydaný občiansky preukaz s elektronickým čipom.

POISTENCI EÚ sú poistenci členského štátu EÚ, EHP, Švajčiarska a po 31.12.2020 vrátane UK, ktorí sa preukážu u poskytovateľa formulármi E112, E123, EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, PD S2, S3, DA1, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) S008, S010, S045, DA002, DA007 a DA063 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením EÚ. . Formulár E112, E123, PD S2, S3, DA1, SED S008, S037, DA002, DA007, DA063 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 UK, ktoré sa preukážu u poskytovateľa na základe EPZP, náhradného certifikátu k EPZP, GHIC, štandardného CRA EPZP, CRA EPZP pre študentov, PD S2, PD DA1 a preukazu zdravotnej poisťovne s označením „EÚ“;
- v Srbskej republike, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“;
- v Severomacedónskej republike, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“;
- v Čiernej Hore na základe tlačiva MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“.

Tlačivo SRB/SK111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/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. Poskytovateľ vykazuje dávku za poskytnutú zdravotnú starostlivosť slovenskej zdravotnej poisťovni, ktorá príslušný doklad zaevidovala.

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 občianskym preukazom s čipom, 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, EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, PD S2, S3, DA1, SED S008, S037, S045, DA002, DA007, DA063 so schváleným nárokom na zdravotnú starostlivosť v papierovej forme vydaným iným členským štátom po 31.12.2020 vrátane UK, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, v prípade poistencov UK aj GHIC, štandardným CRA EPZP, CRA EPZP pre študentov, tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/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 ošetrených v príslušnom mesiaci, v jednej samostatnej faktúre, ak sa v zmluve nedohodne inak. V dávkach vykáže v položke CHARAKTER DÁVKY znak E (resp. F, G).
V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, dodatočne dožiadaným SED-om S045 so schváleným nárokom na zdravotnú starostlivosť v papierovej forme a v prípade poistencov UK aj GHIC, štandardným CRA EPZP, CRA EPZP pre študentov, tvorí prílohu k faktúre fotokópia predloženého nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení.
V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal formulárom E112, E123, PD S2, S3, DA1, SEDom S008, S010, S037, DA002, DA007, DA063 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112 a MNE/SK 123, ktoré bolo zaevidované v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre iba lekárska správa alebo záznam o ošetrení.
V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal u poskytovateľa formulárom E112, E123, PD S2, S3, DA1, SEDom S008, S010, S037, DA002, DA007, DA063 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112 a MNE/SK 123, ktoré nebolo zaevidované v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre fotokópia predloženého nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení.
Fotokópia predloženého nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení 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 Severomacedónskej republiky) a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. 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).

Príloha č. 5 MU 5/9/2015 Formulár č. 373: Dátové rozhranie pre zoznam poistencov navrhnutých na zaradenie do dispenzárnej starostlivosti 799a

Typ dávky: **799a**
Predkladá: Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti („PZS“) v ŠAS
PZS 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 zdravotnej poisťovne zasielaná prvýkrát.
TYP DÁVKY: 799a
IČO ODOSIELATEĽA DÁVKY: IČO PZS
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 ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA	p	char	9
4.	ÚVÄZOK ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍK	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 ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA – je deväť znakový alfanumerický reťazec zložený z jednoznakovej kategórie zdravotníckeho pracovníka, z päťznakového identifikátora zdrav. pracovníka a trojznakového subkódu odbornosti zdravotníckeho pracovníka.
ÚVÄZOK ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA – úväzok zdravotníckeho pracovníka 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 DIAGNÓZY	p	char	3 - 5
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
17.	ČÍSLO VYBRANEJ CHOROBY	p	int	1-3

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 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“. Ak ide o osobu poistenú v Severomacedónskej republike na základe preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „MK“.**

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.

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

Z = Zrušenie vety, ktorá bola nesprávne zaslaná, bude zrušený záznam, v ktorom je zhoda položiek 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 lekár stanoví pri zaradení do dispenzárnej starostlivosti. Za predpokladu dlhodobej starostlivosti sa uvedená dátumová položka nevypĺňa.

11. **Kód diagnózy** - kód diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom a účinnom znení uverejnenej v zmysle § 3 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MKCH“) a vyhlášky Ministerstva zdravotníctva 127/2014 ktorou sa ustanovuje zoznam chorôb, pri ktorých sa poskytuje poistencovi verejného zdravotného poistenia dispenzarizácia, frekvencia vyšetrení a PZS vykonávajúci dispenzarizáciu.

Vykazuje sa v troj- až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

12. **Obdobie nasledujúcej kontroly** – možné hodnoty: **M** (mesiac), **R** (rok), T (týždeň)

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 dispenzárnej starostlivosti **v mesiacoch**, kde **0** (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 ošetrujúceho 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.
17. **Číslo vybranej choroby** – číslo riadku vybranej choroby z prílohy vyhlášky 127/20014 Z. z. ktorou sa ustanovuje zoznam chorôb pri ktorých sa poskytuje poistencovi verejného zdravotného poistenia dispenzarizácia, frekvencia vyšetrení a PZS vykonávajúci dispenzarizáciu.

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 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“. Do tejto skupiny patria aj osoby poistené v Severomacedónskej republike, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“. Tlačivo SRB/SK 123, RM/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“, tlačivom SRB/SK 123, poskytovateľ vyplní ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA. Položku RODNÉ ČÍSLO POISTENCA v tomto prípade nevyplňuje.

Príloha č. 6 MU 5/9/2015 Formulár č. 396: Dátové rozhranie 753b pre vykazovanie výkonov v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti

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

Predkladá: Poskytovatelia špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS) vrátane všetkých zubnolekárskych špecializácií bez prideleného obvodu, zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti (JZS), agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (SVLZ) t. j. ambulancie lekárov, do ktorých sú pacienti „odosielaní“**,** stacionár a mobilný hospic, zariadenia sociálnej pomoci, ktoré vykazujú výkony ošetrovateľskej starostlivosti.

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (ďalej len „PZS“) predkladá zdravotnej poisťovni („ZP“) pre každý kód PZS (ambulanciu) a kód lekára jednu dávku za príslušné zúčtovacie obdobie vo faktúre s poskytnutými zdravotnými výkonmi spoločne s pripočítateľnými položkami.

Dávka je textový súbor bez formátovania a bez diakritiky.
Obsah dávky: identifikácia dávky
záhlavie dávky
vety tela dávky.
Oddeľovací znak: | , oddeľovací znak | používať aj na konci riadku
Názov súboru: **davka.xxx**, kde **xxx** je poradové číslo dávky, napr. davka.001.

Identifikácia dávky:
Je identická s dávkou **751b.**

Záhlavie dávky:
Je identické s dávkou **751b**, okrem položky:
TYP STAROSTLIVOSTI – kód typu starostlivosti:
845 – ŠAS, JZS**,** stacionár, mobilný hospic, ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnej pomoci
847 – SVLZ
850 – ADOS.
Veta tela dávky:
Položky 1. – 16. vo vete tela dávky sú v dávke 753b totožné s dávkou 751b

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
17.	TYP ODOSIELATEĽA	p	char	1
18.	KÓD PZS – ODOSIELATEĽA	p2	char	12
19.	KÓD ZPR – ODOSIELATEĽA	p2	char	9
20.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p1	char	1 - 3
21.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p1	char	1 - 20
22.	POHLAVIE POISTENCA	p1	char	1
23.	DÁTUM VYSTAVENIA ŽIADANKY / VÝMENNÉHO LÍSTKA	p3	date	RRRRMMDD
24.	KÓD PZS ODPORÚČAJÚCEHO	p6	char	12
25.	KÓD ODPORÚČAJÚCEHO ZPR	p6	char	9
26.	KÓD PRIDRUŽENEJ DIAGNÓZY	p7	char	3-5
27.	SUMA DOPLATKU POISTENCA	p4	float	8.2
28.	ID HOSPITALIZAČNÉHO PRÍPADU	p5	char	8
29.	NZIS IDENTIFIKÁTOR LABORATÓRNEJ ŽIADANKY	p8	char	1 - 21

30.	IDENTIFIKÁTOR NÁVRHU PLÁNOVANEJ	p9	char	15
31.	KÓD INDIKAČNÉHO OBMEDZENIA	p10	char	6
32.	CENA ZA VÝKON FIXNE STANOVENÁ	p11, p15	float	4.2
33.	CENA BODU	p12, p15	float	2.6
34.	CELKOVÁ CENA ZA VÝKONY	p13, p15	float	4.2
35.	KÓD MEDICÍNSKEJ SLUŽBY	p14	char	4 - 5
36.	ÚROVEŇ MEDICÍNSKEJ SLUŽBY	p14	int	1
37.	KÓD PROGRAMU	p14	int	2

p = povinná položka
p(i) = položka je povinná, ak sa vyskytla i-tá položka
p1 = položka je povinná iba v prípade, ak nie je vyplnená položka RODNÉ ČÍSLO, t. j. poistenec nemá pridelené rodné číslo
p2 = položka je povinná v prípade, ak TYP ODOSIELATEĽA je O a v prípade, ak TYP ODOSIELATEĽA je „A“, a zároveň bola neodkladná ZS vykonaná na základe výmenného lístka/žiadanky
p3 = položka sa vyplní, ak je vyplnená položka 18 KÓD PZS ODOSIELATEĽA, teda zdravotná starostlivosť bola poskytnutá na základe výmenného lístka/žiadanky
p4 = položka je povinná v prípade, ak sa vykazuje pripočítateľná položka čiastočne hradená z verejného zdravotného poistenia, za ktorú bola realizovaná úhrada poistencom
p5 = vyplňuje sa ak ide o pacienta hospitalizovaného v ústavnom zariadení, ktoré je zaradené do systému vykazovania ZS podľa DRG
p6 = položka je povinná ak ide o delegovaný odber na základe odporučenia odborného lekára
p7 = položky sú povinné, ak je na žiadanke uvedených viac diagnóz
p8 = položka je povinná pre TYP STAROSTLIVOSTI 847 – SVLZ, ak je známa
p9 = položka je povinná, ak je poskytnutá plánovaná starostlivosť na základe návrhu v zmysle zákona 540/2021 Z. z.
p10 = vyplňuje sa v prípade, ak sa pre vydávaný liek vyžaduje vyznačenie indikačného obmedzenia podľa platnej kategorizácie
p11 = položka je povinná ak je vyplnená položka 6 KÓD VÝKONU
p12 = položka je povinná ak je vyplnená položka 11 POČET BODOV
p13 = vyplňuje sa, ak je vyplnená položka CENA BODU alebo položka CENA ZA VÝKON FIXNE STANOVENÁ
p14 = položka je povinná pre poskytovateľov JZS v prípadoch, na ktoré sa vzťahuje zákon č. 540/2021 Z. z. Položky 35-37 sa nevzťahujú na medicínsku službu vykonanú do 31.03.2024 vrátane
p15 = položka je povinná pre vykazovanie výkonov poskytnutých od 01.04.2024

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:
10. Typ poistenca – naviac ako v definícii 751b.
Pokiaľ je vyplnený znak **N**, v položke 17 **Typ odosielateľa** musí byť vyplnený znak **A.**
17. Typ odosielateľa – typ odosielateľa (žiadateľa o vyšetrenie):

- ak je poistencovi poskytovaná dispenzárna starostlivosť, typ odosielateľa je = **D**
- ak ide o <u>neodkladnú</u> starostlivosť, typ odosielateľa je = **A,** pokiaľ je vyplnený znak **N** v položke 10 **Typ poistenca**, v položke 17 musí byť vyplnený znak **A**
- ak ide o kontrolu alebo opakovanú kontr. 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.**

Položka **O** sa uvedie vždy pri vykázaní v zariadeniach sociálnej pomoci.
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. Vyplní sa kód PZS odosielateľa z návrhu zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti lekárom v zariadeniach sociálnej pomoci.

19. Kód ZPR – odosielateľa – uvedie sa kód odosielajúceho zdravotníckeho pracovníka, napríklad lekára v tvare **L99999SLL**, kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára. Vyplní sa kód lekára odosielateľa z návrhu zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti lekárom v zariadeniach sociálnej pomoci.

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“;
- v Severomacedónskej republike na základe tlačiva RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „MK“;
- v Čiernej Hore na základe tlačiva MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „ME“.

21. Identifikačné číslo poistenca – číslo poistenca z príslušného dokladu - formulár E112, E123, EPZP, náhradný certifikát k EPZP, 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, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123. Ak čerpala 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;
- v Severomacedónskej republike, uvádza sa osobné identifikačné číslo osoby v Severnom Macedónsku („EMBG“) tak, ako je uvedené v príslušnom tlačive;
- v Čiernej Hore, uvádza sa jednotné matričné číslo občana v Čiernej Hore („JMB“) tak, ako je uvedené v príslušnom tlačive.

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

23. Dátum vystavenia žiadanky/výmenného lístka – uvedie sa dátum vystavenia žiadanky/výmenného lístka, na základe ktorého bola poskytnutá zdravotná starostlivosť. Pre typ starostlivosti 845 v zariadeniach sociálnej pomoci sa vyplní dátum schválenia Návrhu zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti lekárom.

24. Kód PZS odporúčajúceho 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.

25. Kód odporúčajúceho ZPR uvedie sa kód odporúčajúceho zdravotníckeho pracovníka, napríklad lekára v tvare **L99999SLL**, kde **L99999** je osobný identifikátor lekára, **SLL** je odbornosť lekára.

26. Kód pridruženej diagnózy sa vyplní, ak je uvedených viac diagnóz na žiadanke.

27. Suma doplatku poistenca – doplatok poistenca za pripočítateľnú položku (liek, zdravotná pomôcka...).

28. ID hospitalizačného prípadu – vyplňuje sa ak ide o pacienta hospitalizovaného v ústavnom zariadení, ktorý je zaradený do systému vykazovania ZS podľa DRG.

29. NZIS IDENTIFIKÁTOR LABORATÓRNEJ ŽIADANKY – vyplňuje sa pri type zdravotnej starostlivosti 847 – SVLZ, ak je laboratórium už zapojené do štátneho eLABu.

30. Identifikátor návrhu plánovanej ZS – uvedie sa identifikátor návrhu na plánovanú starostlivosť v tvare **WPPPPPPXRR99999,** kde:

a. **W** = plánovaná ZS v zmysle vyhlášky zákona 540/2021 Z. z.
b. **PPPPPP** = je kód PZS,
c. **X** = kód prevádzky PZS , default = 0, podľa číselníka DRG
d. **RR** = je rok z dátumu vytvorenia,
e. **99999** = je poradové číslo v rámci PZS a roku

31. Kód indikačného obmedzenia – uvádza sa kód podľa kategorizačného zoznamu indikačných obmedzení.

32. Cena za výkon fixne stanovená – uvedie sa cena v prípade, že vykázaný výkon má zmluvne stanovenú fixnú cenu; ak sa uvedie 0 (nula), v položke 33 CENA BODU sa uvedie zmluvná cena bodu alebo sa uvedie 0 (nula) v prípade ak sa jedná o hradený výkon v rámci paušálnej mesačnej kapitačnej platby.

33. Cena bodu – uvedie sa zmluvná cena bodu (vrátane všetkých bonusov za plnenie hodnotiacich parametrov a ukazovateľov); ak sa uvedie 0 (nula), v položke CENA ZA VÝKON FIXNE STANOVENÁ sa uvedie hodnota výkonu zmluvnou fixnou cenou.

34. Celková cena za výkony – uvádza sa podľa zmluvne dohodnutého spôsobu úhrady vykázaného zdravotného výkonu ako

- cena bodu *(uvedená na 6 des. miest)* vynásobená počtom bodov (alebo počtom bodov vynásobených koeficientom náročnosti) za výkon zaokrúhlená na dve desatinné miesta x počet výkonov
- fixná cena za výkon vynásobená počtom výkonov.

V prípade výkonu/ov hradeného/ých v rámci mesačnej kapitačnej platby sa uvedie 0 (nula).

35. Kód medicínskej služby – uvedie sa kód medicínskej služby na 4 až 5 znakov, bez pomlčky.

36. Úroveň medicínskej služby – uvedie sa úroveň medicínskej služby v rámci medicínskeho programu, v ktorej poskytovateľ JZS medicínsku službu poskytol. Položka sa vypĺňa pri ukončení hospitalizačného prípadu.

Môže nadobúdať nasledovné hodnoty:

5 – V. úroveň
4 – IV. úroveň
3 – III. úroveň
2 – II. úroveň
1 – I. úroveň

37. Kód programu – uvedie sa kód programu v rámci ktorého poskytovateľ JZS medicínsku službu poskytol.

Hodnota programu sa uvádza v zmysle vyhlášky č. 316/2022 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti. Položka sa vypĺňa pri ukončení hospitalizačného prípadu, napr. 58 - Program pediatrickej neurológie.

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 a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov).

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

POISTENCI EÚ sú poistenci členského štátu EÚ, EHP a Švajčiarska, ktorí sa preukážu u poskytovateľa formulármi E112, E123, EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, 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“;
- v Severomacedónskej republike, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“;
- v Čiernej Hore, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“.

Tlačivo SRB/SK111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/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 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, EPZP, náhradným certifikátom k EKZP, 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, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/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 ošetrených v príslušnom mesiaci, v jednej samostatnej faktúre. V dávkach vykáže v položke CHARAKTER DÁVKY znak E (resp. F, G).
V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, SEDom S045, tvorí prílohu k faktúre fotokópia predloženého nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení. V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal formulárom E112, E123, PD S2, S3, DA1, SEDom S008, S010, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, **MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123,** ktoré bolo zaevidované v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre iba lekárska správa alebo záznam o ošetrení. V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal u poskytovateľa formulárom E112, E123, PD S2, S3, DA1, SEDom S008, S010, DA002, DA007 vydaným iným členským štátom EÚ a EHP, tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, **MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123,** ktoré nebolo zaevidované v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí

prílohu k faktúre fotokópia predloženého nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení. Fotokópia predloženého nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení 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, Severomacedónskej republiky a Čiernej Hory**) a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov 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).

Príloha č. 7 MU 5/9/2015 Formulár č. 354: Dátové rozhranie 374n pre vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti nezaradenej do systému financovania podľa DRG

Typ dávky: **374n Vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti**

Predkladá: Poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti nezaradený do systému vykazovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa DRG.
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	1 - 6
6.	POČET DOKLADOV	p	int	1 - 6
7.	POČET MÉDIÍ	p	int	1 - 3
8.	ČÍSLO MÉDIA	p	int	1 - 3
9.	POISŤOVŇA-POBOČKA	p	int	4

Vysvetlivky k položkám:
CHARAKTER DÁVKY (používať veľké písmená):
N - nová – t. j. dávka, ktorú zasiela poskytovateľ zdravotnej starostlivosti („PZS“) za zdravotnú starostlivosť („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 zdravotnej poisťovni („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. Reklamácia sa týka výlučne 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, doplňujúca 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 neprislušnej 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 a Severomacedónskej republiky), poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení

niektorých zákonov, znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon 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 a Severomacedónskej 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 a Severomacedónskej republiky), poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a za poistenky, ktoré požiadali o utajený pôrod.
TYP DÁVKY - kód dávky 374n.
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 ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA (ZPR)		char	9
4.	ÚVÄZOK ZPR		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 ZPR – je deväť znakový alfanumerický reťazec zložený z jednoznakovej kategórie zdravotníckeho pracovníka, z päťznakového identifikátora zdravotníckeho pracovníka a trojznakového subkódu odbornosti zdravotníckeho pracovníka. Kód zdravotníckeho pracovníka predstavuje kód lekára, kód zubného lekára, kód vybraného zdravotníckeho pracovníka, resp. fyzickej osoby vykonávajúcej zdravotnícke povolanie a predstavuje získanú odbornú spôsobilosť na výkon odborných, špecializovaných, alebo certifikovaných pracovných činností konkrétneho zdravotníckeho pracovníka v zdravotníckom povolaní určenej kategórie.
ÚVÄZOK ZPR – úväzok zdravotníckeho pracovníka určený na dve desatinné miesta, napr. pri úväzku 50 % uviesť 0.50.
ZÚČTOVACIE OBDOBIE – v tvare **RRRRMM**, kde: **RRRR** – rok, **MM** – mesiac
ČÍSLO FAKTÚRY – číslo faktúry PZS, použiť len numerické znaky (nepoužívať medzery, aritmetické operátory).
MENA – je povinné zadať EUR.
Všetky hodnoty v položkách obsahujúcich kódy PZS a kódy lekárov majú prvý znak povinne veľké písmeno.

Veta tela dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	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 - 5
5.	KÓD DIAGNÓZY PRI PREPUSTENÍ	p(7)	char	3 - 5
6.	DEŇ PRIJATIA NA ODDELENIE		int	1 - 2
7.	DEŇ PREPUSTENIA Z ODDELENIA		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.	KÓD PRIPOČÍTATEĽNEJ POLOŽKY		char	3 - 7
12.	MNOŽSTVO PRIPOČÍTATEĽNEJ POLOŽKY	p(11)	float	8.2
13.	CELKOVÁ CENA ZA PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY	p(11)	float	8.2
14.	NÁHRADY		char	2 - 2
15.	KÓD PZS – ODOSIELATEĽA	p1	char	12 - 12
16.	KÓD ZPR – 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 HLAVNÉHO VÝKONU		char	1-7
23.	POČET OPERAČNÝCH VÝKONOV	p(22)	int	2
24.	KÓD ZÍSKANEJ ZDRAVOTNEJ KOMPL.	p8	char	1
25.	TYP HOSPITALIZÁCIE	p	char	1
26.	IDENTIFIKÁTOR NÁVRHU PLÁNOVANEJ ZS	p4	char	15
27.	VYKÁZ. PRIDR. DIAGNÓZA	p8	char	1
28.	PRIDRUŽENÁ DIAGNÓZA 1		char	3-5
29.	PRIDRUŽENÁ DIAGNÓZA 2		char	3-5
30.	PRIDRUŽENÁ DIAGNÓZA 3		char	3-5
31.	PRIJATÝ S KOMPLIKÁCIOU	p8	char	1
32.	DÁTUM PRIJATIA DO ÚZZ	p	date	RRRRMMDD
33.	DÁTUM PREPUSTENIA Z ÚZZ	p5	date	RRRRMMDD
34.	KÓD MEDICÍNSKEJ SLUŽBY	p(33), p11	char	4 - 5
35.	ÚROVEŇ MEDICÍNSKEJ SLUŽBY	p(33), p11	int	1
36.	KÓD PROGRAMU	p(33), p11	int	2
37.	ID HOSPITALIZAČNĚHO POBYTU	p	char	1-15
38.	KÓD INDIKAČNÉHO OBMEDZENIA	p10	char	6

Povinnosť položiek má nasledujúci význam:

p = položka je povinná
p(i) = položka je povinná, ak je vyplnená i-tá položka

p1 = položka je povinná, ak TYP HOSPITALIZÁCIE nadobúda hodnotu E, P a I
p2 = položka je 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 = položka je povinná, ak je poistenec zaradený na čakaciu listinu a TYP HOSPITALIZÁCIE = P
p5 = vypĺňa sa pri konečnom prepustení zo zdravotníckeho zariadenia
p6 = v prípade poistenky, ktorá požiadala o utajený pôrod, sa meno neuvádza
p8 = položka je povinná okrem riadkov, kde sú vykázané pripočítateľné položky, resp. okrem TYP HOSPITALIZÁCIE = C, Z
p9 = položka je povinná okrem TYP HOSPITALIZÁCIE = C a Z
p10 = vyplňuje sa v prípade, ak sa pre vydávaný liek vyžaduje vyznačenie indikačného obmedzenia podľa platnej kategorizácie
p11 = povinnosť položky 34-36 sa nevzťahuje na vykazovanie u PÚZS, ktorý nemajú podľa Vyhlášky určenú medicínsku službu. Povinnosť položky 34-36 sa nevzťahuje na hospitalizácie s dátumom prepustenia do 31.12.2023, vrátane.

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. Pri vykázaní sprievodcu sa vykazuje rodné číslo sprevádzaného poistenca. V prípade poistenky, ktorá požiadala o utajený pôrod sa uvedie rodné číslo v tvare 0001015555.
3. **Meno poistenca** – priezvisko (neskrátené) a meno poistenca (prípadne skratka mena)
4. **Kód diagnózy pri prijatí** – kódové alfanumerické označenie diagnózy pri prijatí podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom a účinnom znení uverejnenej v zmysle § 3 ods.1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov na webovom sídle MZ SR (ďalej len „MKCH“). Vykazuje sa v troj- až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.
Kód „Z763“ – použiť pre sprievodcu.
5. **Kód diagnózy pri prepustení** – kódové alfanumerické označenie diagnózy pri prepustení podľa MKCH. Vykazuje sa v troj- až päťmiestnom 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 „Z763“ – použiť pre sprievodcu.
6. **Deň prijatia na oddelenie** – deň prijatia na oddelenie ústavného zdravotníckeho zariadenia (ak poistenec pokračuje v hospitalizácii z predchádzajúceho mesiaca do vykazovaného mesiaca, nevypĺňa sa). Vypĺňa 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, nevypĺňa sa). Deň prepustenia sa vypĺňa 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.

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 ošetrenia

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 „P000“ – (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, nevypĺňa sa dátum (takisto ako pri ošetrovacích dňoch). Kód diagnózy pri prijatí a prepustení sa vypĺňa 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 pätorčiat), 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. Kód pripočítateľnej 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 vypĺňa:

- identifikácia poistenca (položky č. 2 a 3 alebo 19 až 21)
– 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 PRIPOČÍTATEĽNEJ POLOŽKY
– položka č. 12 – MNOŽSTVO PRIPOČÍTAEĽNEJ POLOŽKY
– položka č. 13 – CELKOVÁ CENA ZA PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY
– 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 tkanivové 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 uvedené na str. č. 12
- **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
- **osobitne hradené výkony.**

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

13. Celková cena za pripočítateľné položky – 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– ošetrenie alebo vyšetrenie v dôsledku profesionálneho poškodenia zdravia – choroba z povolania
04– ošetrenie akútnych následkov požitia alkoholu alebo omamných látok
05– sociálny dôvod hospitalizácie
06– porušenie liečebného režimu
07– ochranná liečba
08– iný dôvod.

15. Kód PZS - odosielateľa – 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 ZPR/oddelenia – odosielateľa – uvedie sa kód odosielajúceho zdravotníckeho pracovníka, napríklad lekára 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“.

- ak čerpala vecné dávky osoba poistená v Severomacedónskej republike na základe tlačiva RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „MK“.

18. Identifikačné číslo poistenca – číslo poistenca z príslušného dokladu - formulár E112, E123, 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;
- v Severomacedónskej republike, uvádza sa osobné identifikačné číslo osoby v Severnom Macedónsku („EMBG“) tak, ako je uvedené v príslušnom tlačive.
- v Čiernej Hore, uvádza sa jednotné matričné číslo občana v Čiernej Hore („JMB“) tak, ako je uvedené v príslušnom tlačive.

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 hlavného výkonu – uvedie sa terminálny kód hlavného zdravotného výkonu podľa katalógu zdravotných výkonov v platnom a účinnom znení pre účely určenia medicínskej služby.

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:

a. **0** – bez komplikácií
b. **1** – nozokomiálna nákaza
c. **2** – dekubity
d. **3** – zažívacie ťažkosti
e. **4** – pneumónia
f. **5** – iná
g. **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. **A** – neodkladná hospitalizácia
b. **C** – centrálne nakupované lieky
c. **E** – odkladná hospitalizácia, nie podľa čakacích listín
d. **P** – odkladná hospitalizácia, plánovaná podľa čakacej listiny

e. **I** – iný typ hospitalizácie
f. **Z** – vykázaná pripočítateľná položka.

26. Identifikátor návrhu plánovanej ZS – pokiaľ bola plánovaná ústavná starostlivosť poskytnutá poistencovi evidovanému na čakacej listine u PÚZS v zmysle § 40 ods. 21 zákona č. 540/2021 Z. z. uvedie sa identifikátor návrhu plánovanej ZS. WPPPPPPXRR99999 – kde W = plánovaná ZS v zmysle Vyhlášky zákona 540/2021, PPPPPP = je kód PÚZS, X = kód prevádzky PÚZS , RR = je rok z dátumu vytvorenia, 99999 = je poradové číslo v rámci PÚZS a roku.

27. Vykáz. pridruž. diagnóza – vykázanie 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 odosielajúceho ústavného PZS, hodnoty ÁNO = **1**, NIE = **0**. Ak je hodnota 1, v položke KÓD PZS – ODOSIELATEĽA a KÓD LEKÁRA – ODOSIELATEĽA sa vykážu údaje odosielajúceho ústavného poskytovateľa ZS.

32. Dátum prijatia do ZZ – uvedie sa dátum, kedy bol poistenec prijatý do zdravotníckeho zariadenia (ZZ). Ide o dátum prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia, bez ohľadu na odbornosť oddelenia, čiže prvé prijatie.

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

34. Kód medicínskej služby – uvedie sa kód medicínskej služby na 4 až 5 znakov, bez pomlčky.

35. Úroveň medicínskej služby - uvedie sa úroveň medicínskej služby v rámci medicínskeho programu, v ktorej PÚZS medicínsku službu poskytol. Položka sa vypĺňa pri ukončení hospitalizačného prípadu.

Môže nadobúdať nasledovné hodnoty:

5 – V. úroveň
4 – IV. úroveň
3 – III. úroveň
2 – II. úroveň
1 – I. úroveň

36. Kód programu – uvedie sa kód programu v rámci ktorého PÚZS medicínsku službu poskytol. Hodnota programu sa uvádza v zmysle vyhlášky č. 316/2022 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti. Položka sa vypĺňa pri ukončení hospitalizačného prípadu, napr. 58 - Program pediatrickej neurológie.

37. ID hospitalizačného pobytu – uvedie sa jednoznačný identifikátor hospitalizačného pobytu v danom zariadení. Môže to byť napríklad číslo chorobopisu, alebo iný jednoznačný unikátny identifikátor, ktorým budú označené všetky vykázané vety dávky za príslušné hospitalizácie, od nástupu až po prepustenie z hospitalizačného pobytu (zo zdravotníckeho zariadenia). Ide obdobnú definíciu, ako je pre DRG definovaný hospitalizačný prípad.

38. Kód indikačného obmedzenia - uvádza sa kód podľa kategorizačného zoznamu indikačných obmedzení.

Vysvetlenie pojmov

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

POISTENCI EÚ sú poistenci členského štátu EÚ, po 31.12.2020 vrátane UK, EHP a Švajčiarska, ktorí sa preukážu u poskytovateľa formulármi E112, E123, EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, v prípade poistencov UK aj GHIC, štandardným CRA EPZP, CRA EPZP pre študentov PD S2, S3, DA1, štruktúrovaným elektronickým dokumentom (SED) S008, S010, S045, DA002, DA007, DA063 vydaným iným členským štátom EÚ, po 31.12.2020 vrátane UK 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“
- v Severomacedónskej republike, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“
- v Čiernej Hore, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom MNE/SK 111, MNE/SK112, MNE/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „ME“.

Tlačivo SRB/SK111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK112, MNE/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 občianskym preukazom s čipom, preukazom zdravotnej poisťovne SR s vyplneným rodným číslom poistenca alebo 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, EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, 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, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/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 ošetrených v príslušnom mesiaci, v jednej samostatnej faktúre. V dávkach vykáže v položke CHARAKTER DÁVKY znak E (resp. F, G).

V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal EPZP, náhradným certifikátom k EPZP, dodatočne dožiadaným SED-om S045 so schváleným nárokom na zdravotnú starostlivosť v papierovej forme a v prípade poistencov UK aj GHIC, štandardným CRA EPZP, CRA EPZP pre študentov, tvorí prílohu k faktúre fotokópia nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení.

V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal formulárom E112, E123, PD S2, S3, DA1, SEDom S008, S037, DA002, DA007, DA063 so schváleným nárokom na zdravotnú starostlivosť v papierovej forme vydaným iným členským štátom, tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123, ktoré bolo zaevidované v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre iba lekárska správa alebo záznam o ošetrení.

V prípade poistenca EÚ, ktorý sa preukázal formulárom E112, E123, PD S2, S3, DA1, SEDom S008, S037, DA002, DA007 so schváleným nárokom na zdravotnú starostlivosť v papierovej forme vydaným iným členským štátom, tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, ktoré nebolo zaevidované v slovenskej zdravotnej poisťovni, tvorí prílohu k faktúre fotokópia predloženého nárokového dokladu a lekárska správa alebo záznam o ošetrení.

Tieto prílohy sa nepredkladajú za poistenca EÚ, ktorý sa preukázal preukazom ZP SR s označením EÚ.

Oznamovanie hospitalizácií pri poistencoch zo zmluvných štátov - v prípade poistenca Srbskej republiky, Severného Macedónska a Čiernej Hory oznamuje poskytovateľ každú neodkladnú hospitalizáciu slovenskej zdravotnej poisťovni, ktorá vopred zaregistrovala tlačivo SRB/SK 111, RM/SK 111, MNE/SK 111. Ak neboli príslušné tlačivá vopred zaregistrované, tak poskytovateľ oznamuje túto skutočnosť zdravotnej poisťovni podľa výberu poistenca zmluvného štátu.

Podanie anestézie - kódy podaných anestézií ako pripočítateľných položiek:
ANEST – anestézia bez špecifikácie
ANST00 – anestézia bez špecifikácie.
<u>Lokálna anestézia:</u>
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).
<u>Celková anestézia:</u>
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.

Príloha č. 8 MU 5/9/2015 Formulár č. 407: Dátové rozhranie 738 pre vykazovanie lekárskych poukazov na optické zdravotnícke pomôcky

Typ dávky: **738** Lekárske poukazy – očná optika

Dávka je textový súbor bez formátovania a bez diakritiky.

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

Identifikácia dávky:

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

Vysvetlivky k jednotlivým položkám :
CHARAKTER DÁVKY (používať veľké písmená):

N - nová
O - opravná
E - nová dávka za POISTENCOV EÚ
F - opravná dávka za POISTENCOV EÚ
I - nová dávka za bezdomovca, cudzinca (mimo EÚ, **okrem Srbskej republiky, Severomacedónskej republiky a Čiernej Hory)**, poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.
J - opravná dávka za bezdomovca, cudzinca (mimo EÚ, **okrem Srbskej republiky, Severomacedónskej republiky a Čiernej Hory)**, poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.

TYP DÁVKY - kód dávky – 738
POČET DOKLADOV - obsahuje súčet dokladov (viet) tela dávky
ČÍSLO DÁVKY - je v prípade číselníkov, cenníkov a v osobitne špecifikovaných prípadoch nepovinnou položkou
POISTOVŇA-POBOČKA - kód zdravotnej poisťovne a pobočky, s ktorou má PZS uzatvorenú zmluvu

Záhlavie dávky:

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	ČÍSLO FAKTÚRY	p	char	10
2.	ZÚČTOVACIE OBDOBIE	p	char	RRRRMM
3.	IDENTIFIKÁTOR PZS	p	char	6
4.	KÓD PZS	p	char	12
5.	MENA	p	char	3

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:
ČÍSLO FAKTÚRY – číslo faktúry PZS použiť len numerické znaky (nepoužívať medzery, aritmetické operátory)
ZÚČTOVACIE OBDOBIE – v tvare **RRRRMM**, kde: **RRRR** je rok, **MM** je mesiac
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
MENA – EUR

Veta tela dávky (za každý poukaz a pomôcku):

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
1.	PORADOVÉ ČÍSLO POUKAZU	p	int	5
2.	RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, BIČ	p2	char	9-10
3.	DÁTUM PREDPISU	p	date	RRRRMMDD
4.	DÁTUM VÝDAJA	p	date	RRRRMMDD
5.	KÓD PREDPISUJÚCEHO PZS	p	char	12
6.	KÓD PREDPISUJÚCEHO ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA (ZPR)	p	char	9
7.	KÓD OPTICKEJ POMÔCKY	p	char	5
8.	KÓD DIAGNÓZY	p	char	3-5
9.	MNOŽSTVO	p	float	5.3
10.	CENA HRADENÁ POISŤOVŇOU	p	float	8.2
11.	CENA HRADENÁ POISTENCOM	p	float	8.2
12.	ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA	p1	char	2-3
13.	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA	p1	char	1-20
14.	POHLAVIE POISTENCA	p1	char	1

Povinnosť položiek má nasledujúci význam:

p - povinná položka
p1 - položka je povinná iba v prípade, ak nie je vyplnená položka RODNÉ ČÍSLO POISTENCA, t. j. poistenec nemá pridelené rodné číslo

p2 - položka sa nevyplňuje, ak sú vyplnené položky IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA
Všetky hodnoty v položkách obsahujúcich kódy PZS a kódy lekárov majú prvý znak povinne veľké písmeno.

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

PORADOVÉ ČÍSLO POUKAZU - uvedie sa poradové číslo lekárskeho poukazu.
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, je to údaj uvedený na preukaze zdravotnej poisťovne SR.
DÁTUM PREDPISU - uvedie sa dátum predpísania optickej pomôcky v uvedenom formáte bez medzier.
DÁTUM VÝDAJA - uvedie sa dátum výdaja predpísanej optickej pomôcky poistencovi.
KÓD PREDPISUJÚCEHO PZS - má nasledovnú štruktúru: P99999SPPYZZ, kde:
P99999 - je identifikátor PZS,
SPP - je odbornosť útvaru,
Y - je druh špecializovaného útvaru,
ZZ - je poradové číslo útvaru k príslušnej odb.
KÓD PREDPISUJÚCEHO ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA (ZPR) má nasledovnú štruktúru: L99999SLL, kde:
L99999 - je osobný identifikátor lekára,
SLL - kód odbornosti lekára.
KÓD OPTICKEJ POMÔCKY - je povinne číselná hodnota, ktorá nesmie obsahovať písmená alebo iné znaky.
KÓD DIAGNÓZY - kódové alfanumerické označenie diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom a účinnom znení uverejnenej v zmysle § 3 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MKCH“). Vykazuje sa v troj- až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.
MNOŽSTVO - uvedie sa počet kusov optických pomôcok.
CENA HRADENÁ POISŤOVŇOU - uvedie sa zmluvne stanovená cena za optickú/é pomôcku/y.
CENA HRADENÁ POISTENCOM - uvedie sa cena doplatku poistenca za optickú/é pomôcku/y.
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.“ Ak čerpala vecné dávky osoba poistená v Severomacedónskej republike na základe tlačiva RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ,“ použije sa skratka „MK.“ Ak čerpala vecné dávky osoba poistená v Čiernej Hore na základe tlačiva MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123, preukazu zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, použije sa skratka „ME“.

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, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/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. Ak čerpala vecné dávky osoba poistená v Severomacedónskej republike, uvádza sa osobné identifikačné číslo v Severnom Macedónsku („EMBG“) osoby tak, ako je uvedené v príslušnom tlačive. Ak čerpala vecné dávky osoba poistená v Čiernej Hore uvádza sa osobné identifikačné číslo osoby tak, ako ho má uvedené v príslušnom tlačive vydanom od inštitúcie vykonávajúcej právne predpisy oblasti sociálneho zabezpečenia.
POHLAVIE POISTENCA – použijú sa nasledovné znaky: M = muž, F = žena

Vysvetlenie pojmov

POISTENCI ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE SR sú poistenci, ktorí sa preukážu u poskytovateľa preukazom zdravotnej poisťovne SR bez označenia EÚ alebo Európskym preukazom zdravotného poistenia (EPZP) vydaným zdravotnou poisťovňou v SR, ktorý obsahuje kód štátu SK v pravom hornom rohu.
POISTENCI EÚ sú poistenci členského štátu 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.“ Do tejto skupiny patria aj osoby poistené v Severomacedónskej republike a v Čiernej Hore, ktoré sa preukážu u poskytovateľa tlačivom RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123, preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ.“ Tlačivo SRB/SK111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/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 poistenca (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 „EU,“ **tlačivom SRB/SK 111, SRB/SK 123, RM/SK 111, RM/SK 112, RM/SK 123, MNE/SK 111, MNE/SK 112, MNE/SK 123** poskytovateľ vyplní ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, POHLAVIE POISTENCA. Položku RODNÉ ČÍSLO POISTENCA v tomto prípade nevyplňuje.

Spôsob vykazovania

Očná optika vykáže zdravotnej poisťovni faktúru s hromadnými dávkami prijatých „lekárskych poukazov“ (spôsobom dohodnutým v zmluve) s údajmi za všetkých POISTENCOV ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE SR. V dávke uvedie v položke CHARAKTER DÁVKY znak N (resp. O).

U POISTENCOV EÚ očná optika vykáže pobočke príslušnej zdravotnej poisťovne prijaté „lekárske poukazy“ hromadnými dávkami za zúčtovacie obdobie v jednej samostatnej faktúre za všetkých POISTENCOV EÚ. V dávke vykáže v položke CHARAKTER DÁVKY znak E (resp. F). Prílohy k faktúre tvoria originál, kópia alebo opis nárokového dokladu a súčasne „lekársky poukaz“. Originál, kópia alebo opis nárokového dokladu sa nepredkladá za poistenca EÚ, ktorý sa preukázal preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“ príslušným nárokovým dokladom zaevidovaným v slovenskej zdravotnej poisťovni.

Metodické usmernenie č. 4/2/2016
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,

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 lekárskych 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 vykázanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „prehľad finančného zúčtovania“) je sumárny prehľad vykázanej 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 vykázanej zdravotnej starostlivosti

1. Podrobné zúčtovanie vykázanej 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 vykázanej 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 elektronickú chybovú dávku, prehľad finančného zúčtovania vykázanej zdravotnej starostlivosti, podrobné zúčtovanie vykázanej 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:
374c - chybné vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti PZS nezaradeným do systému vykazovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa DRG (k dávke 374n, formulár F-354)
751c - chybné vykazovanie výkonov vo všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (k dávke 751b, formulár F-370)
753c - chybné vykazovanie výkonov v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (k dávke 753b, formulár F-396)
774c - chybné vykazovanie výkonov v liečebni, v prírodných liečebných kúpeľoch, v kúpeľnej liečebni, v dome ošetrovateľskej starostlivosti, v hospici a u prevádzkovateľa stacionáru (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 274d)
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)
738c - chybné spracovanie lekárskych poukazov - očná optika (k dávke 738, formulár F-407)

Početnosť: priebežne

Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky: ZZ_TYPDAVKY_NNN_POVODNYNAZOVDAVKY.XXX.TYP, kde ZZ= kód ZP, TYPDAVKY= pôvodný typ zaslanej dávky od PZS, NNN = poradové číslo dávky v rámci FA, POVODNYNAZOVDAVKY.XXX = pôvodný názov súboru od PZS, TYP = typ tejto dávky

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

Oddeľovací znak: | - oddeľovač 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 posiela 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 posiela elektronickú chybovú dávku.

Veta tela dávky:
Prvú až n-tú položku riadku tela dávky tvorí kompletný riadok z pôvodnej dávky, ku ktorej ZP posiela 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	CENA NEUZNANÁ	P****	float	8.2
n+9	REVIDOVAL	P	varchar	1-30

Vysvetlivky:

CHYBNÁ POLOŽKA
poradové číslo chybnej 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

CENA NEUZNANÁ = neuznaná cena produktu
P**** - pri type odmietnutia:
O bude v položke povinne vyplnená cena neuznaného produktu
Q bude v položke povinne uvedený rozdiel medzi celkovou cenou produktu a uznanou cenou za produkt. Položka je povinná pre vykazovanie výkonov od 01.04.2024.

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 č. 4/2016 v znení novely č. 2 nadobúda účinnosť dňa 01.01.2024.

2. Zdravotná poisťovňa poskytne poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti informácie a dokumenty v rozsahu tohto metodického usmernenia prvýkrát za obdobie kalendárneho mesiaca január 2024, okrem položky „n+8 cena neuznaná“, ktorá sa prvýkrát vykazuje za obdobie kalendárneho mesiaca apríl 2024.

3. Dňom nadobudnutia účinnosti tohto metodického usmernenia sa ruší platnosť znenia metodického usmernenia 4/2016 Elektronické chybové protokoly zo spracovania dávok od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších noviel.

4. Pri zasielaní údajov podľa čl. 2 až 4 tohto metodického usmernenia zo strany zdravotných poisťovní poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, sú zdravotné poisťovne povinné dbať o zachovanie dôvernosti zasielaných údajov.

V Bratislave dňa 22.12.2023

Ing. Renáta Bláhová, MBA, FCCA, LL.M.
predsedníčka úradu, v. r.

Metodické usmernenie č. 1/2/2013
k dátovým rozhraniam vybraných oznamovacích povinností zdravotných poisťovní voči úradu

Čl. 1
Úvodné ustanovenia

Predseda Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) vydáva toto metodické usmernenie v súlade s § 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 (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“). Metodické usmernenie určuje dátové rozhrania k nasledovným zoznamom zasielaným zdravotnými poisťovňami úradu:

1. zoznam poistencov zaradených na dispenzarizáciu podľa § 16 ods. 6 a § 16 ods. 1 písm. h) zákona č. 581/2004 Z. z.,
2. zoznam platiteľov poistného podľa § 16 ods. 6 a § 16 ods. 1 písm. i) zákona č. 581/2004 Z. z.,
3. zoznam zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa § 16 ods. 6 a § 16 ods. 1 písm. j) zákona č. 581/2004 Z. z.,
4. zoznam zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa zmluvného obdobia,
5. zoznam úhrad jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a zoznam neuhradených záväzkov voči jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti podľa § 14 ods. 3, 4 a 5 a v nadväznosti na § 16 ods. 1 písm. k) zákona č. 581/2004 Z. z.

Čl. 2
Zoznam poistencov zaradených na dispenzarizáciu

Údaje budú zdravotné poisťovne posielať v elektronickej forme za každý kalendárny mesiac najneskôr do 20. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca. Zdravotné poisťovne budú posielať každý mesiac kompletné zoznamy.

Štruktúra vety:
Poradové číslo riadku|Kód lekára|Kód PZS|Meno poistenca|Priezvisko poistenca|Rodné číslo poistenca/BIČ|Členský štát poistenca EU|Adresa trvalého pobytu poistenca obec|Ulica číslo|PSČ|Kód diagnózy|Obdobie nasledujúcej kontroly|Nasledujúca kontrola – frekvencia|Dátum zaradenia|Dátum vyradenia| Poznámka|Dôvod vyradenia| Identifikačné číslo poistenca|Pohlavie poistenca|

Popis dávky: Zoznam poistencov zaradených na dispenzarizáciu

Smer: ZP→ Ústredie ÚDZS

Typ dávky: 519

Početnosť: 1x za mesiac

Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_060802_519.txt). Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie: v prípade txt formátu ISO 8859.2 (ISO Latin 2),

Oddeľovací znak: | v prípade txt formátu. Oddeľovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku.

Identifikácia dávky: pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00 (pr.: 21)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-7	INT	9999990 (pr.: 23)
5	Obdobie dávky	P	6-6	DATE	RRRRMM

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:
Typ dávky: 519
Kód ZP: podľa číselníka ZP
Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke: udáva sa bez prvého riadku dávky
Obdobie dávky: rok a mesiac obdobia, za ktoré sa dávka posiela

2. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-7	INT	9999990 (pr.: 23)
2	Kód lekára	P	9-9	CHAR	L99999SLL
3	Kód PZS	P	12-12	CHAR	P99999SPPYZZ
4	Meno poistenca	P	1-24	CHAR	
5	Priezvisko poistenca	P	1-36	CHAR	
6	Rodné číslo poistenca /BIČ	P1	9-10	CHAR	pr.RČ:7804206345
7	Členský štát poistenca EÚ	P2	2-2	CHAR	kód podľa ISO 3166-1
8	Adresa trvalého pobytu poistenca: Obec	P1	1-25	CHAR	
9	ulica číslo	P1	1-35	CHAR	
10	PSČ	P1	5-5	CHAR	00000 (pr.:92108)
11	Kód diagnózy	P	3-4	CHAR	bez bodky
12	Obdobie nasledujúcej kontroly	P	1-1	INT	M- mesiac, R-rok
13	Nasledujúca kontrola - frekvencia	P	1-2	INT	
14	Dátum zaradenia	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
15	Dátum vyradenia	P1	8-8	DATE	RRRRMMDD
16	Poznámka	N	1-50	CHAR	
17	Dôvod vyradenia	P3	1-1	CHAR	
18	Identifikačné číslo poistenca	P4	1-20	CHAR	
19	Pohlavie poistenca	P5	1-1	CHAR	M-muž, Z-žena

Vysvetlivky:
Položka 3: Kód PZS – tu sa bude uvádzať kód PZS v tvare P99999SPPYZZ
Položka 6: udáva sa rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo
Položky 6, 8, 9, 10 a 15: P1 - údaj sa vypĺňa len ak je známy
Položka 7: P2 - údaj je povinný, ak je vyplnené identifikačné číslo poistenca (položka 18)
Položka 11: kód diagnózy, pre ktorú je dispenzarizovanie navrhnuté (bez bodky, v tvare I129)
Položka 12: obdobie nasledujúcej kontroly – možné hodnoty: M (mesiac), R (rok)
Položka 13: dĺžka trvania do nasledujúcej kontroly v mesiacoch alebo rokoch v závislosti na položke 12 (ak nasledujúca kontrola má byť o 6 mesiacov, do položky 12 treba uviesť „M“ a do položky 13 „6“)

Položka 17: P3 - údaj je povinný, ak je vyplnený dátum vyradenia (položka 15) Dôvod vyradenia – možné hodnoty:
- T nedodržanie plánovaného termínu poskytnutia zdravotnej starostlivosti poistencom bez ospravedlnenia
- S zmena zdravotného stavu poistenca
- E úmrtie poistenca
- P zmena zdravotnej poisťovne
- L zmena ošetrujúceho lekára
- I iné, uviesť dôvod v položke Poznámka

Položka 18: P4 - údaj sa vypĺňa, ak nie je vyplnená položka 6
Položka 19: P5 - údaj je povinný, ak nie je vyplnené rodné číslo

Čl. 3
Zoznam platiteľov poistného

Údaje budú zdravotné poisťovne posielať v elektronickej forme za každý kalendárny mesiac najneskôr do 20. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca. Zdravotné poisťovne budú posielať úradu každý mesiac kompletné zoznamy.

Štruktúra vety:
Poradové číslo riadku|Číslo platiteľa poistného|IČO|Rodné číslo/BIČ|Názov firmy|Meno|Priezvisko|Adresa trvalého pobytu/sídlo fy/obec|Ulica číslo|PSČ|Telefón|Fax|Dátum vzniku prihlasovacej povinnosti|Výplatný termín|Dátum odhlásenia z registra platiteľov|Fyzická/právnická osoba|Identifikačné číslo poistenca| Číslo povolenia na pobyt|
Popis dávky: Zoznam platiteľov poistného Smer: ZP -> Ústredie ÚDZS

Typ dávky: 520

Početnosť: 1x za mesiac

Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_060802_520.txt). Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie: v prípade txt formátu ISO 8859.2 (ISO Latin 2),

Oddeľovací znak: | v prípade txt formátu. Oddeľovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku.

Identifikácia dávky – pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok - hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00 (pr.: 21)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-7	INT	9999990 (pr.: 23)
5	Obdobie dávky	P	6-6	DATE	RRRRMM

<u>Vysvetlivky k jednotlivým položkám:</u>

Typ dávky: 520

Kód ZP: podľa číselníka ZP
Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke: udáva sa bez prvého riadku dávky
Obdobie dávky: rok a mesiac obdobia, za ktoré sa dávka posiela

2. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-7	INT	9999990 (pr.: 23)
2	Číslo platiteľa poistného	P	1-10	CHAR	
3	IČO	P1	8-8	CHAR	
4	Rodné číslo/BIČ	P1	9-10	CHAR	pr.RČ:7804206345
5	Názov firmy	P2	1-60	CHAR	
6	Meno	P2	1-24	CHAR	
7	Priezvisko	P2	1-36	CHAR	
8	Adresa trvalého pobytu /sídlo/: obec	P	1-25	CHAR	
9	ulica číslo	P3	1-35	CHAR	
10	PSČ	P3	5-5	CHAR	00000 (pr.92108)
11	Telefón	N	1-10	CHAR	
12	Fax	N	1-10	CHAR	
13	Dátum vzniku prihlasovacej povinnosti	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
14	Výplatný termín	P4	8-8	DATE	RRRRMMDD
15	Dátum odhlásenia z registra platiteľov	P5	8-8	DATE	RRRRMMDD
16	Fyzická/Právnická osoba	P3	1-1	INT	
17	Identifikačné číslo poistenca	P6	1-20	CHAR	
18	Číslo povolenia na pobyt	P1	1-10	CHAR	

Vysvetlivky:
Položky 3, 4, 17 a 18: P1 - ak nie je pridelené IČO, vypĺňa sa číslo povolenia na pobyt, resp. RČ. Ak nie je známe RČ, vypĺňa sa bezvýznamové identifikačné číslo
Položka 4: udáva sa rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo
Položky 5, 6 a 7: P2 - Názov firmy alebo Meno a Priezvisko musia byť vyplnené jedno alebo druhé (môžu byť aj obidve)
Položka 9, 10 a 16: P3 - údaj sa vypĺňa, len ak je známy
Položka 14: P4 - údaj sa vypĺňa, len ak je určený
Položka 10: ak ide o zahraničného platiteľa, položku treba vyplniť ako „00000“
Položka 15: P5 - údaj sa vypĺňa, len ak nastane skutočnosť, že sa platiteľ odhlásil z registra platiteľov
Položka 16: Fyzická osoba – 1, Právnická osoba - 2
Položka 17: P6 - údaj sa vypĺňa, ak nie je vyplnená položka 3, 4 alebo 18

Čl. 4
Zoznam zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Údaje budú zdravotné poisťovne posielať v elektronickej forme za každý kalendárny mesiac najneskôr do 20. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca. Zdravotné poisťovne budú posielať úradu mesačne kompletné zoznamy zmluvných PZS.

Štruktúra vety:
Poradové číslo riadku|Identifikátor PZS|IČO|Rodné číslo|Názov firmy|Meno|Priezvisko|Adresa/sídlo firmy/obec|Ulica číslo|PSČ|Zriaďovateľ poskytovateľa|Typ ústavného zdravotníckeho zariadenia|

Popis dávky: Zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti Smer: ZP -> Ústredie ÚDZS

Typ dávky: 521

Početnosť: 1x za mesiac

Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_060802_521.txt). Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie: v prípade txt formátu ISO 8859.2 (ISO Latin 2),

Oddeľovací znak: | v prípade txt formátu. Oddeľovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku.

Identifikácia dávky – pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok - hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00 (pr.: 21)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-6	INT	999990(pr.: 23)
5	Obdobie dávky	P	6-6	DATE	RRRRMM

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:
Typ dávky: 521
Kód ZP: odľa číselníka ZP
Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke: udáva sa bez prvého riadku dávky
Obdobie dávky: rok a mesiac obdobia, za ktoré sa dávka posiela

2. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-6	INT	999990 (pr.: 23)
2	Identifikátor PZS	P	6-6	CHAR	P99999
3	IČO	P	8-8	INT	
4	Rodné číslo	N	9-10	CHAR	pr.RČ:7804206345
5	Názov firmy	P	1-60	CHAR	
6	Meno	N	1-24	CHAR	
7	Priezvisko	N	1-36	CHAR	
8	Adresa - sídlo firmy: obec	P	1-25	CHAR	
9	Ulica číslo	N	1-35	CHAR	
10	PSČ	P	5-5	CHAR	00000 (pr.:92108)
11	Zriaďovateľ poskytovateľa	N	1-40	CHAR	
12	Typ ústavného zdravotného zariadenia	N	2-2	CHAR	

Typ ústavného zdravotníckeho zariadenia:

10 – nemocnica všeobecná – fakultné nemocnice
11 – nemocnica všeobecná – okrem fakultných
12 – nemocnica špecializovaná – s celoštátnou pôsobnosťou
13 – nemocnica špecializovaná – s regionálnou pôsobnosťou
14 – liečebňa
15 – hospic

16 – dom ošetrovateľskej starostlivosti
17 – prírodné liečebné kúpele
18 – kúpeľná liečebňa
19 – zariadenia biomedicínskeho výskumu

Čl. 5
Zoznam zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa zmluvného obdobia

Na základe rokovania zúčastnených strán, Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, zdravotných poisťovní, Slovenskej lekárnickej komory a úradu, vychádzajúc z potreby lekární, výdajní zdravotníckych pomôcok a očných optík, ktoré potrebujú včas a správne identifikovať zmluvný vzťah poskytovateľa, ktorý vyhotovil recept/poukaz a zdravotnej poisťovne pacienta, bude úrad uverejňovať a viesť od 1.1.2007 na webovom sídle úradu www.udzs-sk.sk zoznamy zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti so zdravotnými poisťovňami. Bez informácií o zmluvnom vzťahu môže lekáreň/výdajňa/očná optika poškodiť seba, poistenca alebo zdravotnú poisťovňu. Poskytnutím včasnej a správnej informácie o zmluvných vzťahoch bude možné predchádzať týmto komplikáciám.
Z týchto dôvodov odporúčame zdravotným poisťovniam údaje posielať v elektronickej forme každý mesiac najneskôr do 25. dňa kalendárneho mesiaca. V tejto dobrovoľnej dávke budú uvedené aktuálne platné zmluvné vzťahy medzi ZP a PZS k 1. dňu nasledovného mesiaca. Zdravotné poisťovne budú posielať každý mesiac kompletné zoznamy. Ak zdravotná poisťovňa uzná za vhodné, aby zaslala doplnok ku zoznamu zmluvných poskytovateľov ako mimoriadnu dávku, urobí tak aj mimo uvedeného termínu.
Úrad bude zverejňovať zoznamy zmluvných poskytovateľov zaslané zdravotnými poisťovňami raz za mesiac a v prípade zaslania mimoriadne dôležitej dávky na doplnenie zoznamu zmluvných poskytovateľov bude príslušný zoznam zmluvných poskytovateľov aktualizovať bezprostredne po dodaní mimoriadnej dávky.

Štruktúra vety: Poradové číslo riadku|Identifikátor PZS|IČO|Kód PZS|Kód lekára|Dátum začiatku zmluvného vzťahu|Dátum ukončenia zmluvného vzťahu|

Popis dávky: Zoznam zmluvných poskytovateľov podľa zmluvného obdobia

Smer: ZP -> Ústredie ÚDZS

Typ dávky: 534

Početnosť: 1x za mesiac

Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2500_007_070725_534.txt).
Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)

Oddeľovací znak: | Oddeľovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku.

Identifikácia dávky: pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00 (pr.: 21)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-6	INT	999990 (pr.: 23)
5	Obdobie dávky	P	6-6	CHAR	RRRRMM

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:
Typ dávky: 534
Kód ZP: podľa číselníka ZP
Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke: udáva sa bez prvého riadku dávky
Obdobie dávky: rok a mesiac obdobia, za ktoré sa dávka posiela (nasledujúci kalendárny mesiac)

2. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-6	INT	999990 (pr.: 23)
2	Identifikátor PZS	P	6-6	CHAR	P99999
3	IČO	P	8-8	CHAR	aj úvodné nuly
4	Kód PZS	P1	12-12	CHAR	P99999SPPYZZ
5	Kód lekára	P1	9-9	CHAR	L99999SLL
6	Dátum začiatku zmluvného vzťahu	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
7	Dátum ukončenia zmluvného vzťahu	P	8-8	DATE	RRRRMMDD

Vysvetlivky:

Položky 4 a 5: P1 - údaj sa vypĺňa v prípade, ak je známa väzba medzi kódom PZS a kódom lekára v rozsahu zazmluvnenia

Čl. 6
Zoznam úhrad jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a zoznam neuhradených záväzkov voči jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

1. Zoznam úhrad jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť

Údaje budú zdravotné poisťovne posielať úradu v elektronickej forme za každý kalendárny mesiac najneskôr do 20. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca. Zdravotné poisťovne budú posielať každý mesiac kompletné zoznamy.

Dávka 525 je dávkou o realizovaných úhradách jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.
Dávka obsahuje úhrady poskytovateľom, ktorí majú pridelený kód PZS. V tejto dávke sa budú nachádzať len tie doklady, u ktorých bola realizovaná úhrada poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.
V prípade, že zdravotná poisťovňa uhrádza na základe exekučného príkazu úhradu súvisiacu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť exekútorovi, táto úhrada je viazaná na konkrétnu faktúru, ktorú má zdravotná poisťovňa v evidencii, a preto ju uvedie ako úhradu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v dávke 525.

Dávka neobsahuje úhrady v rámci refundácií za poskytnutú ZS do zahraničia zasielané

prostredníctvom úradu ako styčného orgánu pre vecné dávky, alebo kontaktného miesta v zmysle bilaterálnych zmlúv o sociálnom zabezpečení.

Štruktúra vety:
Poradové číslo riadku|Identifikátor PZS|IČO|Rodné číslo/identifikačné číslo|Názov PZS|Meno|Priezvisko|Presná adresa/sídlo firmy/obec|Ulica číslo|PSČ|Číslo faktúry Číslo faktúry/ číslo dokladu|Výška faktúry |Objem úhrad|Dátum splatnosti faktúry/dokladu|Počet dní omeškania|Zúčtovacie obdobie|
Popis dávky: Zoznam úhrad jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú starostlivosť
Smer: ZP -> Ústredie ÚDZS
Typ dávky: 525
Početnosť: 1x za mesiac
Formát prenosu dát: textový súbor
Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_060802_525.txt). Dávka je generovaná ako 1 súbor.
Národné prostredie: v prípade txt formátu ISO 8859.2 (ISO Latin 2),
Oddeľovací znak: | v prípade txt formátu. Oddeľovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku.
Identifikácia dávky – pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00 (pr.:21)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-6	INT	999990 (pr.: 23)
5	Obdobie dávky	P	6-6	DATE	RRRRMM

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:
Typ dávky: 525
Kód ZP a pobočky: podľa číselníka ZP a pobočiek
Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke: udáva sa bez prvého riadku dávky
Obdobie dávky: rok a mesiac obdobia, za ktoré sa dávka posiela

2. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-6	INT	999990 (pr.:23)
2	IČO	P1	8-8	INT	
3	Rodné číslo	N	9-10	CHAR	pr.RČ:7804206345
4	Identifikátor PZS	P1	6-6	CHAR	P99999
5	Názov PZS	P	1-60	CHAR	
6	Meno	N	1-24	CHAR	
7	Priezvisko	N	1-36	CHAR	
8	Presná adresa- sídlo firmy: obec	P	1-25	CHAR	
9	ulica číslo	P1	1-35	CHAR	
10	PSČ	P	5-5	CHAR	
11	Číslo faktúry/ číslo dokladu	P	1-20	CHAR	

12	Výška faktúry	P	10,2	DEC	(10,2) reprezentuje 10-miestne desatinné číslo, t. j. 10 značí počet platných číslic pred aj za desatinnou bodkou spolu a 2 označuje počet
13	Objem úhrad	P	10,2	DEC	
14	Dátum splatnosti faktúry /dokladu	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
15	Počet dní omeškania	P	1-4	INT	
16	Zúčtovacie obdobie	P	6-6	CHAR	RRRRMM

Vysvetlivky:
Položka 4: identifikátor PZS v tvare p99999
Položky 2, 4 a 9: P1 - údaj sa vypĺňa, len ak je známy
Položka 11: ak nie je známe číslo faktúry, treba uviesť číslo dokladu alebo variabilný symbol, resp. iný symbol definujúci tento doklad
Položka 12: výška faktúry v EUR za poskytnutú zdravotnú starostlivosť
Položka 13: celkový objem úhrad v EUR
Položka 14: dátum splatnosti faktúry; dátum splatnosti v tvare 99991231 sa uvádza v prípade, že ide o úhradu dokladu s odkladom splatnosti z právnych dôvodov (napr. z dôvodu exekúcie, dedičského konania,...); pri predĺžení splatnosti z dôvodu nedoručenia dokladov v zmluvne dohodnutej lehote sa udáva dátum splatnosti v tvare 44441231
Položka 15: v prípade, že faktúra je uhradená ešte v lehote splatnosti, bude počet dní omeškania 0 (nula)
Položka 16: zúčtovacie obdobie, v ktorom boli výkony realizované
Pri viacerých zúčtovacích obdobiach treba uviesť hlavné obdobie fakturácie.

2. Zoznam neuhradených záväzkov voči jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť

Údaje budú zdravotné poisťovne posielať v elektronickej forme za každý kalendárny mesiac najneskôr do 20. dňa kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po kalendárnom mesiaci, za ktorý zdravotná poisťovňa vykazuje platobnú schopnosť. Zdravotné poisťovne budú posielať každý mesiac kompletné zoznamy.

Štruktúra vety:
Poradové číslo riadku|IČO|Rodné číslo/identifikačné číslo|Identifikátor PZS|PZS|Meno|Priezvisko|Adresa PZS/obec|Ulica číslo|PSČ|Číslo faktúry/číslo dokladu|Objem neuhradeného záväzku|Dátum splatnosti faktúry/dokladu|Počet dní omeškania|Zúčtovacie obdobie|

Popis dávky: Zoznam neuhradených záväzkov voči jednotlivým PZS za poskytnutú zdravotnú starostlivosť

Smer: ZP → Ústredie ÚDZS

Typ dávky: 526

Početnosť: 1x za mesiac

Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej

poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_060802_526.txt). Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie: v prípade txt formátu ISO 8859.2 (ISO Latin 2),

Oddeľovací znak: | v prípade txt formátu. Oddeľovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku.
Identifikácia dávky – pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00 (pr.:21)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	10	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-6	INT	999990 (pr.: 23)
5	Obdobie dávky	P	6-6	DATE	RRRRMM

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:
Typ dávky: 526
Kód ZP a pobočky: podľa číselníka ZP
Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke: udáva sa bez prvého riadku dávky
Obdobie dávky: rok a mesiac obdobia, za ktoré sa dávka posiela

2. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-6	INT	999990 (pr.:23)
2	IČO	P1	8-8	INT	
3	Rodné číslo	P1	9-10	CHAR	pr.RČ:7804206345
4	Identifikátor PZS	P2	6-6	CHAR	P99999
5	Názov PZS	P	1-60	CHAR	
6	Meno	N	1-24	CHAR	
7	Priezvisko	N	1-36	CHAR	
8	Adresa PZS (fy): obec	P	1-25	CHAR	
9	ulica číslo	P2	1-35	CHAR	
10	PSČ	P	5-5	CHAR	
11	Číslo faktúry /číslo dokladu	P	1-20	CHAR	
12	Objem neuhradeného záväzku	P	10,2	DEC	(10,2) reprezentuje 10- miestne desatinné číslo, t. j. 10 značí počet platných číslic pred aj za desatinnou bodkou spolu a 2 označuje počet platných číslic za desatinnou bodkou.
13	Dátum splatnosti faktúry / dokladu	P	8-8	DATE	RRRRMMDD

14	Počet dní meškania	P	1-4	INT	
15	Zúčtovacie obdobie	P	6-6	CHAR	RRRRMM

Vysvetlivky:

Položky 2 a 3: P1 - ak nie je pridelené IČO, vypĺňa sa RČ
Položka 4: identifikátor PZS v tvare P99999
Položky 4 a 9: P2 - údaj sa vypĺňa, len ak je známy
Položka 11: ak nie je známe číslo faktúry, treba uviesť číslo dokladu alebo variabilný symbol, resp. iný symbol definujúci tento doklad
Položka 12: objem neuhradeného záväzku v EUR za poskytnutú zdravotnú starostlivosť
Položka 13: dátum splatnosti faktúry; dátum splatnosti v tvare 99991231 sa uvádza v prípade, že ide o doklad s odkladom splatnosti z právnych dôvodov (napr. z dôvodu exekúcie, dedičského konanie...); pri predĺžení splatnosti z dôvodu nedoručenia dokladov v zmluvne dohodnutej lehote sa udáva dátum splatnosti v tvare 44441231
Položka 14: v prípade, že faktúra je uhradená ešte v lehote splatnosti, bude počet dní omeškania 0 (nula)
Položka 15: zúčtovacie obdobie, v ktorom boli výkony realizované. Pri viacerých zúčtovacích obdobiach treba uviesť hlavné obdobie fakturácie.

Čl. 7
Osobitné ustanovenia

Položka č. 19 Kód výkonu plánovanej ZS v dávke 518 sa vypĺňa podľa platného nariadenia vlády Slovenskej republiky, ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov1).

Čl. 8
Účinnosť

Toto metodické usmernenie č. 1/2013 v znení novely č. 2 nadobúda účinnosť 01.01.2024.

V Bratislave dňa 08.01.2024

Ing. Renáta Bláhová, MBA, FCCA, LL.M.
predsedníčka úradu, v. r.