Dátové rozhranie pre vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti

Typ dávky: 751d

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 nepríslušnej ZP. Vykázaná ZS poskytnutá PZS je do ZP zasielaná prvýkrát. Toto definovanie dávky platí i pre charakter dávky G a K.

E - nová dávka za POISTENCOV EÚ

F - opravná dávka za POISTENCOV EÚ

G - aditívna dávka za POISTENCOV EÚ

I - nová dávka za bezdomovca podľa § 9 ods. 4, cudzinca (mimo EÚ, okrem Srbskej republiky, 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 – 751d

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	9.2
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

No.	Popis položky	povinnosť	dátový typ	dĺžka
25.	CENA ZA VÝKON FIXNE STANOVENÁ		float	7.2
26.	CENA BODU		float	8.6
27.	CELKOVÁ CENA ZA VÝKONY		float	7.2
28.	KÓD INDIKAČNÉHO OBMEDZENIA	p9	char	6
29.	ID záznamu v NZIS	p10	char	21

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; v dávke č. 753 v prípade poistenky, ktorá požiadala o utajený pôrod, sa uvedie rodné číslo v tvare 00010155555

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

p9 = vyplňuje sa v prípade, ak sa pre vydávaný liek vyžaduje vyznačenie indikačného obmedzenia podľa platnej kategorizácie

p10 = povinnosť vyplnenia položky vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov účinných od 01. 07. 2026, ktoré túto položku definujú.

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
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 753d) 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

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, tak pre každú pripočítateľnú položku sa vypĺňa rovnaké ID záznamu v NZIS ako pre súvisiaci výkon a pripočítateľné položky sa rozpisujú 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 liekov so spôsobom úhrady „A“ a „AS“** sa vykazuje kód lieku. Vykazujú sa lieky, ktoré sú uvedené v platnom opatrení MZ SR, ktorým sa vydáva zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia označené v stĺpci „Spôsob úhrady“ písmenom A alebo AS;
- **u liekov nakúpených centrálnym nákupom** vykazujú príslušné špecializované ambulancie kód lieku. Za lieky nakúpené centrálnym nákupom považujeme lieky, ktoré nakupuje zdravotná poisťovňa a distribuuje k PZS. Ide o lieky podávané v ambulanciách, vydané poistencovi na domáce liečenie a vydané lôžkovým oddeleniam pri hospitalizácii poistenca;
- **transfúzne lieky** pripravené podľa § 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

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.

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
26. **Cena bodu** – uvedie sa zmluvná cena bodu (vrátane všetkých bonusov za plnenie hodnotiacich parametrov a ukazovateľov)
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 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 alebo nehradeného/ných výkonu/ov sa uvedie 0 (nula).

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

29. ID záznamu v NZIS – uvedie sa jednoznačný identifikátor elektronického záznamu v Národnom zdravotníckom informačnom systéme (NZIS) patriaci k vykazovanému ošetreniu pacienta. Štruktúra ID záznamu v NZIS je definovaná v integračnom manuáli NCZI, ktorý je súčasťou Štandardu pre elektronickú komunikáciu s webovými službami národného zdravotníckeho informačného systému. Pre typy starostlivosti **841, 842 a 843** sa typ záznamu vypĺňa podľa priorít uvedených v tabuľke nižšie. Priorita jednotlivých typov zdravotných záznamov vychádza z očakávania ich používania a rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti; za prioritné sa preto považujú nasledujúce typy zdravotných záznamov. Pre jedno ošetrenie poistenca sa uvádza práve jedno ID záznamu v NZIS.

Priorita	Typ zdravotného záznamu	Objekt v NZIS
1.	Záznam o poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti vrátane zdravotnej starostlivosti poskytnutej formou telemedicíny	Záznam o odbornom vyšetrení
2.	Záznam o preventívnej prehliadke	Záznam o odbornom vyšetrení
3.	Doplnkové zdravotné údaje osoby	Záznam o očkovaní

Pre typ starostlivosti **849** sa typ záznamu vypĺňa podľa priorít uvedených v tabuľke nižšie. Pre jedno ošetrenie poistenca sa uvádza práve jedno ID záznamu v NZIS.

Priorita	Typ zdravotného záznamu	Objekt v NZIS
1.	Záznam o poskytnutej urgentnej starostlivosti	Záznam o odbornom vyšetrení
2.	Záznam o poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti vrátane zdravotnej starostlivosti poskytnutej formou telemedicíny	Záznam o odbornom vyšetrení

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).