# Dátové rozhranie pre vykazovanie výkonov v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti

## Typ dávky: 753d

Predkladá: Poskytovatelia špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ŠAS) vrátane všetkých zubno-lekárskych 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 **751d.**

**Záhlavie dávky:**

Je identické s dávkou **751d**, 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 753d totožné s dávkou 751d**

| 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 | 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 | 21 |
| 30. | IDENTIFIKÁTOR NÁVRHU | p9 | char | 15 |
| 31. | KÓD INDIKAČNÉHO OBMEDZENIA | p10 | char | 6 |
| 32. | CENA ZA VÝKON FIXNE STANOVENÁ | | float | 7.2 |
| 33. | CENA BODU | | float | 8.6 |
| 34. | CELKOVÁ CENA ZA VÝKONY | | float | 7.2 |
| 35. | KÓD MEDICÍNSKEJ SLUŽBY | | char | 5 |

| No. | Popis položky | povinnosť | dátový typ | dĺžka |
|---|---|---|---|---|
| 36. | ÚROVEŇ MEDICÍNSKEJ SLUŽBY | | int | 1 |
| 37. | KÓD PROGRAMU | | int | 2 |
| 38. | ID záznamu v NZIS | p11 | char | 21 |

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

p10 = vyplňuje sa v prípade, ak sa pre vydávaný liek vyžaduje vyznačenie indikačného obmedzenia podľa platnej kategorizácie

p11 = povinnosť vyplnenia položky vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov účinných od 01. 07. 2026, ktoré túto položku definujú.

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

**10. Typ poistenca** – naviac ako v definícii 751d.

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 neodkladnú 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 kontrolu pacienta počas jeho liečby, typ odosielateľa je = **K**
- ak ide o poskytnutie zdravotnej starostlivosti **priamo**, bez odosielajúceho lekára, typ odosielateľa je = **P**; použije sa, ak právny predpis túto povinnosť nevyžaduje
- ak je odosielateľ lekár v ambulancii alebo oddelenie, typ odosielateľa je **= O.**
  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 alebo PPPPPPPXRR99999** kde:
    a. **W alebo P** = 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.
33. **Cena bodu** – uvedie sa zmluvná cena bodu (vrátane všetkých bonusov za plnenie hodnotiacich parametrov a ukazovateľov).
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 za výkon, zaokrúhlená na dve desatinné miesta x počet výkonov
    - fixná cena za výkon vynásobená počtom výkonov.
    - v prípade nehradeného/ých výkonu/ov sa uvedie 0 (nula).
35. **Kód medicínskej služby** – uvedie sa kód medicínskej služby určený v zmysle platnej a účinnej vyhlášky o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti. Položka sa vypĺňa pri ukončení jednodňovej zdravotnej starostlivosti a uvádza sa bez pomlčky, napr. S0201 – Anestézie pre vysokošpecializované činnosti.
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 jednodňovej zdravotnej starostlivosti.
    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 platnej a účinnej vyhlášky o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti. Položka sa vypĺňa pri ukončení jednodňovej zdravotnej starostlivosti, napr. 58 - Program pediatrickej

neurológie.

**38.** 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 typ starostlivosti **845 (ŠAS)** 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 **845 (JZS)** sa typ záznamu vypĺňa podľa priorít v tabuľke uvedenej nižšie.

Pri jednom ošetrení poistenca v rámci jednodňovej zdravotnej starostlivosti sa vykazuje 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 prepustení osoby z ústavnej zdravotnej starostlivosti | Lekárska prepúšťacia správa |

Pre typy starostlivosti **845** (stacionár, mobilný hospic, ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci, ak má zariadenie vydané povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti ako PZS ) a **850** sa typ záznamu vypĺňa podľa tabuľky uvedenej nižšie. 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 |

Pre typ starostlivosti **847** a pre odbornosti pracoviska **024, 029, 031, 034, 040, 062, 065, 214, 225, 259, 261, 346 a 516** sa typ záznamu vypĺňa podľa tabuľky uvedenej nižšie.

| Priorita | Typ zdravotného záznamu | Objekt v NZIS |
|---|---|---|
| 1. | Záznam o výsledku vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek | Laboratórny výsledok |

Pre typ starostlivosti **847** a pre odbornosti pracoviska 027 ,378, 844, 846 sa typ záznamu vypĺňa podľa tabuľky nižšie. 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 |

Pre typ starostlivosti **847** a pre odbornosti pracoviska **023, 043, 047, 187, 228, 232, 247, 303, 533, 558, 576, 593, 594, 595, 597 a 705** sa typ záznamu vypĺňa podľa tabuľky uvedenej nižšie. Pre jedno ošetrenie poistenca sa uvádza výlučne 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 zobrazovacom vyšetrení |

**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).