

**Metodické usmernenie k vykonávaniu ustanovení § 40 a 42 zákona
č. 540/2021 Z. z.**



Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky zverejňuje podrobný postup zdravotnej poisťovne a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri vedení zoznamu čakajúcich poistencov, formu, vzory výkazov, a to na základe § 3 ods. 1 písm. a) v spojení s § 40 ods. 21 zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“) a súvisiacich právnych predpisov.



Obsah

Pojmy a skratky.....	5
1 Zaradenie poistenca na zoznam čakajúcich poistencov	7
1.1 Vytvorenie návrhu na plánovanú starostlivosť u PZS	7
1.2 Odoslanie návrhu na plánovanú starostlivosť zdravotnej poisťovni	10
1.3 Prijatie a spracovanie návrhu na plánovanú starostlivosť v zdravotnej poisťovni ..	10
1.3.1 Posúdenie návrhu zdravotnou poisťovňou a lehota vybavenia pre zdravotné poisťovne	10
1.3.2 Kontrola súbehu návrhov	11
1.3.3 Potvrdenie návrhu	11
1.4 Povinnosti zdravotnej poisťovne pri zozname čakajúcich poistencov podľa § 40 ods. 1, 2 zákona	12
1.4.1 Informovanie poistenca.....	12
1.4.2 Zasielanie informácií NCZI podľa § 40 ods. 8 písm. c) zákona	12
2 Aktualizácia zoznamu čakajúcich poistencov	12
2.1 Prerušenie plánovanej starostlivosti.....	13
2.1.1 Prerušenie z dôvodov na strane poistenca	13
2.1.2 Prerušenie z dôvodov na strane PZS.....	13
2.2 Posun predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti.....	14
2.2.1 Posun predpokladaného dátumu plánovanej starostlivosti z dôvodov na strane PZS 14	
2.2.2 Posun predpokladaného dátumu plánovanej starostlivosti z dôvodov na strane poistenca	14
2.3 Zmena zdravotnej poisťovne u poistenca so schváleným návrhom na plánovanú starostlivosť	14
2.3.1 Zmena a poskytnutie plánovanej starostlivosti zmluvným poskytovateľom.....	14
2.3.2 Zmena a poskytnutie plánovanej starostlivosti nezmluvným poskytovateľom ...	15
3 Vyradenie zo zoznamu čakajúcich poistencov	16
3.1 Dôvody vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov	16
3.2 Dátum vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov	17
4 Vyhľadanie náhradného poskytovateľa za účelom dodržania lehoty časovej dostupnosti 18	
4.1 Predpokladaný dátum v návrhu prekračuje lehotu časovej dostupnosti	18
4.1.1 Povinnosť zabezpečiť starostlivosť u iného zmluvného poskytovateľa v SR podľa § 40 ods. 12.....	18
4.1.2 Poskytnutie plánovanej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa v SR	19
4.1.3 Poskytnutie plánovanej starostlivosti u poskytovateľa v inom členskom štáte EÚ 20	
5 Zoznam čakajúcich poistencov v NCZI	21



6	Postup pri zmene kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti	22
7	Dátové štruktúry pre vytvorenie a aktualizáciu návrhu.....	22
7.1	Dátová štruktúra 998 pre odoslanie návrhov a ich aktualizácií od PZS do ZP.....	22
7.2	Dátová štruktúra 998c pre odoslanie informácií od ZP na PZS.....	23
7.3	Dátová štruktúra 998n – údaje zasielané od zdravotnej poisťovne NCZI.....	24
7.4	Dátová štruktúra 998z – údaje zasielané medzi zdravotnými poisťovňami, v prípade zmeny zdravotnej poisťovne	24

Pojmy a skratky

Dátum a čas vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť – dátum a čas kedy lekár indikuje u pacienta potrebu plánovanej starostlivosti a prideli mu predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti. Je to zároveň ten istý dátum, kedy pacient udelí súhlas s návrhom na plánovanú zdravotnú starostlivosť a lekár tento súhlas zaeviduje v zdravotnej dokumentácii pacienta. Lehota časovej dostupnosti začína plynúť od tohto dátumu.

Dátum indikácie na ústavnú starostlivosť alebo na poskytnutie jednodňovej zdravotnej starostlivosti – zhodný s pojmom dátum a čas vyhotovenia návrhu.

Dátum prekročenia lehoty časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti – prvý deň po uplynutí posledného dňa časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti definovanej v kategorizácii. Počíta sa do neho dátum vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť.

Identifikátor záznamu návrhu na plánovanú starostlivosť (ďalej len „ID návrhu“) – reťazec znakov, prostredníctvom ktorého je možné jednoznačne identifikovať návrh na plánovanú starostlivosť a ktorý slúži na vzájomnú komunikáciu a výmenu údajov o návrhu medzi PZS, zdravotnou poisťovňou, poisťencom a NCZI. Rozlišujeme dva typy ID návrhu – začiatočným znakom návrhu je buď písmeno W (W = plánovaná ZS v zmysle Vyhlášky a zákona č. 540/2021 s lehotou časovej dostupnosti) alebo P (P = plánovaná ZS v zmysle Vyhlášky a zákona č. 540/2021 bez lehoty časovej dostupnosti).

Iný členský štát EÚ – členský štát Európskej únie alebo zmluvný štát Dohody o Európskom hospodárskom priestore a Švajčiarska konfederácia.¹

Kategorizácia ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „kategorizácia“) – stanovená vo vyhláske, ktorú vydáva každoročne ministerstvo podľa § 44 ods. 2 zákona, a ktorá okrem iného určuje medicínske služby a ich lehotu časovej dostupnosti.

Lehota časovej dostupnosti ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „lehota časovej dostupnosti“ alebo „LČD“) – maximálny čas ustanovený kategorizáciou ústavnej starostlivosti medzi indikáciou poskytnutia medicínskej služby lekárom PZS a poskytnutím medicínskej služby u PZS pre medicínsku službu, ktorej poskytnutie je z dôvodu verejného záujmu potrebné plánovať tak, aby poisťencom k nej bol zabezpečený dostatočný, trvalý a včasný prístup.

MS – medicínska služba.

Návrh na plánovanú zdravotnú starostlivosť (ďalej aj „návrh“) vytvára PZS na základe súhlasu poisťenca s návrhom na plánovanú starostlivosť medicínskej služby, ktorá bola ustanovená kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti. Na základe návrhu na plánovanú starostlivosť zdravotné poisťovne zaradia poisťenca na zoznam čakajúcich poisťencov.

NCZI – Národné centrum zdravotníckych informácií.

Nezmluvný poskytovateľ – poskytovateľ, ktorý nemá uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou.

¹ § 2 ods. 2 zákona č. 540/2021 Z. z.

OSN – Optimalizácia siete nemocníc.

PJZS – poskytovateľ jednotňovej zdravotnej starostlivosti.

Plánovaná zdravotná starostlivosť (ďalej len „plánovaná starostlivosť“) – poskytnutie medicínskej služby, ktorá je ustanovená kategorizáciou ústavnej starostlivosti. Plánovaná zdravotná starostlivosť nie je akútnou zdravotnou starostlivosťou. Akútnosť zdravotnej starostlivosti indikuje lekár. Pre plánovanú zdravotnú starostlivosť je potrebné viesť zoznam čakajúcich poistencov.

Povinnosti zdravotnej poisťovne podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona – povinnosti zdravotnej poisťovne zabezpečiť iného PZS v záujme dodržania lehoty časovej dostupnosti tak, aby poistenec dostal skorší predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti u iného PZS.

Predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti na účely tohto metodického usmernenia je dátum naplánovaný na poskytnutie plánovanej starostlivosti lekárom PZS (ďalej aj „termín plánovanej starostlivosti“). Tento dátum reflektuje lehotu plánovanej starostlivosti, ktorá vychádza z objektívneho lekárskeho posúdenia zdravotného stavu osoby v čase indikácie, jeho anamnézy a pravdepodobného priebehu jeho choroby, bolestivosti alebo povahy jeho ochorenia a kapacitných možností zdravotníckeho zariadenia. Lehota časovej dostupnosti v rámci liečebného postupu predstavuje medicínsky prijateľnú dobu s ohľadom na zdravotný stav a klinické potreby pacienta a spravidla neprekračuje časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti určenú pre túto medicínsku službu. Lehota časovej dostupnosti začína plynúť dňom vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť lekárom PZS. Lekár nemôže odmietnuť vystaviť osobe návrh na plánovanú starostlivosť iba na základe dôvodu, že predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti by prekročil časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti.

PÚZS – poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti.

PZS, poskytovateľ – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.

Zmluva – zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti medzi zdravotnou poisťovňou a PZS.

Zmluvný poskytovateľ – poskytovateľ, ktorý má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou.

Zoznam čakajúcich poistencov – zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej starostlivosti.

ZP – zdravotná poisťovňa. Na účely tohto metodického usmernenia sa za príslušnú zdravotnú poisťovňu považuje aj príslušná inštitúcia miesta pobytu a príslušná inštitúcia miesta bydliska podľa § 9c ods. 6 a § 6 ods. 6 zákon 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, § 2 ods. 2 a § 40 ods. 6 písm. a), § 40 ods. 10 písm. d) zákona č. 540/2021 Z. z.

ZS – zdravotná starostlivosť.

1 Zaradenie poistenca na zoznam čakajúcich poistencov

1.1 Vytvorenie návrhu na plánovanú starostlivosť u PZS

- (1) Návrh na plánovanú starostlivosť sa vytvára PZS poskytujúcim danú plánovanú zdravotnú starostlivosť. Návrhy sú vytvárané poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti (PÚZS) a poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti (PJZS) na celú plánovanú starostlivosť, ktorú nie je možné poskytnúť do troch dní od indikácie.² Návrhy sú vytvárané na základe odporúčania poskytovateľom na absolvovanie plánovanej starostlivosti, pričom pacient zároveň nie je indikovaný na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Súhlas pacienta s návrhom na plánovanú starostlivosť sa overuje poskytovateľom. Ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračuje lehotu časovej dostupnosti, súhlas pacienta musí byť udelený písomnou formou do zdravotnej dokumentácia a to prostredníctvom elektronickej komunikácie, krátkej textovej správy alebo v listinnej podobe.³ Návrh na plánovanú starostlivosť sa štandardne odporúča vytvárať lekárom v špecializovanej ambulancii daného PZS, po udelení súhlasu poistencom. Ak sa plánovaná starostlivosť poskytne formou jednodňovej zdravotnej starostlivosti, táto skutočnosť sa uvedie v návrhu na plánovanú zdravotnú starostlivosť.
- (2) Ak návrh spĺňa všetky povinné náležitosti⁴ overené zdravotnou poisťovňou, následne na základe tohto návrhu na plánovanú starostlivosť sa poistenec zaraďuje na zoznam čakajúcich poistencov. Návrhy na plánovanú starostlivosť sa vytvárajú na poistencov poistených v Slovenskej republike a fyzické osoby poistené v inom členskom štáte Európskej únie (tzn. EÚ poistenci, s preukazom poistenca s označením EÚ vystaveným zdravotnou poisťovňou v SR) alebo v zmluvnom štáte Dohody o Európskom hospodárskom priestore a vo Švajčiarskej konfederácii.⁵ Samoplatcovia nie sú vedení na zozname čakajúcich poistencov.
- (3) Pokiaľ je plánovaná starostlivosť v rámci rovnakej medicínskej služby realizovaná vo viacerých sedeniach, návrh sa vytvára na každé sedenie samostatne, pričom v druhom a každom ďalšom návrhu sa vyplňa položka identifikátor prvého alebo bezprostredne predošlého návrhu pri pokračujúcej plánovanej starostlivosti (položka 33). Tento postup sa uplatňuje v prípade, že ide o poskytnutie rovnakej medicínskej služby. Pri pokračujúcej plánovanej starostlivosti sa nárok pacienta uplatňuje podľa § 40 ods. 12 alebo 13 iba v prípade prvého návrhu. V prípade, ak sa jedná o plánované opakované poskytnutie pokračujúcej starostlivosti (napríklad opakované podávanie liečiva alebo chemoterapie), odporúča sa zavedenie softvérového riešenia, ktoré umožní jednoduché vytvorenie kópie prvotného návrhu. Systém automaticky vytvorí nový návrh na plánovanú zdravotnú starostlivosť s novým ID návrhu a vyplnenou pol. 33 - ID predchádzajúceho návrhu pri pokračovaní zdravotnej starostlivosti. V týchto kópiách pôvodného návrhu PZS iba zmení predpokladaný termín plánovanej ZS a návrh bude pripravený na odoslanie na ZP. V

² § 42 ods. 1 zákona č. 540/2021 Z. z.

³ § 42 ods. 2 zákona č. 540/2021 Z. z., daná veta bude účinná až od dátumu predpokladanej účinnosti novely zákona č. 540/2021 Z. z., a teda, 1.10.2025.

⁴ § 42 ods. 3 zákona č. 540/2021 Z. z.

⁵ § 2 ods. 2 zákona č. 540/2021 Z. z. v spojení s § 3 ods. 1 až 4, § 9 ods. 2 a § 9h ods. 1 písm. a) a b) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov.

prípade ak by bola prekročená LČD, systém automaticky vyplní v pol. 28 dôvod prekročenia LČD hodnotu A - zdravotný stav poistenca a v pol. 37 hodnotu 2 = pacient súhlasí s termínom, ktorý prekračuje LČD. Toto ustanovenie nadobúda účinnosť od 1.1.2026, do 1.1.2026 nemajú poskytovatelia povinnosť tvoriť čakacie listiny na iné podania ako na prvé podanie v rámci opakovaného poskytovania pokračujúcej starostlivosti.

- (4) Ak poistenec nastúpi na hospitalizáciu alebo poskytnutie jednodňovej starostlivosti, avšak zákrok nie je možné realizovať, návrh je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti aktualizovaný, ak pozná nový termín poskytnutia plánovanej starostlivosti. V prípade, že nový termín ešte nepozná, odporúča sa zadať prerušenie, ktoré trvá od nástupu až do aktualizácie predpokladaného termínu ďalšej hospitalizácie alebo poskytnutia jednodňovej starostlivosti. V prípade druhého a ďalšieho sedenia je možné podľa potreby stanoviť aj skorší termín, ako by vyplýval z poradia poistenca v zozname čakajúcich poistencov.
- (5) Pri vytvorení návrhu na plánovanú starostlivosť je vhodné poistenca poučiť o jeho právach a povinnostiach súvisiacich so zaradením na zoznam čakajúcich poistencov a odovzdať mu informáciu, kde nájde zverejnené poučenie o jeho právach a povinnostiach. Odporúča sa poistencovi odovzdať kópiu návrhu na plánovanú starostlivosť, a to aj bez vyžiadania poistencom. *Vzor práv a povinností poistenca* súvisiacich so zaradením poistenca na zoznam čakajúcich poistencov je uvedený na webovom sídle ministerstva zdravotníctva.
- (6) Návrh na plánovanú starostlivosť obsahuje všetky povinné položky v dávke 998⁶, ktorá sa zasiela PZS zdravotnej poisťovni, a to predovšetkým:
 - a. Identifikátor návrhu na plánovanú starostlivosť: Identifikátor návrhu na plánovanú starostlivosť vytvorí PZS pri zaevidovaní návrhu. Tvar identifikátora je popísaný v dátovej štruktúre 998 (položka 3). Ak má PZS viacero prevádzok tak návrhy na plánovanú starostlivosť vytvára každý útvar poskytovateľa zvlášť (poradie prevádzky podľa číselníka DRG cc_90030_prevádzky). Pokiaľ PZS nemá priradené ID útvaru, tak sa považuje za jeden útvar s ID hodnotou 0 (dôležité pri tvorbe ID návrhu).
 - b. Dátum vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť: Dátum vyhotovenia návrhu je dátum odsúhlasenia návrhu na plánovanú starostlivosť poistencom u PZS. Od tohto dátumu sa začína počítať lehota časovej dostupnosti.
 - c. Predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti.
 - d. Kód plánovanej medicínskej služby.
 - e. Informáciu o tom, či bude plánovaná starostlivosť poskytnutá formou jednodňovej starostlivosti.
- (7) PZS podľa § 42 ods. 1 zákona vyvinie maximálne úsilie na to, aby stanovil predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti tak, aby dodržal lehotu časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti ustanovenú kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre danú medicínsku službu.
- (8) PZS podľa § 42 ods. 5 zákona zohľadňuje pri stanovení dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti súhrnný zoznam čakajúcich poistencov zverejnený na webovom sídle NCZI

⁶ § 42 ods. 3 zákona č. 540/2021 Z. z.

s prihliadnutím na aktuálny zdravotný stav a preferencie poistenca; poistenci s rovnakou diagnózou vyžadujúci rovnakú medicínsku službu sú plánovaní v poradí tak, ako sú indikovaní na plánovanú starostlivosť so zohľadnením závažnosti ich zdravotného stavu.

- (9) Ak predpokladaný dátum plánovanej starostlivosti nezodpovedá súhrnnému zoznamu zverejnenom na webovom sídle NCZI, dôvod sa preukazuje zdravotnej poisťovni. Môže k tomu dôjsť ak:
- a. si to vyžaduje zdravotný stav poistenca, alebo
 - b. ak ide o preferenciu poistenca, alebo
 - c. ak ide o pokračujúcu zdravotnú starostlivosť (t. j. v prípade, že plánovaná starostlivosť je rozdelená na niekoľko hospitalizácií, resp. zákrokov).
- (10) V prípade určenia predpokladaného dátumu mimo poradia z dôvodu preferencie poistenca, sa môže vykonať posun na neskorší dátum, a to tak aby posun nevedol k zvýhodneniu poistenca v zozname čakajúcich poistencov. Súhlas poistenca s čakaním na konkrétny termín poskytnutia starostlivosti alebo konkrétneho lekára v návrhu na plánovanú starostlivosť – položka 37 - sa vyznačuje poskytovateľom .
- (11) PZS môže určiť predpokladaný dátum plánovanej starostlivosti na neskorší ako je lehota časovej dostupnosti, ak je lehota časovej dostupnosti ustanovená kategorizáciou ústavnej starostlivosti. Ak poistenec nesúhlasí s predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu časovej dostupnosti, tento nesúhlas sa vyznačuje v návrhu v položke 37.
- (12) Ak poistenec súhlasí s predpokladaným dátumom, ktorý prekračuje lehotu časovej dostupnosti, alebo sám žiada o neskorší termín poskytnutia starostlivosti s cieľom poskytnutia starostlivosti v konkrétnom termíne alebo konkrétnym lekárom, povinnosť zdravotnej poisťovne vyhľadať alternatívneho PZS sa neuplatňuje.⁷ V prípade nesúhlasu poistenca s prvotným predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu časovej dostupnosti, sa postupuje podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona č. 540/2021 Z. z. Súhlas, prípadne nesúhlas, vyjadrený pri prvotnom návrhu je finálny a nemení sa pri aktualizácii. Postup vyhľadania alternatívneho PZS je rozpísaný v časti 4 tohto metodického usmernenia.
- (13) Na vyhotovenie návrhu na plánovanú starostlivosť sa vzťahujú podmienky a lehoty časovej dostupnosti podľa kategorizácie ústavnej starostlivosti platnej v čase vyhotovenia návrhu. MS sa zadefinuje pri prvom návrhu a pri aktualizáciách sa už nemení. Vek pre posudzovanie určenia medicínskej služby bude vyhodnocovaný k dátumu plánovaného poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Toto ustanovenie nadobúda účinnosť od 1.7.2025
- (14) Pri vytváraní alebo aktualizácii návrhu sa posudzuje vek pacienta k predpokladanému dátumu plánovanej ZS. V prípade, že v danom čase už bude mať detský pacient nad 18 rokov + 364 dní, PZS sa odporúča vykázať výkon 93025 pri vykazovaní ZS alebo ho odoslať rovno na naplánovanie k poskytovateľovi, ktorý vyšetruje dospelých pacientov. Ak sa zmení termín a PZS je vzhľadom na podmienky OSN schopný pacienta hospitalizovať a poskytnúť mu ZS, nemení sa MS v návrhu a vyказuje sa skutočná MS pri vykazovaní ZS. Ak nie je schopný pacienta hospitalizovať a poskytnúť mu ZS vzhľadom na podmienky OSN, vyradí sa návrh s dôvodom U7.

⁷ § 40 ods. 12 a 13 zákona č. 540/2021 Z. z.

- (15) Pokiaľ nasledovník preberá aj právne záväzky predchodcu, nasledovník by mal prebrať aj všetky zaradené čakacie listiny bez potreby ČL vyradiť a následne nanovo zaradiť. Pokiaľ Nasledovník nepreberá právne záväzky, tak predchodca je povinný vyradiť všetky ČL najneskôr k dátumu ukončenia svojej činnosti s dôvodom ukončenia U7 - iné a do poznámky sa uvedie „zánik PZS“.

1.2 Odoslanie návrhu na plánovanú starostlivosť zdravotnej poisťovni

- (1) Návrh na plánovanú starostlivosť sa odosiela PZS zdravotnej poisťovni do nasledujúceho pracovného dňa od vyhotovenia návrhu, a to v štruktúre 998, stav záznamu N.⁸ Inak sa za dátum vyhotovenia návrhu pre potreby dodržania povinností zdravotnej poisťovne podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona č. 540/2021 Z. z. považuje dátum a čas doručenia návrhu zdravotnej poisťovni.

1.3 Prijatie a spracovanie návrhu na plánovanú starostlivosť v zdravotnej poisťovni

1.3.1 Posúdenie návrhu zdravotnou poisťovňou a lehota vybavenia pre zdravotné poisťovne

- (1) Zdravotná poisťovňa do 5 pracovných dní od prijatia návrhu na plánovanú starostlivosť od PZS požiadala o doplnenie návrhu alebo návrh schváli prípadne ho odmietne.⁹ Zdravotná poisťovňa odosiela tieto informácie PZS formou dávky 998c.
- (2) Za prijatie návrhu sa považuje situácia, kedy je zdravotná poisťovňa schopná prijať dávku 998 od PZS, kde sú správne vyplnené všetky povinné položky pre každý zaslaný návrh na plánovanú starostlivosť (návrh prejde cez syntaktické kontroly). Pri neúplnosti návrhu sa dávka odmieta a dávka sa poskytovateľom opravuje a vykazuje nanovo. Až následne je zdravotná poisťovňa schopná návrh na plánovanú starostlivosť zaevidovať a začať proces posúdenia návrhu.
- (3) Doplnenie návrhu zasiela poskytovateľ do 10 dní od doručenia výzvy na doplnenie návrhu od zdravotnej poisťovne. Návrh sa odmieta pri nedoručení doplnenia do 10 dní. Doplnenie návrhu nemá vplyv na plynutie lehoty časovej dostupnosti.
- (4) Správnosť a úplnosť údajov v návrhu na plánovanú starostlivosť sa kontroluje zdravotnou poisťovňou.
- (5) Doplnenie návrhu: Ak zdravotná poisťovňa zistí pri kontrole návrhu na plánovanú starostlivosť chybu – vyplnené údaje nie sú správne alebo neseď kontrola medicínskej služby vzhľadom na ostatné atribúty návrhu (vek, diagnóza, odbornosť, výkon, pohlavie...), zdravotnej poisťovni sa odporúča využiť možnosť pre doplnenie návrhu zo strany PZS. Pri doplnení návrhu sa môže meniť MS s LČD, v prípade, že sa nahrádza inou MS s LČD (alebo ak je v návrhu MS bez LČD, môže byť nahradená iba MS bez LČD). Ak bude potreba zmeniť MS s LČD na MS bez LČD (alebo naopak), PZS vytvára nový návrh a pôvodný sa vyradí. Návrh sa dopĺňa PZS do 10 dní. Návrh sa odmieta pri nedoručení doplnenia do 10 dní. PZS môže poslať doplnenie aj opakovane v termíne do 10 dní od zaslania prvej výzvy zo zdravotnej poisťovne. Pokiaľ ani po tomto termíne návrh stále nie je správne vyplnený, návrh sa považuje za nedoplnený v zákonnej lehote a odmieta sa zdravotnou poisťovňou.

⁸ § 42 ods. 1 zákona č. 540/2021 Z. z.

⁹ § 40 ods. 3 zákona č. 540/2021 Z. z.



- (6) Odmietnutie návrhu.¹⁰ Zdravotná poisťovňa odmietne návrh na plánovanú starostlivosť ak:
- a. poistenec nie je poistený v danej zdravotnej poisťovni (t. j. nejde o príslušnú zdravotnú poisťovňu);
 - b. PZS nedoplnil návrh na plánovanú starostlivosť do 10 dní od výzvy na doplnenie.
- (7) Ak sa návrh na plánovanú starostlivosť odmieta a PZS má záujem opraviť pôvodný návrh, vytvára sa poskytovateľom nový návrh s novým ID návrhu a návrh sa nanovo odsúhlasuje poistencom. Pred odmietnutím návrhu sa poskytovateľ vyzýva na opravu návrhu formou doplnenia, v prípade, že PZS nemá povolenie poskytovať medicínsku službu alebo s ním zdravotná poisťovňa nemá uzatvorenú zmluvu na danú medicínsku službu. Ak PZS doplní návrh s MS, ktorú nemá zazmluvnenú alebo nemá povolenie ju poskytovať, takýto návrh sa odmieta ZP. V takomto prípade nejde o nový návrh na plánovanú starostlivosť; návrh sa nanovo poistencom neodsúhlasuje a prostredníctvom doplnenia návrhu sa nemení predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti.

1.3.2 Kontrola súbehu návrhov

- (1) Ak podľa § 40 ods. 4 zákona zdravotná poisťovňa zistí, že už existuje iný návrh na plánovanú starostlivosť pre poistenca na rovnakú plánovanú starostlivosť zaslaný iným PZS, zdravotná poisťovňa návrh potvrdí a zároveň vyradí skôr doručený návrh na plánovanú starostlivosť. Zdravotná poisťovňa upovedomí PZS a poistenca o vyradení skôr doručeného návrhu na plánovanú starostlivosť. Ak podľa § 40 ods. 4 zákona zdravotná poisťovňa zistí, že už existuje iný návrh na plánovanú starostlivosť pre poistenca na rovnakú plánovanú starostlivosť zaslaný tým istým PZS, zdravotná poisťovňa posieľa návrh na doplnenie s výzvou na aktualizáciu pôvodného návrhu. Za rovnakú plánovanú starostlivosť v návrhu na plánovanú starostlivosť sa považuje návrh na rovnakú medicínsku službu s rovnakou lokalizáciou (pokiaľ bude lokalizácia rôzna, nejde o rovnakú plánovanú starostlivosť – pokiaľ však nastane situácia, že jeden návrh je s lokalizáciou bilaterálne a ďalší návrh s lokalizáciou vpravo, pôjde o rovnakú lokalizáciu), s výnimkou naväzujúcej zdravotnej starostlivosti, kedy je vyplnené ID prvého alebo bezprostredne predošlého návrhu.
- (2) Ak nový návrh od iného PZS na plánovanú starostlivosť má neskorší predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti ako pôvodný návrh a nový dátum prekračuje lehotu časovej dostupnosti, povinnosti zdravotnej poisťovne podľa § 40 odsekov 12 a 13 zákona sa neuplatňujú; automaticky to znamená, že poistenec súhlasí s termínom plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu časovej dostupnosti. Poradie návrhov na plánovanú starostlivosť sa určuje podľa dátumu a času vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť.
- (3) Ak nový návrh na plánovanú starostlivosť nemá neskorší predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti ako pôvodný návrh, a dôjde k takému posunu predpokladaného dátumu, ktorý spôsobí prekročenie lehoty časovej dostupnosti, povinnosti zdravotnej poisťovne podľa § 40 odsekov 12 a 13 zákona sa neuplatňujú pretože tento nárok sa uplatňuje iba pri poskytnutí prvého predpokladaného termínu plánovanej starostlivosti.

1.3.3 Potvrdenie návrhu

- (1) Poistenec sa zaraďuje na zoznam čakajúcich poistencov, ak bol jeho návrh potvrdený (ak nebol odmietnutý alebo vrátený na doplnenie), a táto skutočnosť sa oznamuje PZS poisťovňou.

¹⁰ § 40 ods. 6 zákona č. 540/2021 Z. z.

1.4 Povinnosti zdravotnej poisťovne pri zozname čakajúcich poistencov podľa § 40 ods. 1, 2 zákona

- (1) Zdravotná poisťovňa vytvára a vedie zoznam čakajúcich poistencov vo svojom informačnom systéme na základe návrhov na plánovanú starostlivosť zaslaných PZS. Zdravotná poisťovňa vytvára zoznam čakajúcich poistencov tak, že zaradí potvrdený návrh na plánovanú starostlivosť podľa predpokladaného dátumu plánovanej starostlivosti. PZS zasiela návrh na zaradenie poistenca na zoznam čakajúcich poistencov a zdravotná poisťovňa následne zaradí poistenca na zoznam, pokiaľ sú splnené všetky podmienky. Zdravotná poisťovňa vedie zoznam v elektronickej podobe.
- (2) Zdravotná poisťovňa zároveň zverejňuje na svojom webovom sídle odkaz na súhrnný zoznam čakajúcich poistencov vedený NCZI (časť 5 tohto metodického usmernenia).
- (3) Zdravotná poisťovňa nezasahuje a nemení údaje, ktoré zasiela PZS v dávke 998 na plánovanú starostlivosť (s výnimkou vyradenia návrhov). V elektronickej podobe vedie zoznam s dátami, ktoré jej PZS zaslal.

1.4.1 Informovanie poistenca

- (1) Zdravotná poisťovňa podľa § 40 ods. 7 zákona písomne¹¹ informuje poistenca o zaradení na zoznam čakajúcich poistencov najneskôr do 5 pracovných dní po zaradení na zoznam. Zdravotná poisťovňa poistencovi oznamuje zaradenie na zoznam a pridelenie ID návrhu. Zdravotná poisťovňa uvedie informáciu o zaradení poistenca v účte poistenca. Zdravotná poisťovňa oznamuje poistencovi aj odmietnutie a vyradenie návrhu, vo vybraných prípadoch zadefinovaných v zákone¹² a to do 5 pracovných dní odo dňa vzniku tejto skutočnosti.

1.4.2 Zasielanie informácií NCZI podľa § 40 ods. 8 písm. c) zákona

- (1) Zdravotná poisťovňa posielajú údaje o návrhoch na celú plánovanú starostlivosť NCZI do 24 hodín od zaradenia návrhu do zoznamu čakajúcich poistencov, a to v štruktúre 998n. Zdravotná poisťovňa posielajú NCZI aj informáciu o odmietnutých a vyradených návrhoch v rovnakej lehote. Odmietnuté návrhy ZP odošle do NCZI ako Typ záznamu N a zároveň Stav návrhu na plánovanú ZS s hodnotou O. Na národnom portáli zdravia nebudú odmietnuté ČL zobrazované, avšak ZP budú odovzdávané v zoznamoch pre ZP a MZ SR.

2 Aktualizácia zoznamu čakajúcich poistencov

- (1) V rámci aktualizácie už schváleného návrhu na plánovanú starostlivosť sa menia iba vybrané údaje, ktoré sú uvedené v dátovom rozhraní 998 pre typ záznamu O. Údaje, ktoré sú kľúčové pre zaradenie poistenca na zoznam čakajúcich poistencov, sa nemenia, a to predovšetkým: PZS, identifikácia poistenca – rodné číslo, medicínska služba, diagnóza a dátum vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť. Pokiaľ je nevyhnutné zmeniť niektorý z týchto údajov, vytvára sa nový návrh na plánovanú starostlivosť s novým ID návrhu a vyraduje sa pôvodný návrh s dôvodom technické storno.
- (2) Všetky aktualizácie návrhov na plánovanú starostlivosť sa zasielajú zdravotnou poisťovňou NCZI nasledujúci pracovný deň. Zdravotná poisťovňa nie je povinná zasielať poistencovi informácie o aktualizácii jeho návrhu, s výnimkou informácie o vyradení alebo o

¹¹ Za písomné informovanie sa považuje list, SMS, komunikácia cez účet poistenca alebo elektronická komunikácia v elektronickej pobočke alebo prostredníctvom mobilnej aplikácie, emailová komunikácia.

¹² § 40 ods.8 písm. b)

odmietnutí návrhu v určitých prípadoch.¹³ Informácie o aktualizácii predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti sa komunikujú poistencovi PZS; poistenec si môže overiť aktuálny stav na webovej stránke NCZI alebo v elektronickej pobočke svojej zdravotnej poisťovne.

- (3) Aktualizácia návrhu môže znamenať prerušenie návrhu alebo posun termínu plánovanej starostlivosti. V prípade, že poskytovateľ vo chvíli aktualizácie návrhu pozná nový predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti, posúva sa termín plánovanej starostlivosti na nový konkrétny dátum. V opačnom prípade sa zadáva prerušenie návrhu poskytovateľ. Pri aktualizácii návrhu sa nevyžaduje opätovný súhlas poistenca.
- (4) Pokiaľ sa predpokladaný termín poskytnutia plánovanej starostlivosti zmení v rozsahu ± 10 dní, návrh nie je potrebné aktualizovať.¹⁴ Ak sa predpokladaný termín poskytnutia plánovanej starostlivosti posunie o viac ako 10 dní, PZS návrh aktualizuje a uvedie dôvod aktualizácie návrhu.

2.1 Prerušenie plánovanej starostlivosti

- (1) Prerušenie plánovanej starostlivosti môže nastať buď z dôvodov na strane poistenca (časť 2.1.1) alebo z dôvodov na strane poskytovateľa (časť 2.1.2).
- (2) Prerušenie schválenej plánovanej starostlivosti si vyžaduje nastavenie dôvodu a dátumu začiatku prerušenia v dávke 998. Ukončenie prerušenia si vyžaduje nastavenie dátumu ukončenia prerušenia aktualizovaným záznamom v štruktúre 998, zároveň s aktualizáciou predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti. Nie je možný súbeh viacerých prerušení z rôznych dôvodov. Pokiaľ PZS chce zmeniť dôvod prerušenia, najprv sa ukončuje predchádzajúce prerušenie a zároveň sa nastavuje nové prerušenie s novým dôvodom. Dátum nasledujúceho prerušenia je najskôr jeden deň po ukončení predchádzajúceho prerušenia. Prerušenia nahlasuje PZS.

2.1.1 Prerušenie z dôvodov na strane poistenca

- (1) Každé prerušenie z dôvodov na strane poistenca nahlasuje poistenec priamo PZS. Prerušenie je možné:
 - a. v prípade ochorenia alebo úrazu, ktoré je potrebné liečiť prednostne. Lehota plánovanej starostlivosti sa prerušuje aj ak pacient nastúpil na plánovanú starostlivosť, ale zo zdravotných dôvodov nemohla byť zdravotná starostlivosť vôbec zrealizovaná a plánovaná starostlivosť bude preložená, takéto prerušenie môže zadať iba PZS;
 - b. v prípadoch hodných osobitného zreteľa na strane poistenca, a to najmä ak poistencovi zomrela blízka osoba; prerušenie je možné v súčte najviac na 365 dní, inak je poistenec vyradený ZP zo zoznamu čakajúcich poistencov a v prípade pokračujúcej potreby plánovanej starostlivosti, PZS vytvára nový návrh na plánovanú starostlivosť.

2.1.2 Prerušenie z dôvodov na strane PZS

- (1) Dané prerušenie je možné najviac po dobu 10 dní, a to najmä z dôvodov práceneschopnosti lekára, ktorého si poistenec vybral na poskytovanie plánovanej starostlivosti a stav, keď

¹³ Bližšie špecifikované v § 40 ods.8 písm. b)

¹⁴ § 42 ods. 7

PZS prechodne prestane spĺňať podmienku zabezpečenia materiálno-technického vybavenia.

- (2) Nahlásené prerušenie z dôvodov na strane PZS trvajúce dlhšie ako 10 dní sa odmieta zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom sa nahlasuje nové prerušenie v dĺžke trvania maximálne do 10 dní. V prípade, že poskytovateľ potrebuje nastaviť prerušenie na viac ako 10 dní, nahlasuje sa nové po ukončení predošlého prerušenia, opäť v maximálnej dĺžke trvania 10 dní.
- (3) Ak sa vyžaduje po ukončení prerušenia aktualizovať predpokladaný dátum plánovanej starostlivosti a tento nový dátum prekračuje lehotu časovej dostupnosti zdravotná poisťovňa nepostupuje podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona (časť 4.1.1), pretože povinnosť nájsť alternatívneho PZS má iba v prípade stanovovania predpokladaného dátumu v prvotnom návrhu plánovanej starostlivosti.

2.2 Posun predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti

- (1) Ide o presun predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti vtedy, keď sa vyžaduje aktualizácia termínu a PZS pozná nový predpokladaný dátum.

2.2.1 Posun predpokladaného dátumu plánovanej starostlivosti z dôvodov na strane PZS

- (1) Pokiaľ PZS zmení predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti, poistenec je poskytovateľom bezodkladne informovaný. PZS ho overí dvomi identifikátormi (napr. ID návrhu, celé meno a rodné číslo). Aktualizácia termínu a dôvod aktualizácie termínu návrhu aktualizovaným záznamom sa posiela do nasledujúceho pracovného dňa zdravotnej poisťovni, v prípade, že sa predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti posunul o viac ako 10 dní.

2.2.2 Posun predpokladaného dátumu plánovanej starostlivosti z dôvodov na strane poistenca

- (1) PZS overuje poistenca dvomi identifikátormi (napr. ID návrhu, celé meno a rodné číslo), v prípade, že poistenec požiadal poskytovateľa o posun termínu poskytnutia starostlivosti. Aktualizácia dátumu a dôvod aktualizácie termínu návrhu zdravotnej poisťovni sa zasiela PZS do nasledujúceho pracovného dňa od aktualizácie termínu, v prípade, že sa predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti posunul o viac ako 10 dní. V prípade, že sa aktualizáciou dátumu prekročí lehota časovej dostupnosti, poistenec nemá nárok na alternatívneho PZS, pretože povinnosť ZP podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona nájsť alternatívneho PZS je iba v prípade prekročenia lehoty časovej dostupnosti pri poskytnutí prvotného predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti.

2.3 Zmena zdravotnej poisťovne u poistenca so schváleným návrhom na plánovanú starostlivosť

2.3.1 Zmena a poskytnutie plánovanej starostlivosti zmluvným poskytovateľom

- (1) V prípade zmeny zdravotnej poisťovne sa zasielajú údaje predošlou zdravotnou poisťovňou novej zdravotnej poisťovni o zaradených návrhoch (v stave P, dávkou 998z) na plánovanú starostlivosť tých poistencov, ktorí zmenili zdravotnú poisťovňu. Údaje sa zasielajú predošlou zdravotnou poisťovňou novej zdravotnej poisťovni prvý pracovný deň v januári v rozsahu podľa § 39 ods. 2. Zároveň sa odosiela informácia o vyradení návrhu predošlou zdravotnou poisťovňou na plánovanú starostlivosť PZS a NCZI s dôvodom



vyradenia obsahujúcim informáciu o nasledujúcej ZP (dôvod vyradenia R4 – prechod do Dôvera zdravotná poisťovňa, R5 – prechod do Všeobecná zdravotná poisťovňa, R7 – prechod do Union zdravotná poisťovňa).

- (2) Návrhy v stave na doplnenie k 31. decembru daného roka (stav D) sa odmietajú predošlou zdravotnou poisťovňou 1. januára nasledujúceho roka s dôvodom odmietnutia – nie je poistencom ZP. PZS je informovaný zdravotnou poisťovňou aby mohol PZS podať návrh nanovo do novej príslušnej zdravotnej poisťovne. V novom návrhu môže použiť rovnaké ID návrhu, dátum vyhotovenia návrhu by mal byť pôvodný z predchádzajúceho návrhu. Predošlá zdravotná poisťovňa neodosiela informáciu o vyradení z dôvodu zmeny zdravotnej poisťovne poistencovi, ale informácia sa uvádza v účte poistenca. Predošlej ZP sa zároveň odporúča ukončiť aj všetky aktivity ohľadom zabezpečenia alternatívneho PZS a ukončiť platnosť schválených návrhov na náhradného nezmluvného alebo zahraničného PZS, o tejto skutočnosti bude poistenec upovedomený pri tvorbe návrhu, že zmenou poisťovne stráca nárok na zabezpečenie náhradného PZS.
- (3) Proces schvaľovania zaslaných návrhov dávkou 998z novou zdravotnou poisťovňou sa spustí podľa štandardného postupu v bode 1.3. Po schválení návrhu nová zdravotná poisťovňa odosiela aktualizácnou dávkou PZS (so stavom návrhu P) a NCZI informáciu o zaradení návrhu na plánovanú starostlivosť. Nová zdravotná poisťovňa neodosiela informáciu o schválení návrhu poistencovi, ale uvedie informáciu v účte poistenca. Cieľom uvedeného postupu je, aby sa zmena udiala na pozadí medzi zdravotnými poisťovňami, a teda aby poistenec nebol zbytočne zaťažovaný. ID návrhu, dátum a čas vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť, predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti, PZS a navrhnutá plánovaná starostlivosť sa nemenia. NCZI po zaradení návrhu novou zdravotnou poisťovňou ponecháva poistenca zaradeného v zozname čakajúcich poistencov a upraví zmenu poisťovne pri danom ID návrhu.
- (4) Ak návrh na plánovanú starostlivosť z dávky 998z nebude možné v novej poisťovni zaradiť, z dôvodu nezmluvnosti PZS alebo MS s novou poisťovňou, novou ZP sa daný návrh vyradí, informuje sa poistenec a NCZI, že došlo k vyradeniu daného návrhu. Ak pôjde o zmluvného PZS (tj. ZP má zmluvný vzťah s PZS, ale nemá zazmluvnenú konkrétnu MS), informácia o vyradení sa k nemu dostane aktualizácnou dávkou. Ak pôjde o nezmluvného PZS (tj. ZP nemá zmluvný vzťah s PZS), zistí vyradenie tak, že neobdrží do 10 dní po novom roku informáciu o zaradení daného návrhu novou poisťovňou, vtedy systém návrh u neho automaticky vyradí z dôvodu nezmluvnosti. Daný návrh je vyradený aj NCZI.
- (5) V prípade, že poskytovateľ pri vytváraní návrhu zistí, že poistenec od nového roku mení zdravotnú poisťovňu, odporúča sa poskytovateľovi zadať návrh na plánovanú starostlivosť stále na pôvodnú ZP, preradenie návrhu pod novou poisťovňou sa následne udeje na pozadí na prelome rokov.

2.3.2 Zmena a poskytnutie plánovanej starostlivosti nezmluvným poskytovateľom

- (1) Ak nová zdravotná poisťovňa nemá uzatvorenú zmluvu s PZS uvedeným v návrhu na plánovanú starostlivosť, a poistenec trvá na poskytnutí plánovanej starostlivosti avšak poskytovateľ, u ktorého má naplánované poskytnutie starostlivosti, je nezmluvným, ponúknu sa poistencovi zdravotnou poisťovňou alternatívni zmluvní PZS, ktorí poskytujú danú medicínsku službu podľa § 40 ods. 12 zákona č. 540/2021 Z. z.. Ak poistenec po zmene zdravotnej poisťovne trvá na poskytnutí zdravotnej starostlivosti poskytovateľom, ktorý je pre zdravotnú poisťovňu nezmluvným, zdravotná poisťovňa môže postupovať podľa § 40 ods. 13 písm. a) zákona.

3 Vyraďenie zo zoznamu čakajúcich poistencov

- (1) Vyraďenie návrhu zo zoznamu čakajúcich poistencov sa vykonáva zdravotnou poisťovňou. Návrh na vyraďenie sa zasiela PZS zdravotnej poisťovni iba v odôvodnených prípadoch.¹⁵
- (2) Podľa § 40 ods. 8 písm. b) pri vyraďení poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov zdravotná poisťovňa povinne písomne¹⁶ informuje poistenca o jeho vyraďení do 5 pracovných dní od vyraďenia, okrem prípadov vyraďenia z dôvodov U3 (úmrtie poistenca) a R4, R5, R7 (zmena ZP). Zdravotná poisťovňa zasiela aktualizáciu o vyraďení aj NCZI v rámci štandardnej dávky nasledujúci pracovný deň po vyraďení.
- (3) Poistenec sa vyraduje zo zoznamu čakajúcich poistencov zdravotnou poisťovňou aj v prípadoch, ak došlo k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti v súčte o viac ako 365 dní v prípadoch hodných osobitného zreteľa na strane poistenca, alebo došlo k zmene termínu o viac ako 365 dní od prvotného predpokladaného dátumu. ZP vyradí poistenca zo zoznamu aj v prípade, ak už ubehlo 180 dní od predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti a nedošlo k aktualizácii návrhu zo strany PZS.¹⁷

3.1 Dôvody vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov

- (1) Poistenec sa vyraduje zo zoznamu čakajúcich poistencov ZP na základe nasledovných dôvodov:

Z1 = poskytnutá plánovaná starostlivosť – pacient odliečený u PZS, u ktorého je nahlásený na zoznam čakajúcich poistencov. Nastavuje PZS.

Z2 = poskytnutie plánovanej starostlivosti u nezmluvného PZS. Nastavuje ZP.

Z3 = poskytnutie plánovanej starostlivosti u PZS v inom členskom štáte EÚ. Nastavuje ZP.

A1 = poskytnutá neodkladná starostlivosť – pacient odliečený u PZS uvedeným v návrhu na plánovanú starostlivosť. Neodkladnú starostlivosť poskytol ten istý PZS, ktorý je uvedený v návrhu na plánovanú starostlivosť. Toto ukončenie nahlasuje daný PZS. Nastavuje PZS.

A2 = poskytnutá neodkladná zdravotná starostlivosť – pacient odliečený u iného PZS. Neodkladnú starostlivosť poskytol iný PZS ako ten, ktorý je uvedený v návrhu na plánovanú starostlivosť.¹⁸ Nastavuje PZS alebo ZP

C1 = vyradený návrh pri súbehu návrhov, pacient je naplánovaný u iného zmluvného PZS (podrobný postup v časti 1.3.2). Nastavuje ZP.

C2 = PZS nemôže poskytnúť danú MS.¹⁹ Nastavuje ZP.

¹⁵ § 42 ods. 10 písm. d) a § 42 ods. 9 zákona č. 540/2021 Z. z.

¹⁶ Za písomné informovanie sa považuje list, SMS, komunikácia cez účet poistenca alebo elektronická komunikácia v elektronickej pobočke alebo prostredníctvom mobilnej aplikácie, emailová komunikácia.

¹⁷ § 40 ods. 10 písm. f) zákona č. 540/2021 Z. z.

¹⁸ Zdravotná poisťovňa môže kontrolovať poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti vo vykázanej zdravotnej starostlivosti a ak zdravotná poisťovňa nájde duplicitu na rovnakú MS vo vykázanej zdravotnej starostlivosti ako je uvedená v zozname čakajúcich poistencov, po kontrole revíznym lekárom, ktorý má k dispozícii aj prepúšťacie správy poistenca z nemocnice, môže poistenca vyradiť zo zoznamu čakajúcich poistencov. Vyraďenie môže nahlásiť aj PZS uvedený v návrhu na plánovanú starostlivosť, ak sa od poistenca dozvie o poskytnutí neodkladnej starostlivosti.

¹⁹ Môže nastať k 1. januáru kalendárneho roka pri zmene siete kategorizovaných nemocníc a pri zmene povolených medicínskych programov pre jednotlivých PZS.



C3 = PZS nie je zmluvným PZS pre danú MS.²⁰ Nastavuje ZP.

U1 = ukončenie bez poskytnutia ZS – na základe žiadosti poistenca. Nastavuje PZS alebo ZP.

U2 = ukončenie bez poskytnutia ZS z dôvodu zmeny zdravotného stavu poistenca (medicínske dôvody, poskytnutie zdravotnej starostlivosti nie je možné alebo potrebné). Nastavuje PZS alebo ZP.

U3 = ukončenie bez poskytnutia ZS – úmrtie poistenca. Nastavuje PZS alebo ZP.

U4 = ukončenie bez poskytnutia ZS – poistenec nenastúpil na liečbu. PZS hlási nenastúpenie pacienta na plánovanú starostlivosť prostredníctvom aktualizácie návrhu na plánovanú starostlivosť do nasledujúceho pracovného dňa od nenastúpenia. Ak poistenec kontaktuje PZS do 10 dní od nenastúpenia a udá relevantný dôvod, PZS preplánuje predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti alebo zadá prerušenie alebo zašle návrh na vyradenie zo zoznamu. Pokiaľ ZP nedostane informáciu od PZS, po uplynutí lehoty 10 dní vyradí poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov. Nastavuje ZP.

U5 = ukončenie bez poskytnutia ZS – vyradenie po revízii zdravotnej dokumentácie u PZS z dôvodu neodôvodneného zaradenia do zoznamu čakajúcich poistencov.²¹ Nastavuje ZP.

U6 = ukončenie bez poskytnutia ZS – vyradenie z dôvodu, že dôjde k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti v prípadoch osobitného zreteľa na strane poistenca v súčte o viac ako 365 dní alebo dôjde k posunu predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti o viac ako 365 dní. Nastavuje ZP.

U7 = ukončenie bez poskytnutia ZS – iné. Nastavuje PZS alebo ZP

U8 = ukončenie bez alebo s poskytnutím ZS – z dôvodu, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti neposlal žiadnu aktualizáciu návrhu a návrh je viac ako 180 dní po predpokladanom dátume plánovanej starostlivosti. Nastavuje ZP.

R4 = zmena ZP, nasledujúcou poisťovňou bude Dôvera zdravotná poisťovňa. Nastavuje ZP.

R5 = zmena ZP, nasledujúcou poisťovňou bude Všeobecná zdravotná poisťovňa. Nastavuje ZP.

R7 = zmena ZP, nasledujúcou poisťovňou bude Union zdravotná poisťovňa. Nastavuje ZP.

RZ = odchod do zahraničia. Nastavuje ZP.

X = technické storno návrhu. Nastavuje PZS a ZP.

3.2 Dátum vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov

- (1) Dátum začiatku hospitalizácie sa hlási poskytovateľom najneskôr deň po nastúpení na hospitalizáciu. Ak poistenec nenastúpi na plánovanú starostlivosť, je poskytovateľom hlásený príznak nenastúpenia do nasledujúceho pracovného dňa. Vyradenie z dôvodu poskytnutia ZS, PZS môže hlásiť spolu s dátumom ukončenia hospitalizácie najneskôr deň po ukončení hospitalizácie.²² Ak je dôvod vyradenia iný, ako dôvod Z1 za dátum vyradenia sa považuje dátum zistenia danej skutočnosti.
- (2) Ak pacientovi nebola poskytnutá ZS po nastúpení na hospitalizáciu a PZS vie, že danú MS mu už neplánuje poskytovať, návrh sa poskytovateľom vyradí zo zoznamu čakajúcich

²⁰ Môže nastať pri zmene zmluvného vzťahu s PZS alebo k 1. januáru, keď poistenec zmení zdravotnú poisťovňu a nová zdravotná poisťovňa nemá uzatvorenú zmluvu na nepovinný program, do ktorého spadá MS v návrhu na plánovanú starostlivosť.

²¹ § 40 ods. 10 písm. b) zákona č. 540/2021 Z. z.

²² § 42 ods. 4 písm. c) zákona č. 540/2021 Z. z.

poistencov s dôvodom vyradenia U2. Ak PZS plánuje pacientovi poskytnúť danú plánovanú starostlivosť a pozná dátum jej poskytnutia, odporúča sa aktualizovať termín, v prípade, že ho nepozná, odporúča sa nastaviť prerušenie.

4 Vyhľadanie náhradného poskytovateľa za účelom dodržania lehoty časovej dostupnosti

4.1 Predpokladaný dátum v návrhu prekračuje lehotu časovej dostupnosti

- (1) Ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti uvedený v prvotnom návrhu, s dátumom vyhotovenia od 1.1.2025, prekračuje lehotu časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti a poistenec nesúhlasí s predpokladaným dátumom plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu, zdravotná poisťovňa postupuje podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona. To znamená, že zdravotná poisťovňa má povinnosť poistencovi navrhnúť a uhradiť plánovanú starostlivosť²³ v poradí:
 - a. u zmluvného PZS, ktorý je schopný poskytnúť zdravotnú starostlivosť v rámci lehoty časovej dostupnosti (v takomto prípade sa primerane uplatní postup podľa bodu 4.1.1),
 - b. u nezmluvného poskytovateľa [§ 40 ods. 13 písm. a) zákona)],
 - c. u poskytovateľa z iného členského štátu EÚ [§ 40 ods.13 b) zákona)].

4.1.1 Povinnosť zabezpečiť starostlivosť u iného zmluvného poskytovateľa v SR podľa § 40 ods. 12

- (1) Poistenec je zdravotnou poisťovňou nasmerovaný k takým PZS, u ktorých sú aktuálne kratšie čakacie lehoty. V prípade záujmu si tak pacient môže vybrať iného poskytovateľa, u ktorého sa na operáciu dostane skôr.
- (2) Zoznam PZS s kratšími čakacími lehotami sa ponúkne poistencovi ZP písomnou formou.²⁴ Poistenec kontaktuje PZS podľa vlastného výberu a ak sa dohodnú na poskytnutí plánovanej starostlivosti, návrh na plánovanú starostlivosť sa vyhotoví daným PZS a zašle sa zdravotnej poisťovni. Pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť je vyradený zdravotnou poisťovňou.
- (3) Ak poistenec po konzultácii s PZS nezískal skorší termín plánovanej starostlivosti u žiadneho PZS z ponúknutých PZS, poistenec môže kontaktovať zdravotnú poisťovňu do 15 dní od doručenia návrhu so zoznamom alternatívnych PZS. Ďalší postup si dohodnú zdravotná poisťovňa a poistenec, a to taký, že zdravotná poisťovňa skúsi nájsť iného zmluvného PZS alebo sa s poistencom dohodne na postupe podľa bodu 4.1 písm. b) alebo c).
- (4) Ak poistenec neodpovie na návrh zdravotnej poisťovne do 15 dní od doručenia návrhu so zoznamom alternatívnych PZS, predpokladá sa, že poistenec nesúhlasil s návrhom zdravotnej poisťovne.²⁵ Táto skutočnosť sa vyznačí v zozname čakajúcich poistencov a zostáva v platnosti pôvodný termín poskytnutia plánovanej starostlivosti²⁶ a poistenec

²³ Tento postup sa neuplatňuje pokiaľ pre daný návrh plán. ZS už v minulosti bol zaslaný a schválený druhý návrh na ZS s termínom, ktorý je neskorší ako pôvodný návrh na plán. ZS. Viď § 40 ods. 4 poslednej vety zákona.

²⁴ Listinne alebo elektronicky.

²⁵ § 40 ods. 12 zákona č. 540/2021 Z. z.

²⁶ § 40 ods. 12 písm. b) zákona č. 540/2021 Z. z.

stráca nárok na postup podľa § 40 ods. 13. Ak zdravotná poisťovňa nie je schopná ponúknuť poistencovi iného zmluvného poskytovateľa v lehote časovej dostupnosti, zdravotná poisťovňa má povinnosť poistenca písomne informovať o tom, že má nárok na postup podľa bodu 4.1 bod (1) písm. b) alebo c) tohto metodického usmernenia, ako aj o ďalšom postupe.

4.1.2 Poskytnutie plánovanej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa v SR

- (1) Zdravotnej poisťovni je poistencom oznámený jeho záujem o uhradenie plánovanej starostlivosti u nezmluvného PZS, v prípade, že dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti v pôvodnom návrhu prekračoval lehotu časovej dostupnosti a poistenec nesúhlasil s týmto dátumom prekračujúcim lehotu časovej dostupnosti a ak sa nepodarilo nájsť iného zmluvného poskytovateľa podľa bodu 4.1.1. (ďalej len „oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti“), a to najneskôr do 15 pracovných dní pred predpokladaným dátumom plánovanej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa.²⁷ *Vzor oznámenia je uvedený na webovom sídle ministerstva zdravotníctva.*
- (2) Ak oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti neobsahuje informáciu o konkrétnom nezmluvnom PZS, poistenec je vyzvaný zdravotnou poisťovňou na doplnenie, aby mohla definitívne potvrdiť, že udeľuje súhlas s poskytnutím starostlivosti. Zdravotná poisťovňa môže vo výzve odporučiť poistencovi zoznam nezmluvných poskytovateľov, ktorí poskytujú danú medicínsku službu. Poistenec si môže vybrať niektorého z týchto poskytovateľov, alebo iného nezmluvného poskytovateľa podľa vlastného výberu. Pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť vytvorený pôvodným PZS sa zruší po oznámení poistencom najneskôr v deň nástupu na plánovanú starostlivosť u nezmluvného PZS.
- (3) Oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti obsahuje:
 - a. ID návrhu na plánovanú starostlivosť, ktorý prekračuje lehotu časovej dostupnosti,
 - b. identifikačný údaj o konkrétnom nezmluvnom PZS, u ktorého poistenec plánuje čerpať plánovanú starostlivosť a konkrétny plánovaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti, ak nimi poistenec disponuje v čase zasielania oznámenia.
- (4) Udelenie súhlasu zdravotnou poisťovňou: Súhlas na plánovanú starostlivosť u nezmluvného poskytovateľa sa udeľuje zdravotnou poisťovňou do 10 pracovných dní odo dňa doručenia **úplného** oznámenia záujmu, ak:
 - a. oznámenie o prejavení záujmu bolo doručené do 15 pracovných dní pred predpokladaným termínom plánovanej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa;
 - b. nie je možný postup podľa bodu 4.1.1 a neexistuje iný zmluvný PZS, ktorý je schopný poskytnúť danú plánovanú starostlivosť v lehote časovej dostupnosti;²⁸
 - c. ak nezmluvný poskytovateľ má potrebné oprávnenie na poskytovanie požadovanej zdravotnej starostlivosti z návrhu na plánovanú ZS.
- (5) Zdravotná poisťovňa **môže odmietnuť udeliť súhlas** na plánovanú starostlivosť u nezmluvného poskytovateľa ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti u týchto poskytovateľov prekračuje lehotu časovej dostupnosti plánovanej starostlivosti uvedenom v návrhu na plánovanú starostlivosť.²⁹ Ak zdravotná poisťovňa odmietne udeliť súhlas, tak ostáva v platnosti pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť.

²⁷ § 40 ods. 15 zákona č. 540/2021 Z. z.

²⁸ Zdravotná poisťovňa pri posudzovaní tejto skutočnosti čerpá z údajov zverejnených na NCZI.

²⁹ § 40 ods. 16 zákona č. 540/2021 Z. z.

- (6) Zdravotná poisťovňa pri schválení návrhu uvedie konkrétnu lehotu v rámci ktorej poistenec absolvuje plánovanú starostlivosť (najneskôr do dátumu, kedy by bola prekročená lehota časovej dostupnosti určená kategorizáciou ústavnej starostlivosti v pôvodnom návrhu).³⁰ Zdravotná poisťovňa zároveň uvedie predbežnú maximálnu výšku úhrady, ktorú uhradí, a to vo výške priemernej úhrady za rovnakú zdravotnú starostlivosť poskytnutú u zmluvného PZS v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti.
- (7) Úhrada zdravotnej starostlivosti: Zdravotná starostlivosť u nezmluvného PZS sa hradí poistencom. Následne zdravotná poisťovňa preplatí poistencovi náklady vo výške priemernej úhrady za rovnakú medicínsku službu so zmluvnými PZS v čase poskytnutia zdravotného výkonu na základe predloženia účtovného dokladu a zdravotnej dokumentácie, ktorá obsahuje skutočný termín poskytnutia zdravotnej starostlivosti a kód medicínskej služby alebo údaje potrebné na jednoznačné určenie medicínskej služby.
- (8) Pri postupe podľa toho bodu sa neuplatňuje § 42 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, pre úhradu príspevku na ZS poskytnutú nezmluvným poskytovateľom.

4.1.3 Poskytnutie plánovanej starostlivosti u poskytovateľa v inom členskom štáte EÚ

- (1) Zdravotnej poisťovni je pacientom oznámený jeho záujem o uhradenie plánovanej starostlivosti u PZS z iného členského štátu EÚ (ďalej len „oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti v inom členskom štáte EÚ“), a to najneskôr do 15 pracovných dní pred predpokladaným termínom plánovanej starostlivosti u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte. *Vzor oznámenia je uvedený na webovom sídle ministerstva zdravotníctva.*
- (2) Pokiaľ oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti v inom členskom štáte EÚ neobsahuje informáciu o konkrétnom poskytovateľovi, odporúča sa zdravotnej poisťovni vyzvať poistenca na doplnenie, aby mohla definitívne potvrdiť, že udeľuje súhlas s poskytnutím starostlivosti. Zdravotná poisťovňa môže vo výzve odporučiť poistencovi zoznam poskytovateľov z iného členského štátu EÚ, ktorí poskytujú danú medicínsku službu, ak zdravotná poisťovňa disponuje touto informáciou. Poistenec si môže vybrať niektorého z týchto poskytovateľov, alebo iného poskytovateľa z iného členského štátu EÚ podľa vlastného výberu.
- (3) Oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti v inom členskom štáte obsahuje:
 - a. ID návrhu na plánovanú starostlivosť, ktorý prekračuje lehotu časovej dostupnosti,
 - b. identifikačný údaj o konkrétnom PZS z iného členského štátu EÚ, u ktorého poistenec plánuje čerpať plánovanú starostlivosť a konkrétny plánovaný termín poskytnutia plánovanej starostlivosti.³¹
- (4) Poistenec si vyberie poskytovateľa z iného členského štátu EÚ, ktorý akceptuje prenosný formulár S2. V uvedenom prípade je poistenec upozornený zdravotnou poisťovňou na potrebu akceptovania prenosného formulára S2 poskytovateľom z iného členského štátu EÚ. Na základe uvedených informácií od poistenca (teda akceptovania prenosného dokumentu S2 poskytovateľom zdravotnej starostlivosti z iného členského štátu EÚ a dohodnutia termínu, ktorý neprekročí dátum, kedy by bola prekročená lehota časovej

³⁰ § 40 ods. 16 zákona č. 540/2021 Z. z.

³¹ Žiadosť obsahuje konkrétny termín plánovanej starostlivosti u konkrétneho poskytovateľa v inom členskom štáte EÚ, u ktorého poistenec plánuje čerpať plánovanú zdravotnú starostlivosť.



dostupnosti určená kategorizáciou ústavnej starostlivosti v pôvodnom návrhu, ak to nie je v rozpore s osobitnými predpismi), je možné vydať prenosný dokument S2 na základe § 40 ods. 13 písm. b) zákona.

- (5) Udelenie súhlasu zdravotnou poisťovňou: súhlas na plánovanú starostlivosť u poskytovateľa v inom členskom štáte EÚ sa udeľuje zdravotnou poisťovňou do 10 pracovných dní odo dňa doručenia **úplného** oznámenia záujmu, ak:
 - a. oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti v inom členskom štáte bolo doručené do 15 pracovných dní pred predpokladaným termínom plánovanej starostlivosti u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte ;
 - b. nie je možný postup podľa bodu 4.1.1 a 4.1.2 (t. j. neexistuje iný zmluvný poskytovateľ, ktorý je schopný poskytnúť plánovanú starostlivosť v lehote časovej dostupnosti, alebo nezmluvný poskytovateľ, ktorý je schopný poskytnúť danú plánovanú starostlivosť);³²
- (6) Zdravotná poisťovňa môže odmietnuť udeliť súhlas, ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti u týchto poskytovateľov prekračuje lehotu časovej dostupnosti (§ 40 ods. 16 zákona). Ak zdravotná poisťovňa odmietne žiadosť z vyššie uvedených dôvodov, tak ostáva v platnosti pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť.
- (7) Ak návrh na udelenie súhlasu na plánovanú starostlivosť u iného poskytovateľa v inom členskom štáte neobsahoval informácie o konkrétnom PZS, ani termín plánovanej starostlivosti, potrebné údaje sa dopĺňajú poisťencom, najneskôr do 15 dní pred plánovaným nástupom k zahraničnému poskytovateľovi, aby zdravotná poisťovňa mohla poisťencovi vystaviť formulár S2. Zdravotná poisťovňa môže stanoviť časovú platnosť formuláru S2 do dátumu prekročenia lehoty časovej dostupnosti Poistenec následne s vystaveným formulárom S2 čerpá zdravotnú starostlivosť u PZS v inom členskom štáte EÚ a oznámi túto skutočnosť najneskôr v deň nástupu na plánovanú starostlivosť pôvodnému PZS.
- (8) Úhrada zdravotnej starostlivosti: Zdravotná poisťovňa uhradí za poskytnutú zdravotnú starostlivosť u PZS v inom členskom štáte EÚ podľa osobitného predpisu.³³

5 Zoznam čakajúcich poisťencov v NCZI

- (1) Zdravotná poisťovňa zasiela všetky údaje³⁴ NCZI v štruktúre „998n“ do nasledujúceho pracovného dňa od aktualizácie. Súhrnný zoznam čakajúcich poisťencov sa zverejňuje NCZI na svojej webovej stránke za všetky zdravotné poisťovne a zároveň sprístupňuje tento zoznam Ministerstvu zdravotníctva a zdravotným poisťovňam prostredníctvom dohodnutej URL adresy.
- (2) NCZI zverejňuje 2 typy informácií:
 - a. zoznamy čakajúcich poisťencov za poisťencov všetkých zdravotných poisťovní podľa jednotlivých PZS a medicínskych služieb. Tieto zoznamy obsahujú identifikátor návrhu na plánovanú starostlivosť, aby si poisťenec vedel overiť aktuálny stav svojho zaradenia;
 - b. súhrnné štatistiky: priemerné čakacie doby, počet čakajúcich poisťencov, počet poisťencov, ktorí prekročili lehotu časovej dostupnosti, a predpokladaný termín

³² ZP bude vychádzať z údajov zverejnených na NCZI.

³³ § 9b zákona č. 580/2004 Z. z.

³⁴ § 2 ods. 8 zákona č. 540/2021 Z. z.



plánovanej starostlivosti s najneskorším naplánovaným termínom (s vylúčením návrhov, ktoré majú označený dôvod porušenia poradia – ochota čakať na neskorší termín kvôli osobným dôvodom) podľa jednotlivých PZS a medicínskych služieb.

- (3) Zverejnené zoznamy čakajúcich poistencov sa aktualizujú NCZI bezodkladne od prijatia aktualizácie zo zdravotnej poisťovne.³⁵

6 Postup pri zmene kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti

- (1) Na návrh na plánovanú starostlivosť sa vzťahujú podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti platné v čase vyhotovenia návrhu. V prípade zmeny metodického usmernenia pre plánovanú starostlivosť v priebehu platnosti návrhu na plánovanú starostlivosť sa vzťahujú podmienky platné v aktuálne platnom metodickom usmernení.
- (2) Pokiaľ sa zmenou kategorizácie ústavnej starostlivosti vytvára nová medicínska služba, poskytovateľom sa začnú vytvárať návrhy na plánovanú starostlivosť na danú medicínsku službu od dátumu začiatku platnosti kategorizácie. Späťne sa nehlási poskytovateľom plánovaná starostlivosť pre danú medicínsku službu, ktorá bola naplánovaná pred začiatkom platnosti novej kategorizácie.
- (3) Pokiaľ zmenou kategorizácie ústavnej starostlivosti zanikne medicínska služba, existujúce návrhy sa nevyraďujú k dátumu zániku, ale zostávajú zaradené až kým nedôjde k uskutočneniu plánovanej starostlivosti alebo k vyradeniu zo strany poskytovateľa, príp. dôjde k vyradeniu návrhu zdravotnou poisťovňou podľa § 40 ods. 10.

7 Dátové štruktúry pre vytvorenie a aktualizáciu návrhu

- (1) Jednotlivé dátové štruktúry sú uvedené v osobitnom súbore „Dátové rozhrania“ vo formáte Excel, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou tohto metodického usmernenia.
- (2) Dávky budú zasielané vo forme textových súborov v kódovej stránke UTF-8, štandardizovaný ako ISO/IEC 10646. Formát súboru je v súlade s Výnosom MFSR o štandardoch pre informačné systémy verejnej správy.
- (3) Oddeľovací znak bude znak | (pipe, Unicode code point = U+007C , TTF-8 (hex) = 7c). Oddeľovací znak | používať aj na konci riadku. Hodnoty reťazcov v dávkach nesmú obsahovať znak reprezentujúci oddeľovač.

7.1 Dátová štruktúra 998 pre odoslanie návrhov a ich aktualizácií od PZS do ZP

- (1) Návrh na plánovanú starostlivosť obsahuje údaje podľa § 42 ods. 3 zákona. Údaje sú posielané v dátovej štruktúre 998 medzi PZS -> ZP. PZS odovzdáva ZP dávku štandardne cez e-Pobočku zdravotnej poisťovne vždy, keď sa vytvára alebo aktualizuje minimálne jeden návrh na plánovanú starostlivosť. PZS hlási údaje zdravotnej poisťovni najneskôr do nasledujúceho pracovného dňa.
- (2) Dávka 998, typ záznamu N (nový návrh) alebo D (zaslanie doplnenia k ešte nezaradenému návrhu od PZS zdravotnej poisťovni), typ záznamu O (aktualizácia už zaradeného záznamu PZS).

³⁵ § 12 ods. 3 písm. y) a z) zákona č. 153/2013 Z. z.

- a. **typ záznamu N = nový návrh.** Slúži na zaslanie nového návrhu. ID návrhu by nemalo byť doteraz evidované v záznamoch zdravotnej poisťovne, inak zdravotná poisťovňa odmietne návrh.
- b. **typ záznamu D = doplnenie.** Slúži na zaslanie doplnenia k návrhu, ktorý zatiaľ nebol zaradený na zoznam čakajúcich poistencov.
- c. **typ záznamu O = aktualizácia.** Slúži na aktualizáciu informácií o návrhu, ktorý už bol zaradený na zoznam čakajúcich poistencov, a to predovšetkým aktualizácie predpokladaného termínu plánovanej starostlivosti a nahlásenie prerušení. V tejto dávke zasiela PZS iba tie položky, ktoré sa menia, ak nie je v definícii Dátového rozhrania uvedené inak.

Identifikácia dávky

P. č.	Popis položky	Pov	Dátový typ	Dĺžka	Popis
1.	CHARAKTER DÁVKY	p	char	1	Pre dávku 998 obsahuje vždy hodnotu "N" - nová
2.	TYP DÁVKY	p	char	4	kód dávky "998"
3.	IČO ODOSIELATEĽA DÁVKY	p	char	8	IČO poskytovateľa ZS
4.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY	p	date	RRRRMMDD	dátum odoslania dávky
5.	ČÍSLO DÁVKY	p	int	1 - 6	číslo dávky v rámci dátumu odoslania
6.	POČET DOKLADOV	p	int	1 - 6	počet riadkov dávky
7.	ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA	p	int	2	kód zdravotnej poisťovne, napr. 24, 25, 27
8.	ID UTVARU – číselník DRG	p3	int		

Označenie povinnosti položiek má nasledujúci význam:

- p = položky sú povinné
- p3 = povinné pre PZS, ktorí majú viac pracovísk, napríklad UN BA, Nemocnica sv. Michala.

7.2 Dátová štruktúra 998c pre odoslanie informácií od ZP na PZS

- (1) Dávka 998c, typ záznamu M – spätná dávka od ZP na PZS. Slúži ako odpoveď na vety, ktoré zaslal poskytovateľ v dávke 998. V tejto dávke sa zasiela odpoveď na všetky typy záznamov od PZS: N, D aj O. Odpoveď pre PZS obsahuje identifikáciu vety, na ktorú je zasielaná odpoveď a odpoveď pre PZS – výsledok spracovania danej vety. Ak je odpoveď pre PZS D (doplň) a N (nie, neakceptované), tak je potrebné uviesť minimálne jednu chybu.
- (2) Dávka 998c, typ záznamu O – aktualizácia dávka od ZP na PZS. Slúži na zasielanie informácií, ktoré nie sú odpoveďou na vetu od PZS, ale vychádzajú z vlastných informácií ZP, napríklad vyradenie návrhu kvôli úmrtiu poistenca alebo vyradenie z dôvodu, že zdravotná starostlivosť bola neodkladne poskytnutá u iného PZS.

Identifikácia dávky

P. č.	Popis položky	Pov	Dátový typ	Dĺžka	Popis
1.	CHARAKTER DÁVKY	p	char	1	M – odpovedná dávka O – aktualizácia dávka
2.	TYP DÁVKY	p	char	4	kód dávky "998c"

3.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY	p	date	RRRRMMDD	dátum odoslania dávky odpovede
4.	PORADOVÉ ČÍSLO DÁVKY	p	int	4	číslo dávky v rámci dátumu odoslania
5.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY OD PZS	p	date	RRRRMMDD	Dátum odoslania dávky odpovede z dávky od PZS. Uvedie sa dátum ktorý uviedol PZS a na ktorý ZP odpovedá. Pre charakter dávky O obsahuje vždy 20001231
6.	PORADOVÉ ČÍSLO DÁVKY OD PZS	p	int	1 - 6	Pre charakter dávky M obsahuje číslo dávky od PZS, na ktorú ZP odpovedá. Pre charakter dávky O obsahuje vždy 000
7.	POČET DOKLADOV	p	int	1 - 6	počet riadkov dávky
8.	ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA	p	int	2	kód zdravotnej poisťovne, napr. 24, 25, 27

Označenie povinných položiek má nasledujúci význam:

p = položky sú povinné

7.3 Dátová štruktúra 998n – údaje zasielané od zdravotnej poisťovne NCZI

(1) Dávka 998n je zdravotnou poisťovňou zasielaná NCZI každý pracovný deň. Údaje o návrhoch sa zasielajú do nasledujúceho pracovného dňa od aktualizácie. V prípade, že v daný deň nie je aktualizovaný žiadny návrh, zdravotná poisťovňa zasiela prázdnu dávku. Zdravotná poisťovňa odovzdáva údaje prostredníctvom SFTP na štandardné úložisko na odovzdávanie údajov medzi zdravotnou poisťovňou a NCZI. NCZI prijatie dát potvrdí. Spätná chybová dávka zatiaľ neexistuje, prípadné chyby sa komunikujú operatívne medzi NCZI a zdravotnou poisťovňou a v prípade potreby zdravotná poisťovňa zasiela opravnú dávku.

Identifikácia dávky

P.č	Popis položky	Pov	Dátový typ	Dĺžka	Popis
1.	CHARAKTER DÁVKY	p	char	1	N – nová dávka
2.	TYP DÁVKY	p	char	4	kód dávky “998n”
3.	ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA	p	int	2	kód zdravotnej poisťovne, napr. 24, 25, 27
4.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY	p	date	RRRRMMDD	dátum odoslania dávky
5.	ČÍSLO DÁVKY	p	int	1 - 6	číslo dávky v rámci dátumu odoslania
6.	POČET DOKLADOV	p	int	1 - 6	počet riadkov dávky

Povinnosť položiek má nasledujúci význam:

p = položky sú povinné

7.4 Dátová štruktúra 998z – údaje zasielané medzi zdravotnými poisťovňami, v prípade zmeny zdravotnej poisťovne

(1) Dávkou 998z sa zasiela predošlou zdravotnou poisťovňou nasledujúcej zdravotnej poisťovni celá plánovaná ZS v prvý pracovný deň v nasledujúcom kalendárnom roku. Údaje v dávke 998z ZP posielajú štandardnou cestou ako si posielajú údaje o ZS na



prepoistených poistencoch. Spätná chybová dávka zatiaľ neexistuje, prípadné chyby sa komunikujú operatívne medzi zdravotnými poisťovňami a v prípade potreby zdravotná poisťovňa zasiela opravnú dávku. V danej dávke sa zasielajú aktuálne informácie pre daný návrh platné k dátumu vyhotovenia dávky, t.j. nezasiela sa celá história pre daný návrh ale iba jeden aktuálny konsolidovaný záznam.

Identifikácia dávky

P.č	Popis položky	Pov	Dátový typ	Dĺžka	Popis
1.	CHARAKTER DÁVKY	p	char	1	N – nová dávka
2.	TYP DÁVKY	p	char	4	kód dávky “998z”
3.	PŮVODNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA	p	int	2	kód zdravotnej poisťovne, napr. 24, 25, 27
4.	NOVÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA	p	int	2	kód zdravotnej poisťovne, napr. 24, 25, 27
5.	DÁTUM ODOSLANIA DÁVKY	p	date	RRRRMMDD	dátum odoslania dávky
6.	ČÍSLO DÁVKY	p	int	1 - 6	číslo dávky v rámci dátumu odoslania
7.	POČET DOKLADOV	p	int	1 - 6	počet riadkov dávky

Povinnosť položiek má nasledujúci význam:

p = položky sú povinné

Zmena v dátovom rozhraní (doplnenie položky č. 40 o dôvody D – materiálno-technické vybavenie na strane PZS a F – personálne kapacity na strane PZS) nadobúda účinnosť od 01.07.2025.

Kamil Šaško, MSc.
minister zdravotníctva

