

Odborné usmernenie pre plánovanú zdravotnú starostlivosť

verzia 02, december 2023



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	8
1.2 Odoslanie návrhu na plánovanú starostlivosť zdravotnej poisťovni.....	9
1.3 Prijatie a spracovanie návrhu na plánovanú zdravotnú 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.....	11
1.4.1 Informovanie poistenca.....	11
1.4.2 Zasielanie informácií NCZI	12
2 Aktualizácia zoznamu čakajúcich poistencov	12
2.1 Prerušenie lehoty časovej dostupnosti.....	12
2.1.1 Prerušenie z dôvodov na strane poistenca	12
2.1.2 Prerušenie z dôvodov na strane PZS.....	13
2.2 Posun predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti bez prerušenia plánovanej starostlivosti.....	13
2.2.1 Aktualizácia z dôvodov na strane PZS	13
2.2.2 Aktualizácia 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 .	14
3 Vyradenie zo zoznamu čakajúcich poistencov	15
3.1 Dôvody vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov.....	15
3.2 Dátum vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov.....	16
3.3 Proces vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov v diagrame	16
3.4 Stavový diagram návrhu na plánovanú starostlivosť	17
4 Vyhľadanie náhradného poskytovateľa za účelom dodržanie lehoty časovej dostupnosti	18
4.1 Predpokladaný dátum v návrhu neprekračuje lehotu časovej dostupnosti.....	18
4.2 Predpokladaný dátum v návrhu prekračuje lehotu časovej dostupnosti	18
4.2.1 Povinnosť zabezpečiť starostlivosť u iného zmluvného poskytovateľa v SR ...	18
4.2.2 Poskytnutie plánovanej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa v SR	19
4.2.3 Poskytnutie plánovanej starostlivosti u poskytovateľa v inom členskom štáte EÚ	20



4.3	Prekročenie lehoty časovej dostupnosti schváleného návrhu z dôvodu posunu plánovaného termínu	22
5	Zoznam čakajúcich poistencov v NCZI	22
6	Postup pri zmene kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti	23
6.1	Migrácia existujúcich čakacích listín	23
6.2	Vytváranie návrhov pri zmenách účinných od 1. januára kalendárneho roka	24
7	Dátové štruktúry pre vytvorenie a aktualizáciu návrhu.....	24
7.1	Dátová štruktúra 998 pre odoslanie návrhov a ich aktualizácií od PZS do ZP.....	24
7.2	Dátová štruktúra 998c pre odoslanie informácií od ZP na PZS.....	25
7.3	Dátová štruktúra 998n – údaje zasielané od zdravotnej poisťovne NCZI	26
8	Účinnosť legislatívneho rámca plánovanej starostlivosti	27



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 podpíše návrh na plánovanú starostlivosť a lekár to 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. Pri určovaní tohto dátumu sa zohľadňujú prerušenia. Počíta sa do neho dátum vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť, pričom zahŕňa počet dní prerušenia lehoty časovej dostupnosti a lehotu časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti.

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.

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“) – 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, ktorá má kategorizáciou určenú lehotu časovej dostupnosti a pacient nie je indikovaný na neodkladnú zdravotnú starostlivosť. 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.



Plánovaná zdravotná starostlivosť (ďalej len „plánovaná starostlivosť“) – poskytnutie medicínskej služby, pre ktorú je kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovená časová dostupnosť ústavnej starostlivosti, v lehote plánovanej starostlivosti určenej PZS. 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 odborného usmernenia je dátum naplánovaný na poskytnutie plánovanej starostlivosti lekárom PZS (ďalej aj „termín plánovanej starostlivosti“). Tento dátum reflektuje lehotu plánovanej starostlivosti, ktorá musí vychádzať 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 plánovanej starostlivosti v rámci liečebného postupu musí predstavovať medicínsky prijateľnú dobu s ohľadom na zdravotný stav a klinické potreby pacienta a spravidla nesmie prekročiť časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti určenú pre túto medicínsku službu. Lehota plánovanej starostlivosti 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.

PZS – poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť, pre ktorú bola kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovená časová dostupnosť ústavnej 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.

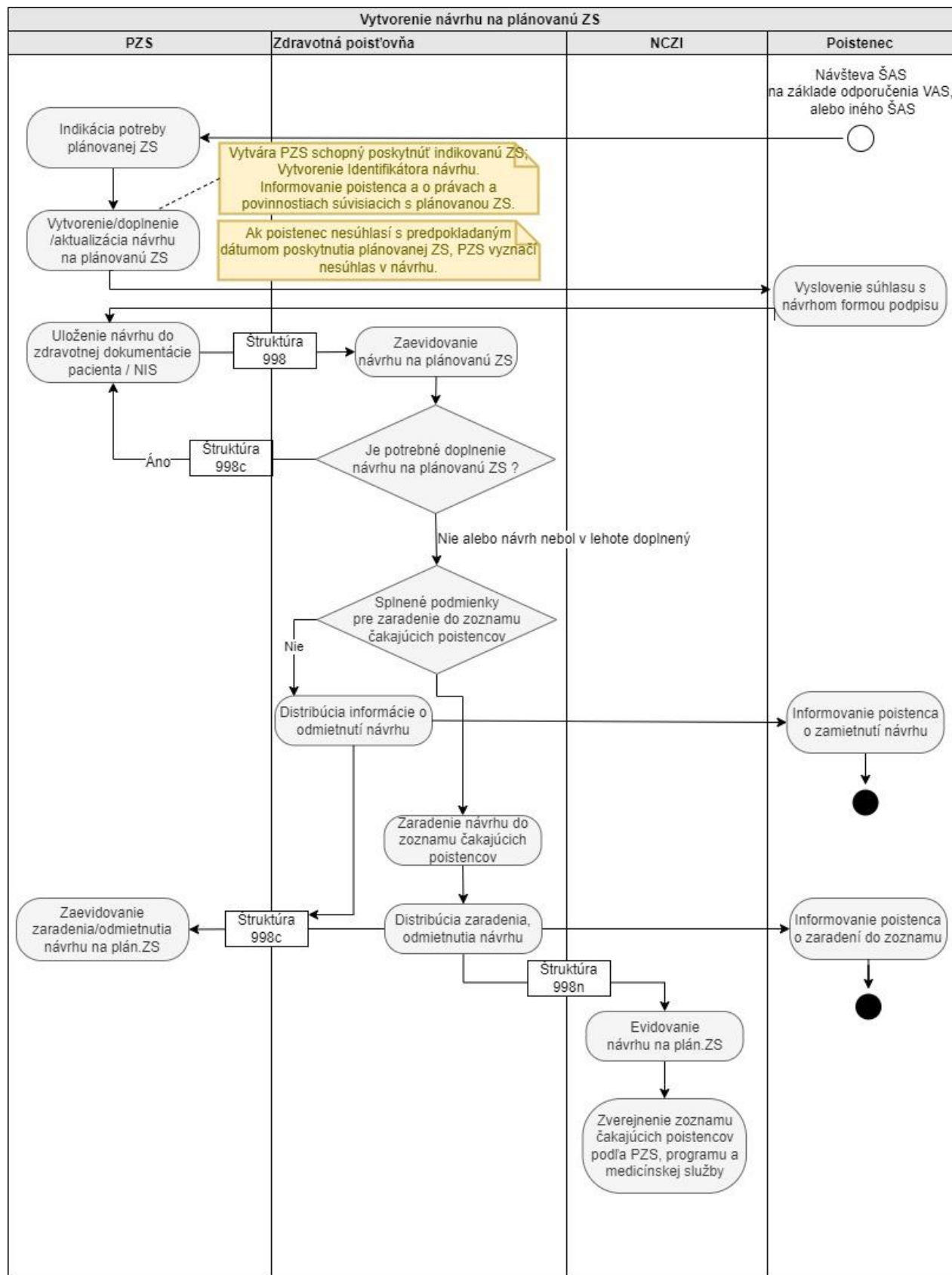
ZP – zdravotná poisťovňa.

ZS – zdravotná starostlivosť.



1 Zaradenie poistenca na zoznam čakajúcich poistencov

(1) Schéma vytvorenia návrhu na plánovanú ZS:





1.1 Vytvorenie návrhu na plánovanú starostlivosť u PZS

- (1) Návrh na plánovanú starostlivosť vytvára PZS na základe súhlasu poistenca s návrhom na plánovanú starostlivosť, pre ktorú je kategorizáciou určená lehota časovej dostupnosti, pričom pacient zároveň nie je indikovaný na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Súhlas poistenca s návrhom na plánovanú starostlivosť musí byť potvrdený podpisom v zdravotnej dokumentácii.² Návrh na plánovanú starostlivosť štandardne vytvára lekár PZS v špecializovanej ambulancii daného PZS.
- (2) Zdravotná poisťovňa overí, či návrh spĺňa všetky povinné náležitosti³ a následne na základe tohto návrhu na plánovanú starostlivosť je poistenec zaradený 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 alebo v zmluvnom štáte Dohody o Európskom hospodárskom priestore a vo Švajčiarskej konfederácii.⁴ Samoplatci nie sú vedení na zozname čakajúcich poistencov.
- (3) Pokiaľ je plánovaná starostlivosť v rámci rovnakej medicínskej služby realizovaná vo viacerých sedeniach, je potrebné vytvoriť návrh na každé sedenie samostatne, pričom v druhom a každom ďalšom návrhu je potrebné vyplniť položku identifikátor predošlého návrhu pri pokračujúcej plánovanej starostlivosti (položka 33). Tento postup je možné použiť jedine pokiaľ ide o poskytnutie rovnakej medicínskej služby.
- (4) Ak poistenec nastúpi na hospitalizáciu alebo poskytnutie jednodňovej starostlivosti avšak zákrok nie je možné realizovať, PZS zadá prerušenie, ktoré trvá od nástupu až do aktualizovaného 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) PZS je pri vytvorení návrhu na plánovanú starostlivosť povinný poistenca písomne poučiť o jeho právach a povinnostiach súvisiacich so zaradením na zoznam čakajúcich poistencov a odovzdať mu písomnú kópiu poučenia 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 musí obsahovať všetky povinné položky v dávke 998, ktorú 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 priradený ID útvaru, tak sa považuje za jeden útvar s ID hodnotou 00 (dôležité pri tvorbe ID návrhu).
 - b. Dátum vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť: Dátum vyhotovenia návrhu je dátum podpisu návrhu na plánovanú starostlivosť poistencom u PZS. Od tohto dátumu sa začína počítať lehota časovej dostupnosti.

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

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

⁴ § 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.



- c. Predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti
- (7) PZS by mal vyvinúť maximálne úsilie na to, aby stanovil predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti tak, aby dodržal časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti určenú pre danú medicínsku službu.
- (8) PZS musí pri stanovení dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti zohľadniť súhrnný zoznam čakajúcich poistencov zverejnený na webovom sídle NCZI 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, PZS musí byť schopný preukázať zdravotnej poisťovni dôvod. Môže k tomu dôjsť iba 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 posunu predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti z dôvodu preferencie poistenca, je možný iba posun na neskorší dátum, a to tak aby posun nevedol k zvýhodneniu poistenca v zozname čakajúcich poistencov. PZS musí vyznačiť preferenciu poistenca čakať na konkrétny termín poskytnutia starostlivosti alebo konkrétneho lekára v návrhu na plánovanú starostlivosť – pole 37.
- (11) PZS môže určiť predpokladaný dátum plánovanej starostlivosti neskorší ako je lehota časovej dostupnosti. Ak poistenec nesúhlasí s predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu časovej dostupnosti, lekár toto vyznačí v návrhu v položke 37.
- (12) Zdravotná poisťovňa ďalej postupuje podľa procesu vyhľadania náhradného PZS v časti 4 tohto odborného usmernenia. 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 náhradného PZS sa neuplatňuje.⁵

1.2 Odoslanie návrhu na plánovanú starostlivosť zdravotnej poisťovni

- (1) PZS musí odoslať návrh na plánovanú starostlivosť zdravotnej poisťovni do nasledujúceho pracovného dňa od vyhotovenia návrhu, a to v štruktúre 998, stav záznamu N. Inak sa za dátum vyhotovenia návrhu pre potreby dodržania povinností zdravotnej poisťovne podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona považuje dátum a čas doručenia návrhu zdravotnej poisťovni.

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



1.3 Prijatie a spracovanie návrhu na plánovanú zdravotnú starostlivosť v zdravotnej poisťovni

1.3.1 Posúdenie návrhu zdravotnou poisťovňou a lehota vybavenia pre zdravotné poisťovne

- (1) Zdravotná poisťovňa je povinná do 10 dní od prijatia návrhu na plánovanú starostlivosť od PZS buď požiadať o doplnenie návrhu, návrh schváliť alebo ho odmietnuť. 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 musí prejsť cez syntaktické kontroly). V opačnom prípade zdravotná poisťovňa dávku odmietne spracovať a PZS musí dávku opraviť a vykázať nanovo. Až následne je zdravotná poisťovňa schopná návrh na plánovanú starostlivosť zaevidovať a začať proces posúdenia návrhu.
- (3) PZS musí zaslať doplnenie návrhu do 10 dní od doručenia výzvy na doplnenie návrhu od zdravotnej poisťovne. Ak tak neurobí, zdravotná poisťovňa návrh odmietne. Doplnenie návrhu nemá vplyv na plynutie lehoty časovej dostupnosti.
- (4) Zdravotná poisťovňa skontroluje správnosť a úplnosť údajov v návrhu na plánovanú starostlivosť.
- (5) Doplnenie návrhu. Ak zdravotná poisťovňa zistí pri kontrole návrhu na plánovanú starostlivosť chybu, ak vyplnené údaje nie sú správne alebo ak neseďí kontrola medicínskej služby vzhľadom na ostatné atribúty návrhu (vek, diagnóza, odbornosť, výkon, pohlavie...), zdravotná poisťovňa využije možnosť pre doplnenie návrhu zo strany PZS. Poskytovateľ musí vrátiť doplnený návrh na plánovanú starostlivosť do 10 dní, inak zdravotná poisťovňa návrh odmietne. 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 zdravotná poisťovňa ho odmietne.
- (6) Odmietnutie návrhu. 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 nemá povolenie poskytovať medicínsku službu alebo s ním zdravotná poisťovňa nemá uzatvorenú zmluvu na danú medicínsku službu;⁶
 - c. PZS nedoplnil návrh na plánovanú starostlivosť do 10 dní od výzvy na doplnenie.
- (7) Ak zdravotná poisťovňa návrh na plánovanú starostlivosť odmietla a PZS má záujem opraviť pôvodný návrh, PZS musí vytvoriť nový návrh s novým ID návrhu a poistenec ho musí nanovo podpísať. Zdravotná poisťovňa môže pred odmietnutím návrhu z vyššie uvedených dôvodov vyzvať PZS na opravu návrhu formou doplnenia. V takomto prípade nejde o nový návrh na plánovanú starostlivosť; poistenec ho nanovo nepodpisuje a prostredníctvom doplnenia návrhu nie je možné meniť predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti.
- (8) Na účely tohto postupu 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

⁶ § 40 ods. 6 písm. b) zákona č. 540/2021 Z. z.



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.

1.3.2 Kontrola súbehu návrhov

- (1) Ak zdravotná poisťovňa zistí, že už existuje iný návrh na plánovanú starostlivosť pre poistenca na rovnakú plánovanú starostlivosť zaslaný tým istým alebo iným PZS, zdravotná poisťovňa návrh potvrdí a zároveň vyradí skôr doručený návrh na plánovanú starostlivosť. Za rovnakú plánovanú starostlivosť v návrhu na plánovanú starostlivosť sa považuje návrh na rovnakú medicínsku službu s výnimkou medicínskej služby párového orgánu alebo nadväzujúcej zdravotnej starostlivosti, kedy je vyplnený ID predchádzajúceho návrhu. Zdravotná poisťovňa upovedomí PZS a poistenca o vyradení skôr doručeného návrhu na plánovanú starostlivosť.
- (2) Ak nový návrh 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 poistenc s súhlasí s termínom plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu časovej dostupnosti uvedenú v pôvodnom návrhu. Poradie návrhov na plánovanú starostlivosť sa určuje podľa dátumu a času vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť. 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, zdravotná poisťovňa bude postupovať podľa § 40 odsekov 12 a 13 zákona (bod 4.3).

1.3.3 Potvrdenie návrhu

- (1) Ak zdravotná poisťovňa návrh na plánovanú starostlivosť neodmietne ani nevráti na doplnenie, návrh potvrdí a poistenca zaradí na zoznam čakajúcich poistencov a túto skutočnosť oznámi PZS.

1.4 Povinnosti zdravotnej poisťovne pri zozname čakajúcich poistencov

- (1) Zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť a viesť 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 je zároveň povinná zverejniť na svojom webovom sídle odkaz na súhrnný zoznam čakajúcich poistencov vedený NCZI (časť 5. tohto odborného usmernenia).

1.4.1 Informovanie poistenca

- (1) Zdravotná poisťovňa písomne⁷ informuje poistenca o zaradení na zoznam čakajúcich poistencov najneskôr do 10 dní po zaradení na zoznam. Zdravotná poisťovňa poistencovi oznamuje zaradenie na zoznam a pridelenie ID návrhu. Zdravotná poisťovňa zároveň musí

⁷ Za písomné informovanie sa považuje list, SMS, komunikácia cez účet poistenca alebo elektronická komunikácia v elektronickej pobočke alebo prostredníctvom mobilnej aplikácie, emailová komunikácia.



uviesť informáciu o zaradení poistenca aj v účte poistenca. Zdravotná poisťovňa oznamuje poistencovi aj odmietnutie návrhu, a to do 10 dní odo dňa odmietnutia návrhu.

1.4.2 Zasielanie informácií NCZI

- (1) Zdravotná poisťovňa je povinná poselať údaje o návrhoch na plánovanú starostlivosť NCZI do 24 hodín od zaradenia návrhu do zoznamu čakajúcich poistencov, a to v štruktúre 998n. Zdravotná poisťovňa je povinná poselať NCZI aj informáciu o odmietnutých návrhoch v rovnakej lehote. Odmietnuté návrhy ZP odošle do NCZI ako Typ záznamu N a zároveň Stav návrhu na plánovanú ZS s hodnotou O.

2 Aktualizácia zoznamu čakajúcich poistencov

- (1) V rámci aktualizácie už schváleného návrhu na plánovanú starostlivosť sa dajú meniť 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, nie je možné meniť, 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, je potrebné vytvoriť nový návrh na plánovanú starostlivosť s novým ID návrhu a vykonať technické storno pôvodného návrhu.
- (2) Všetky aktualizácie návrhov na plánovanú starostlivosť zasiela zdravotná poisťovňa NCZI nasledujúci pracovný deň. Zdravotná poisťovňa nie je povinná zasielať poistencovi informácie o aktualizácii jeho návrhu, s výnimkou informácie o vyradení návrhu. Informácie o aktualizácii predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti komunikuje poistencovi PZS; poistenec si môže overiť aktuálny stav na webovej stránke NCZI alebo v elektronickej pobočke svojej zdravotnej poisťovne.

2.1 Prerušenie lehoty časovej dostupnosti

- (1) Zmena predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti môže nastať buď pri prerušení lehoty časovej dostupnosti, alebo ako posun dátumu bez prerušenia lehoty časovej dostupnosti (časť 2.2).
- (2) Pri prerušení lehoty časovej dostupnosti sa čas, kedy bol návrh na plánovanú starostlivosť prerušený, nezapočítava pri výpočte lehoty časovej dostupnosti (lehota časovej dostupnosti sa predlžuje o dĺžku prerušenia).
- (3) Prerušenie schválenej plánovanej starostlivosti si vyžaduje nastavenie dôvodu a dátumu začiatku prerušenia v dávke 998. Ukončenie prerušenia znamená nastavenie dátumu ukončenia prerušenia aktualizovaným záznamom v štruktúre 998, zároveň s možnosťou aktualizácie predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti. Nie je možný súbeh viacerých prerušení z rôznych dôvodov. Pokiaľ PZS chce zmeniť dôvod prerušenia, musí najprv ukončiť predchádzajúce prerušenie a zároveň nastaviť nové prerušenie s novým dôvodom. Prerušenia môže nahlásiť výlučne PZS.

2.1.1 Prerušenie z dôvodov na strane poistenca

- (1) Každé prerušenie z dôvodov na strane poistenca nahlásuje 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 musí byť 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 z týchto dôvodov je možné maximálne v dĺžke 90 dní, inak je poistenec vyradený zo zoznamu čakajúcich poistencov;
- c. ak zdravotná poisťovňa poistencovi navrhla poskytnutie plánovanej starostlivosti u iného PZS v záujme dodržania lehoty podľa § 40 ods. 12 zákona a poistenec to odmietol; zdravotná poisťovňa uvedie túto skutočnosť v zozname čakajúcich poistencov, kde je vyznačený údaj o prerušení a údaj o začiatku prerušenia. Prerušenie je natrvalo a dátum ukončenia prerušenia sa v tomto prípade nevypĺňa, položka 39. Zdravotná poisťovňa vyplňa PRÍZNAK TRVALÉHO PRERUŠENIA LEHOTY ČASOVEJ DOSTUPNOSTI.

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 PZS prechodne prestane spĺňať podmienku zabezpečenia materiálno-technického vybavenia. Pokiaľ PZS potrebuje prerušiť plánovanú starostlivosť na viac ako 10 dní, je to možné iba postupom podľa bodu 2.2 (posun predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti). Lehota časovej dostupnosti sa vtedy preruší iba na 10 dní.
- (2) V prípade, že PZS nahlási prerušenie z dôvodov na strane PZS dlhšie ako 10 dní, ZP toto prerušenie odmietne akceptovať a PZS musí nahlásiť nové prerušenie v dĺžke trvania do 10 dní.
- (3) Ak je potrebné po ukončení prerušenia aktualizovať predpokladaný dátum plánovanej starostlivosti a tento nový dátum prekračuje lehotu časovej dostupnosti a poistenec nesúhlasí s takýmto presunom, zdravotná poisťovňa je povinná bezodkladne postupovať podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona (časť 4.3).

2.2 Posun predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti bez prerušenia plánovanej starostlivosti

- (1) Ide o presun predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti vtedy, keď neexistujú dôvody na prerušenia plánovanej starostlivosti podľa bodu 2.1.

2.2.1 Aktualizácia z dôvodov na strane PZS

- (1) Pokiaľ PZS zmení predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti o viac ako 10 dní, PZS musí bezodkladne informovať poistenca, a do nasledujúceho pracovného dňa poslať zdravotnej poisťovni aktualizáciu dátumu aktualizovaným záznamom. PZS je povinný zmenu predpokladaného nástupu nahlásiť tak, aby sa o nej poistenec dozvedel najneskôr 3 pracovné dni pred predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti alebo 3 pracovné dni pred skutočným dátumom nástupu na plánovanú starostlivosť, a to podľa toho, ktorá udalosť má skorší termín. V takom prípade je možné lehotu časovej dostupnosti prerušiť na 10 dní. To znamená, že PZS nahlási prerušenie lehoty časovej dostupnosti s dátumom začiatku a konca prerušenia v položke 30 a 31, tak aby trvanie prerušenia bolo 10 dní. Predpokladaný dátum plánovanej starostlivosti aktualizuje podľa potreby.



- (2) Pokiaľ sa zmenou predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti presiahne maximálna lehota časovej dostupnosti, PZS musí uviesť dôvod prekročenia lehoty v položke 28 a vyplniť súhlas alebo nesúhlas poistenca s presunom termínu poskytnutia starostlivosti v poli 37. Pokiaľ poistenec nesúhlasí s presunom termínu, ktorý prekračuje lehotu časovej dostupnosti, zdravotná poisťovňa postupuje podľa bodu 4.3. Zdravotná poisťovňa si môže overiť nesúhlas poistenca s aktualizovaným predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti, ktorý prekračuje lehotu časovej dostupnosti.

2.2.2 Aktualizácia z dôvodov na strane poistenca

- (1) Poistenec žiada o posun termínu poskytnutia starostlivosti priamo PZS, ktorý zašle aktualizáciu zdravotnej poisťovni do nasledujúceho pracovného dňa od aktualizácie dátumu. Akákoľvek žiadosť o presun termínu poskytnutia starostlivosti na neskorší termín s výnimkou situácií, kedy je povolené prerušenie časovej dostupnosti podľa bodu 2.1, je považované za posun so súhlasom poistenca. Ak sa týmto posunom prekročí lehota časovej dostupnosti, PZS v dôvodoch na prekročenie lehoty v položke 28 uvedie žiadosť poistenca a v položke 37 – súhlas pacienta uvedie hodnotu 2 – pacient súhlasí s presunom termínu, ktorý prekračuje lehotu časovej dostupnosti. Poistenec preto nemá nárok na postup podľa § 40 odsekov 12 a 13 zákona.

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 zašle predošlá zdravotná poisťovňa novej zdravotnej poisťovni údaje o návrhoch na plánovanú starostlivosť tých poistencov, ktorí zmenili zdravotnú poisťovňu. Predošlá zdravotná poisťovňa zašle údaje novej zdravotnej poisťovni prvý pracovný deň v januári v rozsahu podľa § 39 ods. 1 písm. d) zákona. Predošlá zdravotná poisťovňa zároveň odošle informáciu o vyradení návrhu na plánovanú starostlivosť PZS a NCZI s dôvodom vyradenia - zmena ZP. Predošlá zdravotná poisťovňa neodosiela informáciu o vyradení z dôvodu zmeny zdravotnej poisťovne poistencovi, ale uvedie informáciu v účte poistenca.
- (2) Následne nová zdravotná poisťovňa spustí proces schvaľovania zaslaných návrhov podľa štandardného postupu v bode 1.3. Po schválení návrhu nová zdravotná poisťovňa odošle aktualizáciu PZS a NCZI – schválenie 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.

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, zdravotná poisťovňa návrh na plánovanú starostlivosť odmietne. V tomto prípade nová zdravotná poisťovňa musí zaslať informáciu o odmietnutí aj poistencovi. Ak poistenec trvá na poskytnutí plánovanej starostlivosti avšak poskytovateľ, u ktorého má naplánované poskytnutie starostlivosti, je nezmluvným, zdravotná poisťovňa ponúkne poistencovi alternatívnych zmluvných PZS, ktorí poskytujú danú medicínsku službu. 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. 12 a 13 zákona.

3 Vyradenie zo zoznamu čakajúcich poistencov

- (1) Vyradenie návrhu zo zoznamu čakajúcich poistencov vykonáva zdravotná poisťovňa. PZS zasiela zdravotnej poisťovni návrh na vyradenie iba v odôvodnených prípadoch.⁸
- (2) Pri vyradení poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov zdravotná poisťovňa povinne písomne⁹ informuje poistenca o jeho vyradení do 10 dní od vyradenia, okrem prípadov vyradenia z dôvodov U3 (úmrtie poistenca) a R1 (zmena ZP). Zdravotná poisťovňa zasiela aktualizáciu o vyradení aj NCZI v rámci štandardnej dávky nasledujúci pracovný deň po vyradení.

3.1 Dôvody vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov

- (1) Zdravotná poisťovňa je povinná vyradiť poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov na základe nasledovných dôvodov:

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

Z2 = poskytnutie plánovanej starostlivosti u nezmluvného PZS.

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

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.

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.¹⁰

C1 = vyradený návrh pri súbehu návrhov, pacient je naplánovaný u iného zmluvného PZS (podrobný postup v časti 1.3.3).

C2 = PZS nemôže poskytnúť danú MS.¹¹

C3 = PZS nie je zmluvným PZS pre danú MS.¹²

U1 = ukončenie bez poskytnutia ZS – na základe žiadosti poistenca.

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

U3 = ukončenie bez poskytnutia ZS - úmrtie poistenca.

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

⁹ Za písomné informovanie sa považuje list, SMS, komunikácia cez účet poistenca alebo elektronická komunikácia v elektronickej pobočke alebo prostredníctvom mobilnej aplikácie, emailová komunikácia.

¹⁰ Zdravotná poisťovňa môže kontrolovať poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti vo vykázanéj zdravotnej starostlivosti a ak zdravotná poisťovňa nájde duplicitu na rovnakú MS vo vykázanéj 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. Vyradenie môže nahlásiť aj PZS uvedený v návrhu na plánovanú starostlivosť, ak sa od poistenca dozvie o poskytnutí neodkladnej starostlivosti.

¹¹ Môže nastať k 1. januáru kalendárneho roka pri zmene siete kategorizovaných nemocníc a pri zmene povolených medicínskych programov pre jednotlivých PZS.

¹² 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.



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.

U5 = ukončenie bez poskytnutia ZS - vyradenie po revízií zdravotnej dokumentácie u PZS z dôvodu neodôvodneného zaradenia do zoznamu čakajúcich poistencov.¹³

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 90 dní.

U7 = ukončenie bez poskytnutia ZS - iné.

R1 = zmena ZP.

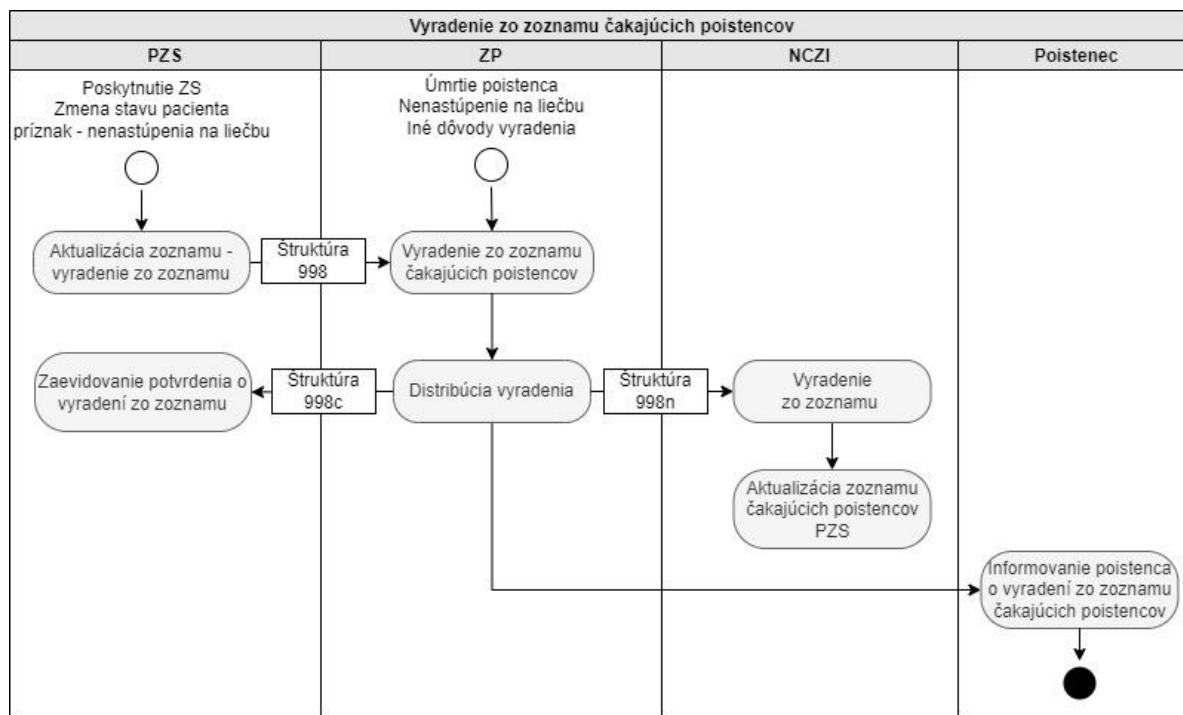
R2 = odchod do zahraničia.

X = technické storno návrhu.

3.2 Dátum vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov

- (1) Za dátum vyradenia je považovaný dátum nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti.¹⁴ PZS oznámi vyradenie zdravotnej poisťovni do nasledujúceho pracovného dňa od zistenia skutočnosti, že návrh má byť vyradený. V prípade poskytnutia plánovanej starostlivosti, PZS oznámi vyradenie návrhu nasledujúci pracovný deň od uskutočnenia plánovanej zdravotnej starostlivosti, najneskôr nasledujúci pracovný deň od ukončenia hospitalizácie.

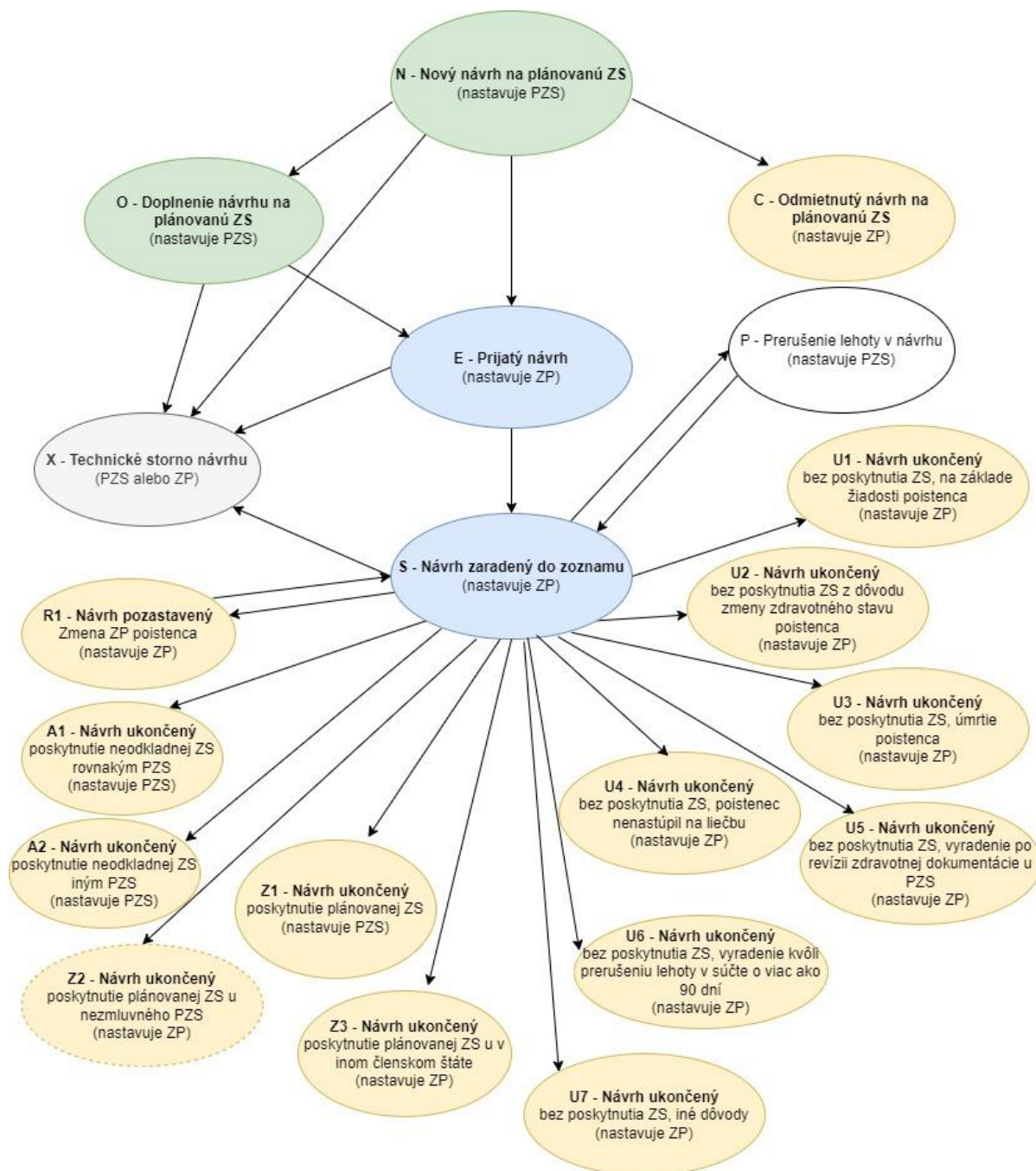
3.3 Proces vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov v diagrame



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

¹⁴ § 42 ods. 9 písm. a) zákona č. 540/2021 Z. z.

3.4 Stavový diagram návrhu na plánovanú starostlivosť





4 Vyhl'adanie náhradného poskytovateľa za účelom dodržanie lehoty časovej dostupnosti

4.1 Predpokladaný dátum v návrhu neprekračuje lehotu časovej dostupnosti

(1) Ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti v návrhu na plánovanú starostlivosť je **kratší** ako lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa môže postupovať podľa § 40 ods. 12 zákona a ponúknuť poistencovi alternatívneho poskytovateľa so skorším predpokladaným dátumom poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Ak poistenec súhlasí, poistenec kontaktuje alternatívneho PZS a PZS zašle nový návrh na plánovanú starostlivosť zdravotnej poisťovni. Zdravotná poisťovňa potvrdí nový návrh a vyradí pôvodný návrh. Ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti v novom návrhu je **neskorší** ako pôvodný predpokladaný dátum, tak povinnosti zdravotnej poisťovne podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona sa neuplatňujú. Ak je však nový návrh skorší ako pôvodný a v budúcnosti sa posunie predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti z dôvodov na strane PZS tak, že prekročí lehotu časovej dostupnosti, zdravotná poisťovňa bude postupovať podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona.

4.2 Predpokladaný dátum v návrhu prekračuje lehotu časovej dostupnosti

(1) Ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti uvedený v návrhu prekračuje lehotu časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti a poistenec nesúhlasí s predpokladaným dátumom plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu, zdravotná poisťovňa musí postupovať podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona. To znamená, že zdravotná poisťovňa má povinnosť poistencovi zabezpečiť a uhradiť plánovanú starostlivosť¹⁵ v poradi:

- a. u zmluvného PZS, ktorý je schopný poskytnúť zdravotnú starostlivosť v rámci lehoty časovej dostupnosti (v takomto prípade sa primerane uplatní postup podľa bodu 4.2.1),
- b. u nezmluvného poskytovateľa (§ 40 ods. 13 písm. a) zákona),
- c. u poskytovateľa z iného členského štátu EÚ (§ 40 ods. 13 b) zákona).

4.2.1 Povinnosť zabezpečiť starostlivosť u iného zmluvného poskytovateľa v SR

- (1) Zdravotná poisťovňa nasmeruje poistenca 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) Zdravotná poisťovňa ponúkne poistencovi zoznam PZS, u ktorých sú kratšie čakacie lehoty, a to písomnou formou.¹⁶ Poistenec kontaktuje PZS podľa vlastného výberu a ak sa dohodnú na plánovanom poskytnutí plánovanej starostlivosti, daný PZS vyhotoví návrh na plánovanú starostlivosť a zašle ho zdravotnej poisťovni. Zdravotná poisťovňa ukončí pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť.
- (3) Ak poistenec nie je schopný získať skorší termín plánovanej starostlivosti u PZS z ponúknutého zoznamu, poistenec musí kontaktovať zdravotnú poisťovňu do 15 dní od doručenia návrhu so zoznamom alternatívnych PZS. Zdravotná poisťovňa a poistenec si

¹⁵ 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. Vid' § 40 ods. 4 poslednej vety zákona.

¹⁶ Listinne alebo elektronicky.



dohodnú ďalší postup, a to buď taký, že zdravotná poisťovňa skúsi nájsť iného zmluvného PZS alebo sa s poisťencom dohodne na postupe podľa bodu 4.2 písm. b) alebo c).

- (4) Ak poisťenec neodpovie na návrh zdravotnej poisťovne, predpokladá sa, že poisťenec nesúhlasil s návrhom zdravotnej poisťovne.¹⁷ Zdravotná poisťovňa to vyznačí v zozname čakajúcich poisťencov a natrvalo preruší lehotu časovej dostupnosti.¹⁸ Ak zdravotná poisťovňa nie je schopná ponúknuť poisťencovi iného zmluvného poskytovateľa v lehote časovej dostupnosti, zdravotná poisťovňa má povinnosť poisťenca písomne informovať o tom, že má nárok na postup podľa bodu 4.2 písm. b) alebo c) tohto odborného usmernenia, ako aj o ďalšom postupe.

4.2.2 Poskytnutie plánovanej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa v SR

- (1) Poisťenec musí oznámiť zdravotnej poisťovni svoj záujem o uhradenie plánovanej starostlivosti u nezmluvného PZS (ďalej len „oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti“), a to najneskôr do 10 dní od dátumu prekročenia lehoty časovej dostupnosti.¹⁹ *Vzor oznámenia je súčasťou vzoru práv a povinností poisťenca pri zozname čakajúcich poisťencov.*
- (2) Pokiaľ oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti neobsahuje informáciu o konkrétnom nezmluvnom PZS, zdravotná poisťovňa vyzve poisťenca na doplnenie, aby mohla definitívne potvrdiť, že udeľuje súhlas s poskytnutím starostlivosti. Zdravotná poisťovňa môže vo výzve odporučiť poisťencovi zoznam nezmluvných poskytovateľov, ktorí poskytujú danú medicínsku službu. Poisťenec si môže vybrať niektorého z týchto poskytovateľov, alebo iného nezmluvného poskytovateľa podľa vlastného výberu.
- (3) Oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti obsahuje:
- ID návrhu na plánovanú starostlivosť, ktorý presahuje lehotu časovej dostupnosti,
 - poučenie poisťenca o tom, že súhlasí s tým, že pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť u PZS bude vyradený bezodkladne po tom, ako si dohodne nový dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti u nezmluvného PZS a zdravotná poisťovňa udelila súhlas na poskytnutie plánovanej starostlivosti o nezmluvného poskytovateľa,
 - identifikačný údaj o konkrétnom nezmluvnom PZS, u ktorého poisťenec plánuje čerpať plánovanú starostlivosť a konkrétny plánovaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti, ak nimi poisťenec disponuje v čase zasielania oznámenia.
- (4) Udelenie súhlasu zdravotnou poisťovňou: Zdravotná poisťovňa udelí súhlas na plánovanú starostlivosť u nezmluvného poskytovateľa do 10 dní odo dňa doručenia **úplného** oznámenia záujmu, ak:
- oznámenie o prejavení záujmu bolo doručené do 10 dní od dátumu prekročenia lehoty časovej dostupnosti;
 - nie je možný postup podľa bodu 4.2.1 a neexistuje iný zmluvný PZS, ktorý je schopný poskytnúť danú plánovanú starostlivosť v lehote časovej dostupnosti,²⁰

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

¹⁸ § 40 ods. 9 písm. c) zákona č. 540/2021 Z. z.

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

²⁰ Zdravotná poisťovňa pri posudzovaní tejto skutočnosti čerpá z údajov zverejnených na NCZI.



- c. nedošlo k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti z dôvodov na strane poistenca v prípadoch hodných osobitného zreteľa v súčte o viac ako 90 dní.²¹
- (5) Zdravotná poisťovňa **môže odmietnuť udeliť súhlas** na plánovanú starostlivosť u nezmluvného poskytovateľa ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti presahuje 60 dní od pôvodného navrhovaného predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti uvedenom v návrhu na plánovanú starostlivosť.²² Ak zdravotná poisťovňa odmietne udeliť súhlas, tak ostáva v platnosti pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť, a to aj ak poistenec súhlasil s tým, že pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť bude vyradený.
- (6) Zdravotná poisťovňa pri schválení návrhu uvedie konkrétnu lehotu v rámci ktorej poistenec musí absolvovať plánovanú starostlivosť (60 dní od pôvodne navrhovaného predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti u pôvodného PZS).²³ Zdravotná poisťovňa zároveň uvedie maximálnu výšku úhrady, ktorú uhradí, a to vo výške priemernej úhrady za rovnaký zdravotný výkon so zmluvnými PZS v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti.
- (7) Úhrada zdravotnej starostlivosti: Poistenec si hradí zdravotnú starostlivosť u nezmluvného PZS sám. 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, ktorý 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.

4.2.3 Poskytnutie plánovanej starostlivosti u poskytovateľa v inom členskom štáte EÚ

- (1) Poistenec musí oznámiť zdravotnej poisťovni svoj 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 10 dní od dátumu prekročenia lehoty časovej dostupnosti.²⁴ *Vzor oznámenia je súčasťou vzoru práv a povinností poistenca pri zozname čakajúcich poistencov.*
- (2) Pokiaľ oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti v inom členskom štáte EÚ neobsahuje informáciu o konkrétnom poskytovateľovi, zdravotná poisťovňa vyzve 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 presahuje lehotu časovej dostupnosti,

²¹ § 40 ods. 17 zákona č. 540/2021 Z. z.

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

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

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



- b. poučenie poistenca o tom, že zaslaním žiadosti súhlasí s tým, že pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť u PZS bude vyradený bezodkladne po tom, ako si dohodne nový dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti v inom členskom štáte EÚ a zdravotná poisťovňa udelila súhlas na poskytnutie plánovanej starostlivosti v inom členskom štáte EÚ,
 - c. identifikačný údaj o konkrétnom PZS z iného členského štátu EÚ, u ktorého poistenec plánuje čerpať plánovanú starostlivosť a konkrétny plánovaný termín poskytnutia plánovanej starostlivosti, ak nimi poistenec disponuje v čase zasielania oznámenia.²⁵
- (4) Poistenec si musí vybrať poskytovateľa z iného členského štátu EÚ, ktorý akceptuje prenosný formulár S2. Zdravotná poisťovňa v uvedenom prípade upozorní poistenca 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 pôvodný navrhovaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti o viac ako 60 dní, 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: Zdravotná poisťovňa udelí súhlas na plánovanú starostlivosť u poskytovateľa v inom členskom štáte EÚ do 10 dní odo dňa doručenia **úplného** oznámenia záujmu, ak:
- a. oznámenie záujmu o uhradenie starostlivosti v inom členskom štáte bolo doručené do 10 dní od dátumu prekročenia lehoty časovej dostupnosti;
 - 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 PZS, ktorý je schopný poskytnúť danú plánovanú starostlivosť),²⁶
 - c. nedošlo k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti z dôvodov na strane poistenca v prípadoch hodných osobitného zreteľa v súčte o viac ako 90 dní (§ 40 ods. 17);
- (6) Zdravotná poisťovňa môže odmietnuť udeliť súhlas ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti presahuje 60 dní od pôvodného navrhovaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti (§ 40 ods. 16 zákona). Ak zdravotná poisťovňa odmietne žiadosť z vyššie uvedených dôvodov, tak ostáva v platnosti pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť, aj ak poistenec v oznámení súhlasil s tým, že pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť bude vyradený.
- (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, poistenec musí neskôr doplniť potrebné údaje, najneskôr do 15 dní od výzvy na doplnenie zo zdravotnej poisťovne, aby zdravotná poisťovňa mohla poistencovi vystaviť formulár S2. Zdravotná poisťovňa môže stanoviť časovú platnosť formuláru S2 po dobu 60 dní od pôvodne navrhovaného predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti. Poistenec následne s vystaveným formulárom S2 čerpá zdravotnú starostlivosť u PZS v inom členskom štáte EÚ.

²⁵ Žiadosť teda môže, ale nemusí, obsahovať konkrétneho poskytovateľa v inom členskom štáte EÚ, u ktorého poistenec plánuje čerpať plánovanú zdravotnú starostlivosť a konkrétny termín plánovanej starostlivosti.

²⁶ ZP bude vychádzať z údajov zverejnených na NCZI.



- (8) Úhrada zdravotnej starostlivosti: Zdravotná poisťovňa uhradí za poskytnutú zdravotnú starostlivosť u PZS v inom členskom štáte EÚ podľa osobitného predpisu.²⁷

4.3 Prekročenie lehoty časovej dostupnosti schváleného návrhu z dôvodu posunu plánovaného termínu

- (1) Ak sa pri aktualizácii predpokladaného termínu plánovanej starostlivosti **z dôvodu na strane poskytovateľa** (aktualizácia podľa bodu 2.2.1) presiahne lehota časovej dostupnosti a poistenec nesúhlasí s takýmto presunom termínu, zdravotná poisťovňa je povinná bezodkladne ako sa o tejto skutočnosti dozvie postupovať podľa bodu 4.2 a zabezpečiť náhradného PZS. Pri výpočte lehoty časovej dostupnosti sa zohľadňuje aj dĺžka trvania prerušenia, avšak v maximálnej dĺžke 10 dní. To znamená, že trvanie prerušenia v maximálnej dĺžke 10 dní sa nezapočítava do lehoty časovej dostupnosti.
- (2) Ak sa pri aktualizácii predpokladaného termínu plánovanej starostlivosti **z dôvodu na strane poistenca** podľa 2.1.1. (t. j. návrh na plán. ZS bude **prerušný**) presiahne lehota časovej dostupnosti a poistenec nesúhlasí s takýmto presunom termínu, zdravotná poisťovňa je povinná bezodkladne ako sa o tejto skutočnosti dozvie, postupovať podľa bodu 4.2. a zabezpečiť náhradného PZS. Výnimkou je situácia, kedy dôjde k prerušeniu lehoty plánovanej starostlivosti v prípadoch hodných osobitného zreteľa na strane poistenca o viac ako 90 dní, vtedy zdravotná poisťovňa nepostupuje podľa bodu 4.2, ale poistenca úplne vyradí zo zoznamu čakajúcich poistencov.²⁸ Pri výpočte lehoty časovej dostupnosti sa zohľadňuje aj dĺžka trvania prerušenia, t. j. trvanie prerušenia sa nezapočítava do lehoty časovej dostupnosti.
- (3) Ak sa predpokladaný termín plánovanej starostlivosti posunie **z dôvodu na strane poistenca podľa bodu 2.2.2** (t. j. návrh na plánovanú starostlivosť **NIE JE prerušný**), tak sa tento presun automaticky považuje za presun so súhlasom poistenca a zdravotná poisťovňa neuplatňuje postup podľa bodu 4.2 v prípade prekročenia lehoty časovej dostupnosti.

5 Zoznam čakajúcich poistencov v NCZI

- (1) Zdravotná poisťovňa zasiela všetky údaje NCZI v štruktúre „998n“ do nasledujúceho pracovného dňa od aktualizácie.
- (2) NCZI zverejňuje na svojej webovej stránke súhrnný zoznam čakajúcich poistencov za všetky zdravotné poisťovne.
- (3) NCZI zverejňuje 2 typy informácií:
- zoznamy čakajúcich poistencov za poistencov všetkých zdravotných poisťovní podľa jednotlivých PZS a medicínskych služieb. Tieto zoznamy obsahujú identifikátor návrhu na plánovanú starostlivosť, aby si poistenec vedel overiť aktuálny stav svojho zaradenia;
 - súhrnné štatistiky: priemerné čakacie doby, počet čakajúcich poistencov, počet poistencov, ktorí prekročili lehodu časovej dostupnosti, a predpokladaný termín 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.

²⁷ § 9b zákona č. 580/2004 Z. z.

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



- (4) NCZI aktualizuje zverejnené zoznamy čakajúcich poistencov bezodkladne od prijatia aktualizácie zo zdravotnej poisťovne.²⁹ NCZI zároveň zverejní na svojom webovom sídle anonymizovanú databázu na dennej báze, za účelom plnenia povinností zdravotnej poisťovne podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona – hľadanie náhradného PZS s kratším predpokladaným termínom plánovanej starostlivosti.

6 Postup pri zmene kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti

6.1 Migrácia existujúcich čakacích listín

- (1) Zdravotné poisťovne pripravia zoznam s návrhmi na plánovanú starostlivosť na všetkých poistencov, ktorí boli nahlásení na zoznam čakajúcich poistencov v roku 2023 a majú dohodnutý termín plánovanej starostlivosti po 1. januári 2024 podľa pôvodných zoznamov čakajúcich poistencov platných v roku 2023. Zdravotné poisťovne zašlú tento zoznam PZS na vytvorenie návrhov na plánovanú starostlivosť podľa novej legislatívy. PZS následne doplnia ID návrhov a doplnia povinné polia z dávky 998 pre tie návrhy, ktoré majú medicínsku službu, pre ktorú je určená časová dostupnosť a zašlú inicializačnú dávku 998 zdravotnej poisťovni najneskôr do 30 dní od doručenia.³⁰
- (2) Zdravotná poisťovňa zašle PZS zoznam s údajmi vo formáte Microsoft Excel, pričom štruktúra požiadavky na doplnenie je jednotná pre každú zdravotnú poisťovňu. Výmena zoznamu na doplnenie môže prebiehať viackrát/opakovane. Vzor štruktúry je súčasťou tohto odborného usmernenia a je zverejnený na webovom sídle ministerstva. Súbor na doplnenie obsahuje
- rodné číslo poistenca, meno a priezvisko poistenca,
 - zdravotná poisťovňa poistenca, a v prípade zmeny zdravotnej poisťovne aj uvedenie novej zdravotnej poisťovne,
 - diagnóza poistenca,
 - WL*** kód
 - lokalizácia,
 - kód nižšej zložky (oddelenie), ktorá nahlásila plánovaný výkon,
 - dátum a čas evidencie na zoznam čakajúcich poistencov.
- (3) Polia dávky 998 pre inicializačnú dávku:
- povinné
 - ID návrhu, pričom rok v ID návrhu (WPPPPPPXRR99999) zahŕňa skutočný rok dátumu indikácie zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa pre tieto prípady nastaví prerušenia (dôvod prerušenia = iné) trvajúci od dátumu pôvodného vytvorenia návrhu až do 31.12.2023.
 - dátum a čas VYHOTOVENIA NÁVRHU NA PLÁNOVANÚ STAROSTLIVOSŤ = skutočný dátum, kedy PZS pôvodne zaslal návrh zdravotnej poisťovni.

²⁹ § 12 ods. 3 písm. y) a z) zákona č. 153/2013 Z. z. v znení účinnom od 1. januára 2024.

³⁰ § 45 ods. 16 zákona č. 540/2021 Z. z. v znení účinnom od 1. januára 2024: *Zoznam poistencov zaradených do zoznamu čakajúcich poistencov podľa právnych predpisov účinných do 31. decembra 2023 zašle zdravotná poisťovňa prevádzkovateľovi nemocnice na doplnenie návrhov na plánovanú starostlivosť a prevádzkovateľ nemocnice zašle návrhy na plánovanú starostlivosť zdravotnej poisťovni do 30 dní od doručenia.*



- iii. lokalizácia diagnózy, pričom sa uvádza jedna z nasledovných hodnôt: L = vľavo, P = vpravo, B = bilaterálne, Z = neurčené.
 - b. nepovinné: telefónne číslo, pričom však PZS túto položku musí vyplniť za každých okolností, a teda aj ak telefónnym číslom poisťovňa nedisponuje – v tom prípade uvedie fiktívne číslo v tvare 999999999.
- (4) V prípade týchto návrhov na plánovanú starostlivosť sa nevyžaduje podpis poisťovne. Zdravotná poisťovňa odmietne návrh na plánovanú starostlivosť ak poisťovňa nie je u nej poistený; PZS bezodkladne zašle tieto návrhy na zdravotnú poisťovňu poisťovne.
- (5) Od 1. januára 2024 PZS začnú tvoriť štandardné dávky 998 na hlásenie nových návrhov na plánovanú starostlivosť podľa platnej kategorizácie. Pre tieto zoznamy čakajúcich poisťovňov sa uplatňujú všetky povinnosti a pravidlá určené zákonom č. 540/2021 Z. z, pričom sa uplatňuje aj postup stanovený týmto usmernením. PZS nemôže späťne zaslať návrhy na plánovanú starostlivosť, v ktorých bola plánovaná starostlivosť indikovaná pred 1. januárom 2024, a ktoré majú určenú časovú dostupnosť podľa kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti od 1. januára 2024. Jediná výnimka je situácia, keď poisťovňa bol zaradený na zoznam čakajúcich poisťovňov podľa právnych predpisov platných v roku 2023.

6.2 Vytváranie návrhov pri zmenách účinných od 1. januára kalendárneho roka

- (1) Na vyhotovenie návrhu na plánovanú starostlivosť sa vzťahujú podmienky a lehoty časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti platné v čase vyhotovenia návrhu.
- (2) Pokiaľ je zmenou kategorizácie ústavnej starostlivosti ustanovená časová dostupnosť pre novú medicínsku službu, PZS je povinný začať vytvárať návrhy na plánovanú starostlivosť na danú medicínsku službu od dátumu začiatku platnosti kategorizácie. PZS nesmie späťne hlásiť plánovanú starostlivosť pre danú medicínsku službu, ktorá bola naplánovaná pred začiatkom platnosti novej kategorizácie.

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 odborného 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) Oddelovací znak bude znak | (pipe, Unicode code point = U+007C , TTF-8 (hex) = 7c). Oddelovací znak | používať aj na konci riadku. Hodnoty reťazcov v dávkach nesmú obsahovať znak reprezentujúci oddelovač.

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 je vytvorený alebo aktualizovaný minimálne jeden návrh na plánovanú starostlivosť. PZS má povinnosť hlásiť 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).

- a. **typ záznamu N = nový návrh.** Slúži na zaslanie nového návrhu. ID návrhu nesmie 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, a s tým súvisiaci súhlas poistenca s posunom termínu, ktorý prekračuje lehotu časovej dostupnosti.

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 musí vždy obsahovať 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 dávky 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 dávky
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) Dávku 998n zasiela zdravotná poisťovňa NCZI každý pracovný deň. Údaje o návrhoch je potrebné zasielať 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



8 Účinnosť legislatívneho rámca plánovanej starostlivosti

- (1) Plánovaná starostlivosť je definovaná v § 40 a § 42 zákona s účinnosťou predmetných ustanovení od 1. januára 2024.
- (2) Zákonom č. 454/2023 Z. z. zo dňa 22. novembra 2023 (ďalej len „novela zákona“) došlo k úprave účinnosti ustanovenia § 3 ods. 1 písm. c) štvrtého bodu zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 518/2022 Z. z. okrem štruktúry údajov od zdravotných poisťovní podľa § 39 ods. 2, § 39 ods. 1 písm. d) dvadsiateho druhého až dvadsiateho piateho bodu, § 40 ods. 5 druhej vety, § 40 ods. 9 písm. c), § 40 ods. 12 až 18, § 42 ods. 1 štvrtej vety a § 42 ods. 3 písm. k) tak, že tieto ustanovenia sa do 31. decembra 2024 neuplatňujú, t. j. tieto ustanovenia nadobudnú účinnosť 1. januára 2025.
- (3) Novela zákona a odklad účinnosti vybraných ustanovení zákona podľa ods. 2 sa vzťahuje
 - i. ku kapitole 1,
 - a. ods. 1,
 - b. bodu 1.1 ods. 5 a ods. 12,
 - c. bodu 1.2 ods. 1 druhá veta,
 - d. bodu 1.3.2 ods. 2,
 - e. bodu 1.4.1 ods. 1,
 - ii. kapitole 2,
 - a. bodu 2.1.1 ods. 1 písm. c,
 - b. bodu 2.1.2 ods. 3,
 - c. bodu 2.2.1 ods. 2 posledné dve vety,
 - d. bodu 2.2.2 ods. 1 posledná veta,
 - e. bodu 2.3.2 ods. 1 posledná veta,
 - iii. kapitole 3, ods. 2 prvá veta,
 - iv. kapitole 4
 - v. kapitole 5, ods. 4 časť druhej vety začínajúcej „za účelom plnenia povinností“

tohto odborného usmernenia.

Zuzana Dolinková
ministerka zdravotníctva