

Metodika pro předávání dat do Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS)

Metodický materiál Národního zdravotnického informačního systému (NZIS)

Autorský kolektiv vedený:	Petr Klika, Milan Blaha a kol.
Verze:	Verze 001, revize 018
Datum:	7.12.2016
Platnost:	Platnost od 1. 12. 2016



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Obsah

Úvod	3
Cíl dokumentu	3
Použité zkratky a symboly	3
Poděkování	3
Používané pojmy v oblasti úhrad za zdravotní služby a produkce zdravotních služeb	4
Legislativní předpisy a další dokumenty	5
Účel sběru dat	5
Rozsah sbíraných dat	6
Termíny pro vznik Registru a předání dat do něj	7
Zapojené subjekty v Registru	8
Použití metodiky a datového rozhraní	8
Technické řešení zajištění sběru dat a ochrany osobních údajů	9
Identifikace subjektů uváděných v Registru	9
1. Seznam předávaných údajů do Registru	11
1.1. Data o poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných zdravotních službách	11
1.2. Data o individuálních úhradách poskytovatelům	13
1.3. Poskytovatelé zdravotních služeb	14
1.4. Data o věcném, technickém a personálním vybavení jednotlivých pracovišť	16
1.5. Číselníky a seznamy	19
2. Rámcový způsob předání dat	22
2.1. Registrace přístupů do Registru	22
2.2. Proces předání dat	22
2.3. Převzetí, validace a akceptace / odmítnutí exportu	23
3. Základní principy architektury systému	25
3.1. Předávací servery	26
3.2. Správa primárních dat	26
3.3. Provádění výstupů a analýz	26
3.4. Externí služby eGovernmentu	26
4. Ochrana osobních a jiných citlivých údajů v Registru	28
Příloha A: Přehled sledovaných údajů v NZIS pro potřeby vedení registrů	29

Úvod

Cíl dokumentu

Tato metodika předávání dat řeší v návaznosti na novelu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) realizovanou zákonem č. 147/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, rozsah dat předávaných zdravotními pojišťovnami do Národního registru hrazených zdravotních služeb a podrobněji také upravuje proces předávání dat, včetně rolí subjektů v procesu a způsob zabezpečení dat.

Použité zkratky a symboly

AIFO	Agendový identifikátor fyzické osoby
ČR	Česká republika
DMZ	Demilitarizovaná zóna
DR	Datové rozhraní
DRG	Systém oceňování nákladů na léčbu pacientů s příbuznými diagnózami
eGSB	eGON Service Bus
EU	Evropská unie
IČO	Identifikační číslo organizace
IČP	Identifikační číslo pracoviště
IČZ	Identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb
ISZR	Informační systémy základních registrů
IT	Informační technologie
MV ČR	Ministerstvo vnitra České Republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České Republiky
NRHZZ	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
RÚIAN	Registr územní identifikace, adres a nemovitostí
SZP	Svaz zdravotních pojišťoven ČR
ÚOOÚ	Úřad na ochranu osobních údajů ČR
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VPN	Virtual Private Network
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPP	Zdravotně pojistný plán
ZZ	Poskytovatel zdravotních služeb (zdravotnické zařízení)

Poděkování

Na přípravě metodiky konzultačně spolupracovala řada expertů zainteresovaných institucí, kterým autorský kolektiv děkuje za cenné připomínky a podněty. Jednalo se především o:

- Ing. Roman Staněk, Ing. Robert Grohoř, Ing. Ladislav Komínek a kolektiv (VZP ČR)
- Ing. Zdeněk Vitásek a kolektiv (SZP ČR)
- Ing. Petr Kuchař, Ing. Ondřej Felix, Ing. Petr Tiller a kolektiv (MV ČR)

Používané pojmy v oblasti úhrad za zdravotní služby a produkce zdravotních služeb

extramurální péče	Vyžádanou extramurální péčí se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně.
indukovaná péče	Vyžádaná péče minimálně mezi dvěma IČZ
očekávaná úhrada PZS	Dohadné položky za PZS. Dohadné položky jsou případy pohledávek (a s nimi spojených výnosů) a závazků (a s nimi spojených nákladů), které věcně patří do běžného účetního období, ale nemohou být zaúčtovány, protože nejsou doloženy dokladem a není tedy známá ani přesná výše částky, která bude uhrazena nebo přijata. Částka je tedy odhadována, přičemž se vychází ze známých (obvyklých) skutečností nebo dohod. Dohadné položky se účtují na dohadné účty .
preskribované služby	Péče předepsaná – jedná se o zdravotní služby, poskytované na základě receptů a poukazů, tj. předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky.
regres u péče	Druh postihu vůči tomu, kdo zavinil vynaložení nákladu za zdravotní péči (obecně kdo způsobil škodu).
regulace péče	Regulační omezení definované vyhláškou MZ o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro příslušný kalendářní rok. Regulační omezení se z pravidla týká: <ul style="list-style-type: none"> - Úhrady formou případového paušálu - Úhrady vyčleněné z úhrady formou případového paušálu - Předepsaných léčivých přípravků - Předepsaných zdravotnických prostředků, - Vyžádané péče - Překročení průměrných úhrad
revize péče	Prokáže-li kontrola revizními lékaři ZP neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb, zdravotní pojišťovna takové služby neuhradí. Pokud kontrola prokáže, že pojištěnci byl předepsán léčivý přípravek v rozporu s podmínkami stanovenými v rozhodnutí Ústavu o výši a podmínkách úhrady a zdravotní pojišťovna tento léčivý přípravek poskytovateli lékárenské péče uhradila, má příslušná zdravotní pojišťovna právo na úhradu zaplacené částky za takový léčivý přípravek poskytovatelem, kde byl léčivý přípravek předepsán
úhrada PZS	Úhrada dle § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, vyplývající ze smluv s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených služeb. Dle příslušných vyhlášek o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro příslušný kalendářní rok jde o celkové finanční vypořádání s PZS.
vlastní péče	Péče ve vlastním prostředí jednoho IČZ.
vyžádaná péče	Péče, kterou si vyžádá nositel výkonu dané odbornosti, po nositeli výkonu jiné odbornosti. Vyžádaná péče může být intramurální (v rámci jednoho IČZ) nebo extramurální (minimálně mezi dvěma IČZ)

Legislativní předpisy a další dokumenty

Národní registr hrazených zdravotních služeb (dále jen „*Registr*“) je právně zakotven v novele **Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, dále jen „*Zákon o zdravotních službách*“, a to zákonem č. 147/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, s účinností od 1. 7. 2016.

Metodika pro předávání dat do *Registru* (dále jen „*Metodika*“) je obsahem tohoto dokumentu, datové rozhraní je uvedeno v samostatném dokumentu *Datové rozhraní Národního registru hrazených zdravotních služeb* (dále jen „*Datové rozhraní*“).

Sběr dat bude probíhat v souladu se *Zákonem o zdravotních službách* a dalšími právními předpisy, zejména:

- Prováděcí právní předpis k zákonu o zdravotních službách - vyhláška č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, dále jen „*Vyhláška o předávání dat do NZIS*“, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 181/2014 Sb., o kybernetické bezpečnosti a o změně souvisejících zákonů (zákon o kybernetické bezpečnosti), ve znění pozdějších předpisů

a přiměřeně

- Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Další dokumenty použité při návrhu

Při tvorbě metodiky byly zohledněny následující podpurné dokumenty v aktuálním znění:

- [Datové rozhraní VZP](#) – individuální doklady, číselníky (dále jen „*Datové rozhraní VZP*“)
- [Smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb](#) (dále jen „*Smlouva*“)
- [Příloha č. 2](#) Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „*Příloha 2*“)
- [Metodika pro tvorbu zdravotně pojistného plánu](#) (dále jen „*Metodika ZPP*“)
- [Zvláštní smlouva pro Centra](#) (dále jen „*Zvláštní smlouva*“)

Účel sběru dat

Základním účelem sběru dat do Národního registru hrazených zdravotních služeb je naplnění *Zákona o zdravotních službách*, a to v oblasti:

- Produkce oficiálních statistik populačního zdraví a zdravotních služeb,
- Tvorby indikátorů kvality a efektivity poskytovaných zdravotních služeb,
- Realizace a zpracování výběrových šetření o potřebě a spotřebě zdravotních služeb,

- Validace obsahu zdravotnických registrů NZIS a dat z rezortního Programu statistických zjišťování sbíraná podle zákona o státní statistické službě, která jsou součástí NZIS,
- Vývoje a správy klasifikačního systému CZ-DRG (nad daty všech poskytovatelů akutní lůžkové péče),
- Tvorby podkladů pro optimalizaci systému úhrad zdravotních služeb v ČR,
- Potřeb vědy a výzkumu v oblasti zdravotnictví,
- Zpracování údajů pro statistické účely, včetně poskytování informací pro mezinárodní instituce.

Na tomto místě je také důležité zmínit, co účelem *Registru* není. Data mají sloužit primárně k různým statistickým výstupům a analýzám. Účelem *Registru* není v žádném případě nahrazovat či zdvojovat roli zdravotních pojišťoven. *Registr* rovněž nebude sloužit k podávání jakýchkoli zpráv o primárních datech či primárních dat samotných třetím subjektům. K tomuto účelu mohou tyto subjekty oslovit přímo zdravotní pojišťovny, které zůstávají primárními správci a editory poskytovaných dat. ÚZIS ČR rovněž nepřebírá žádnou roli v procesu hodnocení a validace primárních dat zdravotních pojišťoven. Tedy žádná jednotlivá obsahová chyba v předaných datech (ať už vzniklá vykazáním na straně poskytovatelů, procesem zpracování těchto dat v pojišťovně nebo při exportu do *Registru*) není důvodem k odmítnutí předaného exportu jako takového. Kontroly a validace dat budou prováděny jen na statistické úrovni, jak je popsáno v kapitole [2.3](#). Pokud hladina chybovosti nepřesáhne (v téže kapitole popsané) přípustné limity, budou předaná data akceptována, pouze chybné záznamy budou označeny a mohou být vyřazeny z některých (nebo všech) následných analýz. O těchto procesech musí být vždy příslušná zdravotní pojišťovna informována.

Rozsah sbíraných dat

Rozsah předávaných dat je určen v § 77a *Zákona o zdravotních službách*:

(1) *Národní registr hrazených zdravotních služeb obsahuje údaje o obsahu, datu a čase poskytnutí zdravotní služby, o fyzické nebo právnické osobě, která zdravotní službu poskytla, pojištěnci, kterému byla zdravotní služba poskytnuta, a o provedených úhradách zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění.*

(2) *Do Národního registru hrazených zdravotních služeb předává údaje podle odstavce 1 zdravotní pojišťovna, která zdravotní službu uhradila, a to*

a) *identifikační údaje zdravotní pojišťovny, která úhradu zdravotních služeb provedla,*

b) *identifikační údaje*

1. *poskytovatele, včetně identifikace pracoviště,*

2. *poskytovatele sociálních služeb, který poskytuje zdravotní služby podle § 11 odst. 2 písm. b),*

c) *rozsah zdravotních služeb, o jejichž poskytování a úhradě uzavřela zdravotní pojišťovna s poskytovatelem nebo poskytovatelem sociálních služeb uvedeným v písmenu b) bodu 2 smlouvu podle*

zákona o veřejném zdravotním pojištění

d) údaje o personálním zabezpečení a věcném a technickém vybavení poskytovatele, k jejichž zajištění se zavázal zdravotní pojišťovně ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb uzavřené podle zákona o veřejném zdravotním pojištění,

e) vymezení zdravotních služeb, za které byla úhrada provedena,

f) výši úhrady za zdravotní služby vymezené podle písmene e), poskytnuté zdravotní pojišťovnou,

g) typ úhrady a

h) období, v němž byly poskytnuty zdravotní služby vymezené podle písmene e), za které zdravotní pojišťovna poskytla úhradu ve výši uvedené podle písmene f).

(3) Do Národního registru hrazených zdravotních služeb dále zdravotní pojišťovna uvedená v odstavci 2 předává

a) identifikační číslo pojištěnce, kterému byla poskytnuta zdravotní služba specifikovaná podle písmene b) a uhrazená zdravotní pojišťovnou poskytovateli nebo poskytovateli sociálních služeb,

b) specifikaci zdravotní služby poskytnuté pojištěnci, včetně uvedení data poskytnutí zdravotní služby.

Definice předávaných údajů je uvedena v kapitole **1 SEZNAM PŘEDÁVANÝCH ÚDAJŮ DO REGISTRU** a přesné datové rozhraní je obsahem samostatné přílohy této *Metodiky* (viz část **LEGISLATIVNÍ PŘEDPISY A DALŠÍ DOKUMENTY**).

Termíny pro vznik Registru a předání dat do něj

Vznik Registru je časově vymezen Přechodnými ustanoveními zákona č. 147/2016 Sb., čl. II:

1. Ministerstvo zdravotnictví zřídí

b) Národní registr hrazených zdravotních služeb do 6 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona,

4. Zdravotní pojišťovny předají do Národního registru hrazených zdravotních služeb do 180 dnů ode dne zřízení tohoto registru údaje podle § 77a odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, pokud se vztahují ke zdravotním službám poskytnutým po 1. lednu 2010.

Zapojené subjekty v Registru

Role subjektů v systému *Registru* jsou následující:

- **Zdravotní pojišťovna** – poskytuje data do *Registru*, má kontrolu nad přenosy dat ze svého informačního systému do *Registru* včetně evidence všech provedených exportů. Může požadovat po ÚZIS ČR analytické reporty, které jsou nad jejími vlastními daty + případné porovnání s agregovanými daty ostatních ZP, to vše v souladu s podmínkami stanovenými *Zákonem o zdravotních službách* a interními postupy ÚZIS ČR vztahujícími se na předávání dat a analýz zpravodajským jednotkám NZIS.
- **Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR)** – zákonný věcný a technický správce a provozovatel *Registru*, garantuje bezpečnost dat včetně zajištění bezpečnosti osobních a dalších údajů v souladu s platnými právními předpisy, kontroluje kvalitu předávaných dat a reprezentativnost statistických a analytických výstupů z *Registru*.
- **Externí subjekty** – mohou na základě adresné žádosti čerpat informační servis; jsou jim předávány pouze údaje v takové podobě, ze které nelze určit konkrétní fyzickou nebo právnickou osobu v registru evidovanou. Každé externí předání dat podléhá posouzení žádosti daného externího subjektu poradou vedení ÚZIS ČR a je řádně protokolárně posouzeno a zaznamenáno. Týká se i požadavků MZ ČR a jiných státních institucí.

Žádné další subjekty do systému *Registru* nevstupují.

Použití metodiky a datového rozhraní

Aktuální, historické i připravované verze *Metodiky* a *Datového rozhraní* jsou zveřejňovány [na stránkách správce Registru](#). Za přípravu těchto materiálů je zodpovědný ÚZIS ČR, který na jejich přípravě spolupracuje se všemi zdravotními pojišťovnami.

Každá verze *Metodiky* a *Datového rozhraní* má určeno verzi a datum zahájení a ukončení platnosti, které je standardně uváděno k prvnímu dni některého z čtvrtletí příslušného roku (obvykle čtvrtletí následujícího po datu vydání dokumentu). Materiály jsou potom platné pro všechny exporty, prováděné od zmíněného data. V odůvodněných případech může ÚZIS ČR ponechat v platnosti dočasně i více metodik a datových rozhraní současně, zpravidla metodiku novou a poslední předcházející. Cílem je možnost vytvořit na dobu nezbytně nutnou přechodné období pro případ větších změn, které si vyžádají časově náročné úpravy na straně ZP. V přechodném období budou do *Registru* přijímána data podle všech aktuálně platných metodik a datových rozhraní.

Obsahové změny *Metodiky* a *Datového rozhraní*, které mají vliv na strukturu a obsah předávaných dat, jsou označeny vyšší verzí dokumentů (oba dokumenty mají shodné číslování). Verze použité *Metodiky* a *Datového rozhraní* je uváděna při předání dat. Změny, které se týkají pouze popisu, upřesnění pojmů apod. (tedy nemají na předávaná data výraznější vliv) jsou označovány zvýšením čísla revize dokumentu. Revize není v předaných datech nijak zaznamenána.

Technické řešení zajištění sběru dat a ochrany osobních údajů

Data budou do *Registru* předávána výhradně dávkově podle *Datového rozhraní* (v samostatné příloze této *Metodiky*). Předání dat se bude skládat ze dvou kroků:

1. Identifikátory pojištěnců budou předávány výhradně pomocí služeb eGovernmentu a překladů AIFO, tedy nebudou předávána čísla pojištěnců ani jiné adresné údaje, umožňující **nevidovanou a nepovolenou** identifikaci či ztotožnění jedince mimo služby eGovernmentu (viz následující část **IDENTIFIKACE SUBJEKTŮ UVÁDĚNÝCH V REGISTRU**); pouze u neztotožněných pojištěnců na straně pojišťovny budou použity interní (bezvýznamové) identifikátory osob a doplňující neadresné statistické kvalifikátory (viz další část).
2. Vlastní data budou předávána vzdáleným přístupem nebo na fyzickém datovém nosiči, jak je popsáno v části **2.2**.

Spolu s daty je třeba současně předat i předávací protokol v elektronické podobě přes webový portál resp. webovou službu, a to i v případech předání dat na fyzickém nosiči. Po převzetí bude předávajícímu vystaven protokol o převzetí, opět v podepsané elektronické podobě resp. webovou službou.

Podrobnosti o technickém zajištění sběru dat a jejich ochraně jsou uvedeny v kapitolách **2**, **3** a **4**.

Identifikace subjektů uváděných v Registru

Zdravotní pojišťovny

Zpravodajskými jednotkami (předávajícími data do *Registru*) jsou v tomto případě všechny zdravotní pojišťovny (subjekty zajišťující procesy veřejného zdravotního pojištění) ČR, které předávají data získaná od poskytovatelů zdravotních služeb a s nimi související další záznamy (např. o proplacených úhradách za tyto služby pojišťovnou). Každá pojišťovna je definována svým IČO a kódem pojišťovny (například IČO 41197518, kód 111).

Poskytovatelé zdravotních služeb

Dalšími subjekty, které jsou v *Registru* identifikovány, jsou poskytovatelé zdravotních služeb, jejich zdravotnická zařízení a pracoviště. Ti budou identifikováni pomocí kombinace kódů IČO, IČZ a IČP. Jako nepovinný parametr bude možné uvádět interní identifikátor zdravotnického zařízení, který bude neměnný při formální změně identifikátorů (IČO nebo IČZ). Konkrétní pracovníci evidovaní ve smluvních ujednáních u těchto poskytovatelů jsou identifikováni náhradním neadresným identifikátorem pracovníka. Ten je jednoznačný a neměnný pro danou pojišťovnu, ale neobsahuje žádné konkrétní osobní identifikátory zaměstnance.

Mezi poskytovatele budou spadat i subjekty třetích stran, pokud jsou jim účtovány náklady na poskytnuté zdravotní služby pojištěncům dané ZP jinými PZS. Budou identifikováni pouze svým kódem IČO.

Pojištěnci

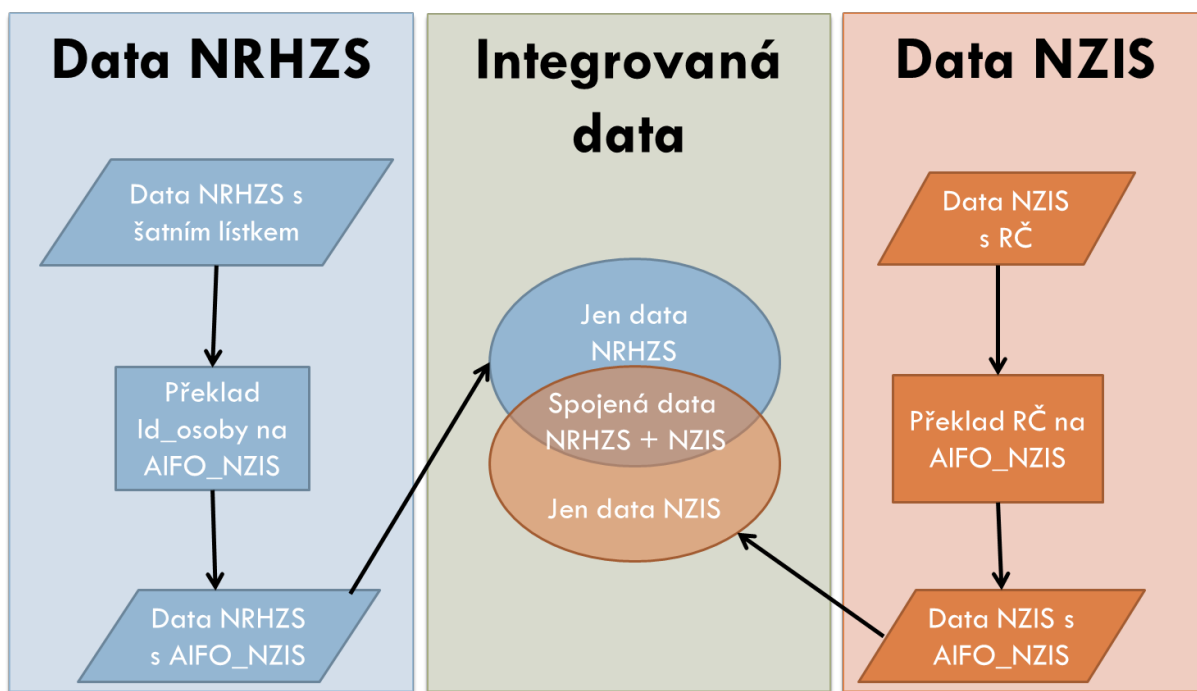
Poslední skupinou subjektů identifikovaných v *Registru* jsou pojištěnci (pacienti). Ti byli dosud v systému NZIS obvykle identifikováni rodným číslem, případně číslem pojištěnce, v souladu se *Zákonem o zdravotních službách*, § 52, písm. b):

Při zpracování osobních údajů lze nakládat s rodným číslem pacienta

a) ve zdravotnické dokumentaci vedené o pacientovi,

b) v Národním zdravotnickém informačním systému, pokud se shromažďování nebo zpracování údajů anebo jejich uchování vztahuje ke konkrétnímu pacientovi.

Cílem probíhajícího procesu rekonstrukce NZIS je přechod z identifikace pacientů přes čísla pojištěnců (resp. rodná čísla) na náhradní neadresné identifikátory osob, platné pouze v rámci agendy zdravotnických registrů NZIS – tzv. AIFO. Registr již tedy počítá s mechanismem předávání identifikátorů AIFO z agendy zdravotních pojišťoven na identifikátory AIFO NZIS, jak je popsáno v části 3.4. Následující obrázek znázorňuje princip, jakým budou následně integrována data pacientů tohoto Registru s daty ostatních zdravotních registrů NZIS.



Obrázek 1 Princip integrace dat Registru s ostatními zdravotními registry NZIS

V případech, kdy nejsou pojištěnci dané pojišťovny ztotožnění vůči základním registrům (např. cizinci) nebo je jiný zákonný důvod znemožňující předávat identifikátory definované skupiny pojištěnců (např. příslušníci bezpečnostních složek podléhající režimu utajení), předává se do Registru náhradní bezvýznamový identifikátor osoby (např. interní číslo pojistné smlouvy) a jejich statistické kvalifikátory (věk, pohlaví a lokalita bydliště). Tento princip se použije i v testovacím provozu do doby, než bude zprovozněn mechanismus překladů identifikátorů AIFO mezi různými agendami – do zprovoznění tohoto mechanismu nebudou předávány žádné osobní údaje pojištěnců.

Podrobnější popis práce s osobními údaji je uveden v části 3.4.

1. Seznam předávaných údajů do Registru

Následující kapitoly popisují minimální rozsah a frekvenci předávaných údajů. Přesný popis rozhraní pro předávání těchto dat je popsán v samostatné příloze, závazném *Datovém rozhraní* (viz [LEGISLATIVNÍ PŘEDPISY A DALŠÍ DOKUMENTY](#)). Předávaná data se skládají z následujících bloků údajů:

1.1. Data o poskytovatelem vykázaných a pojišťovnou uznaných zdravotních službách

Tento blok dat je vymezen v *Zákoně o zdravotních službách*, §. 77a, odst. (2) písm. a), b) a dále odst. (3) písm. a) a b) (viz [ROZSAH SBÍRANÝCH DAT](#)).

Jedná se o data o zdravotních službách, které byly vykázané **kdykoliv** před koncem předávaného období všemi poskytovateli zdravotních služeb v ČR formou individuálních dokladů *Datového rozhraní VZP* a následně zdravotní pojišťovnou **v daném období** validované a uznané. Tato data jsou doplněna o identifikaci zdravotních služeb, které byly již předané do *Registru* v předchozích obdobích a **v aktuálním období** pojišťovnou zpětně odmítnuté nebo upravené.

V datech se vždy musí vyskytovat poslední platná verze záznamu o poskytnutých a uznaných zdravotních službách za předávané období. Pro identifikaci korektní verze aktuálně platných záznamů je navržen mechanismus jednoznačné identifikace záznamů a způsob jejich oprav a stornování, který je rovněž popsán v *Datovém rozhraní*.

Předmětem předání jsou data o zdravotních službách, poskytnutých pojištěncům s druhem pojistného vztahu:

- Veřejné zdravotní pojištění (druh pojištění 1)
- Mezistátní pojištění (včetně EU - druh pojištění 4)

V rámci mezistátního pojištění se budou předávat data o poskytnutých zdravotních službách jak pro občany ČR, jejichž zdravotní služby byly v zahraničí uhrazeny dle zákona o v.z.p., tak i pro cizince, resp. pojištěnce EU, kterým byly zdravotní služby ve smyslu zákona o v.z.p. uhrazeny na území ČR. Služby poskytnuté v zahraničí pojištěncům z ČR (nemají podrobné údaje o poskytnutých službách ve vazbě na číselníky) budou vykazovány na speciálním dokladu s kódem 66 (viz níže).

Předávané údaje

Předávat se budou strukturovaná data vykázaná na následujících dokladech *Datového rozhraní VZP*:

- Výkazy výkonů v ambulantní péči (01, 01s)
- Výkazy výkonů v ústavní péči (02,02s)
- Zvlášť účtované léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a Stomatologické výrobky (03,03s)
- Výkazy výkonů nepravidelné péče (05)
- Poukaz na vyšetření/ ošetření ((06ft,06k,06orp,06z)
- Recepty (10)
- Poukazy na brýle a optické pomůcky (12)
- Poukazy na léčebnou a ortopedickou pomůcku (13)
- Poukaz na foniatrickou pomůcku (14)
- Výkazy lázeňské léčebně rehabilitační péče (16)

- Výkazy ozdravenské péče (23)
- Příkaz ke zdravotnímu transportu (34)
- Výkazy cest lékaře v návštěvní službě (36)
- Výkazy výkonů záchranné služby (37)
- Kapitační platba na pojištěnce (64)
- Jiné zdravotní služby poskytnuté pojištěnci (66)

Předávat se budou v definovaném datovém rozhraní i data vykázaná na interních dokladech ZP (neodpovídají *Datovému rozhraní VZP*) dle metodiky jednotlivých ZP:

- Kapitační platby (viz doklad 64)
- Zdravotní služby poskytnuté v zahraničí pojištěncům z ČR (viz doklad 66)
- Jiné zdravotní služby evidované k pojištěncům, např. cestovné pacientů (viz doklad 66)
- Zdravotní služby poskytované ve výjimečných případech dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
 - Budou vykazovány na standardních dokladech, pouze kód zdravotní služby nebude odpovídat žádnému z číselníkových hodnot (obvykle 9999999 apod.)
- Zdravotní služby ovlivněné procesy revizí a regresů
 - Budou vykazovány formou standardního procesu oprav a stornování poskytnutých služeb

Budou sbírány následující konkrétní údaje, které se v *Datovém rozhraní VZP* nacházejí:

- Pojišťovna hradící službu, druh pojistného vztahu
- Poskytovatel zdravotních služeb, jeho zdravotnické zařízení a pracoviště, které službu poskytlo, včetně uvedené odbornosti
- Druh dokladu, na kterém byla služba vykázaná
- Identifikace pojištěnce, kterému byla služba poskytnuta
- Datum poskytnutí služby, zahájení a ukončení hospitalizace, lázeňského nebo ozdravenského pobytu
- U vyžádané zdravotní služby identifikace žadajícího pracoviště včetně uvedené odbornosti, datum jejího vyžádání
- Základní a všechny vedlejší a řádkové diagnózy
- Okolnosti přijetí a propuštění při lůžkové, lázeňské a ozdravenské péči, typy lázeňského nebo ozdravenského pobytu (viz doklady 02, 16 a 23 *Datového rozhraní VZP*)
- Čas a místo zahájení resp. ukončení transportu
- Druh vykázané položky poskytnuté služby, její kód a množství
 - Zahrnuje všechny typy nákladových položek za poskytnuté zdravotní služby – výkony, léčiva a materiál včetně stomatologického, dopravní výkony, ošetřovací dny a ošetřovatelské kategorie, lékový paušál, náklady na lázeňský nebo ozdravenský pobyt
- Příznak specifikující výši úhrady za poskytnutou službu (u léčiv a zdravotnických prostředků)
- Uznané náklady za vykázanou poskytnutou službu, rozděleno na bodovou a korunovou hodnotu služby

Časové vymezení sběru dat

Časové vymezení dle *Vyhlášky o předávání dat do NZIS* (viz [LEGISLATIVNÍ PŘEDPISY A DALŠÍ DOKUMENTY](#)):

- Frekvence předání dat: čtvrtletní, vždy do konce druhého měsíce následujícího po konci daného čtvrtletí (tj. konec měsíců květen, srpen, listopad, únor)

1.2. Data o individuálních úhradách poskytovatelům

Tento blok dat je vymezen v *Zákoně o zdravotních službách*, § 77a, odst. (2) písm. a), b), e), f), g) a h) (viz [LEGISLATIVNÍ PŘEDPISY A DALŠÍ DOKUMENTY](#)).

Jedná se o data ročních úhrad za vykázané a následně uznané zdravotní služby všech jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb.

Předávané údaje

Výše úhrad poskytovatelům dle segmentů ve Zdravotně pojistném plánu

Struktura segmentů Zdravotně pojistného plánu je definována v Metodice pro tvorbu zdravotně pojistného plánu, kterou vydává MZ ČR ve spolupráci s MF ČR na příslušný kalendářní rok. Jde o tabulku 12 metodiky - Struktura nákladů na zdravotní služby podle jednotlivých segmentů. Uvádí se vždy na nejnižší možnou úroveň, uvedenou v této metodice. Sjednocení metodiky pro zařazování poskytovatelů do jednotlivých segmentů bude řešeno s dotýcnými institucemi.

Data jsou sbírána dvakrát ročně, vždy výše celkového finančního vypořádání na základě smluv s PZS v Kč, dle aktuálního stavu k 30. 6. a k 31. 12. následujícího roku. Dle úhradové vyhlášky se celkové finanční vypořádání uskutečňuje do 180 dnů po skončení hodnoceného období, tj. do 30. 6. V případě uplatnění reklamace daného vyúčtování nebo dovykázaní služeb může i po 30. 6. dojít k úpravě původního celkového finančního vypořádání, tzn., že tyto případné změny budou promítnuty v předaných datech k 31. 12. Do výše finančního vypořádání nejsou zahrnuty údaje o zápočtech, postoupených pohledávkách, splátkových kalendářích atd. Neočekává se přesná shoda s údaji na výročních zprávách.

Mezi úhrady poskytovatelům zdravotních služeb budou spadat i úhrady třetím subjektům (např. distributorům léčiv) za poskytnuté zdravotní služby pojištěncům dané ZP u smluvních PZT, pokud byla smluvně dohodnuta tato forma úhrady vybraných služeb (např. očkovací látky). V tomto případě bude třetí strana zastupovat roli poskytovatele a bude identifikována svým kódem IČO.

Jsou sbírány následující údaje:

- Identifikace poskytovatele zdravotních služeb a jeho zařízení
- Období, za které byla úhrada poskytnuta (rok)
- Období, ke kterému je zúčtování provedeno (30. 6. nebo 31. 12.)
- Segment zdravotních služeb (viz výše)
- Výše celkového finančního vypořádání s PZS
 - Celková úhrada za poskytnuté zdravotní služby poskytovateli zdravotních služeb za předcházející rok, vyplývající ze smluv s poskytovateli o poskytování a úhradě

hrazených služeb, definovaných v § 17 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

- Regulace za vyžádanou péči a preskripci
 - Snížení úhrady za poskytnuté zdravotní služby z titulu regulačního omezení objemu vyžádaných zdravotních služeb a náklady za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, dle úhradové vyhlášky

Do výše finančního vypořádání s PZS budou zahrnuty i finanční ohodnocení výsledků z revizí a regresů, které mohou být vykazovány na interních dokladech ZP dle jejich vlastních metodik.

Očekávaná úhrada dle struktury zdravotně pojistného plánu – stav k 30. 6.

Dohadné položky za PZS – případy pohledávek (a s nimi spojených výnosů) a závazků (a s nimi spojených nákladů), které věcně patří do běžného účetního období, ale nemohou být zaúčtovány, protože nejsou doloženy dokladem a není tedy známá ani přesná výše částky, která bude uhrazena nebo přijata. Částka je tedy odhadována, přičemž se vychází ze známých (obvyklých) skutečností nebo dohod. Dohadné položky se účtují na dohadné účty.

- Pojišťovna
- Období, za které má být úhrada poskytnuta (rok)
- Segment zdravotních služeb (viz výše)
- Výše očekávané úhrady
 - Jedná se nikoliv o prospektivní údaj, ale stále se jedná o údaj retrospektivní – neuzavřené položky ve vyúčtování za předcházející období (rok)

V případě, že poskytovatel náleží do více segmentů, bude úhrada i regulace rozdělena do jednotlivých segmentů.

Časové vymezení sběru dat

Časové vymezení dle *Vyhlášky o předávání dat do NZIS* (viz [LEGISLATIVNÍ PŘEDPISY A DALŠÍ DOKUMENTY](#)):

- Frekvence předání dat: pololetní, vždy do konce druhého měsíce následujícího po měsíci uzavření vyúčtování (tj. konec měsíců srpen, únor)

1.3. Poskytovatelé zdravotních služeb

Tento blok dat je vymezen v *Zákoně o zdravotních službách*, § 77a, odst. (2) písm. a), b), d) (viz [ROZSAH SBÍRANÝCH DAT](#)).

Sbírá se organizační struktura poskytovatelů zdravotních služeb, jejich identifikace a adresy, členění na primariáty, pracoviště a jejich jednotlivá místa. Pojišťovna předává seznamy organizační struktury minimálně všech poskytovatelů, se kterými má uzavřen nějaký smluvní vztah.

Předávané údaje

Ke všem záznamům dále uvedených typů je evidováno období platnosti záznamu, resp. údajů v něm uvedených (platnost od a platnost do). Období platnosti by mělo být uváděno dle skutečných údajů pojišťovny a nemělo by být ořezáváno vzhledem k období předávaných dat. V případech, kdy požadovaný údaj o konci platnosti daného záznamu není k dispozici, zůstává údaj nevyplněn.

Adresy jsou sbírány pokud možno ve strukturované podobě, buď jako kód adresního místa v registru RÚIAN (preferované), identifikace okresu nebo PSČ. Pouze ve výjimečných případech by měla být předána adresa jen v nestrukturované podobě, pokud není nic z výše uvedených údajů dostupné.

Pokud jsou níže uvedené seznamy pojišťovnou předávány jako standardní číselníky dané ZP, předávané dle odstavce **POPIS PŘEDANÝCH STANDARDNÍCH ČÍSELNÍKŮ VZP A SZP**, není třeba předávat zde jako samostatné typy záznamů.

Evidují se následující skupiny údajů:

Poskytovatel zdravotnických služeb

- Identifikace poskytovatele a zdravotnického zařízení (viz část **IDENTIFIKACE SUBJEKTŮ UVÁDĚNÝCH V REGISTRU**)
- Typ subjektu podle číselníku Typ subjektu (viz část **POPIS PŘEDANÝCH STANDARDNÍCH ČÍSELNÍKŮ VZP A SZP**)
- Indikace smluvních zařízení (zda jde o smluvní subjekt či nikoliv) a typ subjektu
- Adresa sídla

Pracoviště poskytovatele zdravotních služeb

- Identifikace poskytovatele
- Identifikace pracoviště
- Identifikace nadřazeného primariátu
- Indikace smluvních pracovišť a typ subjektu pro toto pracoviště
 - Pokud jsou smluvní pouze některá pracoviště poskytovatele, uvede se zde údaj pro pracoviště, které má jinou hodnotu než údaj celého poskytovatele

Primariáty zdravotnického zařízení

- Identifikace poskytovatele
- Identifikace primariátu

Místa (adresy) pracoviště

- Identifikace poskytovatele
- Identifikace pracoviště
- Pořadové číslo místa
- Adresa pracoviště

Historii názvů zařízení, pracovišť nebo primariátů není nutné zpětně dohledávat nebo opravovat.

Časové vymezení sběru dat

Časové vymezení dle *Vyhlášky o předávání dat do NZIS* (viz **LEGISLATIVNÍ PŘEDPISY A DALŠÍ DOKUMENTY**):

- Frekvence předání dat: čtvrtletní, vždy do konce druhého měsíce následujícího po konci daného čtvrtletí (tj. konec měsíců květen, srpen, listopad, únor)

1.4. Data o věcném, technickém a personálním vybavení jednotlivých pracovišť

Tento blok dat je vymezen v *Zákoně o zdravotních službách*, § 77a, odst. (2) písm. a), b), c), d) (viz ROZSAH SBÍRANÝCH DAT).

Jedná se o data o věcném, technickém a personálním vybavení jednotlivých pracovišť, zejména vycházející z dat *Smlouvy* a její *Přílohy 2* (viz LEGISLATIVNÍ PŘEDPISY A DALŠÍ DOKUMENTY). Ke všem záznamům dále uvedených typů je opět evidováno období platnosti záznamu, resp. údajů v něm uvedených (platnost od a platnost do).

Předávané údaje

Sbírají se následující skupiny údajů:

Seznam nasmlouvaných kódů výkonů

Předávají se nasmlouvané zdravotní, případně dopravní výkony daného poskytovatele, resp. jeho pracoviště. Zahrnuje skupiny zdravotních výkonů ze základního souboru výkonů, dalších výkonů nebo výkonů prováděných na operačních sálech, nasmlouvané dopravní výkony apod.

- Identifikace poskytovatele
- Identifikace pracoviště
- Typ *Přílohy 2*, na které byl výkon nasmlouván
- Druh položky
 - Určuje, zda jde o výkon zdravotní nebo dopravní
- Kód položky

Seznam dalších smluvních položek

Předávají se údaje z *Přílohy 2* o nasmlouvaných specifických smluvních položkách nebo souboru stomatologických výrobků a údaje ze *Zvláštní smlouvy* s poskytovatelem (např. „centrová“ léčba). Slouží mj. pro výčet zdravotních výkonů, hrazených formou „balíčků“ (např. robotické operace).

- Identifikace poskytovatele
- Identifikace pracoviště
- Druh položky
 - Určuje typ položky, např. zdravotní výkony, hromadně vyráběné léčivé přípravky, stomatologický materiál
- Kód položky
- Indikační skupina, pokud je pro položku definována (např. u „centrové“ léčby)
- Smluvní cena položky (pokud je stanovena – v bodech nebo v Kč)

Seznam nasmlouvaných odborností

Uvádí se seznam všech odborností, nasmlouvaných na zařízení, resp. pracovišti. Hlavní a vedlejší odbornosti pracoviště jsou rozlišeny doplňujícím údajem.

- Identifikace poskytovatele
- Identifikace pracoviště
- Kód smluvní odbornosti pracoviště
- Role odbornosti (hlavní x vedlejší, pokud je rozlišení používáno)

Seznam nasmlouvaných cenových pásem za ošetřovací dny

Vyplňují se údaje o cenových pásmech za ošetřovací dny, které mají jinou hodnotu, než uvedené v číselníku DVYKON (údaje zde uvedené mají přednost před číselníkovými hodnotami). Pokud ZP náklady za ošetřovací dny nepoužívá v akutní ani následné lůžkové péči, tento číselník nepředává.

- Identifikace poskytovatele
- Identifikace pracoviště
- Kód výkonu ošetřovacího dne a kód odbornosti
- Pořadí pásma pro sestupnou sazbu za ošetřovací den
- Standardní doba hospitalizace v pásmu
- Sazba pro kód výkonu v pásmu (body)

Pokud je seznam pojišťovnou předáván jako standardní číselník, předávaný dle odstavce **POPIS PŘEDANÝCH STANDARDNÍCH ČÍSELNÍKŮ VZP A SZP**, není třeba předávat zde jako samostatný typ záznamu.

Seznam nasmlouvaných lůžek

- Identifikace poskytovatele
- Identifikace pracoviště
- Počet lůžek jednotlivých typů lůžka (dle formuláře lůžkových oddělení – standardní, intenzivní, následná dlouhodobá, ...)

Pokud je seznam pojišťovnou předáván jako standardní číselník, předávaný dle odstavce **POPIS PŘEDANÝCH STANDARDNÍCH ČÍSELNÍKŮ VZP A SZP**, není třeba předávat zde jako samostatný typ záznamu.

Seznam zdravotnické techniky

Vyplňují se údaje za poskytovatele, jeho primariát nebo konkrétní pracoviště. V případě dostupnosti údajů je předávána identifikace jednotlivých kusů techniky podle výrobních čísel, v ostatních případech se předávají pouze počty přístrojů podle jejich typu. Přesná metodika vyplňování, kategorizace techniky, evidence nákladné techniky apod. budou upřesněny v dalších verzích této *Metodiky* ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami.

- Identifikace poskytovatele
- Identifikace primariátu
- Identifikace pracoviště
- Kód techniky (dle číselníku techniky)
- Evidenční číslo a počet kusů
- Výrobní číslo

Pokud je seznam pojišťovnou předáván jako standardní číselník, předávaný dle odstavce **POPIS PŘEDANÝCH STANDARDNÍCH ČÍSELNÍKŮ VZP A SZP**, není třeba předávat zde jako samostatný typ záznamu. Pokud ZP neneviduje žádný číselník zdravotnické techniky, nebude data o technickém zajištění pracoviště předávat.

Seznam pracovníků poskytující péči na pracovišti

Vyplňují se údaje za poskytovatele, jeho primariát nebo konkrétní pracoviště dle typu formuláře.

- Identifikace poskytovatele
- Identifikace primariátu
- Identifikace pracoviště
- Osobní číslo pracovníka
 - Je třeba předat jakýkoliv neadresný, ale jednoznačný identifikátor osoby (neměnný u dané pojišťovny v čase i přes různá IČZ). Lze předávat např. interní číslo pracovníka, nebo údaj odvozený z adresného identifikátoru pracovníka jednosměrnou šifrou (např. SHA-256) se solí (tajným heslem) – část tohoto řetězce
- Kategorie pracovníka
 - Dle *Přílohy 2* (viz **LEGISLATIVNÍ PŘEDPISY A DALŠÍ DOKUMENTY**)
- Týdenní kapacita v hodinách
- Typ *Přílohy 2*, na které je pracovník evidován

Pokud je seznam pojišťovnou předáván jako standardní číselník, předávaný dle odstavce **POPIS PŘEDANÝCH STANDARDNÍCH ČÍSELNÍKŮ VZP A SZP**, není třeba předávat zde jako samostatný typ záznamu.

Ordinační doby

- Identifikace poskytovatele
- Identifikace pracoviště
- Pořadové číslo místa pracoviště
- Den v týdnu
- Ordinační doba dopoledne
- Ordinační doba odpoledne

Nepřetržitý provoz se označí údaji 12 hodin dopoledne a 12 hodin odpoledne. Pokud je seznam pojišťovnou předáván jako standardní číselník, předávaný dle odstavce **POPIS PŘEDANÝCH STANDARDNÍCH ČÍSELNÍKŮ VZP A SZP**, není třeba předávat zde jako samostatný typ záznamu.

Časové vymezení sběru dat

Časové vymezení dle *Vyhlášky o předávání dat do NZIS* (viz **LEGISLATIVNÍ PŘEDPISY A DALŠÍ DOKUMENTY**):

- Frekvence předání dat: čtvrtletní, vždy do konce druhého měsíce následujícího po konci daného čtvrtletí (tj. konec měsíců květen, srpen, listopad, únor)

1.5. Číselníky a seznamy

Tento blok dat je vymezen v *Zákoně o zdravotních službách*, § 77a, odst. (3) písm. a) (viz ROZSAH SBÍRANÝCH DAT).

Jedná se o data standardních číselníků zdravotních pojišťoven dle svých platných metodik a další seznamy (spravované VZP i SZP), zejména seznam pojištěnců, kterým byla poskytnuta zdravotní služba, uvedená v předaných datech.

Předávané údaje

Seznam pojištěnců

- Pořadové číslo pojištěnce v rámci exportu
- Identifikace záznamu pro získání AIFO pojištěnce, viz část IDENTIFIKACE SUBJEKTŮ UVÁDĚNÝCH V REGISTRU
- Demografické údaje (pohlaví, věk) a obec s rozšířenou působností (nebo PSČ) podle bydliště pojištěnce, pokud nebude pojištěnec identifikován svým AIFO (viz část 3.4.4)
- Datum zahájení a ukončení posledního pojištění (registrace pojištěnce)

V seznamu pojištěnců musí být zahrnuti všichni pojištěnci (včetně cizinců), u kterých byla vykázána zdravotní služba (včetně cizinců)

- v předmětném období (období pojišťovny), za které jsou data předávána
- v předchozích obdobích, pokud u nich došlo ke změně ve vykázaných nebo uznaných zdravotních službách

Popis předaných standardních číselníků VZP a SZP

Standardní číselníky VZP a SZP, resp. jednotlivých ZP, které budou součástí exportu ostatních údajů, budou popsány seznamem s těmito parametry:

- Typ číselníku
- Verze číselníku
- Jméno souboru
- Období platnosti číselníku

Jsou vyžadovány minimálně následující číselníky:

- Ambuleky, Pozitivní list (PL, PozList)
- Nemleky, NHVLP
- Cenová pásma (DVKON)
- Doporučení hospitalizace (DOPHOSP)
- Doprava (DOPRAVA)
- Druh dokladu a bonifikace (DDOKLVSE)
- Druh péče (DPECE)
- Hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely (LEKY, HVLP)
- Indikační skupiny lázeňské péče (LP-IND)
- Individuálně připravované léčivé přípravky a výrobky TS a radiofarmaka (IVLP)
- Kategorie pacienta (KATEGPAC)

- Kategorie ubytování v lázeňských zařízeních (LP-KAT)
- Mezinárodní klasifikace nemocí v rozhraní JDG4 (JDG)
- Náklady lázeňské / ozdravenské péče (LP-NAK)
- Preskripční omezení (OMEODB)
- Skupiny léčivých přípravků, zdrav. prostředků a stomatologických výrobků (DRUHPOL)
- Smluvní odbornosti pracovišť (ODBORN)
- Stomatologické výrobky (STOMAG)
- Typy lázeňské péče (LP-TYP)
- Typy ozdravenského programu (OZD-TYP)
- Typy subjektů (TYP SUB)
- Ukončení lázeňské / ozdravenské péče (LP-UKO)
- Ukončení léčení (UKLEC)
- Věkové indexy (VEKIND)
- Zdravotní výkony (VYKONY)
- Zdravotnické prostředky (PZT, ZP)

Každá pojišťovna předává minimálně ty číselníky, které používá a spravuje (definuje nebo upravuje jejich obsah) z výše uvedeného seznamu. Mohou být předávány i další číselníky a seznamy, jejichž struktura a obsah budou dohodnuty s jednotlivými pojišťovnami.

Číselník zdravotnické techniky

Předává se seznam typů techniky, který pojišťovna eviduje na pracovištích poskytovatelů. Pokud je číselník techniky pojišťovnou předáván jako standardní číselník, předáváný dle odstavce **POPIS PŘEDANÝCH STANDARDNÍCH ČÍSELNÍKŮ VZP A SZP**, není třeba předávat zde jako samostatný typ záznamu.

- Kód techniky
- Název a popis
- Výrobce techniky
- Indikace nákladné techniky

Seznam indikačních skupin specializované péče

Uvádí se seznam indikačních skupin, pro něž se sleduje specializovaná léčba, uváděná v části **SEZNAM DALŠÍCH SMLUVNÍCH POLOŽEK**, např. pro „centrovou“ léčbu se uvádějí diagnostické skupiny, pro které je tato léčba indikována. Pokud je číselník indikačních skupin pojišťovnou předáván jako standardní číselník, předáváný dle odstavce **POPIS PŘEDANÝCH STANDARDNÍCH ČÍSELNÍKŮ VZP A SZP**, není třeba předávat zde jako samostatný typ záznamu.

- Kód indikační skupiny
- Název a popis indikační skupiny

Číselník specifických položek

Předávají se číselníkové záznamy všech položek, které nejsou obsahem standardních číselníků, předávaných v rámci kapitoly **1.5**, nebo jiných předávaných tabulek. Může jít např. o seznam výkonů mimo číselník VYKONY, nebo léčiva, která nejsou běžně hrazena ze zdravotního pojištění. Pokud jsou všechny položky vykazovány v rámci výše uvedených číselníků, není třeba předávat zde jako

samostatný typ záznamu. Položky, které nemají jednoznačnou interpretaci (typicky označené kódy jako 9999999 apod.), nebudou v číselníku předávány.

- Skupina položky
- Kód, název a popis položky
- ATC skupina léčiva, obsah účinné látky v balení (v případě léčiv)
- Standardní výše úhrady za položku (v bodech, resp. Kč)

Časové vymezení sběru dat

Časové vymezení dle *Vyhlášky o předávání dat do NZIS* (viz [LEGISLATIVNÍ PŘEDPISY A DALŠÍ DOKUMENTY](#)):

- Frekvence předání dat: čtvrtletní, vždy do konce druhého měsíce následujícího po konci daného čtvrtletí (tj. konec měsíců květen, srpen, listopad, únor)

2. Rámcový způsob předání dat

Přesný popis řešení předávání dat bude uveden v samostatné Technické dokumentace *Registru*.

2.1. Registrace přístupů do Registru

Přístup do *Registru* je každé zdravotní pojišťovně (ZP) poskytnut prostřednictvím oprávněných pracovníků ZP a to na základě žádosti o přístup, která bude podepsána (uznávaným elektronický podpisem) statutárním zástupcem pojišťovny. Formulář žádosti bude k dispozici na [webovém portálu NRHZS](#).

Součástí procesu registrace přístupů oprávněných pracovníků ZP je i výměna veřejných částí elektronických certifikátů zúčastněných stran pro zajištění elektronických podpisů a přístupů do zabezpečené sítě správce *Registru*. Součástí žádosti budou i doplňující údaje, které jsou nezbytné k technickému ustavení zabezpečeného spojení a bezpečnou výměnu hesel k datům předávaným do *Registru*. Žádné další subjekty přístup do *Registru* nemají.

2.2. Proces předání dat

Datové exporty budou předávány z vnitřních sítí zdravotních pojišťoven jejich oprávněnými pracovníky. Přesný formát předávaných dat je definován v samostatné příloze *Datové rozhraní* (viz [LEGISLATIVNÍ PŘEDPISY A DALŠÍ DOKUMENTY](#)).

Předání identifikátorů pojištěnců bude vždy probíhat odděleně od vlastních dat (popsaných v kapitole **1**) s využitím služeb eGovernmentu pro překlad AIFO, jak je popsáno v části [TECHNICKÉ ŘEŠENÍ ZAJIŠTĚNÍ SBĚRU DAT A OCHRANY OSOBNÍCH ÚDAJŮ](#). Samotná předávaná data již neobsahují žádné osobní údaje pojištěnců nebo jiné informace, ze kterých by bylo možno zjistit identitu konkrétních osob. Pověření pracovníci pojišťoven pak budou mít za úkol v požadovaných termínech tato data předávat v šifrované podobě (šifrování je použito jako další prvek zabezpečení citlivých dat) zabezpečenou cestou do *Registru*. Jsou možné dvě základní cesty předání:

- a) Vzdáleným přístupem, přes zabezpečený [Předávací portál registru NRHZS](#)
- b) Na datovém nosiči v šifrované podobě, bezpečnou cestou pověřené osobě ÚZIS ČR

Obě části předávaných dat (identifikátory pojištěnců přes služby eGovernmentu a vlastní data předávaná přímo) jsou na sobě nezávislá a mohou být předávána v libovolném pořadí. V případě předání dat přes předávací portál registru bude vyžadováno připojení do zabezpečené sítě (VPN) správce *Registru* pověřeným pracovníkem pojišťovny pomocí předem dohodnutých údajů a certifikátů. Předání se bude provádět ve dvou krocích – vlastní nahrání datového souboru na specifikované úložiště *Registru* (předpokládá se využití některého protokolu pro kopírování souborů mezi servery, např. FTPS) a následné vyplnění předávacího protokolu – viz část [POPIS PŘEDANÝCH EXPORTŮ](#). Vyplnění protokolu může probíhat přes webový formulář nebo webovou službu.

V případě předání dat na datovém nosiči je postup technicky jednodušší, nosič se předává fyzicky buď přímo pověřenou osobou pojišťovny pověřené osobě správce *Registru* spolu s podepsaným předávacím protokolem. Vzor protokolu bude dostupný na portálu *Registru*.

V případě nutnosti doručení dalších údajů správci *Registru* (např. tajné heslo) budou tyto předány jinou, předem dohodnutou nezávislou cestou (např. na dohodnutá telefonní čísla). Proces předání bude včetně technických parametrů popsán podrobně v samostatném dokumentu.

Součástí předávaných dat budou i celkové souhrnné údaje, popisující strukturu předávaných údajů. Tento popis je uveden v následující sekci.

Popis předaných exportů

Každý export předaný do *Registru* je popsán sadou následujících typů vět.

Předávací protokol exportu

Každý export je popsán pomocí formuláře, který obsahuje následující informace:

- Identifikaci pojišťovny a jednoznačný identifikátor exportu
- Období exportu, název předaného archivu
- Počet a celkovou velikost předaných souborů a kontrolní součet archivu
- Příznak opravného exportu
- Datum a čas vytvoření exportu, uživatel, který export předal

Předávací protokol může být vyplněn buďto přes předávací portál *Registru* pomocí webového formuláře, nebo s využitím definované webové služby *Registru*.

Souhrnné validační údaje („validační sady“) exportu

Součástí každého provedeného exportu pojišťovny bude rovněž tabulka sumárních údajů, která bude popisovat agregované hodnoty údajů, předaných podle popisu v kapitole **1 SEZNAM PŘEDÁVANÝCH ÚDAJŮ DO REGISTRU**. Jejím účelem je umožnit validaci dat po jejich zpracování v *Registru* vůči exportovaným hodnotám. Sledovat se budou např. údaje:

- Počet vět podle jejich typu
- Počet různých IČZ vyskytujících se ve větách vybraných typů
- Počty dokladů a různých pojištěnců podle druhu dokladu, roku a měsíce poskytnutí služby
- Počty položek podle jejich druhu, roku a měsíce poskytnutí služby
- Souhrn bodové a korunové hodnoty položek podle jejich druhu, roku a měsíce poskytnutí služby
- Počty dokladů a různých pojištěnců na dokladech podle IČZ, roku a měsíce dávky
- Počty opravovaných a stornovaných dokladů a položek podle IČZ

Storno všech záznamů daného typu v exportu

Záznam slouží k opravě původně předaných dat určeného typu věty a následné náhradě za data nová.

- Pojišťovna
- Jednoznačný identifikátor exportu
- Typ věty, který má být v uvedeném exportu stornován

2.3. Převzetí, validace a akceptace / odmítnutí exportu

Po předání dat a předávacího protokolu bude pojišťovně vystaveno potvrzení o převzetí dat v elektronické podobě (na předávacím portále nebo přes webovou službu). Nutnou podmínkou je shoda údajů na předávacím protokolu s předaným souborem, zejména jméno předaného souboru, jeho velikost a otisk (kontrolní součet).

Po formální kontrole převzatých dat bude zahájen proces jejich dalšího zpracování a validace. Bude prováděna komplexní řada kontrol, od syntaktických a základních sémantických kontrol (primární a cizí klíče, unikátní hodnoty, požadované formáty a rozsahy hodnot atd.) až k pokročilým validacím struktury a trendů předaných dat za účelem odhalování výpadků a duplicit, nekonzistencí apod. V průběhu přípravy *Registru* vznikne vzor reportu pro evidenci provedených validací a jejich výsledků.

Každý předaný export bude validován sadou validačních kontrol. Každá kontrola (a případně jejich skupiny) bude mít nastavenou limitní hodnotu, která bude reprezentovat maximální přípustnou úroveň chyb v předaných datech. Tyto limitní hodnoty budou nastavovány správcem *Registru* v průběhu testovacího provozu ve spolupráci s pojišťovnami a bude definován proces jejich dalšího vývoje – na počátku testování a při předávání historických dat se bude tolerovat vyšší úroveň chyb než v běžném rutinním provozu.

Po přesáhnutí výše uvedeného limitu v jedné kontrole nebo v kombinaci několika validačních kontrol bude předaný export odmítnut, v opačném případě dojde k jeho akceptaci. O výsledku akceptace resp. odmítnutí exportu bude vygenerován příslušný protokol, který bude opět předán pověřené osobě pojišťovny nejpozději do týdne od data předání formou podepsaného dokumentu na předávacím portálu nebo s využitím webové služby *Registru*. Přílohou tohoto protokolu bude i výše uvedený report provedených validačních kontrol s dosaženými a limitními hodnotami chybovosti. Vzor akceptačního reportu s hodnotami přípustných limitů bude k dispozici na portálu *Registru*.

Pokud bude export v průběhu výše uvedené validace správcem registru odmítnut, je povinností pojišťovny dodat bezodkladně opravenou verzi exportu, která nebude tyto chyby obsahovat. Nejdelší přípustná lhůta pro nápravu všech chyb v datech za uplynulé období je doba jednoho měsíce od lhůty pro řádné odevzdání dat.

Jednotlivé záznamy, které neprojdou validačními mechanismy *Registru* (v podlimitním množství, které nezpůsobí odmítnutí exportu jako takového), budou v dalším procesu zpracování buďto opraveny (kde je to možné), nebo označeny jako nevalidní a vyřazeny z některých (příp. všech) následujících analýz. Není navržen žádný proces opravy těchto nevalidních záznamů na straně pojišťovny. Údaje z protokolu o akceptaci / odmítnutí exportu jsou uvedeny v následující části:

Protokol o akceptaci / odmítnutí exportu

Ke každému exportu, určeného pomocí identifikátorů pojišťovny a exportu, budou evidovány nejméně následující údaje:

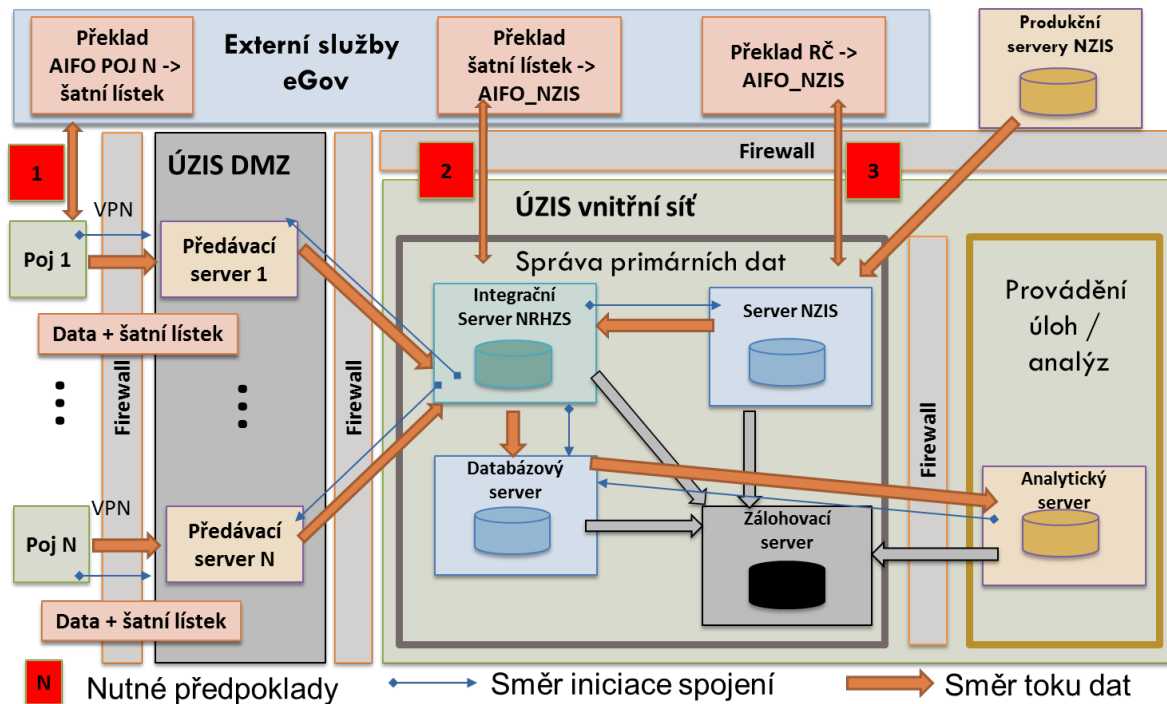
- Údaje z předávacího protokolu
- Stav zpracování exportu – kód stavu a název/popis
- Čas zahájení a ukončení zpracování exportu
- Seznam validačních testů, které byly provedeny:
 - Kód testu, název/popis, dosažená hodnota, limitní hodnota, výsledné hodnocení

Tento protokol bude k dispozici v průběhu zpracování exportu a po jeho skončení na předávacím portálu nebo prostřednictvím webové služby. K protokolu bude definován číselník stavů zpracování, seznam jednotlivých validačních testů a jejich limitní hodnoty. Tyto seznamy budou publikovány na webových stránkách *Registru*.

3. Základní principy architektury systému

IT infrastrukturu *Registru* bude navrhovat a provozovat správce *Registru*, tj. ÚZIS ČR. Kompletní proces správy dat bude tedy plně pod kontrolou správce a velmi omezeného množství jeho prověřených zaměstnanců, čímž se minimalizuje riziko zneužití a úniku zpracovávaných dat.

Logický pohled na plánovanou architekturu systému *Registru* je zobrazen na následujícím obrázku.



Obrázek 2 Logický pohled na architekturu *Registru*

Toto schéma zachycuje několik podstatných vlastností systému, popsaných v následujících kapitolách. Přesný popis technického řešení předávání a zpracování dat bude uveden v samostatném dokumentu Technická dokumentace *Registru*. Pro testovací provoz jsou nyní navrženy následující vlastnosti:

- VPN dle protokolu IKEv2 / MOBIKE (RFC4555)
 - Přihlašování pomocí X.509 certifikátu uživatele a EAP-TLS
- WS pro předávací protokoly SOAP přes https
- Zasílání dat přes https, sFTP nebo na externím médiu
- Komprese exportů metodou zip (nástroj 7z 64-bit)
 - Šifrování zip archivu pomocí veřejného X.509 certifikátu ÚZIS přes příkazovou řádku
 - Elektronický podpis zašifrovaného archivu pomocí privátního X.509 certifikátu ZP přes příkazovou řádku
 - Alternativou je šifrování metodou AES-256 v nástroji 7z a zaslání hesla nezávislou bezpečnou cestou

Pro produkční prostředí mohou být některé z uvedených komponent změněny (zejména VPN), neboť budou rovněž soutěženy v rámci veřejné zakázky správce *Registru* a v závislosti na zkušenostech z testovacího provozu.

3.1. Předávací servery

Předávací servery jsou určeny k předání dat vzdáleným přístupem ze sítě pojišťovny do zabezpečené části sítě ÚZIS ČR. Jsou umístěny v tzv. „demilitarizované zóně“ (DMZ), přístupné pouze přes VPN připojení. Každá pojišťovna má oddělené přístupy s vlastními certifikáty a oprávněními, vidí pouze údaje o vlastních předaných datech. Z demilitarizované zóny se nelze spojením inicializovaným zvenku dostat do vnitřní, zabezpečené části sítě ÚZIS ČR. Data na předávacích serverech zůstávají pouze po nezbytně nutnou dobu, po potvrzení předávacím protokolem jsou přenášena do vnitřní sítě. Minimalizuje se tak riziko úniku dat ze serverů v DMZ. Tyto servery jsou přístupné pouze pověřeným správcům *Registru*.

3.2. Správa primárních dat

Samostatná, zabezpečená část vnitřní sítě ÚZIS ČR, určená ke zpracování primárních vstupních dat a jejich zpřístupnění pro následné analytické činnosti. Bude zde probíhat načtení, transformace a validace předaných dat, integrace s daty z dalších zdravotnických registrů NZIS, archivace a předání na analytický server za účelem provádění dalších analýz. Zde bude probíhat také proces překladač předaných identifikátorů pojištěnců na AIFO agendy NZIS (viz [3.4.2](#)) a de-identifikace všech subjektů *Registru* (pojišťovny, poskytovatelé a jejich pracovníci, pojištěnci). Tyto servery jsou přístupné pouze pověřeným správcům *Registru*.

3.3. Provádění výstupů a analýz

Vyhrazený server pro provádění dalších výstupů a analytických úloh nad daty *Registru*. Nacházejí se zde pouze data, kde jsou de-identifikované všechny subjekty *Registru*. Jsou zde dostupné specializované statistické a analytické nástroje pro analytický tým zdravotnických registrů NZIS.

3.4. Externí služby eGovernmentu

Blok služeb a systémů, které umožní předávání identifikátorů pojištěnců v *Registru* bezpečnou a dohledatelnou cestou přes AIFO agendy NZIS (A1086). Je nutné plně zprovoznit následující základní typy služeb informačních systémů základních registrů (ISZR) pro fungování *Registru* s těmito identifikátory:

3.4.1. Vytvoření překladového balíčku na straně pojišťovny

Služba bude využívána při přípravě exportu dat do *Registru* na straně pojišťovny a zajistí překlad identifikátorů pojištěnců z AIFO dané pojišťovny na univerzální překladové AIFO. Předpokladem je ztotožnění těchto pojištěnců na straně pojišťovny a dostupnost služby, která zvládne překlad až řádově milionů čísel pojištěnců v krátkém čase (řádově hodiny). Do *Registru* se pak předává identifikace „šatního lístku“ a pořadového čísla v něm pro každého pojištěnce.

Pro překlad AIFO jsou navrženy následující dvě cesty.

Využití stávajících služeb ISZR

Existující služby ISZR E175 iszrUlozMapaAIFO a E176 iszrPodejMapaAIFO budou rozšířeny pro překlad cca 150 tisíc AIFO pojištěnců v jednom kroku. Na systému každé pojišťovny bude ponecháno rozdělení seznamu jejich pojištěnců do těchto bloků a odeslání k překladu. Služby jsou již funkční a otestované, pouze nad malým počtem osob.

Použití nové služby eGSB

Bude navržena a implementována nová služba v rámci technologie eGON Service Bus, která bude přijímat celý seznam AIFO dané pojišťovny v jednom balíku. Z hlediska komunikace bude pro pojišťovny výrazně jednodušší, půjde o volání jediné synchronní funkce pro odeslání dat. Na straně eGSB již bude zajištěno rozdělení balíku do menších částí, překlad AIFO v těchto částech přes služby ISZR a opět složí dohromady do jednoho souboru. Nakonec informuje agendu ÚZIS ČR o připravenosti balíku a po jeho vyzvednutí předá zdrojovému IS pojišťovny „doručenku“ – potvrzení o převzetí balíku.

Nová služba bude teprve realizována, předpokládá se v průběhu prvního pololetí 2017. Přesná specifikace služby a harmonogram vývoje budou zveřejněny mj. na portálu *Registru*.

3.4.2. Překlad identifikátorů pojištěnců na AIFO agendy NZIS

Během procesu zpracování primárních dat bude probíhat překlad předaných pořadových čísel pojištěnců pomocí šatního lístku na AIFO agendy NZIS s využitím analogických služeb ISZR, resp. eGSB.

3.4.3. Integrace služeb eGovernmentu ve zdravotnických registrech NZIS

Z důvodu nutnosti integrace dat *Registru* s dalšími zdravotnickými registry NZIS, které dosud využívají identifikaci pacientů přes rodná čísla (historicky dáno, často jde o registry pracující i desítky let), je nutné provést ztotožnění těchto pacientů a překlad rodných čísel na AIFO i ve zbývajících registrech. Bude třeba zpřístupnění služby ISZR, resp. eGSB pro periodické spouštění překladu neztotožněných pacientů na AIFO NZIS s využitím pouze jediného dostupného údaje, který se ve zdravotnických registrech NZIS uchovává, tedy rodného čísla. Tento proces bude probíhat pouze po nezbytně nutnou dobu, dokud nebudou převedeny záznamy všech pacientů ve zbývajících zdravotnických registrech NZIS na AIFO a nebude zajištěn sběr nových záznamů stejným způsobem.

3.4.4. Získávání údajů o pojištěncích z autoritativních registrů

V rámci vývoje *Registru* bude využit proces získávání údajů o pojištěncích, které budou předávány přes systém identifikátorů AIFO, přes služby základních registrů ISZR. Budou tak získávány všechny údaje, jejichž autoritativním správcem je jiný zdroj než zdravotní pojišťovna, tj. údaje o pohlaví, věku a lokalitě bydliště (obec s rozšířenou působností příslušná bydlišti) pojištěnce. Tyto údaje budou získávány plně kontrolovaně přes služby eGovernmentu. Pouze u neztotožněných pojištěnců bude jejich předávání vyžadováno přímo v předávaných datech za účelem úplnosti demografických charakteristik pojištěnců a jim poskytnutých zdravotních služeb.

4. Ochrana osobních a jiných citlivých údajů v Registru

V procesu zpracování dat *Registru* bude aplikována celá řada principů a postupů, které zajistí maximální úroveň ochrany osobních a jiných citlivých údajů v něm obsažených. Jde soubor technických a organizačních postupů, které zahrnují zejména:

- Do systému od samotného počátku nevstupují žádné obecně platné osobní identifikátory pojištěnců (číslo pojištěnce, rodné číslo), pouze identifikace pomocí služeb eGovernmentu (AIFO)
- Oddělené přístupy pro jednotlivé pojišťovny včetně vlastních VPN, předávání dat přes DMZ
- Několikanásobné šifrování předávaných dat, výměna hesel oddělenými kanály
- Bezpečné mazání vstupních dat z vnější zóny sítě bezprostředně po jejich zpracování
- Striktní oddělení rolí a přístupů, správy primárních dat a provádění výstupů a analýz
- Výstupy a analýzy jsou prováděny již jen na de-identifikovaných a agregovaných datech
- Minimalizace přesunů dat mimo vlastní databázové úložiště, maximum výstupů je prováděno prostředky databáze nebo dalších nástrojů na serveru
- Veškeré přístupy jsou logovány a auditovány
- Všechny přístupy do systému probíhají pouze zabezpečenými komunikačními kanály, případně vícekroková autentizace

Veškerá infrastruktura a proces zpracování dat s těmito údaji bude probíhat dle požadavků certifikace ISO 27001, požadavků kybernetického zákona a bude jak v průběhu návrhu, tak i pravidelně v provozu auditována bezpečnostními experty – zejména Úřadem na ochranu osobních údajů (ÚOOÚ) a specializovanými univerzitními týmy.

Pro poskytování výstupů z *Registru* budou definována striktní pravidla a postupy, vycházející z platných právních předpisů, zejména ze *Zákona o zdravotních službách*. Pojišťovna poskytující data do *Registru* může obdržet po schválení vedením ÚZIS ČR z *Registru* analytické výstupy, které budou zobrazovat její data vůči agregovaným datům všech dalších pojišťoven. Nelze poskytnout analytické výstupy porovnávací jednotlivé pojišťovny.

Externí subjekty včetně MZ ČR mají právo požádat o analytické výstupy z *Registru* v agregované, neadresné podobě (včetně identifikace pojišťovny). Každý takový výstup schvaluje vedení ÚZIS ČR. Jiné výstupy pro externí subjekty nejsou možné.

Příloha A: Přehled sledovaných údajů v NZIS pro potřeby vedení registrů

Tato příloha cituje pro úplnost původní schválené znění přílohy důvodové zprávy vyhlášky, kterou se mění vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, resp. nové vyhlášky č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému. Přestože se text metodiky v některých drobných ohledech od schváleného znění liší (jsou zde upřesněné, doplněné nebo odstraněné některé pojmy a skupiny údajů) na základě proběhlého oponentního řízení s experty zdravotních pojišťoven, nemění se nijak význam předávaných údajů i celkový záměr sběru dat do *Registru*. V žádném případě nejdou nad rámec daný mandátem *Zákona o zdravotních službách*.

18. Národní registr hrazených zdravotních služeb

Národní registr hrazených zdravotních služeb obsahuje údaje o obsahu, datu a o provedených úhradách zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění.

Do Národního registru hrazených zdravotních služeb předává údaje podle odstavce 1 zdravotní pojišťovna, která zdravotní službu uhradila podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to dle ustanovení § 77 a odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách.

Předávat se budou strukturované adresné údaje uvedené na následujících dokladech datového rozhraní VZP (individuální doklady):

1. Vykázané a uznané zdravotní služby

Přesné datové rozhraní bude definováno do 3 měsíců od účinnosti zákona 372 / 2011 Sb. o zdravotních službách a bude publikováno v metodických předpisech vydávaných ÚZIS ČR. Předání dat započne 1. den po uplynutí 3 měsíců od vydání metodiky sběru a definice datového rozhraní ze strany ÚZIS ČR.

- výkazy výkonů v ambulantní péči (01, 01s)
- výkazy výkonů v ústavní péči (02, 02s)
- zvláště účtované léčivé přípravky a ZP a Stomatologické výrobky (03, 03s)
- výkazy výkonů nepravidelné péče (05)
- poukaz na vyšetření/ ošetření ((06ft, 06k, 06orp, 06z)
- recepty (10)
- výkazy lázeňské léčebně rehabilitační péče (16)
- výkazy ozdravenské péče (23)
- příkaz ke zdravotnímu transportu (34)
- výkazy cest lékaře v návštěvní službě (36)
- výkazy výkonů záchranné služby (37)

2. Údaje o úhradách poskytovatelů

Jedná se o údaje o úhradách péče jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb.

Úhrady poskytovatelů dle struktury zdravotně pojistného plánu – stav vyúčtování k 30.6 (péče vykázána do 31. 3. a ZP uznaná do 31. 5.), resp. k 31.12 (péče vykázána do 31. 3. a ZP uznaná do 31. 5.),

- identifikace období, za které byla úhrada poskytnuta
- identifikace období, ke kterému je zúčtování provedeno
- identifikační číslo zařízení (IČZ) poskytovatele
- řádek zdravotně pojistného plánu (vychází z Metodiky pro tvorbu zdravotně pojistného plánu, která je vydávána Ministerstvem zdravotnictví ČR)
- úhrada
- regulace dle úhradové vyhlášky (vyžádaná péče, preskripce, ZUM, ZULP, inkontinenční pomůcky u PL, apod.)

Pozn.

Úhrada = Celkové úhrada za poskytnutou zdravotní péči zdravotnickým zařízením za období předcházejícího roku

Řádek zdravotně pojistného plánu – Řádek zdravotně pojistného plánu odpovídá struktuře smluvních poskytovatelů zdravotních služeb definované v Metodice pro tvorbu zdravotně pojistného plánu, která je vydávána Ministerstvem zdravotnictví ČR pro daný rok.

Očekávaná úhrada dle struktury zdravotně pojistného plánu – stav k 30.6 (péče vykázána do 31.3. a ZP uznaná do 31.5.)

- identifikace pojišťovny
- identifikace období
- řádek zdravotně pojistného plánu (vychází z Metodiky pro tvorbu zdravotně pojistného plánu, která je vydávána Ministerstvem zdravotnictví ČR)
- úhrada

3. Poskytovatelé zdravotních služeb

Poskytovatel zdravotních služeb

- identifikační číslo (IČ)
- identifikační číslo zařízení (IČZ)
- smluvní zařízení (A/N)

- kod RUIAN
- platné od
- platné do

Segmenty péče poskytovatele zdravotní služby (IČZ)

- identifikační číslo (IČ)
- identifikační číslo zařízení (IČZ)
- řádek zdravotně pojistného plánu (vychází z Metodiky pro tvorbu zdravotně pojistného plánu, která je vydávána Ministerstvem zdravotnictví ČR)
- platné od
- platné do

Pracoviště poskytovatele zdravotních služeb

- identifikační číslo (IČ)
- identifikační číslo zařízení (IČZ)
- primariát
- identifikační číslo pracoviště (IČP)
- identifikační číslo pracoviště (IČP) název
- platné od
- platné do

Primariáty zdravotnického zařízení

- identifikační číslo (IČ)
- identifikační číslo zařízení (IČZ)
- primariát
- primariát název
- platné od
- platné do

Místa pracoviště-adresy pracoviště

- identifikační číslo (IČ)
- identifikační číslo zařízení (IČZ)
- primariát
- identifikační číslo pracoviště (IČP)
- pořadové číslo místa (pozn.: pořadové číslo interní, které umožní jednoznačnou provazbu k adresnému místu)
- kod RUIAN
- adresa nestrukturovaná (pozn. pokud není k dispozici strukturovaná adresa)
- platné od

- platné do

Seznam nasmlouvaných odborností pracoviště

- identifikační číslo (IČ)
- identifikační číslo zařízení (IČZ)
- identifikační číslo pracoviště (IČP)
- kód odbornosti
- příznak (Hlavní / Vedlejší)
- platnost od
- platnost do

4. Údaje o věcném, technickém a personálním vybavení jednotlivých pracovišť dotčeného poskytovatele

Jedná se o údaje o věcném, technickém a personálním vybavení jednotlivých pracovišť, zejména vycházející z dat z Přílohy č. 2 ke Smlouvě o poskytované zdravotní péči.

Seznam nasmlouvaných kódů zdravotních výkonů - základní výkony

- primariát
- identifikační číslo pracoviště (IČP)
- typ formuláře (CC, CA, CB, A, B, J)
- druh výkonu *)
- kód výkonu
- platné od
- platné do

***Pozn. Uvádí se pouze v případě, že členění výkonů dle druhu je využíváno (viz číselník Druh výkonů)**

Seznam smluvních specifických položek

- primariát
- identifikační číslo pracoviště (IČP)
- skupina položky
- kód položky
- smluvní cena
- platnost od
- platnost do

Seznam nasmlouvaných lůžek

- primariát
- odbornost
- identifikační číslo pracoviště (IČP)
- počet lůžek standardní péče
- počet lůžek intenzivní péče
- počet lůžek LDN
- počet lůžek ošetrovatelské
- počet lůžek OLU
- počet lůžek hospicová péče
- počet lůžek následná intenzivní péče
- počet lůžek následná intenzivní ošetrovatelská péče
- platnost od
- platnost do

Seznam zdravotnické techniky

- primariát
- kód
- výrobní číslo
- počet

Číselník zdravotnické techniky

- kód
- název
- název souhrn
- výrobce
- platnost od
- platnost do

Seznam pracovníků poskytující péči na pracovišti

- primariát
- odbornost
- identifikační číslo pracoviště (IČP)
- číslo pracovníka (interní unikátní číslo)
- kategorie pracovníka
- týdenní kapacita v hodinách
- příloha typ
- platnost od
- platnost do

Ordinační doby

- primariát
- identifikační číslo pracoviště (IČP)
- pořadové číslo místa (pozn.: pořadové číslo interní, které umožní jednoznačnou provazbu k adresnímu místu)
- den v týdnu
- čas od dopoledne
- čas do dopoledne
- čas od odpoledne
- čas do odpoledne
- platnost od
- platnost do

5. Číselníky a registry

Jedná se o data základních číselníků a registrů zdravotních pojišťoven, a to jak spravované VZP, tak SZP. Jedná se zejména o tyto registry a číselníky:

1.1. Registr pojištěnců

- datum zahájení a ukončení pojištění, **AIFO NZIS, resp. AIFO agentury daného registru získané prostřednictvím služby eGovernmentu pro překlad AIFO (pojišťovna předá anonymní ID pro získání AIFO agentury daného registru ÚZIS ČR).**

1.2. Číselníky VZP a SZP

- Ambuleky, Pozitivní list (PL, PozList)
- Nemleky, NHVLP
- cenová pásma (DVYKON)
- doporučení hospitalizace (DOPHOSP)
- doprava (DOPRAVA)
- druh dokladu a bonifikace (DDOKLVSE)
- druh péče (DPECE)
- hromadně vyráběné léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely (LEKY, HVLP)
- indikační skupiny lázeňské péče (LP-IND)
- individuálně připravované léčivé přípravky a výrobky transfuzních stanic a radiofarmaka (IVLP)
- kategorie pacienta (KATEGPAC)

- kategorie ubytování v lázeňských zařízeních (LP-KAT)
- mezinárodní klasifikace nemocí (JDG)
- náklady lázeňské / ozdravenské péče (LP-NAK)
- náhrady za zdravotní péči (UHRADY)
- preskripční omezení (OMEODB)
- přerušení lázeňské / ozdravenské péče (LP-PRE)
- skupiny léčivých přípravků, ZP a stomatologických výrobků (DRUHPOL)
- smluvní odbornosti pracovišť (ODBORN)
- stomatologické výrobky (STOMAG)
- typy lázeňské péče (LP-TYP)
- typy ozdravenského programu (OZD-TYP)
- typy subjektů (TYP SUB)
- ukončení lázeňské / ozdravenské péče (LP-UKO)
- ukončení léčení (UKLEC)
- věkové indexy (VEKIND)
- zdravotní výkony (včetně interních kódů výkonů) (VYKONY)
- druhy výkonů (číselník využitý pro nasmlouvání zdravotnických výkonů)
- **smluvní specifické položky**
- zdravotnické prostředky (PZT, ZP)

6. Souhrnné validační údaje

Součástí každého provedeného exportu dané pojišťovny bude tabulka sumárních údajů, která bude popisovat agregované počty údajů obsažených v dokladech popsaných výše. Sledovat se budou např. údaje:

- počet a celková velikost předaných souborů
- počet vět podle jejich typu
- počet různých IČZ vyskytujících se ve větách vybraných typů
- počet pojištěnců na dokladech (větách typu B) a v registru pojištěnců (větách typu Y)
- počty dokladů (vět typu B) podle typu (DRUDOK)
- počty dokladů (vět typu B) podle typu (DRUDOK) a roku dávky
- počty položek (vět typu C) podle typu (DRUKOD)
- počty položek (vět typu C) podle typu (DRUKOD) a roku+měsíce provedení
- souhrn bodové a korunové hodnoty položek (vět typu C) podle typu

Pozn.

V případě, že se používá pojem rodné číslo, může se jednat o číslo pojištěnce, event. o náhradní identifikátor.