vestník

číslo 6/2006 –október 2006

- úradu pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

obsah:

str. 2-19 Metodické usmernenie č. 22/1/2005 o spôsobe oznámenia platiteľa poistného o zmene platiteľa poistného na VZP – platné do 30.9.2006
str. 20-34 Metodické usmernenie č. 22/2/2005 o spôsobe oznámenia platiteľa poistného o zmene platiteľa poistného na VZP – platné od 1.10.2006
str. 35-50 Metodické usmernenie č. 2/1/2006 k prihláškam na verejné zdravotné poistenie
str. 51-59 Metodické usmernenie č. 26/1/2005 o spôsobe oznamovania nesplnenia povinností poistencami a platiteľmi poistného – vykonaná oprava v Príl. č. 2
str. 60 Iné oznamy

Metodické usmernenie č. 22/1/2005
o spôsobe oznámenia platiteľa poistného
o zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

Čl. 1.
Úvodné ustanovenie

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podľa § 24 písm. c) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“) vydáva toto metodické usmernenie o spôsobe oznámenia platiteľa poistného o zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „metodické usmernenie“).

Čl. 2.
Oznámenie zmeny platiteľa poistného

1. Platiteľ poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „platiteľ poistného“) oznamuje príslušnej zdravotnej poisťovni zmenu platiteľa poistného prostredníctvom oznámenia platiteľa poistného pri zmene platiteľa poistného (ďalej len „oznámenie“). Oznámenie predkladá platiteľ poistného, ktorý je podľa § 24 zákona o zdravotnom poistení zamestnávateľ, samostatne zárobkovo činná osoba (ďalej len „SZČO“) alebo platiteľ poistného podľa § 11 ods. 2 zákona o zdravotnom poistení, t.j. osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená a nie je zamestnancom, SZČO alebo osobou, za ktorú platí poistné štát (tzv. „samoplatiteľ“).

2. Platiteľ poistného pre účely splnenia oznamovacej povinnosti doručí zdravotnej poisťovni oznámenie do ôsmich pracovných dní odo dňa skutočnosti, kedy nastala zmena platiteľa poistného. Zmenu platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 8 zákona o zdravotnom poistení (skutočnosť, kedy platiteľom poistného začína, resp. prestáva byť štát) oznámi platiteľ poistného do konca kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného.

3. V prípade zmeny platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 9 zákona o zdravotnom poistení (kedy štát je platiteľom za osoby uvedené v § 11 ods. 8 písm. a) až i) a k) po splnení podmienok uvedených v § 11 ods. 9) si splní platiteľ poistného oznamovaciu povinnosť najneskôr v termíne pre podanie ročného zúčtovania za rozhodujúce obdobie, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného.

4. Oznámenie má listinnú alebo elektronickú formu. Zamestnávateľ, ktorý má viac ako 20 zamestnancov poistených v príslušnej zdravotnej poisťovni, je povinný predkladať oznámenie tejto zdravotnej poisťovni v elektronickej forme, ak sa so zdravotnou poisťovňou nedohodne inak.

5. Zamestnávateľ je povinný predkladať oznámenie v elektronickej forme podľa čl. 2 bod 4 tohto metodického usmernenia od 01.07.2006.

6. Platiteľ poistného predkladá zdravotnej poisťovni oznámenie v listinnej forme na tlačive určenom príslušnou zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa vyhotoví tlačivá podľa prílohy č. 1 a prílohy č. 2 tohto metodického usmernenia.

7. Zdravotná poisťovňa zabezpečí prijímanie oznámení v elektronickej forme v štruktúre podľa prílohy č. 3 metodického usmernenia do 30. 06. 2006.

8. Ak zdravotná poisťovňa nestanoví aj iné spôsoby prijímania oznámení v elektronickej forme, platiteľ poistného môže predložiť oznámenie v elektronickej forme len v podobe dátového rozhrania, ktorého štruktúra je definovaná v prílohe č. 3.

9. Ak predložené oznámenie v elektronickej forme nie je podpísané zaručeným elektronickým podpisom oprávnenej osoby platiteľa poistného v súlade so zákonom č. 215/2002 Z. z. o elektronickom podpise a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, je zdravotná poisťovňa oprávnená od platiteľa poistného pri predkladaní oznámenia v elektronickej forme požadovať aj následné predloženie údajov v listinnej podobe v ňou stanovenej lehote. Dátum predloženia oznámenia v elektronickej forme sa považuje za dátum oznámenia zmeny platiteľa poistného podľa § 24 písm. c) zákona o zdravotnom poistení.

10. Oznámenie nenahrádza prihlášku na verejné zdravotné poistenie pri zmene zdravotnej poisťovne.

Čl. 3
Prechodné ustanovenie

Zdravotná poisťovňa môže do 30.4.2006 umožniť platiteľom poistného plniť oznamovaciu povinnosť aj na doteraz používaných tlačivách.

Čl. 4
Účinnosť

Platitelia poistného a zdravotné poisťovne sú povinní postupovať podľa tohto metodického usmernenia od 1. 4.2006.

V Bratislave 20.03.2006

MUDr. Ján G a j d o š, v. r.
predseda

Príloha č. 1

k metodickému usmerneniu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o spôsobe oznámenia platiteľa poistného pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

VZOR OZNÁMENIA V LISTINNEJ FORME

ZAMESTNÁVATEĽ

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne

Miesto pre interné údaje zdravotnej poisťovne

Strana číslo / Celkový počet strán	Za kalendárny mesiac		Rok		Kód poisťovne					
					Číslo platiteľa					

Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

Druh oznámenia: nové☐ opravné☐

ÚDAJE O PLATITEĽOVI

Meno a priezvisko Obchodné meno				Právna forma	
Rodné číslo	Číslo povolenia k pobytu		DIČ / IČ DPH	IČO	
Sídlo	Obec		Ulica		
	Súpis. číslo	Číslo	PSČ	Štát	
Telefón	Fax		E-mail		
Názov banky alebo pobočky zahraničnej banky		Predčíslie	Číslo účtu	Kód banky	

POISTENCI

P.č.	Rodné č./ identifikačné č. poistenca	Priezvisko, meno, titul	Kód	Platnosť zmeny	Dátum zmeny
1.					
2.					
3.					
4.					

Vyplnil Kontakt	Odtlačok pečiatky a podpis oprávnenej osoby	Pečiatka poisťovne
Dátum	Dátum	Dátum prijatia

<u>Kód poisťovne</u> – 2 miesta označenie poisťovne, 2 miesta označenie pobočky

<u>Číslo platiteľa</u> – vyplní platiteľ poistného – zamestnávateľ (10 miest)

<u>Údaje o platiteľovi -</u> vyplní zamestnávateľ

<u>Platnosť zmeny</u> – uvedie sa jedno písmeno z nižšie uvedených:
Z – začiatok platnosti kategórie poistenca
K – koniec platnosti kategórie poistenca
X – storno (vyčiarknutie celého riadku)

<u>Dátum zmeny</u> – deň , mesiac a rok zmeny v tvare DDMMRRRR (napr. začiatok, resp. skončenie pracovného pomeru, alebo povinnosti štátu platiť poistné atď.)

<u>Kód</u> – uvedie jedno číslo a jedno písmeno z nasledujúceho zoznamu kódov:

Zoznam kódov:

Typ zmeny:

1. Štát

A. nezaopatrené dieťa; za nezaopatrené dieťa sa na účely tohto zákona považuje aj fyzická osoba, ktorá študuje na vysokej škole, okrem externej formy štúdia, do skončenia vysokoškolského štúdia prvého stupňa alebo do skončenia vysokoškolského štúdia druhého stupňa, ktoré podľa študijného programu nepresiahlo štandardnú dĺžku, okrem fyzickej osoby, ktorá už získala

vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa a bol jej priznaný akademický titul podľa osobitného predpisu,

B. fyzickú osobu, ktorá poberá dôchodok okrem poberateľa vdovského dôchodku, vdoveckého dôchodku a sirotského dôchodku podľa osobitného predpisu alebo dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov podľa osobitného predpisu alebo dôchodok z cudziny, alebo dôchodok z iného členského štátu a nie je zdravotne poistená v tomto členskom štáte,

C. fyzickú osobu, ktorá poberá rodičovský príspevok,

D. fyzickú osobu, ktorá dosiahla dôchodkový vek a ktorej nevznikol nárok na dôchodok,

E. fyzickú osobu, ktorá je invalidná a nevznikol jej nárok na invalidný dôchodok,

F. vojaka vykonávajúceho základnú službu, náhradnú službu, zdokonaľovaciu službu a prípravnú službu a fyzickú osobu vykonávajúcu civilnú službu,

G. fyzickú osobu vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody,

H. fyzickú osobu, ktorej sa poskytuje starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnená na základe rozhodnutia súdu alebo v zariadení sociálnych služieb celoročne,

I. zahraničného študenta na zabezpečenie záväzkov z medzinárodných zmlúv, ktorými je Slovenská republika viazaná,

J. fyzickú osobu, ktorá poberá peňažný príspevok za opatrovanie,

K. fyzickú osobu, ktorá sa osobne celodenne a riadne stará o dieťa vo veku do šiestich rokov,

L. fyzickú osobu, ktorá opatruje občana s ťažkým zdravotným postihnutím odkázaného podľa posudku vydaného podľa osobitného predpisu alebo opatruje blízku osobu, ktorá je staršia ako 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zdravotníckom zariadení; starostlivosť o takéto osoby sa preukazuje čestným vyhlásením,

M. manželku alebo manžela zamestnanca, ktorý vykonáva štátnu službu v sídle služobného úradu v cudzine, alebo zamestnanca, ktorý podľa pracovnej zmluvy vykonáva práce vo verejnom záujme v zahraničí,

N. fyzickú osobu, ktorá vykonáva osobnú asistenciu občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím podľa osobitného predpisu,

O. fyzickú osobu,

1. ktorá poberá náhradu príjmu, nemocenské, ošetrovné alebo materské podľa osobitného predpisu
2. ktorej zanikol nárok na nemocenské po uplynutí podporného obdobia podľa osobitného predpisu a ktorej trvá dočasná pracovná neschopnosť alebo
3. ktorej zanikol nárok na ošetrovné po uplynutí desiateho dňa potreby ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu a ktorej trvá potreba ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu aj po tomto dni

P. fyzickú osobu, ktorá poberá dávku v hmotnej núdzi alebo príspevok k dávke v hmotnej núdzi,

Q. fyzickú osobu, ktorá je zaradená v evidencii uchádzačov o zamestnanie, vrátane uchádzača o zamestnanie, ktorému Sociálna poisťovňa vystavila formuláre podľa osobitného predpisu,

R. cudzinca zaisteného na území Slovenskej republiky,

S. fyzickú osobu, ktorá má priznané postavenie azylanta,

T. fyzickú osobu, ktorá vykonáva pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné a charitatívne spoločenstvo a nemá z tejto alebo z inej činnosti príjem okrem vyňatých príjmov; za vyňaté príjmy sa na účely tohto zákona považujú
   1. príjmy z výkonu činnosti osobného asistenta
   2. príjmy z prenájmu

3. príjmy, z ktorých sa vyberá daň zrážkou, okrem príjmu zo závislej činnosti, pri ktorom sa neuplatňujú nezdaniteľné časti základu dane a daňový bonus podľa osobitného predpisu

U. fyzickú osobu, ktorá je nemocensky zabezpečená a poberá náhradu služobného platu policajta počas dočasnej neschopnosti na výkon štátnej služby a náhradu služobného príjmu profesionálneho vojaka, ktorý nemôže vykonávať vojenskú službu pre chorobu alebo úraz, nemocenské alebo materské podľa osobitného predpisu.

2. Zamestnanec

Príloha č. 2

k metodickému usmerneniu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o spôsobe oznámenia platiteľa poistného pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

VZOR OZNÁMENIA V LISTINNEJ FORME

Samostatne zárobkovo činná osoba

Osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená a nie je zamestnancom, SZČO alebo osobou, za ktorú platí poistné štát, o zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne

Miesto pre interné údaje zdravotnej poisťovne

Strana číslo / Celkový počet strán						Kód poisťovne				
						Číslo poistenca/ platiteľa				

Oznámenie poistenca / platiteľa poistného

Druh oznámenia: nové☐ opravné☐

ÚDAJE O OZNAMOVATEĽOVI

Názov/ Meno a priezvisko				Typ oznamovateľa	
Dátum narodenia	Rodné číslo	Číslo povolenia k pobytu		IČO	
Miesto podnikania/ adresa	Obec			PSČ	
	Ulica			Číslo	
E - mail		Telefón		FAX	
Názov banky alebo pobočky zahraničnej banky		Predčíslie	Číslo účtu		Kód banky

Kód	Platnosť zmeny	Dátum zmeny							

Vyplnil Kontakt	Odtlačok pečiatky a podpis oprávnenej osoby	Pečiatka poisťovne
Dátum	Dátum	Dátum prijatia

<u>Kód poisťovne</u> – 2 miesta označenie poisťovne, 2 miesta označenie pobočky

<u>Číslo poistenca/platiteľa</u> – vyplní platiteľ poistného – SZČO, osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená a nie je zamestnancom, SZČO alebo osobou, za ktorú platí poistné štát (10 miest), poistenec (rodné číslo alebo identifikačné číslo)

<u>Údaje o oznamovateľovi</u> – údaje v plnom rozsahu vyplní oznamovateľ

<u>Typ oznamovateľa</u> – uvedie sa jedno písmeno z nasledujúcich
S – SZČO O – samoplatiteľ P - poistenec

<u>Platnosť zmeny</u> – uvedie sa jedno písmeno z nižšie uvedených:
Z – začiatok platnosti kategórie platiteľa poistného
K – koniec platnosti kategórie platiteľa poistného
X – oprava (vyčiarknutie celého riadku)

<u>Dátum zmeny</u> – deň, mesiac a rok zmeny v tvare DDMMRRR (napr. začiatok, resp. skončenie povinnosti štátu platiť poistné. Atď.)

<u>Kód</u> – uvedie jedno číslo a jedno písmeno z nasledujúceho zoznamu kódov:

Zoznam kódov:

Typ zmeny:

1. Štát

A. Nezaopatrené dieťa; za nezaopatrené dieťa sa na účely tohto zákona považuje aj fyzická osoba, ktorá študuje na vysokej škole, okrem externej formy štúdia, do skončenia vysokoškolského štúdia prvého stupňa alebo do skončenia vysokoškolského štúdia druhého stupňa, ktoré podľa študijného programu nepresiahlo štandardnú dĺžku, okrem fyzickej osoby, ktorá už získala vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa a bol jej priznaný akademický titul podľa osobitného predpisu,

B. Fyzická osoba, ktorá poberá dôchodok okrem poberateľa vdovského dôchodku, vdoveckého dôchodku a sirotského dôchodku podľa osobitného predpisu alebo dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov podľa osobitného predpisu alebo dôchodok z cudziny, alebo dôchodok z iného členského štátu a nie je zdravotne poistená v tomto členskom štáte,

C. Fyzická osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok,

D. Fyzická osoba, ktorá dosiahla dôchodkový vek a ktorej nevznikol nárok na dôchodok,

E. Fyzická osoba, ktorá je invalidná a nevznikol jej nárok na invalidný dôchodok,

F. Vojak vykonávajúci základnú službu, náhradnú službu, zdokonaľovaciu službu a prípravnú službu a fyzickú osobu vykonávajúcu civilnú službu,

G. Fyzická osoba vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody,

H. Fyzická osoba, ktorej sa poskytuje starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnená na základe rozhodnutia súdu alebo v zariadení sociálnych služieb celoročne,

I. Zahraničný študent na zabezpečenie záväzkov z medzinárodných zmlúv, ktorými je Slovenská republika viazaná,

J. Fyzická osoba, ktorá poberá peňažný príspevok za opatrovanie,

K. Fyzická osoba, ktorá sa osobne celodenne a riadne stará o dieťa vo veku do šiestich rokov,

L. Fyzická osoba, ktorá opatruje občana a ťažkým zdravotným postihnutím odkázaného podľa posudku vydaného podľa osobitného predpisu alebo opatruje blízku osobu, ktorá je staršia ako 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zdravotníckom zariadení; starostlivosť o takéto osoby sa preukazuje čestným vyhlásením,

M. Manželka alebo manžel zamestnanca, ktorý vykonáva štátnu službu v sídle služobného úradu v cudzine, alebo zamestnanca, ktorý podľa pracovnej zmluvy vykonáva práce vo verejnom záujme v zahraničí,

N. Fyzická osoba, ktorá vykonáva osobnú asistenciu občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím podľa osobitného predpisu,

O. Fyzická osoba,
1. ktorá poberá náhradu príjmu, nemocenské, ošetrovné alebo materské podľa osobitného predpisu,
2. ktorej zanikol nárok na nemocenské po uplynutí podporného obdobia podľa osobitného predpisu a ktorej trvá dočasná pracovná neschopnosť, alebo
3. ktorej zanikol nárok na ošetrovné po uplynutí desiateho dňa potreby ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu a ktorej trvá potreba ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu aj po tomto dni,

P. Fyzická osoba, ktorá poberá dávku v hmotnej núdzi alebo príspevok k dávke v hmotnej núdzi,

Q. Fyzická osoba, ktorá je zaradená v evidencii uchádzačov o zamestnanie, vrátane uchádzača o zamestnanie, ktorému Sociálna poisťovňa vystavila formuláre podľa osobitného predpisu,

R. Cudzinec zaistený na území Slovenskej republiky,

S. Fyzická osoba, ktorá má priznané postavenie azylanta,

T. Fyzická osoba, ktorá vykonáva pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné a charitatívne spoločenstvo a nemá z tejto alebo z inej činnosti príjem, okrem vyňatých príjmov ; za vyňaté príjmy sa na účely tohto zákona považujú:
   1. príjmy z výkonu činnosti osobného asistenta,
   2. príjmy z prenájmu,
   3. príjmy, z ktorých sa vyberá daň zrážkou, okrem príjmu zo závislej činnosti, pri ktorom sa neuplatňujú nezdaniteľné časti základu dane a daňový bonus podľa osobitného predpisu,

U. Fyzická osoba, ktorá je nemocensky zabezpečená a poberá náhradu služobného platu policajta počas dočasnej neschopnosti na výkon štátnej služby a náhradu služobného príjmu profesionálneho vojaka, ktorý nemôže vykonávať vojenskú službu pre chorobu alebo úraz, nemocenské alebo materské podľa osobitného predpisu.

3. SZČO
4. Platiteľ definovaný v § 11 ods. 2

Príloha č. 3

k metodickému usmerneniu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o spôsobe oznámenia platiteľa poistného pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

ŠTRUKTÚRA OZNÁMENIA V ELEKTRONICKEJ FORME

Dátové rozhranie

1. Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

V tejto dávke budú platitelia poistného priebežne podľa oznamovacej povinnosti doručovať zdravotnej poisťovni zmenu platiteľa poistného.

Štruktúra vety 2. riadku: Číslo platiteľa poistného|Kód ZP|Kód pobočky ZP|Kalendárny mesiac|Kalendárny rok|Meno a priezvisko/obchodné meno|IČO|Rodné číslo|Číslo povolenia na pobyt|DIČ / IČ DPH|Právna forma|Obec|Súpisné číslo|Ulica číslo|PSČ|Štát|Telefón|Fax|E-mail|Názov banky|Predčíslie účtu|Číslo účtu|Kód banky|Osoba zodpovedná za spracovanie|

Štruktúra vety 3. až n-tého riadku: Poradové číslo poistenca|Rodné číslo |Titul|Meno|Priezvisko|Kód zmeny|Platnosť zmeny|Dátum zmeny|Identifikačné číslo|
Popis dávky: Oznámenie platiteľa poistného o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie
Smer: platitelia poistného -> ZP
Typ dávky: 601
Početnosť: priebežne za každého zamestnávateľa
Formát prenosu dát: textový súbor, prípona .typ dávky
Zloženie názvu súboru dávky: IDRRMMDD.TYP, kde ID je 8-miestne identifikačné číslo organizácie alebo 9-10-miestne rodné číslo alebo 10 miestne číslo povolenia na pobyt platiteľa, RR je koncové dvojčíslie roku vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je 3-miestny kód typu dávky.
Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)
Oddeľovací znak: |
Identifikácia dávky: podľa prípony názvu súboru .TYP a pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	
2	Typ dávky	P	3-3	INT	
3	IČO /Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt	P	8-10	CHAR	
4	IČO prijímateľa dávky	P	8-8	CHAR	
5	Kód ZP a pobočky ZP	P	4-4	CHAR	
6	Dátum odoslania dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
7	Číslo dávky	P	1-6	INT	
8	Počet viet tela dávky	P	1-6	INT	
9	Počet médií	N	1-3	INT	
10	Poradové číslo média	N	1-3	INT	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Charakter dávky:	N – nová, O – opravná
Typ dávky:	601
IČO /Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt:	identifikačné číslo organizácie podľa číselníka IČO alebo rodné číslo alebo číslo povolenia na pobyt platiteľa – odosielateľa dávky
IČO prijímateľa dávky:	IČO prijímateľa dávky
Kód ZP a kód pobočky ZP:	kód zdravotnej poisťovne a kód pobočky zdravotnej poisťovne
Dátum odoslania dávky:	dátum odoslania dávky na ZP
Číslo dávky:	poradové číslo dávky platiteľa
Počet viet tela dávky:	udáva sa **bez prvého a druhého riadku** dávky – zodpovedá počtu oznamovaných poistencov
Počet médií:	počet médií, na ktorých je dávka doručená
Poradové číslo média:	poradové číslo média (1,2,3,...)

2. riadok – údaje o platiteľovi:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Číslo platiteľa poistného	P	1-10	CHAR	
2	Kód ZP	P	2-2	CHAR	
3	Kód pobočky ZP	P	2-2	CHAR	
4	Kalendárny mesiac	P	2-2	CHAR	MM
5	Kalendárny rok	P	2-2	CHAR	RR
6	Meno a priezvisko/obchodné meno	P	1-60	CHAR	
7	IČO	P*	8-8	CHAR	
8	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	
9	Číslo povolenia na pobyt	P*	1-10	CHAR	
10	DIČ / IČ DPH	N	1-13	CHAR	
11	Právna forma	P	2-2	CHAR	
12	Adresa sídla – obec	P	1-25	CHAR	
13	Adresa sídla – súpisné číslo	N	1-8	CHAR	
14	Adresa sídla – ulica číslo	P	1-35	CHAR	
15	Adresa sídla – PSČ	P	5-5	CHAR	
16	Adresa sídla – štát	P**	2-2	CHAR	
17	Telefón	N	8-15	CHAR	
18	Fax	N	8-15	CHAR	
19	E-mail	N	1-64	CHAR	
20	Názov banky	P	1-60	CHAR	
21	Predčíslie účtu	P	1-6	CHAR	
22	Číslo účtu	P	1-10	CHAR	
23	Kód banky	P	4-4	CHAR	
24	Osoba zodpovedná za spracovanie	P	1-50	CHAR	

<u>Vysvetlivky k jednotlivým položkám:</u>

Číslo platiteľa poistného: číslo platiteľa poistného, ktoré prideľuje ZP
Kód ZP: kód zdravotnej poisťovne podľa číselníka ZP
Kód pobočky ZP: kód pobočky ZP
Kalendárny mesiac: číslo mesiaca, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného
Kalendárny rok: koncové dvojčíslie roku, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného

Meno a priezvisko/
obchodné meno: identifikácia platiteľa
IČO: IČO platiteľa
Rodné číslo: rodné číslo platiteľa
Číslo povolenia na pobyt: číslo povolenia na pobyt platiteľa
DIČ/IČ DPH: daňové identifikačné číslo
Právna forma: FO – fyzická osoba, PO – právnická osoba

Adresa sídla – obec:	názov obce sídla platiteľa poistného
Adresa sídla – súpisné číslo	súpisné číslo adresy sídla platiteľa poistného
Adresa sídla – ulica číslo	názov ulice a číslo sídla platiteľa poistného
Adresa sídla – PSČ	PSČ adresy sídla platiteľa poistného
Adresa sídla – štát	kód štátu platiteľa podľa ISO 3166-1
Telefón:	telefón platiteľa poistného
Fax:	fax platiteľa poistného
E-mail:	e-mail platiteľa poistného
Názov banky:	názov banky alebo pobočky zahraničnej banky platiteľa
Predčíslie účtu:	predčíslie účtu platiteľa poistného v banke
Číslo účtu:	číslo účtu platiteľa poistného v banke
Kód banky:	4-miestny kód banky platiteľa

Osoba zodpovedná za spracovanie: osoba zodpovedná za spracovanie u platiteľa poistného

* treba vyplniť jednu z položiek IČO, Rodné číslo, Číslo povolenia na pobyt
** povinný parameter, ak sa jedná o iný štát ako SR

3. až n-tý riadok – telo dávky – údaje o poistencoch:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo poistenca	P	1-5	CHAR	
2	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	
3	Titul	N	3-12	CHAR	
4	Meno	P	1-24	CHAR	
5	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
6	Kód zmeny	P	1-2	CHAR	
7	Platnosť zmeny	P	1-1	CHAR	
8	Dátum zmeny	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
9	Identifikačné číslo	P*	9-20	CHAR	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Poradové číslo poistenca:	poradové číslo poistenca v dávke
Rodné číslo:	rodné číslo poistenca
Titul:	titul pred menom poistenca
Meno:	meno poistenca
Priezvisko:	priezvisko poistenca
Kód zmeny:	jednomiestny alebo dvojmiestny kód podľa metodického usmernenia (napr. 1A, 1B, ..., 1U, 2)
Platnosť zmeny:	hodnoty Z, K, X podľa metodického usmernenia
Dátum zmeny:	dátum, kedy došlo u poistenca k zmene platiteľa poistného
Identifikačné číslo:	identifikačné číslo poistenca

* ak nie je vyplnené rodné číslo, treba vyplniť identifikačné číslo poistenca

Forma prenosu: e-mail

2. Oznámenie poistenca / platiteľa poistného

V tejto dávke budú platitelia poistného priebežne podľa oznamovacej povinnosti doručovať zdravotnej poisťovni zmenu platiteľa poistného.

Štruktúra vety 2. riadku: Číslo platiteľa poistného|Kód ZP|Kód pobočky ZP|Kalendárny mesiac|Kalendárny rok|Názov/Meno a priezvisko|Typ oznamovateľa|IČO|Rodné číslo|Číslo povolenia na pobyt|Obec|Ulica číslo|PSČ|Telefón|Fax|E-mail|Osoba zodpovedná za spracovanie|Dátum narodenia|Názov banky|Predčíslie účtu|Číslo účtu|Kód banky|

Štruktúra vety 3. až n-tého riadku: Poradové číslo|Kód zmeny|Platnosť zmeny|Dátum zmeny|
Popis dávky: Oznámenie poistenca /platiteľa poistného pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie
Smer: poistenci /platitelia poistného -> ZP
Typ dávky: 602
Početnosť: priebežne
Formát prenosu dát: textový súbor, prípona .typ dávky
Zloženie názvu súboru dávky: IDRRMMDD.TYP, kde ID je 8-miestne identifikačné číslo organizácie alebo 9-10-miestne rodné číslo alebo 10 miestne číslo povolenia na pobyt oznamovateľa, RR je koncové dvojčíslie roku vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je 3-miestny kód typu dávky.
Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)
Oddeľovací znak: |
Identifikácia dávky: podľa prípony názvu súboru .TYP a pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	
2	Typ dávky	P	3-3	INT	
3	IČO /Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt	P	8-10	CHAR	
4	IČO prijímateľa dávky	P	8-8	CHAR	
5	Kód ZP a kód pobočky ZP	P	4-4	CHAR	
6	Dátum odoslania dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
7	Číslo dávky	P	1-6	INT	
8	Počet viet tela dávky	P	1-6	INT	
9	Počet médií	N	1-3	INT	
10	Poradové číslo média	N	1-3	INT	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Charakter dávky:	N – nová, O – opravná
Typ dávky:	602
IČO /Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt:	identifikačné číslo organizácie podľa číselníka IČO alebo rodné číslo alebo číslo povolenia na pobyt oznamovateľa – odosielateľa dávky
IČO prijímateľa dávky:	IČO prijímateľa dávky
Kód ZP a kód pobočky ZP:	kód zdravotnej poisťovne a kód pobočky zdravotnej poisťovne
Dátum odoslania dávky:	dátum odoslania dávky na ZP
Číslo dávky:	poradové číslo dávky platiteľa
Počet viet tela dávky:	udáva sa **bez prvého a druhého riadku** dávky – zodpovedá počtu oznamovaných poistencov
Počet médií:	počet médií, na ktorých je dávka doručená
Poradové číslo média:	poradové číslo média (1,2,3,...)

2. riadok – údaje o poistencovi /platiteľovi:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Číslo platiteľa poistného	P	1-10	CHAR	
2	Kód ZP	P	2-2	CHAR	
3	Kód pobočky ZP	P	2-2	CHAR	
4	Kalendárny mesiac	P	2-2	CHAR	MM
5	Kalendárny rok	P	2-2	CHAR	RR
6	Názov / Meno a priezvisko	P	1-60	CHAR	
7	Typ oznamovateľa	P	1-1	CHAR	
8	IČO	P*	8-8	CHAR	
9	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	
10	Číslo povolenia na pobyt	P*	1-10	CHAR	
11	Adresa – obec	P	1-25	CHAR	
12	Adresa sídla – ulica číslo	P	1-35	CHAR	
13	Adresa sídla – PSČ	P	5-5	CHAR	
14	Telefón	N	8-15	CHAR	
15	Fax	N	8-15	CHAR	
16	E-mail	N	1-64	CHAR	
17	Osoba zodpovedná za spracovanie	P	1-50	CHAR	
18	Dátum narodenia	P*	8-8	DATE	RRRRMMDD
19	Názov banky	P	1-60	CHAR	
20	Predčíslie účtu	P	1-6	CHAR	
21	Číslo účtu	P	1-10	CHAR	
22	Kód banky	P	4-4	CHAR	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Číslo platiteľa poistného:	číslo platiteľa poistného, ktoré prideľuje ZP
Kód ZP:	kód zdravotnej poisťovne podľa číselníka ZP
Kód pobočky ZP:	kód pobočky ZP
Kalendárny mesiac:	číslo mesiaca, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného
Kalendárny rok:	koncové dvojčíslie roku, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného
Názov/Meno a priezvisko:	identifikácia oznamovateľa
Typ oznamovateľa:	hodnoty S, O podľa metodického usmernenia
IČO:	IČO oznamovateľa
Rodné číslo:	rodné číslo oznamovateľa
Číslo povolenia na pobyt:	číslo povolenia na pobyt oznamovateľa
Adresa sídla – obec:	názov obce sídla oznamovateľa
Adresa sídla – ulica číslo	názov ulice a číslo sídla oznamovateľa
Adresa sídla – PSČ	PSČ adresy sídla oznamovateľa
Telefón:	telefón oznamovateľa
Fax:	fax oznamovateľa
E-mail:	e-mail oznamovateľa
Osoba zodpovedná za spracovanie:	osoba zodpovedná za spracovanie u oznamovateľa
Dátum narodenia:	dátum narodenia oznamovateľa
Názov banky:	názov banky alebo pobočky zahraničnej banky platiteľa
Predčíslie účtu:	predčíslie účtu platiteľa poistného v banke
Číslo účtu:	číslo účtu platiteľa poistného v banke
Kód banky:	4-miestny kód banky platiteľa

* treba vyplniť jednu z položiek IČO, Rodné číslo, Číslo povolenia na pobyt, Dátum narodenia

3. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo	P	1-5	CHAR	
2	Kód zmeny	P	1-2	CHAR	
3	Platnosť zmeny	P	1-1	CHAR	
4	Dátum zmeny	P	8-8	DATE	RRRRMMDD

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Poradové číslo:	poradové číslo zmeny
Kód zmeny:	jednomiestny alebo dvojmiestny kód podľa metodického usmernenia (napr. 1A, 1B, ..., 1U, 2, 3)
Platnosť zmeny:	hodnoty Z, K, X podľa metodického usmernenia
Dátum zmeny:	dátum, kedy došlo u poistenca k zmene

Forma prenosu: e-mail

Metodické usmernenie č. 22/2/2005
o spôsobe oznámenia platiteľa poistného
o zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

Čl. 1
Úvodné ustanovenie

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podľa § 24 písm. c) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“) vydáva toto metodické usmernenie o spôsobe oznámenia platiteľa poistného o zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „metodické usmernenie“).

Čl. 2
Oznámenie zmeny platiteľa poistného

1. Platiteľ poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „platiteľ poistného“) oznamuje príslušnej zdravotnej poisťovni zmenu platiteľa poistného prostredníctvom oznámenia platiteľa poistného pri zmene platiteľa poistného (ďalej len „oznámenie“). Oznámenie predkladá platiteľ poistného, ktorý je podľa § 24 zákona o zdravotnom poistení zamestnávateľ, samostatne zárobkovo činná osoba (ďalej len „SZČO“) alebo platiteľ poistného podľa § 11 ods. 2 zákona o zdravotnom poistení, t.j. osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená a nie je zamestnancom, SZČO alebo osobou, za ktorú platí poistné štát (tzv. „samoplatiteľ“).

2. Platiteľ poistného pre účely splnenia oznamovacej povinnosti doručí zdravotnej poisťovni oznámenie do ôsmich pracovných dní odo dňa skutočnosti, kedy nastala zmena platiteľa poistného. Zmenu platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 8 zákona o zdravotnom poistení (skutočnosť, kedy platiteľom poistného začína, resp. prestáva byť štát) oznámi platiteľ poistného do konca kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného.

3. V prípade zmeny platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 9 zákona o zdravotnom poistení (kedy štát je platiteľom za osoby uvedené v § 11 ods. 8 písm. a) až i) a k) po splnení podmienok uvedených v § 11 ods. 9) si splní platiteľ poistného oznamovaciu povinnosť najneskôr v termíne pre podanie ročného zúčtovania za rozhodujúce obdobie, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného.

4. Oznámenie má listinnú alebo elektronickú formu. Zamestnávateľ, ktorý má viac ako 20 zamestnancov poistených v príslušnej zdravotnej poisťovni, je povinný predkladať oznámenie tejto zdravotnej poisťovni v elektronickej forme, ak sa so zdravotnou poisťovňou nedohodne inak.

5. Zamestnávateľ je povinný predkladať oznámenie v elektronickej forme podľa čl. 2 bod 4 tohto metodického usmernenia od 01. 10. 2006.

6. Platiteľ poistného predkladá zdravotnej poisťovni oznámenie v listinnej forme na tlačive určenom príslušnou zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa vyhotoví tlačivá podľa prílohy č. 1 a prílohy č. 2 tohto metodického usmernenia.

7. Zdravotná poisťovňa zabezpečí prijímanie oznámení v elektronickej forme v štruktúre podľa prílohy č. 3 metodického usmernenia do 30. 9. 2006.

8. Ak zdravotná poisťovňa nestanoví aj iné spôsoby prijímania oznámení v elektronickej forme, platiteľ poistného môže predložiť oznámenie v elektronickej forme len v podobe dátového rozhrania, ktorého štruktúra je definovaná v prílohe č. 3.

9. Ak predložené oznámenie v elektronickej forme nie je podpísané zaručeným elektronickým podpisom oprávnenej osoby platiteľa poistného v súlade so zákonom č. 215/2002 Z. z. o elektronickom podpise a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, je zdravotná poisťovňa oprávnená od platiteľa poistného pri predkladaní oznámenia v elektronickej forme požadovať aj následné predloženie údajov v listinnej podobe v ňou stanovenej lehote. Dátum predloženia oznámenia v elektronickej forme sa považuje za dátum oznámenia zmeny platiteľa poistného podľa § 24 písm. c) zákona o zdravotnom poistení.

10. Oznámenie nenahrádza prihlášku na verejné zdravotné poistenie pri zmene zdravotnej poisťovne.

Čl. 3
Prechodné ustanovenie

Zdravotná poisťovňa môže do 30. 4. 2006 umožniť platiteľom poistného plniť oznamovaciu povinnosť aj na doteraz používaných tlačivách.

Čl. 4
Účinnosť

Platitelia poistného a zdravotné poisťovne sú povinní postupovať podľa tohto metodického usmernenia od 1. 10. 2006.

V Bratislave 24. 8. 2006

MUDr. Ján G a j d o š, v.r.
predseda

Príloha č. 1

k metodickému usmerneniu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o spôsobe oznámenia platiteľa poistného pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

VZOR OZNÁMENIA V LISTINNEJ FORME

ZAMESTNÁVATEĽ

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne

Miesto pre interné údaje zdravotnej poisťovne

Strana číslo / Celkový počet strán	Za kalendárny mesiac		Rok		Kód poisťovne					
					Číslo platiteľa					

Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

Druh oznámenia: nové☐ opravné☐

ÚDAJE O PLATITEĽOVI

Meno a priezvisko Obchodné meno				Právna forma	
Rodné číslo	Číslo povolenia k pobytu	DIČ / IČ DPH	IČO		
Sídlo: Obec		Ulica			
Sídlo: Súpis. číslo	Číslo	PSČ	Štát		
Telefón	Fax	E-mail			
Názov banky alebo pobočky zahraničnej banky	Predčíslie	Číslo účtu	Kód banky		

POISTENCI

P.č.	Rodné č./ identifikačné č. poistenca	Priezvisko, meno, titul	Kód	Platnosť zmeny	Dátum zmeny
1.					
2.					
3.					
4.					

Vyplnil Kontakt	Odtlačok pečiatky a podpis oprávnenej osoby	Pečiatka poisťovne
Dátum	Dátum	Dátum prijatia

<u>Kód poisťovne</u> – 2 miesta označenie poisťovne, 2 miesta označenie pobočky

<u>Číslo platiteľa</u> – vyplní platiteľ poistného – zamestnávateľ (10 miest)

<u>Údaje o platiteľovi -</u> vyplní zamestnávateľ

<u>Platnosť zmeny</u> – uvedie sa jedno písmeno z nižšie uvedených:
Z – začiatok platnosti kategórie poistenca
K – koniec platnosti kategórie poistenca
X – storno (vyčiarknutie celého riadku)

<u>Dátum zmeny</u> – deň , mesiac a rok zmeny v tvare DDMMRRRR (napr. začiatok, resp. skončenie pracovného pomeru, alebo povinnosti štátu platiť poistné atď.)

<u>Kód</u> – uvedie jedno číslo a jedno písmeno z nasledujúceho zoznamu kódov:

Zoznam kódov:

Typ zmeny:

1. Štát

A. nezaopatrené dieťa; za nezaopatrené dieťa sa na účely tohto zákona považuje aj fyzická osoba, ktorá študuje na vysokej škole, okrem externej formy štúdia, do skončenia vysokoškolského štúdia prvého stupňa alebo do skončenia vysokoškolského štúdia druhého stupňa, ktoré podľa študijného programu nepresiahlo štandardnú dĺžku, okrem fyzickej osoby, ktorá už získala vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa a bol jej priznaný akademický titul podľa osobitného predpisu,

B. fyzickú osobu, ktorá poberá dôchodok okrem poberateľa vdovského dôchodku, vdoveckého dôchodku a sirotského dôchodku podľa osobitného predpisu alebo dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov podľa osobitného predpisu alebo dôchodok z cudziny, alebo dôchodok z iného členského štátu a nie je zdravotne poistená v tomto členskom štáte,

C. fyzickú osobu, ktorá poberá rodičovský príspevok,

D. fyzickú osobu, ktorá dosiahla dôchodkový vek a ktorej nevznikol nárok na dôchodok,

E. fyzickú osobu, ktorá je invalidná a nevznikol jej nárok na invalidný dôchodok,

F. vojaka vykonávajúceho základnú službu, náhradnú službu, zdokonaľovaciu službu a prípravnú službu a fyzickú osobu vykonávajúcu civilnú službu,

G. fyzickú osobu vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody,

H. fyzickú osobu, ktorej sa poskytuje starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnená na základe rozhodnutia súdu alebo v zariadení sociálnych služieb celoročne,

I. zahraničného študenta na zabezpečenie záväzkov z medzinárodných zmlúv, ktorými je Slovenská republika viazaná,

J. fyzickú osobu, ktorá poberá peňažný príspevok za opatrovanie,

K. fyzickú osobu, ktorá sa osobne celodenne a riadne stará o dieťa vo veku do šiestich rokov,

L. fyzickú osobu, ktorá opatruje občana s ťažkým zdravotným postihnutím odkázaného podľa posudku vydaného podľa osobitného predpisu alebo opatruje blízku osobu, ktorá je staršia ako 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zdravotníckom zariadení; starostlivosť o takéto osoby sa preukazuje čestným vyhlásením,

M. manželku alebo manžela zamestnanca, ktorý vykonáva štátnu službu v sídle služobného úradu v cudzine, alebo zamestnanca, ktorý podľa pracovnej zmluvy vykonáva práce vo verejnom záujme v zahraničí,

N. fyzickú osobu, ktorá vykonáva osobnú asistenciu občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím podľa osobitného predpisu,

O. fyzickú osobu,

1. ktorá poberá náhradu príjmu, nemocenské, ošetrovné alebo materské podľa osobitného predpisu
2. ktorej zanikol nárok na nemocenské po uplynutí podporného obdobia podľa osobitného predpisu a ktorej trvá dočasná pracovná neschopnosť alebo
3. ktorej zanikol nárok na ošetrovné po uplynutí desiateho dňa potreby ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu a ktorej trvá potreba ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu aj po tomto dni

P. fyzickú osobu, ktorá poberá dávku v hmotnej núdzi alebo príspevok k dávke v hmotnej núdzi,

Q. fyzickú osobu, ktorá je zaradená v evidencii uchádzačov o zamestnanie, vrátane uchádzača o zamestnanie, ktorému Sociálna poisťovňa vystavila formuláre podľa osobitného predpisu,

R. cudzinca zaisteného na území Slovenskej republiky,

S. fyzickú osobu, ktorá má priznané postavenie azylanta,

T. fyzickú osobu, ktorá vykonáva pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné a charitatívne spoločenstvo a nemá z tejto alebo z inej činnosti príjem okrem vyňatých príjmov; za vyňaté príjmy sa na účely tohto zákona považujú
   1. príjmy z výkonu činnosti osobného asistenta
   2. príjmy z prenájmu
   3. príjmy, z ktorých sa vyberá daň zrážkou, okrem príjmu zo závislej činnosti, pri ktorom sa neuplatňujú nezdaniteľné časti základu dane a daňový bonus podľa osobitného predpisu

U. fyzickú osobu, ktorá je nemocensky zabezpečená a poberá náhradu služobného platu policajta počas dočasnej neschopnosti na výkon štátnej služby a náhradu služobného príjmu profesionálneho vojaka, ktorý nemôže vykonávať vojenskú službu pre chorobu alebo úraz, nemocenské alebo materské podľa osobitného predpisu.

2. Zamestnanec

Príloha č. 2

k metodickému usmerneniu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o spôsobe oznámenia platiteľa poistného pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

VZOR OZNÁMENIA V LISTINNEJ FORME

Samostatne zárobkovo činná osoba
Osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená a nie je zamestnancom, SZČO alebo osobou, za ktorú platí poistné štát, o zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne

Miesto pre interné údaje zdravotnej poisťovne

Strana číslo / Celkový počet strán					Kód poisťovne	
					Číslo poistenca/ platiteľa	

Oznámenie poistenca / platiteľa poistného
Druh oznámenia: nové☐ opravné☐

ÚDAJE O OZNAMOVATEĽOVI

Názov/ Meno a priezvisko				Typ oznamovateľa	
Dátum narodenia	Rodné číslo	Číslo povolenia k pobytu		IČO	
Miesto podnikania/ adresa	Obec			PSČ	
	Ulica			Číslo	
E - mail		Telefón		FAX	
Názov banky alebo pobočky zahraničnej banky		Predčíslie	Číslo účtu		Kód banky

Kód	Platnosť zmeny	Dátum zmeny

Vyplnil Kontakt	Odtlačok pečiatky a podpis oprávnenej osoby	Pečiatka poisťovne
Dátum	Dátum	Dátum prijatia

<u>Kód poisťovne</u> – 2 miesta označenie poisťovne, 2 miesta označenie pobočky

<u>Číslo poistenca/platiteľa</u> – vyplní platiteľ poistného – SZČO, osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená a nie je zamestnancom, SZČO alebo osobou, za ktorú platí poistné štát (10 miest), poistenec (rodné číslo alebo identifikačné číslo)

<u>Údaje o oznamovateľovi</u> – údaje v plnom rozsahu vyplní oznamovateľ

<u>Typ oznamovateľa</u> – uvedie sa jedno písmeno z nasledujúcich
S – SZČO O – samoplatiteľ P - poistenec

<u>Platnosť zmeny</u> – uvedie sa jedno písmeno z nižšie uvedených:

Z – začiatok platnosti kategórie platiteľa poistného
K – koniec platnosti kategórie platiteľa poistného
X – oprava (vyčiarknutie celého riadku)

Dátum zmeny – deň, mesiac a rok zmeny v tvare DDMMRRRR (napr. začiatok, resp. skončenie povinnosti štátu platiť poistné. Atď.)

Kód – uvedie jedno číslo a jedno písmeno z nasledujúceho zoznamu kódov:

Zoznam kódov:

Typ zmeny:

1. Štát

A. Nezaopatrené dieťa; za nezaopatrené dieťa sa na účely tohto zákona považuje aj fyzická osoba, ktorá študuje na vysokej škole, okrem externej formy štúdia, do skončenia vysokoškolského štúdia prvého stupňa alebo do skončenia vysokoškolského štúdia druhého stupňa, ktoré podľa študijného programu nepresiahlo štandardnú dĺžku, okrem fyzickej osoby, ktorá už získala vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa a bol jej priznaný akademický titul podľa osobitného predpisu,
B. Fyzická osoba, ktorá poberá dôchodok okrem poberateľa vdovského dôchodku, vdoveckého dôchodku a sirotského dôchodku podľa osobitného predpisu alebo dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov podľa osobitného predpisu alebo dôchodok z cudziny, alebo dôchodok z iného členského štátu a nie je zdravotne poistená v tomto členskom štáte,
C. Fyzická osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok,
D. Fyzická osoba, ktorá dosiahla dôchodkový vek a ktorej nevznikol nárok na dôchodok,
E. Fyzická osoba, ktorá je invalidná a nevznikol jej nárok na invalidný dôchodok,
F. Vojak vykonávajúci základnú službu, náhradnú službu, zdokonaľovaciu službu a prípravnú službu a fyzickú osobu vykonávajúcu civilnú službu,
G. Fyzická osoba vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody,
H. Fyzická osoba, ktorej sa poskytuje starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnená na základe rozhodnutia súdu alebo v zariadení sociálnych služieb celoročne,
I. Zahraničný študent na zabezpečenie záväzkov z medzinárodných zmlúv, ktorými je Slovenská republika viazaná,
J. Fyzická osoba, ktorá poberá peňažný príspevok za opatrovanie,
K. Fyzická osoba, ktorá sa osobne celodenne a riadne stará o dieťa vo veku do šiestich rokov,
L. Fyzická osoba, ktorá opatruje občana a ťažkým zdravotným postihnutím odkázaného podľa posudku vydaného podľa osobitného predpisu alebo opatruje blízku osobu, ktorá je staršia ako 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zdravotníckom zariadení; starostlivosť o takéto osoby sa preukazuje čestným vyhlásením,
M. Manželka alebo manžel zamestnanca, ktorý vykonáva štátnu službu v sídle služobného úradu v cudzine, alebo zamestnanca, ktorý podľa pracovnej zmluvy vykonáva práce vo verejnom záujme v zahraničí,
N. Fyzická osoba, ktorá vykonáva osobnú asistenciu občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím podľa osobitného predpisu,
O. Fyzická osoba,
   1. ktorá poberá náhradu príjmu, nemocenské, ošetrovné alebo materské podľa osobitného predpisu,
   2. ktorej zanikol nárok na nemocenské po uplynutí podporného obdobia podľa osobitného predpisu a ktorej trvá dočasná pracovná neschopnosť, alebo
   3. ktorej zanikol nárok na ošetrovné po uplynutí desiateho dňa potreby

ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu a ktorej trvá potreba ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu aj po tomto dni,

P. Fyzická osoba, ktorá poberá dávku v hmotnej núdzi alebo príspevok k dávke v hmotnej núdzi,

Q. Fyzická osoba, ktorá je zaradená v evidencii uchádzačov o zamestnanie, vrátane uchádzača o zamestnanie, ktorému Sociálna poisťovňa vystavila formuláre podľa osobitného predpisu,

R. Cudzinec zaistený na území Slovenskej republiky,

S. Fyzická osoba, ktorá má priznané postavenie azylanta,

T. Fyzická osoba, ktorá vykonáva pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné a charitatívne spoločenstvo a nemá z tejto alebo z inej činnosti príjem, okrem vyňatých príjmov ; za vyňaté príjmy sa na účely tohto zákona považujú:
   1. príjmy z výkonu činnosti osobného asistenta,
   2. príjmy z prenájmu,
   3. príjmy, z ktorých sa vyberá daň zrážkou, okrem príjmu zo závislej činnosti, pri ktorom sa neuplatňujú nezdaniteľné časti základu dane a daňový bonus podľa osobitného predpisu,

U. Fyzická osoba, ktorá je nemocensky zabezpečená a poberá náhradu služobného platu policajta počas dočasnej neschopnosti na výkon štátnej služby a náhradu služobného príjmu profesionálneho vojaka, ktorý nemôže vykonávať vojenskú službu pre chorobu alebo úraz, nemocenské alebo materské podľa osobitného predpisu.

3. SZČO
4. Platiteľ definovaný v § 11 ods. 2

Príloha č. 3

k metodickému usmerneniu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o spôsobe oznámenia platiteľa poistného pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

ŠTRUKTÚRA OZNÁMENIA

V ELEKTRONICKEJ FORME

Dátové rozhranie

1. Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

V tejto dávke budú platitelia poistného priebežne podľa oznamovacej povinnosti doručovať zdravotnej poisťovni zmenu platiteľa poistného.

Štruktúra vety 2. riadku: Číslo platiteľa poistného|Kód ZP|Kód pobočky ZP|Kalendárny mesiac|Kalendárny rok|Meno a priezvisko/obchodné meno|IČO|Rodné číslo|Číslo povolenia na pobyt|DIČ / IČ DPH|Právna forma|Obec|Súpisné číslo|Ulica číslo|PSČ|Štát|Telefón|Fax|E-mail|Názov banky|Predčíslie účtu|Číslo účtu|Kód banky|Osoba zodpovedná za spracovanie|

Štruktúra vety 3. až n-tého riadku: Poradové číslo poistenca|Rodné číslo |Titul|Meno|Priezvisko|Kód zmeny|Platnosť zmeny|Dátum zmeny|Bezvýznamové identifikačné číslo|

Popis dávky: Oznámenie platiteľa poistného o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie
Smer: platitelia poistného -> ZP
Typ dávky: 601
Početnosť: priebežne za každého zamestnávateľa
Formát prenosu dát: textový súbor, prípona .typ dávky
Zloženie názvu súboru dávky: IDRRMMDD.TYP, kde ID je 8-miestne identifikačné číslo organizácie alebo 9-10-miestne rodné číslo alebo 10 miestne číslo povolenia na pobyt platiteľa, RR je koncové dvojčíslie roku vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je 3-miestny kód typu dávky.
Alternatíva 2 pre systémy, ktoré nepodporujú dlhé názvy súborov: ZPRRMMDD.601, kde ZP je kód zdravotnej poisťovne, RR je koncové dvojčíslie roku vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky.

Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)
Oddeľovací znak: |
Identifikácia dávky: podľa prípony názvu súboru .TYP a pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	
2	Typ dávky	P	3-3	INT	

3	IČO /Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt	P	8-10	CHAR	
4	IČO prijímateľa dávky	P	8-8	CHAR	
5	Kód ZP a pobočky ZP	P	4-4	CHAR	
6	Dátum odoslania dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
7	Poradové číslo dávky	P	1-6	INT	
8	Počet viet tela dávky	P	1-6	INT	
9	Počet médií	N	1-3	INT	
10	Poradové číslo média	N	1-3	INT	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Charakter dávky:	N – nová, O – opravná
Typ dávky:	601
IČO /Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt:	identifikačné číslo organizácie podľa číselníka IČO alebo rodné číslo alebo číslo povolenia na pobyt platiteľa – odosielateľa dávky
IČO prijímateľa dávky:	IČO prijímateľa dávky
Kód ZP a kód pobočky ZP:	kód zdravotnej poisťovne a kód pobočky zdravotnej poisťovne
Dátum odoslania dávky:	dátum odoslania dávky na ZP
Poradové číslo dávky:	poradové číslo dávky platiteľa v kalendárnom roku
Počet viet tela dávky:	udáva sa **bez prvého a druhého riadku** dávky – zodpovedá počtu oznamovaných poistencov
Počet médií:	počet médií, na ktorých je dávka doručená
Poradové číslo média:	poradové číslo média (1,2,3,...)

2. riadok – údaje o platiteľovi:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Číslo platiteľa poistného	P	1-10	CHAR	
2	Kód ZP	P	2-2	CHAR	
3	Kód pobočky ZP	P	2-2	CHAR	
4	Kalendárny mesiac	P	2-2	CHAR	MM
5	Kalendárny rok	P	2-2	CHAR	RR
6	Meno a priezvisko/obchodné meno	P	1-60	CHAR	
7	IČO	P*	8-8	CHAR	
8	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	
9	Číslo povolenia na pobyt	P*	1-10	CHAR	
10	DIČ / IČ DPH	N	1-13	CHAR	
11	Právna forma	P	2-2	CHAR	
12	Adresa sídla – obec	P	1-25	CHAR	
13	Adresa sídla – súpisné číslo	N	1-8	CHAR	
14	Adresa sídla – ulica číslo	P	1-35	CHAR	
15	Adresa sídla – PSČ	P	5-5	CHAR	
16	Adresa sídla – štát	P**	2-2	CHAR	
17	Telefón	N	8-15	CHAR	
18	Fax	N	8-15	CHAR	
19	E-mail	N	1-64	CHAR	
20	Názov banky	P	1-60	CHAR	
21	Predčíslie účtu	N	1-6	CHAR	
22	Číslo účtu	P	1-10	CHAR	
23	Kód banky	P	4-4	CHAR	
24	Osoba zodpovedná za spracovanie	P	1-50	CHAR	

<u>Vysvetlivky k jednotlivým položkám:</u>

Číslo platiteľa poistného: číslo platiteľa poistného, ktoré prideľuje ZP
Kód ZP: kód zdravotnej poisťovne podľa číselníka ZP
Kód pobočky ZP: kód pobočky ZP
Kalendárny mesiac: číslo mesiaca, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného
Kalendárny rok: koncové dvojčíslie roku, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného
Meno a priezvisko/ obchodné meno: identifikácia platiteľa
IČO: IČO platiteľa
Rodné číslo: rodné číslo platiteľa
Číslo povolenia na pobyt: číslo povolenia na pobyt platiteľa
DIČ/IČ DPH: daňové identifikačné číslo
Právna forma: FO – fyzická osoba, PO – právnická osoba
Adresa sídla – obec: názov obce sídla platiteľa poistného

Adresa sídla – súpisné číslo	súpisné číslo adresy sídla platiteľa poistného
Adresa sídla – ulica číslo	názov ulice a číslo sídla platiteľa poistného
Adresa sídla – PSČ	PSČ adresy sídla platiteľa poistného
Adresa sídla – štát	kód štátu platiteľa podľa ISO 3166-1
Telefón:	telefón platiteľa poistného
Fax:	fax platiteľa poistného
E-mail:	e-mail platiteľa poistného
Názov banky:	názov banky alebo pobočky zahraničnej banky platiteľa
Predčíslie účtu:	predčíslie účtu platiteľa poistného v banke
Číslo účtu:	číslo účtu platiteľa poistného v banke
Kód banky:	4-miestny kód banky platiteľa

Osoba zodpovedná za spracovanie: osoba zodpovedná za spracovanie u platiteľa poistného

* treba vyplniť jednu z položiek IČO, Rodné číslo, Číslo povolenia na pobyt
** povinný parameter, ak sa jedná o iný štát ako SR

3. až n-tý riadok – telo dávky – údaje o poistencoch:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo poistenca	P	1-5	CHAR	
2	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	
3	Titul	N	3-12	CHAR	
4	Meno	P	1-24	CHAR	
5	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
6	Kód zmeny	P	1-2	CHAR	
7	Platnosť zmeny	P	1-1	CHAR	
8	Dátum zmeny	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
9	Bezvýznamové identifikačné číslo	P*	10-10	CHAR	XX7XXXYYYY

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Poradové číslo poistenca:	poradové číslo poistenca v dávke
Rodné číslo:	rodné číslo poistenca
Titul:	titul pred menom poistenca
Meno:	meno poistenca
Priezvisko:	priezvisko poistenca
Kód zmeny:	jednomiestny alebo dvojmiestny kód podľa metodického usmernenia (napr. 1A, 1B, ..., 1U, 2)
Platnosť zmeny:	hodnoty Z, K, X podľa metodického usmernenia
Dátum zmeny:	dátum, kedy došlo u poistenca k zmene platiteľa poistného
Bezvýznamové identifikačné číslo:	bezvýznamové identifikačné číslo poistenca, ktoré prideľuje ÚDZS

P* - ak nie je vyplnené rodné číslo, treba vyplniť identifikačné číslo poistenca

Forma prenosu: e-mail

2. Oznámenie poistenca / platiteľa poistného

V tejto dávke budú platitelia poistného priebežne podľa oznamovacej povinnosti doručovať zdravotnej poisťovni zmenu platiteľa poistného.

Štruktúra vety 2. riadku: Číslo platiteľa poistného|Kód ZP|Kód pobočky ZP|Kalendárny mesiac|Kalendárny rok|Názov/Meno a priezvisko|Typ oznamovateľa|IČO|Rodné číslo|Číslo povolenia na pobyt|Obec|Ulica číslo|PSČ|Telefón|Fax|E-mail|Osoba zodpovedná za spracovanie|Dátum narodenia|Názov banky|Predčíslie účtu|Číslo účtu|Kód banky|

Štruktúra vety 3. až n-tého riadku: Poradové číslo|Kód zmeny|Platnosť zmeny|Dátum zmeny|
Popis dávky: Oznámenie poistenca /platiteľa poistného pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie
Smer: poistenci /platitelia poistného -> ZP
Typ dávky: 602
Početnosť: priebežne
Formát prenosu dát: textový súbor, prípona .typ dávky
Zloženie názvu súboru dávky: IDRRMMDD.TYP, kde ID je 8-miestne identifikačné číslo organizácie alebo 9-10-miestne rodné číslo alebo 10 miestne číslo povolenia na pobyt oznamovateľa, RR je koncové dvojčíslie roku vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je 3-miestny kód typu dávky.
Alternatíva 2 pre systémy, ktoré nepodporujú dlhé názvy súborov: ZPRRMMDD.602, kde ZP je kód zdravotnej poisťovne, RR je koncové dvojčíslie roku vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky.
Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)
Oddeľovací znak: |
Identifikácia dávky: podľa prípony názvu súboru .TYP a pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	
2	Typ dávky	P	3-3	INT	
3	IČO /Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt	P	8-10	CHAR	
4	IČO prijímateľa dávky	P	8-8	CHAR	
5	Kód ZP a kód pobočky ZP	P	4-4	CHAR	
6	Dátum odoslania dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
7	Poradové číslo dávky	P	1-6	INT	
8	Počet viet tela dávky	P	1-6	INT	
9	Počet médií	N	1-3	INT	
10	Poradové číslo média	N	1-3	INT	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Charakter dávky:	N – nová, O – opravná
Typ dávky:	602
IČO /Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt:	identifikačné číslo organizácie podľa číselníka IČO alebo rodné číslo alebo číslo povolenia na pobyt oznamovateľa – odosielateľa dávky
IČO prijímateľa dávky:	IČO prijímateľa dávky
Kód ZP a kód pobočky ZP:	kód zdravotnej poisťovne a kód pobočky zdravotnej poisťovne
Dátum odoslania dávky:	dátum odoslania dávky na ZP
Poradové číslo dávky:	poradové číslo dávky platiteľa v kalendárnom roku
Počet viet tela dávky:	udáva sa **bez prvého a druhého riadku** dávky – zodpovedá počtu oznamovaných poistencov
Počet médií:	počet médií, na ktorých je dávka doručená
Poradové číslo média:	poradové číslo média (1,2,3,...)

2. riadok – údaje o poistencovi /platiteľovi:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Číslo platiteľa poistného	P	1-10	CHAR	
2	Kód ZP	P	2-2	CHAR	
3	Kód pobočky ZP	P	2-2	CHAR	
4	Kalendárny mesiac	P	2-2	CHAR	MM
5	Kalendárny rok	P	2-2	CHAR	RR
6	Názov / Meno a priezvisko	P	1-60	CHAR	
7	Typ oznamovateľa	P	1-1	CHAR	
8	IČO	P*	8-8	CHAR	
9	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	
10	Číslo povolenia na pobyt	P*	1-10	CHAR	
11	Adresa – obec	P	1-25	CHAR	
12	Adresa sídla – ulica číslo	P	1-35	CHAR	
13	Adresa sídla – PSČ	P	5-5	CHAR	
14	Telefón	N	8-15	CHAR	
15	Fax	N	8-15	CHAR	
16	E-mail	N	1-64	CHAR	
17	Osoba zodpovedná za spracovanie	P	1-50	CHAR	
18	Dátum narodenia	P*	8-8	DATE	RRRRMMDD
19	Názov banky	P	1-60	CHAR	
20	Predčíslie účtu	N	1-6	CHAR	
21	Číslo účtu	P	1-10	CHAR	
22	Kód banky	P	4-4	CHAR	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Číslo platiteľa poistného:	číslo platiteľa poistného, ktoré prideľuje ZP
Kód ZP:	kód zdravotnej poisťovne podľa číselníka ZP
Kód pobočky ZP:	kód pobočky ZP
Kalendárny mesiac:	číslo mesiaca, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného
Kalendárny rok:	koncové dvojčíslie roku, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného
Názov/Meno a priezvisko:	identifikácia oznamovateľa
Typ oznamovateľa:	hodnoty S, O podľa metodického usmernenia
IČO:	IČO oznamovateľa
Rodné číslo:	rodné číslo oznamovateľa
Číslo povolenia na pobyt:	číslo povolenia na pobyt oznamovateľa
Adresa sídla – obec:	názov obce sídla oznamovateľa
Adresa sídla – ulica číslo	názov ulice a číslo sídla oznamovateľa
Adresa sídla – PSČ	PSČ adresy sídla oznamovateľa
Telefón:	telefón oznamovateľa
Fax:	fax oznamovateľa
E-mail:	e-mail oznamovateľa
Osoba zodpovedná za spracovanie:	osoba zodpovedná za spracovanie u oznamovateľa
Dátum narodenia:	dátum narodenia oznamovateľa
Názov banky:	názov banky alebo pobočky zahraničnej banky platiteľa
Predčíslie účtu:	predčíslie účtu platiteľa poistného v banke
Číslo účtu:	číslo účtu platiteľa poistného v banke
Kód banky:	4-miestny kód banky platiteľa

* treba vyplniť jednu z položiek IČO, Rodné číslo, Číslo povolenia na pobyt, Dátum narodenia

3. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo	P	1-5	CHAR	
2	Kód zmeny	P	1-2	CHAR	
3	Platnosť zmeny	P	1-1	CHAR	
4	Dátum zmeny	P	8-8	DATE	RRRRMMDD

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Poradové číslo:	poradové číslo zmeny
Kód zmeny:	jednomiestny alebo dvojmiestny kód podľa metodického usmernenia (napr. 1A, 1B, ..., 1U, 2, 3)
Platnosť zmeny:	hodnoty Z, K, X podľa metodického usmernenia
Dátum zmeny:	dátum, kedy došlo u poistenca k zmene

Forma prenosu: e-mail

Metodické usmernenie č. 2/1/2006
k prihláškam na verejné zdravotné poistenie

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) v zmysle § 6 ods. 10 a ods. 11 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o poistení“) vydáva toto metodické usmernenie k problematike prihlášok na verejné zdravotné poistenie.

Čl. 1
Povinnosti úradu

1) V zmysle § 6 ods. 11 písm. a) zákona o poistení, úrad je povinný poskytnúť zdravotnej poisťovni písomne informáciu o prijatí, dátume a čase prijatia prihlášky alebo potvrdení prihlášky v inej zdravotnej poisťovni pri vzniku verejného zdravotného poistenia do troch dní odo dňa prijatia oznámenia o prijatí prihlášky zdravotnou poisťovňou. Ak prihláška nebola potvrdená inou zdravotnou poisťovňou, je povinný oznámiť, ktorá zdravotná poisťovňa sa má stať príslušnou.

2) V zmysle § 6 ods. 11 písm. b) zákona o poistení, úrad je povinný poskytnúť zdravotnej poisťovni písomne informáciu o prijatí, dátume a čase prijatia prihlášky a možnosti potvrdiť prihlášku zdravotnou poisťovňou pri zmene zdravotnej poisťovne do 31. októbra. Ak prihláška bola podaná vo viacerých zdravotných poisťovniach, je povinný oznámiť, ktorá zdravotná poisťovňa sa má stať príslušnou. Za príslušnú zdravotnú poisťovňu sa považuje zdravotná poisťovňa, ktorá potvrdila prihlášku ako prvá. V prípade, že poistencovi nepotvrdila prihlášku žiadna zdravotná poisťovňa, je príslušnou zdravotnou poisťovňou tá zdravotná poisťovňa, v ktorej si podal prihlášku ako v prvej.

3) Všetky prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne podané po 30. septembri kalendárneho roka sa považujú za podané 1. januára.

4) Prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne podané poistencami do 30. 9. kalendárneho roka, ale oznámené úradu po 10. októbri príslušného kalendárneho roka nebudú zo strany úradu akceptované.

5) Ak si poistenec v zmysle § 6 ods. 6 zákona o poistení zdravotnú poisťovňu nemôže vybrať, úrad určí, ktorá zdravotná poisťovňa bude jeho príslušnou zdravotnou poisťovňou.

Čl. 2
Práva a povinnosti poisťovne

1) V zmysle § 6 ods. 10 písm. a) bod 1 zákona o poistení je zdravotná poisťovňa povinná pri vzniku verejného zdravotného poistenia oznámiť úradu prijatie prihlášky do troch dní od jej prijatia, vrátane dátumu a času prijatia.

2) Pri zmene zdravotnej poisťovne je táto povinná v zmysle § 6 ods. 10 písm. b) bod 1 zákona o poistení písomne oznámiť úradu do 10. októbra príslušného kalendárneho roka prijatie prihlášky, dátum a čas prijatia.

3) Denne zasielať úradu v elektronickej podobe oznámenie o prijatí prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne, dátume a čase prijatia.

4) Zmeny, ktoré nastali v denných oznámeniach, zasielať bezodkladne úradu v písomnej forme s uvedením dátumu denného oznámenia, v ktorom sa pôvodný údaj nachádzal, čísla riadku, v ktorom je zmena vykonaná a dôvod zmeny. Za zmenu úrad považuje stornovanie prihlášky na základe dohody zdravotnej poisťovne a poistenca, úmrtie poistenca, resp. nesprávne zaslané oznámenia o vzniku verejného zdravotného poistenia.

5) Zasielať úradu opravnú dávku denného oznámenia o prijatí prihlášky po oprave dát uvedených v protokole chybných informácií doručenej úradom do 10 pracovných dní odo dňa doručenia úradom, až do 10. októbra príslušného kalendárneho roka.

6) Potvrdenie prihlášky je zdravotná poisťovňa v zmysle § 6 ods. 10 písm. c) zákona o poistení povinná oznámiť úradu do piatich dní od jej potvrdenia.

7) V prípade zániku a vzniku verejného zdravotného poistenia v priebehu toho istého kalendárneho roka, musí poistenec podať prihlášku v tej zdravotnej poisťovni, v ktorej bol poistený naposledy. Na tento prípad sa nevzťahuje procedúra schvaľovania prihlášok do zdravotných poisťovní v zmysle § 6 ods. 9 až 12 zákona o poistení, a preto nie je potrebné zasielať oznámenie o prijatí prihlášky na úrad a nie je ani potrebné čakať na spätnú informáciu od úradu. Tým však nie je vylúčená povinnosť zdravotnej poisťovne oznámiť úradu potvrdenie prihlášky v zákonom stanovenej lehote.

Čl. 3
Postup pri vzniku verejného zdravotného poistenia

1) Zdravotná poisťovňa poskytuje úradu:

a) oznámenie o prijatí prihlášky do troch dní od jej prijatia, vrátane dátumu a času prijatia,

b) oznámenie o prijatí prihlášky v elektronickej podobe v súlade s podmienkami na výmenu údajov (príloha č. 6), v štruktúre podľa priloženého dátového rozhrania (príloha č. 1.),

c) oznámenie o potvrdení prihlášky do piatich dní od jej potvrdenia v elektronickej podobe v súlade s podmienkami na výmenu údajov (príloha č. 6) v štruktúre podľa priloženého dátového rozhrania (príloha č. 5).

2) Úrad poskytuje zdravotnej poisťovni:

a) informáciu o prijatí, dátume a čase prijatia prihlášky alebo potvrdení prihlášky v inej zdravotnej poisťovni do troch dní odo dňa prijatia oznámenia o prijatí prihlášky zdravotnou poisťovňou,

b) informáciu o prijatí alebo potvrdení prihlášky v písomnej a v elektronickej podobe v súlade s podmienkami na výmenu údajov (príloha č. 6) v štruktúre podľa priloženého dátového rozhrania (príloha č. 2). Ak prihláška nebola potvrdená inou zdravotnou poisťovňou, úrad je povinný zdravotnej poisťovni oznámiť, že sa má stať príslušnou.

Čl. 4
Postup pri zmene zdravotnej poisťovne

1) Zdravotná poisťovňa poskytuje úradu:

a) denne oznámenie o prijatí prihlášky až do 10. októbra príslušného kalendárneho roka vrátane dátumu a času prijatia prihlášky. Dátum prijatia prihlášky v dennom oznámení nesmie byť starší ako 10 pracovných dní,

b) denné oznámenie o prijatí prihlášky predkladá v jednej dávke v elektronickej podobe v súlade s podmienkami na výmenu údajov (príloha č. 6) v štruktúre podľa priloženého dátového rozhrania (príloha č. 3),

c) súhrnné oznámenie o všetkých prijatých prihláškach do 10. októbra príslušného kalendárneho roka vrátane dátumu a času prijatia prihlášky,

d) súhrnné oznámenie o všetkých prijatých prihláškach v písomnej a elektronickej podobe ako jednu dávku v súlade s podmienkami na výmenu údajov (príloha č. 6) v štruktúre podľa priloženého dátového rozhrania (príloha č. 3),

e) opravnú dávku denného oznámenia o prijatí prihlášky po oprave dát uvedených v protokole chybných informácií doručenej úradom do 10 pracovných dní odo dňa doručenia úradom, až do 10. októbra príslušného kalendárneho roka. Opravná dávka môže obsahovať iba všetky údaje pôvodnej dávky s opravenými informáciami,

f) za prihlášku pri zmene zdravotnej poisťovne sa nepovažuje podaná prihláška v poisťovni, v ktorej bol poistenec poistený do 30. 9. príslušného kalendárneho roka,

g) oznámenie o potvrdení prihlášky do piatich dní od jej potvrdenia len v elektronickej podobe v súlade s podmienkami na výmenu údajov (príloha č. 6) v štruktúre podľa priloženého dátového rozhrania (príloha č. 5).

2) Úrad poskytuje zdravotnej poisťovni:

a) informáciu o prijatí, dátume a čase prijatia prihlášky a možnosti potvrdiť prihlášku zdravotnou poisťovňou do 31. októbra,

b) informáciu o prijatí prihlášky v písomnej a v elektronickej podobe v súlade s podmienkami na výmenu údajov (príloha č. 6) v štruktúre podľa priloženého dátového rozhrania (príloha č. 4).
Ak prihláška bola podaná vo viacerých zdravotných poisťovniach, je povinný oznámiť, ktorá zdravotná poisťovňa sa má stať príslušnou. Za príslušnú zdravotnú poisťovňu sa považuje zdravotná poisťovňa, ktorá potvrdila prihlášku ako prvá. V prípade, že poistencovi nepotvrdila prihlášku žiadna zdravotná poisťovňa, je príslušnou zdravotnou poisťovňou tá zdravotná poisťovňa, v ktorej si podal prihlášku ako v prvej,

c) v sporných prípadoch úrad považuje prijatú prihlášku ako prvú podľa dátumu a času prijatia oznámenia poisťovne úradom. Za sporné prípady sa považuje stav, ak oznámenie o prijatí prihlášok u jedného poistenca bolo oznámené viacerými poisťovňami s uvedením rovnakého dátumu a času prijatia,

d) protokol chybných informácií z denných oznámení o prijatí prihlášky v elektronickej podobe. Spolu s protokolom úrad vráti poisťovni aj denné oznámenie.

Čl. 5
Zmeny v registri podaných prihlášok

1) V prípade zistenia nových skutočností týkajúcich sa oznámenia o prijatej prihláške, ktoré bolo doručené úradu, môže úrad na podnet zdravotnej poisťovne alebo z vlastného podnetu zrušiť alebo zmeniť príslušný záznam v registri podaných prihlášok na verejné zdravotné poistenie.

2) O zmene záznamu v registri podaných prihlášok na verejné zdravotné poistenie úrad bezodkladne informuje zdravotnú poisťovňu, ktorá oznámenie o prijatej prihláške podala a zdravotnú poisťovňu, ktorá v čase podania prihlášky bola príslušná, ak takáto zdravotná poisťovňa existuje.

Čl. 6
Zrušovacie ustanovenia

1) Týmto metodickým usmernením sa novelizuje metodické usmernenie č. 2/2006.

Čl. 7
Účinnosť

Toto metodické usmernenie nadobúda účinnosť 1. 9. 2006.

MUDr. Ján Gajdoš, v.r.
predseda

Prílohy : Dátové rozhrania č. 1 – č. 5
Podmienky na výmenu údajov – príloha č. 6

príloha č.1

1. Prihláška na verejné zdravotné poistenie - vznik verejného zdravotného poistenia

V tejto dávke budú zdravotné poisťovne priebežne v elektronickej forme odosielať oznámenia o prihláškach v prípade vzniku poistného vzťahu.

Štruktúra vety:

Poradové číslo riadku|Meno|Priezvisko|Rodné číslo|Adresa trvalého pobytu/Obec|Ulica číslo|PSČ|Dátum prijatia prihlášky|Čas prijatia prihlášky|Dátum narodenia|Bezvýznamové identifikačné číslo|Identifikačné číslo zdravotného poistenia generované zdravotnou poisťovňou|

Popis dávky: **Vznik verejného zdravotného poistenia – oznámenie o prijatých prihláškach**

Smer: ZP -> Ústredie ÚDZS

Typ dávky: 516

Početnosť: Priebežne. Dávka obsahuje n-počet záznamov o poistencoch.

Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_060802_516.txt).

Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)

Oddeľovací znak: |

Identifikácia dávky: pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. **riadok – hlavička:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00 (pr.:21)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-5	INT	99990 (pr.: 23)
5	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	N / O
6	Poradové číslo opravovanej dávky	P*	3-3	CHAR	

<u>Vysvetlivky k jednotlivým položkám:</u>

Typ dávky: 516

Kód ZP: podľa číselníka ZP

Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky

Počet riadkov v dávke: udáva sa bez prvého riadku dávky

Charakter dávky: N – nová, O – opravná. Opravná dávka sa zasiela ako kompletná dávka, ktorá nahrádza pôvodnú dávku.

Poradové číslo opravovanej dávky:

poradové číslo opravovanej dávky – P* - táto položka je povinná, ak ide o opravnú dávku (položka 5 je O). Tu sa udáva poradové číslo pôvodnej dávky, ktorá sa opravuje.

2. **až n-tý riadok – telo dávky:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-5	INT	99990 (pr.: 23)
2	Meno	P	1-24	CHAR	
3	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
4	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	pr. RČ: 7804206345
5	Adresa trvalého pobytu: obec	P	1-25	CHAR	
6	ulica číslo	P**	1-35	CHAR	
7	PSČ	P	5-5	CHAR	00000 (pr.:92108)
8	Dátum prijatia prihlášky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
9	Čas prijatia prihlášky	P	4-4	TIME	HHMM (pr.: 0856)
10	Dátum narodenia	P	8-8	DATE	pr. RRRRMMDD
11	Bezvýznamové identifikačné číslo	P*	10-10	CHAR	XX7XXXYYYY
12	IDZP	P*	1-12	CHAR	

Vysvetlivky:

P: povinný údaj
Riadok č. 6 - P** - údaj sa vypĺňa, ak je známy
Riadok č. 11 - bezvýznamové identifikačné číslo prideľuje úrad
Riadok č. 12 - P* - IDZP - identifikačné číslo zdravotného poistenia generované a vyplňované zdravotnou poisťovňou je povinnou položkou v prípade, že nie je možné vyplniť riadok č. 4 resp. riadok č. 11

príloha č. 2

2. Akceptácia prihlášky na verejné zdravotné poistenie – vznik verejného zdravotného poistenia

Štruktúra vety:
Poradové číslo riadku|Meno|Priezvisko|Rodné číslo|Adresa trvalého pobytu/ obec|Ulica číslo|PSČ|Dátum prijatia prihlášky|Čas prijatia prihlášky|Akceptovanie prihlášky|Kód príslušnej poisťovne|Dátum potvrdenia prihlášky v inej ZP|Dátum narodenia|Bezvýznamové identifikačné číslo|Identifikačné číslo zdravotného poistenia generované zdravotnou poisťovňou|

Popis dávky: **Vznik verejného zdravotného poistenia – informácia o akceptovateľnosti prihlášok**
Smer: Ústredie ÚDZS -> ZP
Typ dávky: 517
Početnosť: Priebežne. Dávka obsahuje n-počet záznamov o poistencoch
Formát prenosu dát: textový súbor
Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_060802_517.txt). Dávka je generovaná ako 1 súbor.
Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)
Oddeľovací znak: |
Identifikácia dávky: pomocou prvého riadku
Obsah dávky:

1. **riadok – hlavička:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	CHAR	00 (pr.: 21)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-5	INT	99990 (pr.: 23)
5	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	N / O
6	Poradové číslo opravovanej dávky	P*	3-3	CHAR	

<u>Vysvetlivky k jednotlivým položkám:</u>
Typ dávky: 517
Kód ZP: podľa číselníka ZP
Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke: udáva sa bez prvého riadku dávky
Charakter dávky: N – nová, O – opravná. Opravná dávka sa zasiela ako kompletná dávka, ktorá nahrádza pôvodnú dávku.
Poradové číslo opravovanej dávky:
poradové číslo opravovanej dávky – P* - táto položka je povinná, ak ide o opravnú dávku (položka 5 je O). Tu sa udáva poradové číslo pôvodnej dávky, ktorá sa opravuje.

2. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-5	INT	99990 (pr.:23)
2	Meno	P	1-24	CHAR	
3	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
4	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	pr. RČ: 7804206345
5	Adresa trvalého pobytu: obec	P	1-25	CHAR	
6	ulica číslo	P**	1-35	CHAR	
7	PSČ	P	5-5	CHAR	00000 (pr.:92108)
8	Dátum prijatia prihlášky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
9	Čas prijatia prihlášky	P	4-4	TIME	HHMM(pr.:1428)
10	Akceptovanie prihlášky	P	1-1	CHAR	A/N
11	Kód príslušnej poisťovne	P***	2-2	INT	00 (pr. 21)
12	Dátum potvrdenia prihlášky v príslušnej ZP	N	8-8	DATE	RRRRMMDD
13	Dátum narodenia	P	8-8	DATE	pr. RRRRMMDD
14	Bezvýznamové identifikačné číslo	P*	10-10	CHAR	XX7XXXYYYY
15	IDZP	P****	1-12	CHAR	

Vysvetlivky:

P: povinný údaj — N: nepovinný údaj

Riadok č. 4 a č. 14 - P* - vypĺňa sa rodné číslo. Ak nie je známe rodné číslo, treba povinne vyplniť bezvýznamové identifikačné číslo

Riadok č. 6 - P** - údaj sa vypĺňa, ak je známy

Riadok č. 10 - A - akceptovaná prihláška, N - neakceptovaná prihláška

Riadok č. 11 - P*** - údaj sa vypĺňa, ak je v riadku č. 10 hodnota „N“ a ak je známy

Riadok č. 14 - bezvýznamové identifikačné číslo prideľuje úrad

Riadok č.15 - P**** - IDZP - identifikačné číslo zdravotného poistenia generované a vyplňované zdravotnou poisťovňou je povinnou položkou v prípade, ak bolo vyplnené v dávke 516

príloha č. 3

3. Prihláška na zmenu zdravotnej poisťovne poistenie – oznámenie

V tejto dávke budú zdravotné poisťovne priebežne v elektronickej forme oznamovať prijatie prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne.

Štruktúra vety:

Poradové číslo riadku|Meno|Priezvisko|Rodné číslo|Adresa trvalého pobytu/obec|Ulica číslo|PSČ|Dátum prijatia prihlášky|Čas prijatia prihlášky| Dátum narodenia|Bezvýznamové identifikačné číslo|Identifikačné číslo zdravotného poistenia generované zdravotnou poisťovňou|

Popis dávky: **Prihláška na zmenu zdravotnej poisťovne – oznámenie**
Smer: ZP -> Ústredie ÚDZS
Typ dávky: 529
Početnosť: **Denne**. Dávka obsahuje n-počet záznamov o poistencoch.
Formát prenosu dát: textový súbor
Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_060802_529.txt). Dávka je generovaná ako 1 súbor.
Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)
Oddeľovací znak: |

Identifikácia dávky pomocou prvého riadku:
Obsah dávky:

1. **riadok – hlavička:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00 (pr.:21)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-6	INT	999990 (pr.: 23)
5	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	N / O
6	Poradové číslo opravovanej dávky	P*	3-3	CHAR	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:
Typ dávky: 529
Kód ZP: podľa číselníka ZP
Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke: udáva sa bez prvého riadku dávky
Charakter dávky: N – nová, O – opravná. Opravná dávka sa zasiela ako kompletná dávka, ktorá nahrádza pôvodnú dávku.
Poradové číslo opravovanej dávky:
poradové číslo opravovanej dávky – P* - táto položka je povinná, ak ide o opravnú dávku (položka 5 je O). Tu sa udáva poradové číslo pôvodnej dávky, ktorá sa opravuje.

2. **až n-tý riadok – telo dávky:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-5	INT	99990 (pr.: 23)
2	Meno	P	1-24	CHAR	
3	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
4	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	pr. RČ: 7804206345
5	Adresa trvalého pobytu: obec	P	1-25	CHAR	
6	ulica číslo	P**	1-35	CHAR	
7	PSČ	P	5-5	CHAR	00000 (pr.:92108)
8	Dátum prijatia prihlášky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
9	Čas prijatia prihlášky	P	4-4	TIME	HHMM (pr.:0943)
10	Dátum narodenia	P	8-8	DATE	pr. RRRRMMDD
11	Bezvýznamové identifikačné číslo	P*	10-10	CHAR	XX7XXXYYYY
12	IDZP	P*	1-12	CHAR	

Vysvetlivky:
P: povinný údaj
Riadok č. 6 - P** - údaj sa vypĺňa, ak je známy
Riadok č. 11 - bezvýznamové identifikačné číslo prideľuje úrad
Riadok č.12 - P* - IDZP - identifikačné číslo zdravotného poistenia generované a vyplňované zdravotnou poisťovňou je povinnou položkou v prípade, že nie je možné vyplniť riadok č. 4 resp. riadok č. 11

príloha č.4

4. Akceptácia prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne

Štruktúra vety:
Poradové číslo riadku|Meno|Priezvisko|Rodné číslo|Adresa trvalého pobytu/ obec|Ulica číslo|PSČ|Dátum prijatia prihlášky|Čas prijatia prihlášky|Akceptovanie prihlášky|Kód príslušnej poisťovne|Dátum prijatia prihlášky v inej ZP| Dátum narodenia|Bezvýznamové identifikačné číslo|Identifikačné číslo zdravotného poistenia generované zdravotnou poisťovňou|

Popis dávky: **Prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne – informácia o akceptovateľnosti prihlášok**
Smer: Ústredie ÚDZS -> ZP
Typ dávky: 530
Početnosť: 1x ročne – do 31. 10. príslušného roka. Dávka obsahuje n-počet záznamov o poistencoch
Formát prenosu dát: textový súbor
Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_060802_530.txt). Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)
Oddeľovací znak: |

Identifikácia dávky: pomocou prvého riadku:
Obsah dávky:

1. **riadok – hlavička:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00 (pr.: 21)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-5	INT	99990 (pr.: 23)
5	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	N / O
6	Poradové číslo opravovanej dávky	P*	3-3	CHAR	

<u>Vysvetlivky k jednotlivým položkám:</u>
Typ dávky: 530
Kód ZP: podľa číselníka ZP
Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke: udáva sa bez prvého riadku dávky
Charakter dávky: N – nová, O – opravná. Opravná dávka sa zasiela ako kompletná dávka, ktorá nahrádza pôvodnú dávku.
Poradové číslo opravovanej dávky:
poradové číslo opravovanej dávky – P* - táto položka je povinná, ak ide o opravnú dávku (položka 5 je O). Tu sa udáva poradové číslo pôvodnej dávky, ktorá sa opravuje.

2. **až n-tý riadok – telo dávky:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-6	INT	99990 (pr.:23)
2	Meno	P	1-24	CHAR	
3	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
4	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	pr. RČ: 7804206345
5	Adresa trvalého pobytu: obec	P	1-25	CHAR	
6	ulica číslo	P**	1-35	CHAR	
7	PSČ	P	5-5	CHAR	00000 (pr.:92108)
8	Dátum prijatia prihlášky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
9	Čas prijatia prihlášky	P	4-4	TIME	HHMM(pr.:1428)
10	Akceptovanie prihlášky	P	1-1	CHAR	A/N
11	Kód príslušnej poisťovne	P***	2-2	INT	00 (pr. 21)
12	Dátum prijatia prihlášky v príslušnej ZP	N	8-8	DATE	RRRRMMDD
13	Dátum narodenia	P	8-8	DATE	pr. RRRRMMDD
14	Bezvýznamové identifikačné číslo	P*	10-10	CHAR	XX7XXXYYYY
15	IDZP	P****	1-12	CHAR	

Vysvetlivky:

P: povinný údaj — N: nepovinný údaj

Riadok č. 4 a č. 14 - P* - vypĺňa sa rodné číslo. Ak nie je známe rodné číslo, treba povinne vyplniť bezvýznamové identifikačné číslo

Riadok č. 6 - P** - údaj sa vypĺňa, ak je známy

Riadok č. 10 - A - akceptovateľná prihláška, N - neakceptovateľná prihláška

Riadok č. 11 - P*** - údaj sa vypĺňa, ak je v riadku č. 10 hodnota „N“

Riadok č. 14 - bezvýznamové identifikačné číslo prideľuje úrad

Riadok č. 15 - P**** - identifikačné číslo zdravotného poistenia generované a vyplňované zdravotnou poisťovňou je povinnou položkou v prípade, ak bolo vyplnené v dávke 529

príloha č. 5

5. Prihláška na verejné zdravotné poistenie – potvrdenie

V tejto dávke budú zdravotné poisťovne v elektronickej forme odosielať oznámenia o potvrdených prihláškach; v prípade vzniku poistného vzťahu priebežne, v prípade zmeny zdravotnej poisťovne 1x ročne v samostatnej dávke.

Štruktúra vety:
Poradové číslo riadku|Meno|Priezvisko|Rodné číslo|Adresa trvalého pobytu/Obec|ulica číslo|PSČ|Dátum prijatia prihlášky|Čas prijatia prihlášky|Akceptovaná prihláška|Dátum potvrdenia prihlášky|IDZP|Dátum začiatku poistného vzťahu| Dátum narodenia| Bezvýznamové identifikačné číslo|Požadovaná akcia|Štátna príslušnosť|Pohlavie|

Popis dávky: **Potvrdenie prihlášky na verejné zdravotné poistenie - oznámenie**
Smer: ZP -> Ústredie ÚDZS
Typ dávky: 531
Početnosť: Priebežne pri vzniku poistného vzťahu, 1x ročne pri zmene ZP. Dávka obsahuje n-počet záznamov o poistencoch.
Formát prenosu dát: textový súbor
Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_060802_531.txt). Dávka je generovaná ako 1 súbor.
Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)
Oddeľovací znak: |

Identifikácia dávky: pomocou prvého riadku:
Obsah dávky:

1. **riadok – hlavička:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00 (pr.:21)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-7	INT	9999990 (pr.: 23)
5	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	N / O
6	Poradové číslo opravovanej dávky	P*	3-3	CHAR	

<u>Vysvetlivky k jednotlivým položkám:</u>
Typ dávky: 531
Kód ZP: podľa číselníka ZP
Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke: udáva sa bez prvého riadku dávky
Charakter dávky: N – nová, O – opravná. Opravná dávka sa zasiela ako kompletná dávka, ktorá nahrádza pôvodnú dávku.

Poradové číslo opravovanej dávky:
poradové číslo opravovanej dávky – P* - táto položka je povinná, ak ide o opravnú dávku (položka 5 je O). Tu sa udáva poradové číslo pôvodnej dávky, ktorá sa opravuje.

2. **až n-tý riadok – telo dávky:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-7	INT	9999990 (pr.: 23)
2	Meno	P	1-24	CHAR	
3	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
4	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	pr. RČ: 7804206345
5	Adresa trvalého pobytu: obec	P	1-25	CHAR	
6	ulica číslo	P**	1-35	CHAR	
7	PSČ	P	5-5	CHAR	00000 (pr.:92108)
8	Dátum prijatia prihlášky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
9	Čas prijatia prihlášky	P	4-4	TIME	HHMM(pr.:1428)
10	Akceptovaná prihláška	P	1-1	CHAR	A
11	Dátum potvrdenia prihlášky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
12	IDZP	P	1-12	CHAR	123A456K7891
13	Dátum začiatku poistného vzťahu	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
14	Dátum narodenia	P	8-8	DATE	pr. RRRRMMDD
15	Bezvýznamové identifikačné číslo	P*	10-10	CHAR	XX7XXXYYYY
16	Požadovaná akcia	N	2-2	CHAR	Povolená hodnota: FS – fyzické storno
17	Štátna príslušnosť	P***	1-1	CHAR	0 – SR, 2 – iné, 3 – EU
18	Pohlavie	P***	1-1	CHAR	Z – žena, M – muž

Vysvetlivky:

Riadok č. 4 a č. 14 - P* - vypĺňa sa rodné číslo. Ak nie je známe rodné číslo, treba povinne vyplniť bezvýznamové identifikačné číslo

Riadok č. 6 - P** - údaj sa vypĺňa, ak je známy

Riadok č. 15 - bezvýznamové identifikačné číslo prideľuje úrad

Riadok č. 17 a č. 18 P*** - údaje sa vypĺňajú, ak je vyplnený riadok č. 15 bezvýznamové identifikačné číslo

k položke 12: IDZP je identifikátor poistenca danej zdravotnej poisťovne. Je totožný s identifikátorom poistenca (IDZP) vo vstupnej dávke typu 910 do centrálneho registra poistencov.

k položke 16: Táto položka je buď prázdna alebo obsahuje znaky FS, ktoré znamenajú fyzické storno záznamu, ktorý už bol zaslaný v niektorej predchádzajúcej dávke typu 531.

Pravidlá vytvárania dávok typu 531:

Z dávok 531 bude prebiehať týždenná aktualizácia centrálneho registra poistencov (ďalej len „CRP“), preto musí byť dávka 531 vytvorená podľa tých istých pravidiel ako mesačná aktualizačná dávka 910 do CRP. To znamená, že po transformácii dávky typu 531 na dávku typu 910 (zabezpečí úrad) musí táto vyhovieť syntaktickým kontrolám definovaným v časti 4.6 – Kontroly – v smernici č. 44/2005 Správa centrálneho registra poistencov v znení neskorších úprav (ďalej len „smernica č. 44/2005“).
K tomu je potrebné dodržať nasledovné pravidlá pri tvorbe dávky 531:

1. dávka musí byť zotriedená podľa položky rodné číslo (viď kapitolu 4.6 – Kontroly – v smernici č. 44/2005),
2. dávka môže obsahovať len povolené znaky v zmysle kapitoly 2.4 – Povolené hodnoty – v smernici č. 44/2005 a znaky v položkách meno, priezvisko, obec, ulica a požadovaná akcia musia byť zadané veľkými písmenami,

3. položky sú od seba oddelené znakom |, ktorý sa nesmie vyskytnúť vo významovej pozícii žiadneho stĺpca. V prípade, že položka nie je definovaná, nesmie byť vyplnená medzerami, ale nasleduje ďalší znak |. Za a pred položkami sa nesmú pridávať prázdne znaky (napr. položka meno bude zapísaná |FRANTIŠEK|) (viď kapitolu 2.2 – Používané označenia - v smernici č. 44/2005).

príloha č. 6

Podmienky na výmenu údajov

a) systém musí zabezpečovať požadovanú úroveň dôvernosti prenášaných údajov,
b) systém musí zabezpečovať integritu prenášaných údajov,
c) systém musí v požadovanej miera zabezpečovať autenticitu pôvodu a nepopierateľnosť autorstva prenášaných údajov,
d) systém na prenos údajov musí garantovať požadovanú úroveň dostupnosti,
e) systém musí maximálne automatizovať proces výmeny dát bez potreby vynútených zásahov,
f) systém nesmie byť obmedzený počtom ani veľkosťou distribuovaných dávok,
g) uvedeným podmienkam vyhovuje napr. súbor šifrovaný v programe PGP zasielaný e-mailom.

Metodické usmernenie č. 26/1/2005
o spôsobe oznamovania nesplnenia povinností poistencami a platiteľmi poistného

Článok 1
Úvodné ustanovenie

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) podľa § 10 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „ zákon č. 581/2004 Z. z.“) vydáva toto metodické usmernenie o spôsobe oznamovania nesplnenia povinností poistencami a platiteľmi poistného (ďalej len „metodické usmernenie“).

Článok 2
Oznámenie porušenia povinností poistencami a platiteľmi poistného

1. Zdravotná poisťovňa oznamuje úradu nesplnenie povinností **poistencami**, ktoré sú uvedené v príslušných ustanoveniach zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov v ustanoveniach § 6 ods. 1 a ods. 5, § 22 ods. 2 písm. a), c) a e), § 23 ods. 1 písm. a), b), c) v spojení s § 22 ods. 2 písm. b), § 23 ods. 1 písm. d), ods. 3 až ods. 5 (príloha č. 3) a nesplnenie povinností **platiteľmi poistného**, ktoré sú uvedené v ustanovení § 6 ods. 5 a § 24 písm. a) až h) a j) k poslednému dňu kalendárneho mesiaca za predchádzajúci kalendárny mesiac v súlade s ustanovením § 10 ods. 1 písm. c) zákona č. 581/2004 Z. z. (príloha č. 4).

2. Oznámenie zdravotnej poisťovne má elektronickú formu.

3. Zdravotná poisťovňa predloží oznámenie v podobe dátového rozhrania, ktorého štruktúra je definovaná v prílohe č. 1 a č. 2 tohto metodického usmernenia.

4. Zdravotná poisťovňa neoznamuje úradu nesplnenia povinností **poistencami a platiteľmi poistného**, ak k nesplneniu povinností preukázateľne došlo bez zavinenia poistenca a platiteľa poistného.

Článok 3
Prechodné ustanovenie

Ak zdravotná poisťovňa predloží úradu v januári 2006 oznámenie v inej forme ako v elektronickej forme podľa tohto metodického usmernenia, je povinná predložiť oznámenie v predpísanej forme do konca februára 2006.

Článok 4
Účinnosť

1. Toto metodického usmernenie nadobúda účinnosť 10.08.2006.
2. Dňom nadobudnutia účinnosti tohto metodického usmernenia sa mení a dopĺňa metodické usmernenie č. 26/2005.

V Bratislave 10. augusta 2006

MUDr. Ján G a j d o š, v. r.
predseda

Príloha č. 1

Oznamovanie porušenia všeobecne záväzných právnych predpisov poistencom

Údaje sú zdravotné poisťovne povinné oznamovať úradu za každý kalendárny mesiac najneskôr k poslednému dňu nasledujúceho mesiaca. Oznámenie má elektronickú formu.

Štruktúra vety:
Poradové číslo riadku|Meno|Priezvisko|Názov|IČO|Rodné číslo/identifikačné číslo|Dátum narodenia|Adresa trvalého pobytu/obec|Ulica číslo|PSČ|Druh porušenia právneho predpisu|Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu|Koniec porušenia právneho predpisu|

Popis dávky: **Porušenie všeobecne záväzných predpisov poistencom**
Smer: ZP -> Ústredie úradu
Typ dávky: 523
Početnosť: zasielanie priebežne, dávka obsahuje n- počet záznamov o poistencoch.
Formát prenosu dát: textový súbor, prípona .typ dávky (príklad: .523)
Zloženie názvu súboru dávky: ZPRRMMDD.TYP, kde ZP je kód zdravotnej poisťovne, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, .TYP je typ dávky. (Príklad: 21051123.523). Dávka je generovaná ako 1 súbor.
Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)
Oddeľovací znak: |

Identifikácia dávky - pomocou prvého riadku
Obsah dávky:

1. **riadok – hlavička:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-7	INT	9999990 (pr.: 23)

Vysvetlivky k jednotlivým položkám
Kód ZP : podľa číselníka ZP
Dátum vytvorenia dávky : rok, mesiac, deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke : udáva sa bez riadku dávky

2. **až n-tý riadok – telo dávky:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1–7	INT	9999990 (pr.:23)
2	Meno	P	1-24	CHAR	
3	Priezvisko	P	1–36	CHAR	
4	Názov	N	1–60	CHAR	
5	IČO	P*	8–8	CHAR	
6	Rodné číslo (identifikačné číslo)	P*	9-10	CHAR	pr.RČ:7804206345
7	Dátum narodenia	P	8-8	CHAR	
8	Adresa trvalého pobytu: Obec	P	1–25	CHAR	

9	Ulica číslo	P	1–35	CHAR	
10	PSČ	P	5–5	CHAR	
11	Druh porušenia právneho predpisu	P	1-2	CHAR	Legenda č. I
12	Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
13	Koniec obdobia porušenia právneho predpisu	P**	8-8	DATE	RRRRMMDD

Vysvetlivky:
Položka 4 sa vyplní, ak poistenec má názov (obchodný názov)
P* - RČ alebo IČO musí byť vyplnené, môžu byť vyplnené aj obidva údaje
P** - Položka 13 je vyplnená, ak je obdobie porušenia ukončené

Forma prenosu : e-mail
Forma kódovania : Šifrovací program PGP

Príloha č. 2

Oznamovanie porušenia všeobecne záväzných právnych predpisov platiteľom poistného

Údaje sú zdravotné poisťovne povinné oznamovať úradu za každý kalendárny mesiac najneskôr k poslednému dňu nasledujúceho mesiaca. Oznámenie má elektronickú formu.

Štruktúra vety:
Poradové číslo riadku|Meno|Priezvisko|Názov|IČO|Rodné číslo/identifikačné číslo|Dátum narodenia|Adresa trvalého pobytu/obec|Ulica číslo|PSČ|Druh porušenia právneho predpisu|Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu|Koniec obdobia porušenia právneho predpisu|

Popis dávky: **Porušenie všeobecne záväzných predpisov platiteľom poistného**
Smer: ZP -> Pobočka úradu
Typ dávky: 524
Početnosť: Zasielanie priebežne. Jedna dávka obsahuje n- počet záznamov o platiteľoch.
Formát prenosu dát: textový súbor, prípona .typ dávky (príklad: .524)
Zloženie názvu súboru dávky: ZPRRMMDD.TYP, kde ZP je kód zdravotnej poisťovne, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, .TYP je typ dávky. (Príklad: 21051123.524). Dávka je generovaná ako 1 súbor.
Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)
Oddeľovací znak: |

Identifikácia dávky - pomocou prvého riadku
Obsah dávky:

1. **riadok – hlavička:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-5	INT	999990 (pr.: 23)

Vysvetlivky k jednotlivým položkám
Kód ZP: podľa číselníka ZP
Dátum vytvorenia dávky : rok, mesiac, deň vytvorenia dávky
Počet riadkov v dávke: udáva sa bez riadku dávky

2. **až n-tý riadok – telo dávky:**

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-6	INT	999990 (pr.:23)
2	Meno	P	1- 24	CHAR	
3	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
4	Názov	P	1-60	CHAR	
5	IČO	P*	8-8	CHAR	
6	Rodné číslo (identifikačné číslo)	P*	9-10	CHAR	pr.RČ:7804206345
7	Dátum narodenia	N	8-8	DATE	RRRRMMDD
8	Adresa trvalého pobytu: obec	P	1-25	CHAR	

9	ulica číslo	P	1-35	CHAR	
10	PSČ	P	5-5	CHAR	
11	Druh porušenia právneho predpisu	P	1-2	CHAR	Legenda č. II
12	Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
13	Koniec obdobia porušenia právneho predpisu	P**	8-8	DATE	RRRRMMDD
14	Počet zamestnancov, za ktorých platiteľ poistného neoznámil zmenu platiteľa poistného	P***	1-5	INT	99990
15	Suma nezaplateného preddavku na poistnom na verejné zdravotné poistenie platiteľom poistného	P****	10,2	DEC	(10,2) reprezentuje 10-miestne desatinné číslo, t.j. 10 značí počet platných číslic pred aj za desatinnou bodkou spolu a 2 označuje počet platných číslic za desatinnou bodkou. Ako oddeľovač v desatinných číslach sa používa bodka.

Vysvetlivky:
Položka 2, 3 alebo 4 sa vypĺňajú alternatívne, avšak môžu byť vyplnené súčasne
P* - RČ alebo IČO musí byť vyplnené, môžu byť vyplnené aj obidva údaje
Položka 7 sa nevypĺňa, ak je platiteľ poistného právnická osoba
P** - Položka 13 je vyplnená, ak je obdobie porušenia ukončené
P*** - Položka 14 je vyplnená len v prípade, ak ide o porušenie povinnosti platiteľa poistného uvedenej pod kódom 4
P**** - Položka 15 je vyplnená len v prípade, ak ide o nesplnenie povinnosti platiteľa poistného uvedenej po kódom 1

Forma prenosu : e-mail
Forma kódovania : Šifrovací program PGP

Príloha č. 3

Legenda I.: položka č. 11 – jednotlivé prípady porušenia právnych predpisov poistencom

Kód	Povinnosť :	Ustanovenie zákona 580/2004 Z. z.
1	Povinnosť poistenca oznámiť zmenu platiteľa poistného	§ 23 ods. 1 písm. b)
2	Povinnosť poistenca oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre zánik verejného zdravotného poistenia	§ 23 ods. 1 písm. c)
3	Povinnosť poistenca vrátiť preukaz poistenca, a ak mu zdravotná poisťovňa vydala európsky preukaz a j európsky preukaz, pri zmene zdravotnej poisťovne alebo zániku skutočností zakladajúcich účasť na verejnom zdravotnom poistení	§ 23 ods. 1 písm. c) § 22 ods. 2 písm. b)
4	Povinnosť poistenca oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre vznik povinnosti štátu platiť za neho poistné	§ 23 ods. 1 písm. d)
5	Povinnosť poistenca oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre zánik povinnosti štátu platiť za neho poistného	§ 23 ods. 1 písm. d)
6	Povinnosť poistenca, ktorý je zamestnancom, oznámiť zamestnávateľovi v deň nástupu do zamestnania príslušnú zdravotnú poisťovňu	§ 23 ods. 5
7	Povinnosť poistenca, ktorý je zamestnancom, oznámiť zamestnávateľovi každú zmenu príslušnej ZP	§ 23 ods. 5
8	Povinnosť poistenca podať prihlášku na verejné zdravotné poistenie v zákonom stanovenej lehote	§ 6 ods. 1
9	Poistenec môže podať prihlášku len v jednej zdravotnej poisťovni	§ 6 ods. 5
10	Povinnosť poistenca uhradiť príslušnej zdravotnej poisťovni zdravotnú starostlivosť, ak sa mu poskytla preukázateľne v dôsledku porušenia liečebného režimu alebo užitia návykovej látky	§ 22 ods. 2 písm. a)
11		
12	Povinnosť poistenca doplatiť poistné, ktoré bol povinný uhradiť odo dňa vzniku skutočnosti zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia	§ 22 ods. 2 písm. e)
13	Povinnosť poistenca oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni zmenu mena	§ 23 ods. 1 písm. a)
14	Povinnosť poistenca oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni zmenu priezviska	§ 23 ods. 1 písm. a)
15	Povinnosť poistenca oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni zmenu trvalého pobytu	§ 23 ods. 1 písm. a)
16	Povinnosť poistenca oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre zánik verejného zdravotného poistenia poisťovni, do ktorej si podal prihlášku	§ 23 ods. 3

17	Povinnosť poistenca dodržiavať pokyny zdravotnej poisťovne súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rámci verejného zdravotného poistenia zverejnené na internetovej stránke alebo zverejnené iným vhodným spôsobom	§ 22 ods. 2 písm. g)
18	Povinnosť zákonného zástupcu alebo inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby, ktorej bol maloletý zverený do výchovy, oznámiť za poistenca skutočnosti podľa § 23 ods. 1 a 3	§ 23 ods. 4
19	Povinnosť poistenca vykonať ročné zúčtovanie poistného za predchádzajúci kalendárny rok a podať ho v príslušnej zdravotnej poisťovni do konca marca nasledujúceho kalendárneho roka (pre rok 2005 do 30.06.2006)	§ 22 ods. 2 písm. c) § 19 ods. 1
20	Povinnosť poistenca písomne oznámiť ostatným platiteľom poistného za poistenca výšku ich nedoplatku alebo preplatku do konca apríla kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie vykonáva; toto neplatí, ak výška nedoplatku alebo preplatku nedosiahne najmenej 100 Sk (pre rok 2005 do 31.07.2006)	§ 22 ods. 2 písm. c) § 19 ods. 10
21	Povinnosť poistenca odviesť nedoplatok príslušnej zdravotnej poisťovni najneskôr do 30. júna kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie poistného vykonalo (pre rok 2005 do 30.09.2006)	§ 22 ods. 2 písm. c) § 19 ods. 11

Príloha č. 4

Legenda II.: položka č. 11 – jednotlivé prípady porušenia právnych predpisov platiteľom poistného

Kód	Povinnosť	Ustanovenie zákona 580/2004 Z. z.
1	Povinnosť platiteľa poistného vypočítať poistné, riadne a včas platiť a odvádzať preddavky na poistné	§ 24 písm. a)
2	Povinnosť platiteľa poistného vykazovať poistné príslušnej ZP	§ 24 písm. a)
3	Povinnosť platiteľa poistného písomne oznámiť príslušnej ZP spôsobom určeným úradom v zákonom stanovenej lehote zmenu platiteľa poistného, ak sa zmena týka priamo platiteľa poistného - FO	§ 24 písm. c)
4	Povinnosť platiteľa poistného písomne oznámiť príslušnej ZP spôsobom určeným úradom v zákonom stanovenej lehote zmenu platiteľa poistného, ak sa zmena týka zamestnancov platiteľa poistného, a počet zamestnancov	§ 24 písm. c)
5	Povinnosť platiteľa poistného viesť účtovné doklady a iné doklady potrebné na správne určenie vymeriavacieho základu, sadzby poistného, výšky poistného a jeho platenia	§ 24 písm. d)
6	Povinnosť platiteľa poistného uchovávať po dobu 10 rokov účtovné doklady a iné doklady potrebné na správne určenie vymeriavacieho základu, sadzby poistného, výšky poistného a jeho platenia	§ 24 písm. d)
7	Povinnosť platiteľa poistného viesť evidenciu o zamestnancoch	§ 24 písm. e)
8	Povinnosť platiteľa poistného uchovávať po dobu 10 rokov evidenciu o zamestnancoch	§ 24 písm. e)
9	Povinnosť platiteľa poistného poskytovať súčinnosť pri výkone kontroly a predkladať príslušnej ZP účtovné doklady a iné doklady a umožniť výkon kontroly zamestnancom ZP povereným vykonávaním kontroly	§ 24 písm. h)
10	Platiteľ poistného môže podať prihlášku len v jednej zdravotnej poisťovni	§ 6 ods. 5
11		
12	Povinnosť platiteľa poistného preukazovať príslušnej ZP skutočnosti potrebné na zistenie dodržania lehoty splatnosti preddavkov na poistné	§ 24 písm. f)
13	Povinnosť platiteľa poistného predkladať príslušnej ZP na požiadanie doklady potrebné na výpočet ročného zúčtovania poistného	§ 24 písm. g)

14	Povinnosť platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO oznámiť príslušnej ZP zmenu svojho názvu	§ 24 písm. j) § 23 ods. 7
15	Povinnosť platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO oznámiť príslušnej ZP zmenu svojho sídla alebo bydliska	§ 24 písm. j) § 23 ods. 7
16	Povinnosť platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO oznámiť príslušnej ZP zmenu svojho identifikačného čísla	§ 24 písm. j) § 23 ods. 7
17	Povinnosť platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO oznámiť príslušnej ZP zmenu čísla svojho bankového účtu	§ 24 písm. j) § 23 ods. 7
18	Povinnosť platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO oznámiť príslušnej ZP zmenu dňa, ktorý je určený na výplatu príjmov	§ 24 písm. j) § 23 ods. 7
19	Povinnosť platiteľa poistného (zamestnávateľ, SZČO a platiteľ poistného podľa § 11 ods. 2 zákona) vykonať ročné zúčtovanie poistného za predchádzajúci kalendárny rok a podať ho v príslušnej zdravotnej poisťovni do konca marca nasledujúceho kalendárneho roka (pre rok 2005 do 30.06.2006)	§ 24 písm. b) § 19 ods. 1
20	Povinnosť zamestnávateľa vykonať a podať ročné zúčtovanie za zamestnanca	§ 24 písm. b) § 19 ods. 2
21	Povinnosť platiteľa poistného - zamestnávateľ, ktorý vykonáva ročné zúčtovanie poistného za zamestnanca podľa § 19 odseku 2, písomne oznámiť ostatným platiteľom poistného za poistenca výšku ich nedoplatku alebo preplatku do konca apríla kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie vykonáva; toto neplatí, ak výška nedoplatku alebo preplatku nedosiahne najmenej 100 Sk (pre rok 2005 do 31.07.2006)	§ 24 písm. b) § 19 ods. 10
22	Povinnosť platiteľa poistného (zamestnávateľ, SZČO a platiteľ poistného podľa § 11 ods. 2 zákona) odviesť nedoplatok príslušnej zdravotnej poisťovni najneskôr do 30. júna kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie poistného vykonalo (pre rok 2005 do 30.09.2006)	§ 24 písm. b) § 19 ods. 11
23	Povinnosť platiteľa poistného (zamestnávateľ) odviesť nedoplatok zamestnanca, za ktorého vykonal ročné zúčtovanie poistného príslušnej zdravotnej poisťovni najneskôr do 30. júna kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie poistného vykonalo (pre rok 2005 do 30.09.2006)	§ 24 písm. b) § 19 ods. 11
24	Povinnosť platiteľa poistného (zamestnávateľ) oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni preplatky a nedoplatky za jednotlivých zamestnancov do konca mája kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie vykonalo (pre rok 2005 do 30.08.2006)	§ 24 písm. b) § 19 ods. 15

Iné oznamy

Prideľovanie kódov lekára na základe certifikátov

Na podnet Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave podľa § 13 ods. 2 Nariadenia vlády Slovenskej republiky (ďalej len „NV SR“) č. 322/2006 Z. z. dňa 27. 9. 2006 preskúmala a odsúhlasila zhodnosť certifikátov vydaných podľa NV SR č. 157/2002 Z. z. a NV SR č. 213/2004 Z. z. so špecializáciami a subšpecializáciami podľa NV SR č. 322/2006 Z. z.

Na základe posúdenia rovnocennosti certifikátov s diplomami o špecializácii, resp. subšpecializácii budú pobočky ÚDZS vydávať číselné kódy lekára aj na základe predloženého certifikátu získaného v minulosti podľa NV SR č. 157/2002 Z. z. a NV SR č. 213/2004 Z. z..

Lekári, ktorí podľa uvedeného rozhodnutia prejavia záujem o číselný kód lekára, môžu sa prihlásiť o jeho vydanie na príslušnej pobočke ÚDZS a dodať potvrdenie o certifikovanej pracovnej činnosti, pokiaľ tak už predtým neurobili.

Upozorňujeme však lekárov, že kódy lekára sa nevydávajú na základe certifikátu uvedeného v prílohe č. 2 kategória A - lekár pod písm. f) a kategória B - zubný lekár pod písm. e). NV SR č. 322/2006 Z. z., nakoľko tieto certifikáty nie sú rovnocenné so špecializáciami alebo subšpecializáciami.

Prideľovanie kódu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Zdravotné poisťovne uhrádzajú náklady na zdravotnú starostlivosť podľa odbornosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (ďalej len PZS“). Každý PZS musí preto mať číselný kód PZS na každú činnosť, na ktorú má povolenie vydané príslušným orgánom.

Vyzývame tých PZS, ktorí majú povolenie poskytovať zdravotnú starostlivosť vo dvoch alebo viac špecializačných odboroch, ale dostali iba jeden číselný kód PZS, aby sa obrátili na príslušnú pobočku Úradu pre dohľad na zdravotnou starostlivosťou o doplnenie číselných kódov PZS podľa povolených špecializačných odborov.

Nie sú k tomu potrebné žiadne ďalšie doklady, nakoľko príslušné povolenie už predtým predložili na pobočku Úradu pre dohľad na zdravotnou starostlivosťou.

Vydáva
Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
Grösslingová 5, 812 62 Bratislava

www.udzs.sk