

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

vestník

číslo 10/2012

obsah:

- str. 2 **Platobná schopnosť zdravotných poisťovní – jún 2012**
- str. 3 - 5 Metodické usmernenie č. 1/2012
**Definícia štruktúry údajov zoznamu poistencov zaradených
do jednotlivých FNS pre potreby mesačného prerozdelenia**

august 2012

**Úrad v súlade s § 20 ods. 2 písm. n) zákona č. 581/2004 Z. z. uverejňuje
údaje o platobnej schopnosti zdravotných poisťovní za mesiac
jún 2012.**

PLATOBNÁ SCHOPNOSŤ ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Podľa § 14 ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“) účinnnej od 01.07.2012, platobná schopnosť zdravotnej poisťovne sa **preukazuje** schopnosťou uhrádzať svoje záväzky voči poskytovateľom v lehote, ktorá nepresiahne 30 kalendárnych dní odo dňa zmluvne dohodnutej lehoty splatnosti záväzkov voči poskytovateľom.

Podľa § 14 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z. platobná schopnosť zdravotnej poisťovne podľa § 14 odsek 2 **je zabezpečená**, ak zdravotná poisťovňa neeviduje ku dňu, ku ktorému sa platobná schopnosť vykazuje, záväzky voči poskytovateľom, ktoré sú viac ako 30 dní po lehote splatnosti, v objeme prevyšujúcom 0,2 % objemu všetkých záväzkov podľa odseku 5 počas troch po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov. To neplatí, ak ide o záväzky voči poskytovateľom, ktoré nie sú uhradené z právne uznateľných dôvodov. Za právne uznateľné dôvody podľa predchádzajúcej vety sa považujú právne skutočnosti podľa osobitných predpisov, na základe ktorých zdravotná poisťovňa nemôže uhradiť záväzky voči poskytovateľom v lehote splatnosti, pretože je povinná uhradiť záväzok na účet tretej osoby alebo nemôže uhradiť záväzok, pretože nemá vedomosť o tom, komu, alebo v akej výške má záväzok uhradiť.

Platobná schopnosť zdravotných poisťovní za mesiac jún 2012

VŠZP	ukazovateľ	vykázaná hodnota	splnenie PS podľa §14 ods.2 a 3
§ 14 ods.2	Záväzky po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznateľných dôvodov)	0	áno
§ 14 ods.3	Podiel záväzkov po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznateľných dôvodov) na objeme všetkých záväzkov podľa ods. 5	0	áno

Dôvera ZP	ukazovateľ	vykázaná hodnota	splnenie PS podľa §14 ods.2 a 3
§ 14 ods.2	Záväzky po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznateľných dôvodov)	0	áno
§ 14 ods.3	Podiel záväzkov po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznateľných dôvodov) na objeme všetkých záväzkov podľa ods. 5	0	áno

Union ZP	ukazovateľ	vykázaná hodnota	splnenie PS podľa §14 ods.2 a 3
§ 14 ods.2	Záväzky po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznateľných dôvodov)	0	áno
§ 14 ods.3	Podiel záväzkov po lehote splatnosti viac ako 30 dní (bez záväzkov z právne uznateľných dôvodov) na objeme všetkých záväzkov podľa ods. 5	0	áno

Metodické usmernenie č. 1/2012
Definícia štruktúry údajov zoznamu poistencov
zaradených do jednotlivých FNS
pre potreby mesačného prerozdelenia

Článok 1
Úvodné ustanovenie

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) podľa 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 č. 580/2004 Z. z.“) a zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva toto metodické usmernenie za účelom zabezpečenia jednotného postupu pri uplatňovaní § 27 ods. 2 písm. e) a f) zákona č. 580/2004 Z. z.

Článok 2
Predmet a účel

- 1) Metodické usmernenie definuje jednotný elektronický spôsob zberu vybraných údajov od zdravotných poisťovní potrebných k mesačnému prerozdeleniu preddavkov na poistné.
- 2) Zdravotné poisťovne zasielajú podľa tohto metodického usmernenia zoznam poistencov zaradených do jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupín (ďalej len „FNS“) za kalendárny mesiac, za ktorý sa mesačné prerozdelenie vykonáva. Súčasťou zoznamu sú údaje podľa § 27 ods. 2 písm. f) zákona č. 580/2004 Z. z.

Článok 3
Dátové rozhranie

- 1) Zdravotné poisťovne predkladajú úradu údaje uvedené v článku 2 v elektronických dávkach podľa jednotného dátového rozhrania, ktoré je uvedené v prílohe č. 1.
- 2) Zdravotné poisťovne sú povinné predložiť úradu údaje uvedené v článku 2 do 20. dňa v kalendárnom mesiaci za kalendárny mesiac, ktorý dva mesiace predchádza tomuto kalendárnemu mesiacu. Prípadnú opravnú dávku je zdravotná poisťovňa povinná predložiť úradu do 2 pracovných dní od oznámenia o chybovosti riadnej dávky zo strany úradu.

Článok 4
Záverečné ustanovenie

Metodické usmernenie nadobúda účinnosť 1. 7. 2012.

V Bratislave 29. 6. 2012

MUDr. Ján Gajdoš, v.r.
Predseda

Dátové rozhranie mesačnej dávky o poistencoch vo FNS

Popis dávky: zoznam poistencov zaradených do jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupín za kalendárny mesiac, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva. Údaje sa týkajú poskytnutých liekov za 12 za sebou nasledujúcich mesiacov predchádzajúcich kalendárnemu mesiacu, za ktorý sa vykonáva mesačné prerozdeľovanie, na základe ktorých bol poistenec zaradený do príslušnej FNS a ktoré zdravotná poisťovňa uznala ako svoj záväzok, bez ohľadu na to, kedy úhradu zrealizuje.

Smer: ZP -> ÚDZS

Typ dávky: 321

Početnosť: jedenkrát mesačne

Formát prenosu dát: txt súbor

Zloženie názvu súboru dávky: ZP_NN_RRRRMM_TYP.txt

kde : ZP – zdravotná poisťovňa,

NN - poradové číslo dávky v kalendárnom roku,

RRRRMM – rok a mesiac, za ktorý sa údaje predkladajú

TYP - typ dávky (321)

Národné prostredie: ISO – latin 2

Identifikácia dávky: pomocou hlavičky

Oddelovací znak: |

Položky nie sú ohraničené žiadnymi oddelovačmi textu.

Oddelovač riadkov: CR/LF

Štruktúra vety 1 riadku: Typ dávky|Kód ZP|Dátum vytvorenia dávky|Počet

riadkov v dávke|Číslo dávky|Charakter dávky|Číslo opravovanej dávky|

Štruktúra vety 2 riadku: |poradové číslo

riadku|RČ/BIČ|IČP|meno|priezvisko|dátum narodenia|kód lieku|počet

balení|dátum výdaja alebo podania|kód choroby|kód FNS|

Obsah dávky:**1.riadok - hlavička:**

P. č.	Názov položky	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Poznámka
1.	typ dávky	P	3-3	INT	
2.	kód ZP	P	2-2	INT	
3.	dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4.	počet riadkov v dávke	P	1-8	INT	
5.	číslo dávky	P	1-2	INT	
6.	charakter dávky	P	1-1	CHAR	N - riadna O - opravná
7.	číslo opravovanej dávky	P*	1-2	INT	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Typ dávky: 321

Kód ZP: podľa číselníka zdravotných poisťovní

Dátum vytvorenia dávky: rok, mesiac a deň vytvorenia dávky

Počet riadkov v dávke: udáva sa bez riadku hlavičky

Číslo dávky: poradové číslo dávky v kalendárnom roku

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

Číslo opravovanej dávky: udáva sa číslo pôvodnej dávky, ktorá sa opravuje.

P – povinný údaj

P* - položka je povinná, ak ide o opravnú dávku (položka č. 6 je O).

2. až n-tý riadok – telo dávky:

P. č.	Názov položky	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Poznámka
1.	poradové číslo riadku	P	1-8	INT	Poradové číslo riadku v dávke.
2.	RČ / BIČ	P**	9-10	CHAR	Povolené sú iba číslice 0 až 9
3.	IČP	P	8-12	CHAR	
4.	meno	P***	1-24	CHAR	
5.	priezvisko	P***	1-36	CHAR	
6.	dátum narodenia	P***	8-8	DATE	RRRRMMDD
7.	kód lieku	P	5-5	CHAR	
8.	počet balení	P	5.2	DECIMAL	Počet vydaných balení lieku podľa položky č. 7. Oddeľovač desatinných miest je bodka.
9.	dátum výdaja alebo podania	P	8-8	DATE	Dátum výdaja alebo podania lieku podľa položky č. 7 v tvare RRRRMMDD
10.	kód choroby	P	3-5	CHAR	
11.	kód FNS	P	5-5	CHAR	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

P – povinný údaj

RČ / BIČ – uvádza sa 9 alebo 10 miestne rodné číslo bez lomky. Povinnosť P** - položka je povinná, ak bolo poistencovi pridelené rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo prideľované úradom.

IČP – identifikačné číslo poistenca - uvádza sa identifikačné číslo poistenca pridelené zdravotnou poisťovňou a oznámené do centrálného registra poistencov. IČP je generované zdravotnou poisťovňou a jednoznačne identifikuje poistenca v danej zdravotnej poisťovni. IČP je v každej zdravotnej poisťovni unikátne.

Meno, priezvisko a dátum narodenia – povinnosť P*** - položky sú povinné, ak poistencovi nebolo pridelené rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo prideľované úradom.

Kód lieku - kód kategorizovaného lieku, na základe ktorého bol poistenec zaradený do FNS. Uvádza sa kód kategorizovaného lieku podľa zoznamu kategorizovaných liekov alebo zoznamu liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia vydávaným Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky podľa kódu Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv. Uvádzajú sa len kategorizované lieky, ktoré sú evidované v účtovnej evidencii zdravotnej poisťovne a boli predpísané na recept vydané v rámci poskytovanej lekárenskej starostlivosti, podané v ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo obstarané zdravotnou poisťovňou podľa osobitného zákona.

Počet balení - uvádza sa počet balení kategorizovaného lieku; ak sa liek vykazuje v iných jednotkách ako v baleniach, uvádza sa hodnota prepočítaná na počet balení kategorizovaných liekov.

Dátum výdaja alebo podania - uvádza sa dátum výdaja alebo podania kategorizovaného lieku poistencovi, ktorý zdravotná poisťovňa eviduje vo svojej účtovnej evidencii.

Kód choroby – kód choroby podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10.

Kód FNS – kód farmaceuticko-nákladovej skupiny, do ktorej bol pacient zaradený z dôvodu prerozdelenia.