

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Želova 2  
829 24 Bratislava 25  
Slovenská republika

## Metodické usmernenie č. 3/5/2009

Spôsob oznámenia platiteľa poisťného  
o vzniku, zmene a zániku platiteľa poisťného  
na verejné zdravotné poistenie voči zdravotnej poisťovni

## Článok 1 Úvodné ustanovenie

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou 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 o zdravotnom poistení“) vydáva toto metodické usmernenie o spôsobe oznámenia platiteľa poistného o vzniku, zmene a zániku platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie voči zdravotnej poisťovni (ďalej len „metodické usmernenie“).

## Článok 2 Oznámenie zmeny platiteľa poistného

- 1) Podľa § 24 písm. c) zákona o zdravotnom poistení platiteľ poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „platiteľ poistného“), ktorý je zamestnávateľom (§ 11 ods. 5), samostatne zárobkovo činnou osobou podľa § 11 ods. 1 písm. b (ďalej len „SZČO“) alebo platiteľom poistného podľa § 11 ods. 2 zákona o zdravotnom poistení (ďalej len „samoplatiteľ“) je povinný písomne alebo elektronicky oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni spôsobom určeným úradom najneskôr do ôsmich pracovných dní zmenu platiteľa poistného.
- 2) Zmenu platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 7 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) **Zmenu platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 3 druhej vety zákona o zdravotnom poistení** (skutočnosť, že poistenec v pracovnom pomere sa nepovažuje za zamestnanca v dňoch, v ktorých nepoberá príjem zo zárobkovej činnosti podľa § 10b ods. 1 písm. a) a nie je fyzickou osobou podľa § 11 ods. 7 písm. m) a s) **oznámi platiteľ poistného do konca kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného. Pre takéhoto poistenca v pracovnom pomere vyplýva povinnosť podľa § 22 ods. 2 písm. f) plniť oznamovaciu povinnosť podľa § 23 ods. 1 písm. b) o vzniku a zániku platiteľa poistného ( § 11 ods. 2) alebo plniť oznamovaciu povinnosť podľa § 23 ods. 1 písm. d) oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre vznik alebo zánik povinnosti štátu platiť za neho poistné (11 ods. 7 písm. g), j), k), l) a r)). Povinnosť oznámenia zmeny platiteľa podľa § 23 ods. 1 písm. b) a d) sa nevzťahuje na tých poistencov, ktorí sú zamestnaní u iného zamestnávateľa.**
- 4) Osoby poberajúce príjmy v nepravidelných intervaloch, resp. po skončení pracovného pomeru, prihlasuje a odhlasuje zamestnávateľ iba na jeden deň a to na posledný deň kalendárneho mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, v ktorom dochádza k vyplateniu príjmu, pričom prihlásenie a odhlásenie sa vykoná v jeden deň.
- 5) **Na oznámenie zmien zamestnávateľa**
  - a) z titulu čerpania neplateného voľna zamestnanca a absencie sa použije osobitný kód „2N,“ v ktorom „2“ vypovedá o zamestnancovi a „N“ o skutočnosti uvedenej v § 11 ods. 3 druhej vety zákona o zdravotnom poistení.
  - b) z titulu nepravidelných príjmov alebo z titulu príjmov vyplatených zamestnancovi po skončení pracovného pomeru sa zavedie osobitný kód „2Y,“ v ktorom „2“ vypovedá o zamestnancovi a „Y“ o skutočnosti uvedenej v § 11 ods. 3 druhej vety zákona o zdravotnom poistení.

- c) z titulu zamestnávania fyzickej osoby na základe dohôd o vykonaní práce, resp. dohôd o pracovnej činnosti podľa § 11 ods. 3 sa použije osobitný kód „2D,“ v ktorom „2“ vypovedá o zamestnancovi a „D“ o skutočnosti, že takýto zamestnanec má uzatvorenú dohodu o vykonaní práce, resp. dohodu o pracovnej činnosti. Zamestnávateľ bude kódom 2D nahlasovať zamestnanca pracujúceho na dohodu na tie dni, ktoré reálne odpracuje (za ktoré má právo na príjem zo závislej činnosti).
- 6) Platiteľ poisťného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO, je podľa § 23 ods. 8 zákona o zdravotnom poistení povinný oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni zmenu svojho názvu, sídla, bydliska, identifikačného čísla, čísla bankového účtu do ôsmich dní odo dňa zmeny. Zamestnávateľ je povinný písomne alebo elektronicky oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni aj zmenu dňa určeného na výplatu príjmov. Povinnosťou platiteľa poisťného je písomne alebo elektronicky oznámiť vznik alebo zmenu platiteľa poisťného podľa § 11 ods. 5 do ôsmich pracovných dní odo dňa vzniku alebo zmeny platiteľa poisťného spôsobom určeným úradom; oznámenie obsahuje názov, sídlo, identifikačné číslo, číslo bankového účtu, deň určený na výplatu príjmov zo závislej činnosti a ak je zamestnávateľom fyzická osoba, aj meno, priezvisko, rodné číslo a bydlisko.
- 7) Podľa § 23 ods. 10 zákona o zdravotnom poistení SZČO podáva oznámenie zmeny mena, priezviska, rodného čísla a zmenu trvalého pobytu podľa § 23 ods. 1 písm. a) a oznámenie zmeny svojho názvu (obchodného mena) podľa § 23 ods. 8 na jednotnom kontaktnom mieste, ak oznámenie je v súvislosti s oznamovaním zmien podľa zákona o živnostenskom podnikaní a ak oznámenie vykoná v lehote podľa § 23 ods. 1 do ôsmich dní. Oznámenie zmeny platiteľa poisťného podľa § 23 ods. 1 písm. b) na SZČO splní poisťnec na jednotnom kontaktnom mieste pri získavaní oprávnenia na podnikanie.
- 8) Platiteľ poisťného - zamestnávateľ predkladá písomne alebo elektronicky zdravotnej poisťovni oznámenie o vzniku, zmene a zániku platiteľa poisťného na tlačivo určenom úradom podľa prílohy č. 1 Oznámenie o vzniku, zmene a zániku platiteľa poisťného. Príloha č. 2 Oznámenie zamestnávateľa o poisťencoch pri zmene platiteľa poisťného na verejné zdravotné poistenie, ktoré bolo zdravotnou poisťovňou vyhotovené na základe metodického usmernenia účinného do 30.09.2011, zostáva naďalej v platnosti.
- 9) Tlačivo **Oznámenie o vzniku, zmene a zániku platiteľa poisťného** (príloha č. 1) slúži na účely prihlásenia zamestnávateľa do registra platiteľov, odhlásenia zamestnávateľa z registra platiteľov (§ 24 písm. k) a oznámenia zmien v jeho údajoch (§ 23 ods. 8). Tlačivo **Univerzálne oznámenie poisťenca/platiteľa poisťného** (príloha č. 4) slúži na účely oznámenia zmien u SZČO a samoplatiteľov (§ 23 ods. 1, 8 a 11 zákona o zdravotnom poistení). Tlačivo **Oznámenie zamestnávateľa o poisťencoch pri zmene platiteľa poisťného na verejné zdravotné poistenie** (príloha č. 2) slúži na účely zamestnávateľom oznámených zmien týkajúcich sa jeho zamestnancov (začiatok a koniec pracovného pomeru zamestnanca podľa § 24 písm. c) a na oznámenie údajov o vzniku a zániku skutočností podľa § 11 ods. 3 druhá veta a § 11 ods. 7.
- 10) **Ak má zamestnávateľ najmenej troch zamestnancov, je povinný zmenu platiteľa poisťného oznamovať príslušnej zdravotnej poisťovni výlučne elektronicky (§ 24 písm. c).** Zdravotná poisťovňa zabezpečí prijímanie oznámení v elektronickej forme a v štruktúre podľa prílohy č. 3 (dávka 601) tohto metodického usmernenia. Ak zdravotná poisťovňa nestanoví aj iné spôsoby prijímania oznámení v elektronickej forme, platiteľ poisťného môže predložiť oznámenie v elektronickej forme len v podobe dátového rozhrania, ktorého štruktúra je definovaná v prílohe č. 3 (dávka 601) tohto metodického usmernenia.

- 11) Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného pri začiatku platnosti kategórie zamestnanca nenahrádza prihlášku na verejné zdravotné poistenie poistenca pri zmene zdravotnej poisťovne.
- 12) Poistenec za dni, keď nevykonáva práce na dohodu (a teda nemá právo na príjem zo závislej činnosti) a nemá iného platiteľa poistného, je povinný prihlásiť sa v zdravotnej poisťovni ako samoplatiteľ.
- 13) Ak zamestnávateľ nedokáže určiť presný dátum výkonu práce (napr. pri dohode o pracovnej činnosti), prihlasuje a odhlasuje zamestnanca kódom 2D na posledný deň kalendárneho mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, v ktorom mu zamestnávateľ príjem vyplatil.
- 14) Ak je poistenec evidovaný ako zamestnanec z titulu pracovného pomeru a zároveň u toho istého zamestnávateľa aj na základe uzatvorenej dohody o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru, zamestnávateľ eviduje (prihlasuje, odhlasuje) poistenca ako zamestnanca iba raz a použije sa kód 2. Vymeriavací základ na určenie poistného na verejné zdravotné poistenie je súčet finančného plnenia poskytnutých zamestnávateľom z titulu pracovného pomeru a z titulu dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru.
- 15) Ak poistenec je u toho istého zamestnávateľa zamestnancom a zároveň má u neho aj príjem z dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru a zamestnanie ukončí, pričom dohoda trvá, zamestnávateľ nahlási ukončenie zamestnania kódom 2 a nasledujúci deň ho prihlási ako zamestnanca na dohodu kódom 2D.
- 16) Ak je poistenec evidovaný ako zamestnanec z titulu dohody o práci vykonávanej mimo pracovného pomeru a v čase trvania dohody sa stane aj zamestnancom z titulu pracovného pomeru, zamestnávateľ ho odhlási ako zamestnanca na dohodu kódom 2D a nasledujúci deň ho prihlási ako zamestnanca kódom 2.
- 17) Evidencia osoby, vykonávajúcej činnosť na základe dohody o práci vykonávanej mimo pracovného pomeru sa realizuje iba v dňoch, kedy sa práce skutočne vykonávajú. Na dni, kedy nie je vykonávaná závislá činnosť sa nahliada ako na dni, kedy osoba nie je zamestnancom, s výnimkou:
  - a) dní, kedy činnosť nie je vykonávaná z titulu čerpania nepretržitého odpočinku v týždni (§ 93 Zákonníka práce). Za tieto dni sa pokladajú presne 2 dni zo 7 dní, v súlade s ustanovením Zákonníka práce, podľa ktorého má zamestnanec nárok raz za týždeň na dva po sebe nasledujúce dni nepretržitého odpočinku. Ak osoba, vykonávajúca činnosť na základe dohody počas ucelených 7 dní (nasledujúcich po sebe) nevykonáva činnosť 2 po sebe nasledujúce dni, tieto dni sa pokladajú za obdobie zamestnania,
  - b) dní „praceneschopnosti (nemocenské)“, „ošetrovanie člena rodiny (ošetrovné)“, materskej, kedy sa osoba pracujúca na dohodu (a zúčastnená na nemocenskom poistení) pokladá za zamestnanca.

### **Článok 3** **Prechodné ustanovenie**

- 1) Ak bola dohoda o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru uzatvorená pred 01.01.2013 a aj bola ukončená pred 01.01.2013 a k vyplateniu príjmu z tejto dohody došlo až po 01.01.2013, tieto príjmy nepodliehajú odvodovej a oznamovacej povinnosti.

- 2) Ak bola dohoda o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru uzatvorená pred 01.01.2013 a ktorej realizácia pokračuje aj po tomto dátume, na účely zákona č. 580/2004 Z. z. vzniká oznamovacia, vykazovacia a odvodová povinnosť od 01.01.2013.

#### **Článok 4** **Účinnosť**

Metodické usmernenie č. 3/2009 v znení novely č. 5 nadobúda účinnosť od 15.03.2013.

V Bratislave 12.03.2013

MUDr. Monika Pažinková, MPH  
predsedníčka

## VZOR OZNÁMENIA V LISTINNEJ FORME

### Oznámenie o vzniku, zmene a zániku platiteľa poisťného

### Oznámenie o vzniku, zmene a zániku platiteľa poisťného

<input type="checkbox"/> Oznámenie o vzniku	<input type="checkbox"/> Oznámenie o zániku	<input type="checkbox"/> Oznámenie o zmene platiteľa poisťného
<input type="checkbox"/> Dôvod oznámenia zmeny <small>* uvedie sa číslo dôvodu od 1 - 10</small>	Kód poisťovne, kód pobočky <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Číslo platiteľa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

#### Údaje o platiteľovi

Meno, priezvisko/obchodné meno	Rodné číslo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	IČO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sídlo/bydlisko platiteľa (ulica, číslo)	

PSČ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Obec	<input type="text"/>
Deň určený na výplatu príjmov (deň úhrady poistného)		<input type="text"/> <input type="text"/>	
Deň vzniku oznamovacej povinnosti		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

### Korešpondenčná adresa platiteľa

Ulica	<input type="text"/>	Číslo	<input type="text"/>	Obec	<input type="text"/>	PSČ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Bankové spojenie (číslo účtu/kód banky)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Spôsob úhrady preddavku		<input type="checkbox"/> prevodom z účtu <input type="checkbox"/> v hotovosti <input type="checkbox"/> poštovou poukážkou					
V zmysle § 10 ods. 6 zákona č. 428/2002 Z. z. udeľujem súhlas s vytvorením fotokópie nižšie uvedených dokladov na účely verejného zdravotného poistenia. Súhlas je možné odvolať iba na základe písomnej žiadosti platiteľa poistného.							
<input type="checkbox"/> súhlasím							

### Potvrdenie platiteľa poistného

Štatutárny zástupca, resp. splnomocnená osoba		Pečiatka a podpis osoby oprávnená konať v mene platiteľa poistného
Telefón		
Fax	E-mail	
Dátum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

### Potvrdenie poisťovne

Číslo účtu poisťovne pre platbu poistného		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pečiatka poisťovne a podpis oprávnenej osoby	
Konštantný symbol	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Špecifický symbol (RRRR MM)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Variabilný symbol		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dátum prijatia oznámenia		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
* <b>Dôvod oznámenia zmeny:</b>				
1. Zmena mena, priezviska/obchodného mena 2. Zmena IČO 3. Zmena sídla platiteľa 4. Zmena dňa určeného na výplatu príjmu 5. Zmena kontaktnej osoby		6. Zmena bankového spojenia 7. Zmena spôsobu úhrady preddavkov 8. Zmena korešpondenčnej adresy platiteľa 9. Zmena štatutárneho zástupcu 10. Zmena kontaktov (tel., fax, e-mail, mobil)		

## VZOR OZNÁMENIA V LISTINNEJ FORME

## Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri 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	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			Predčíslenie	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	Odtlačok pečiatky a podpis oprávnenej osoby	Pečiatka poisťovne
Kontakt		
Dátum	Dátum	Dátum prijatia

**Kód poisťovne** – prvé 2 miesta označenie poisťovne, druhé 2 miesta označenie pobočky, ak pobočku nemá zriadenú, uvedie „00”

**Číslo platiteľa** – vyplní platiteľ poistného – zamestnávateľ (10 miest)

**Údaje o platiteľovi** - vyplní zamestnávateľ

**Platnosť zmeny** – uvedie sa jedno písmeno z nižšie uvedených:

Z – začiatok platnosti kategórie platiteľa poistného

K – koniec platnosti kategórie platiteľa poistného

X – storno (vyčiarknutie celého riadku)



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

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

### Zoznam kódov:

#### 1. Poistenec štátu

- A. nezaopatrené dieťa; za nezaopatrené dieťa sa na účely tohto zákona považuje aj fyzická osoba do dovŕšenia 30 roku veku, ktorá študuje na vysokej škole najdlhšie do získania vysokoškolského vzdelania druhého stupňa, okrem externej formy štúdia, poistencom štátu je aj v období prázdnin až do vykonania štátnych záverečných skúšok alebo do zápisu na vysokoškolské štúdium druhého stupňa alebo tretieho stupňa v dennej forme štúdia, ak zápis na vysokoškolské štúdium druhého stupňa alebo tretieho stupňa bol vykonaný do konca kalendárneho roka, v ktorom bolo získané vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa alebo druhého stupňa v dennej forme štúdia,
- 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 a rodičovský príspevok z iného členského štátu, ak tam nie je zdravotne poistená,
- 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. (nepoužíva sa)
- G. obvinená osoba vo väzbe alebo odsúdená vo výkone trestu odňatia slobody, obvinená osoba vo väzbe alebo odsúdená vo výkone trestu odňatia slobody v inom členskom štáte, ak tam nie je zdravotne poistená,
- H. fyzická osoba, ktorej sa poskytuje starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnená na základe rozhodnutia súdu alebo v zariadení sociálnych služieb celoročne,
- I. študent z iného členského štátu, zahraničný študent na zabezpečenie záväzkov z medzinárodných zmlúv, ktorými je Slovenská republika viazaná, alebo žiak alebo študent, ktorý je Slovákom žijúcim v zahraničí a zároveň študuje na škole v Slovenskej republike,
- 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. fyzickú osobu, ktorá opatruje fyzickú osobu 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,
- M. manželka alebo manžel zamestnanca, ktorý vykonáva štátnu službu v cudzine, alebo zamestnanca, ktorý podľa pracovnej zmluvy vykonáva práce vo verejnom záujme v zahraničí,
- N. fyzická osoba, ktorá vykonáva osobnú asistenciu fyzickej osobe 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 a fyzickú osobu, ktorá sa spoločne posudzuje na účely posudzovania hmotnej núdze,
- Q. fyzická osoba, ktorá je vedená v evidencii uchádzačov o zamestnanie,
- R. cudzinec zaistený na území Slovenskej republiky,
- S. azylant,
- T. fyzická osoba, ktorá vykonáva pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné a charitatívne spoločenstvo,
- 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
- V. študent doktorandského študijného programu v dennej forme štúdia, ak celková dĺžka jeho doktorandského štúdia neprekročila štandardnú dĺžku štúdia pre doktorandský študijný program v dennej forme a nezískal už vysokoškolské vzdelanie tretieho stupňa alebo nedovršíl vek 30 rokov

## **2. Zamestnanec**

Zamestnávateľ plní oznamovaciu povinnosť za poistencov uvedených v zozname pod číslom **1 (poistenec štátu)** v spojení s písmenami **B, C, D, E, G, K, M, O, U** a za poistencov pod číslom **2 (zamestnanec)**.

Zamestnávateľ neplní oznamovaciu povinnosť za poistencov uvedených v zozname pod číslom **1 (poistenec štátu)** v spojení s písmenami **A, H, I, J, L, N, P, Q, R, S, T, V**.

### **2N – osobitný kód**

Zamestnávateľ plní oznamovaciu povinnosť s uvedením kódu 2N z titulu čerpania neplateného voľna zamestnanca a absencie.

### **2Y – osobitný kód**

Zamestnávateľ plní oznamovaciu povinnosť s uvedením kódu 2Y z titulu nepravidelných príjmov zamestnanca alebo z titulu vyplatených príjmov zamestnancovi po skončení pracovného pomeru.

### **2D – osobitný kód**

Zamestnávateľ plní oznamovaciu povinnosť s uvedením kódu 2D z zamestnávania fyzickej osoby na základe dohody o vykonaní práce, resp. dohody o pracovnej činnosti.

## ŠTRUKTÚRA OZNÁMENIA V ELEKTRONICKEJ FORME

### Dátové rozhranie

#### 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|Predčíslenie 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:** platiteľa poistného -> ZP

**Typ dávky:** 601

**Početnosť:** priebežne za každého **zamestnanca**

**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 dvojčíslenie 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 dvojčíslenie roku vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky.

**Národné prostredie:** ISO 8859.2 (ISO Latin 2)

**Oddel'ovací 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/	identifikačné číslo organizácie podľa číselníka IČO alebo rodné číslo alebo číslo povolenia na pobyt platiteľa – odosielateľa dávky
Číslo povolenia na pobyt:	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 <b>bez prvého a druhého riadku</b> 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	P	8-15	CHAR	

18	Fax	N	8-15	CHAR	
19	E-mail	N	1-75	CHAR	
20	Názov banky	P	1-60	CHAR	
21	Predčíslenie 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	

**Vysvetlivky k jednotlivým položkám:**

Číslo platiteľa poisťného:	číslo platiteľa poisťného, ktoré prideliuje ZP
Kód ZP:	kód zdravotnej poisťovne podľa číselníka ZP
Kód pobočky ZP:	kód pobočky ZP – ak nemá zriadené pobočky uvedie sa „00”
Kalendárny mesiac:	číslo mesiaca, v ktorom došlo k zmene platiteľa poisťného
Kalendárny rok:	koncové dvojčíslenie roku, v ktorom došlo k zmene platiteľa poisťného
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 poisťného
Adresa sídla – súpisné číslo	súpisné číslo adresy sídla platiteľa poisťného
Adresa sídla – ulica číslo	názov ulice a číslo sídla platiteľa poisťného
Adresa sídla – PSČ	PSČ adresy sídla platiteľa poisťného
Adresa sídla – štát	kód štátu platiteľa podľa ISO 3166-1
Telefón:	telefón platiteľa poisťného
Fax:	fax platiteľa poisťného
E-mail:	e-mail platiteľa poisťného
Názov banky:	názov banky alebo pobočky zahraničnej banky platiteľa
Predčíslenie účtu:	predčíslenie účtu platiteľa poisťného v banke
Číslo účtu:	číslo účtu platiteľa poisťného v banke
Kód banky:	4-miestny kód banky platiteľa
Osoba zodpovedná za spracovanie:	osoba zodpovedná za spracovanie u platiteľa poisťného

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

\*\* povinný parameter, ak ide o iný štát ako SR

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

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo poisťenca	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	XX7XXXXYYY

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 prideluje ÚDZS

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

**Forma prenosu:** e-mail

**VZOR OZNÁMENIA V LISTINNEJ FORME**

Univerzálne oznámenie poistenca/platiteľa poisťného

Kód poisťovne

I

## OZNÁMENIE POISTENCA / PLATITEĽA POISTNÉHO

## OZNÁMENÁ ZMENA

číslo platiteľa poistného pridelené ZP

Zmena:

- Mena, priezviska   
  Názvu / Obchodného mena   
  Rodného čísla / IČO   
  Adresy / sídla   
  Platiteľa   
  Sadzby poistného  
 Bankového účtu   
  Vrátenie preukazu poistenca   
  Zánik verejného zdravotného poistenia

Zmena platí od: 

## POISTENEC

Rodné číslo       Dátum narodenia       Titul Meno a Priezvisko/Názov Rod. priezvisko       Pohlavie muž  žena 

Adresa trvalého pobytu (aktuálna adresa pobytu)

Ulica       Číslo Mesto/obec       PSČ Telefón       E-mail 

Adresa prechodného pobytu/korešpondenčnej adresy (ak sa líši od adresy trvalého pobytu)

Ulica       Číslo Mesto/obec       PSČ 

Názov platiteľa

Adresa podnikania (ak sa líši od adresy trvalého pobytu)

Ulica       Číslo Mesto/obec       PSČ IČO       DIČ Predčíslenie       Číslo účtu       Kod banky 

Vyplní len cudzinec

Štátna príslušnosť       Pobyt na území SR do Číslo ID karty alebo pasu 

## PLATITEĽ

Kód	Dátum od:	Dátum do:	Kód	Dátum od:	Dátum do:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## SADZBA POISTNÉHO

Poistenec bez zdravotného postihnutia       Poistenec so zdravotným postihnutím       Poistenec s preukazom ZŤP POTVRDENIE POISŤOVNE<sup>1</sup>

Dátum prijatia oznámenia

<sup>1</sup> Vyplní poisťovňa,

## POTVRDENIE POISTENCA

Svojím podpisom potvrdzujem, že údaje, ktoré som vyplnil(a), sú úplné, pravdivé a správne.

Podpis poistenca/zástupcu poistenca

Dátum podania oznámenia



## ÚDAJE O OZNAMOVATEĽOVI

**Číslo platiteľa poistného pridelené ZP**  
**Oznámená zmena**

- údaj uvedený na preukaze poistenca ako IČP
- uvedie sa typ oznamovanej zmeny (poznámka: zánik poistenia sa preukazuje dokladmi, ktoré určí zdravotná poisťovňa)
- deň, mesiac a rok zmeny v tvare DDMMRRRR
- údaje v plnom rozsahu vyplní poistenec

**Zmena platí od**  
**Poistenec**  
**Platiteľ**

**Kód**  
**Dátum od**

- uvedie sa jedno číslo a jedno písmeno z nasledujúceho zoznamu kódov
- deň, mesiac a rok zmeny v tvare DDMMRRRR (napr. začiatok povinnosti štátu platiť poistné atď.)
- deň, mesiac a rok zmeny v tvare DDMMRRRR (napr. koniec povinnosti štátu platiť poistné atď.)

**Dátum do**

**Zoznam kódov:**

**Typ zmeny:**

### 1. Štát

**A.** Nezaopatrené dieťa; za nezaopatrené dieťa sa na účely tohto zákona považuje aj fyzická osoba do dovŕšenia 30 roku veku, ktorá študuje na vysokej škole najdlhšie do získania vysokoškolského vzdelania druhého stupňa, okrem externej formy štúdia, poistencom štátu je aj v období prázdnin až do vykonania štátnych záverečných skúšok alebo do zápisu na vysokoškolské štúdium druhého stupňa alebo tretieho stupňa v dennej forme štúdia, ak zápis na vysokoškolské štúdium druhého stupňa alebo tretieho stupňa bol vykonaný do konca kalendárneho roka, v ktorom bolo získané vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa alebo druhého stupňa v dennej forme štúdia,

**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 a rodičovský príspevok z iného členského štátu, ak tam nie je zdravotne poistená,

**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. nepoužíva sa**

**G.** Obvinená osoba vo väzbe alebo odsúdená vo výkone trestu odňatia slobody, obvinená osoba vo väzbe alebo odsúdená vo výkone trestu odňatia slobody v inom členskom štáte, ak tam nie je zdravotne poistená,

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

**I.** Študent z iného členského štátu, zahraničný študent na zabezpečenie záväzkov z medzinárodných zmlúv, ktorými je Slovenská republika viazaná, alebo žiak alebo študent, ktorý je Slovákom žijúcim v zahraničí a zároveň študuje na škole v Slovenskej republike,

**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 fyzickú osobu 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;

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

**N.** Fyzickú osobu, ktorá vykonáva osobnú asistenciu fyzickej osobe 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, a fyzickú osobu, ktorá sa spoločne posudzuje na účely posudzovania hmotnej núdze,

**Q.** Fyzická osoba, ktorá je vedená v evidencii uchádzačov o zamestnanie,

**R.** Cudzinec zaistený na území Slovenskej republiky,

**S.** Azylant,

**T.** Fyzická osoba, ktorá vykonáva pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné a charitatívne spoločenstvo,

**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,

**V.** Študent doktorandského študijného programu v dennej forme štúdia, ak celková dĺžka jeho doktorandského štúdia neprekročila štandardnú dĺžku štúdia pre doktorandský študijný program v dennej forme a nezískal už vysokoškolské vzdelanie tretieho stupňa alebo nedovŕšil vek 30 rokov,

### 3. SZČO

### 4. Platiteľ definovaný v § 11 ods. 2

**Sadzba poistného**

- označí sa typ poistenca a uvedie sa výška sadzby poistného v % podľa platiteľa poistného