

<ul style="list-style-type: none"> ■ úrad pre ■ dohľad nad ■ zdravotnou ■ starostlivosťou 	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Želova 2, 829 24 Bratislava 25	Číslo vydania:	3
		Dátum vydania:	10.06.2015
		Účinnosť od:	10.06.2015
		Strana:	1 / 12

Metodické usmernenie

č. 5/2/2013

K refundácii
podľa nariadení ES č. 883/2004 a č. 987/2009

Čl. 1 Úvodné ustanovenia

1. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) ako styčný orgán pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa § 18 ods. 1 písm. g) 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.“) vydáva pre zdravotné poisťovne toto metodické usmernenie za účelom ustanovenia spoločných administratívnych postupov na národnej úrovni pri refundácii nákladov na vecné dávky v chorobe a pracovných úrazoch a chorobách z povolania podľa čl. 35 a 41 nariadenia EP a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (ďalej len „ZN“), čl. 62 až 69 nariadenia EP a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (ďalej len „VN“), rozhodnutia S9 z 20.6.2013 o postupoch náhrady prostriedkov na účely vykonávania čl. 35 a 41 ZN (ďalej len „rozhodnutie S9“).
2. Toto metodické usmernenie popisuje vecné procesy uplatňovania pohľadávok a úhrady záväzkov, lehoty spracovania, lehoty splatnosti a základné identifikátory výmeny informačných a finančných tokov na národnej úrovni medzi úradom a zdravotnými poisťovňami.
3. Zároveň ustanovuje dátové rozhrania pre elektronickú výmenu dát medzi úradom a zdravotnými poisťovňami pre agendu pohľadávok a záväzkov podľa ZN, VN v prechodnom období na zavedenie komplexnej elektronickej výmeny v systéme EESSI.
4. Na pohľadávky a záväzky podľa čl. 36 nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71 o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnancov a ich rodiny, ktorí sa pohybujú v rámci spoločenstva (ďalej len „nariadenie č. 1408/71“), čl. 93, 94 a 95 nariadenia Rady (EHS) č. 574/72 z 21.03.1972, ktorým sa ustanovuje postup na vykonávanie nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71 o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnancov a ich rodiny, ktorí sa pohybujú v rámci spoločenstva (ďalej len „nariadenie č. 574/72“) v platnom znení, sa vzťahujú postupy upravené metodickým usmernením č. 2/2014 k refundácii podľa nariadení EHS č. 1408/71 a č. 574/72 s využitím ustanovení rozhodnutia S10 z 19.12.2013 o prechode z nariadení č. 1408/71 a č. 574/72 na ZN a VN a o uplatňovaní postupov náhrad.

Čl. 2 Pohľadávky SR podľa skutočných výdavkov

1. Pohľadávky podľa čl. 35 a 41 ZN uplatňuje zdravotná poisťovňa iba na základe skutočných výdavkov v súlade s čl. 62 VN, s výnimkou dôchodcov a ich rodinných príslušníkov a rodinných príslušníkov pracovníkov s bydliskom v SR, na ktorých sa vzťahuje čl. 17, 24 a 26 ZN a sú poistení vo Švajčiarsku, Nórsku, Lichtenštajnsku a Islande. V prípade uvedených kategórií poistencov Švajčiarska sa uplatňujú skutočné výdavky od 01.04.2012, v prípade poistencov Nórska, Lichtenštajnska a Islandu od 01.06.2012.
2. Zdravotná poisťovňa uplatňuje refundáciu podľa ods. 1 na pohľadávky od obdobia 2. štvrtroka 2010.
3. Ide o pohľadávky za vecné dávky čerpané poistencami EÚ v SR na základe formulárov E106, E109, E112, E120, E121, E123, Európskeho preukazu zdravotného poistenia (ďalej len „EPZP“), náhradného certifikátu k EPZP, prenosného dokumentu S1, S2, S3, DA1, SED-u S008, S010, S045, S072, DA002, DA007.
4. V súlade s rozhodnutím E1 z 12.06.2009 o praktických opatreniach pre prechodné obdobie na výmenu údajov elektronickými prostriedkami, ktoré sú uvedené v čl. 4 VN, uplatňuje zdravotná

poisťovňa pohľadávky na základe skutočných výdavkov vo forme Individuálnych výkazov skutočných výdavkov (tzv. formuláre E125SK).

5. Formuláre E125SK zasiela zdravotná poisťovňa ako inštitúcia v mieste pobytu alebo bydliska pravidelne štvrtročne úradu, vždy do 60 dní po skončení dohodnutého účtovného obdobia (kalendárny štvrťrok). Formuláre zaslané po tomto termíne zaraďuje úrad do ďalšieho účtovného obdobia.
6. Zdravotná poisťovňa zasiela formuláre E125SK úradu v elektronickej forme podľa dátového rozhrania pre dávku 532 (príloha č. 1). Pohľadávky voči Českej republike za plánovanú liečbu predkladá zdravotná poisťovňa v samostatnej dávke 532. Príloha č. 1 obsahuje aj položky účtovného dokladu v súlade so zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 431/2002 Z. z.“) s výnimkou položiek: IČO zdravotnej poisťovne, IČO úradu, označenie účtov, na ktorých sa účtovný prípad zaúčtuje v účtovných jednotkách, bankový účet zdravotnej poisťovne, ktoré má úrad a zdravotná poisťovňa dostupné vo svojom informačnom systéme.
7. Dátum vystavenia formulára E125SK – položka 40 v dávke 532, sa na účely sledovania lehôt na predloženie pohľadávky zdravotnej poisťovne považuje za dátum zaúčtovania v účtovníctve veriteľskej inštitúcie. Všetky riadky v dávke 532 obsahujú rovnakú hodnotu položky 40, a to dátum posledného dňa štvrťroku, za ktorý sa dávka predkladá.
8. Dávka 532 za pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa tohto článku nemôže mať charakter formulára opätovne uplatnený.
9. Spolu s dávkou 532 predkladá zdravotná poisťovňa úradu sprievodný list, ktorý obsahuje celkový počet individuálnych pohľadávok (ďalej len „individuálna rekapitulácia“ - vzor v prílohe č. 2) a sumu celkovej pohľadávky za predkladanú dávku 532. K dávke pripája zdravotná poisťovňa zoznam individuálnych rekapitulácií v elektronickej podobe najmenej, resp. minimálne v štruktúre: číslo individuálnej rekapitulácie, priezvisko, meno, suma individuálnej rekapitulácie v eurách.
10. Jeden formulár E125SK obsahuje spravidla všetky vecné dávky čerpané konkrétnym poistencom EÚ zaúčtované ako uhradený záväzok v účtovníctve zdravotnej poisťovne za dané účtovné obdobie v platnosti jedného, resp. viacerých rovnakých na seba naväzujúcich nárokových dokladov. Členenie poskytnutých vecných dávok uvedených v časti 5 formulára E125SK je uvedené v prílohe č. 3.
11. Každá individuálna rekapitulácia obsahuje jednoznačné číselné označenie, ktoré sa používa ako variabilný symbol v tvare aabcddeeee, kde:
 - aa je dvojmiestny číselný kód štátu podľa prílohy č. 4:
 - b je jednomiestny číselný identifikátor zdravotnej poisťovne (1 - VŠZP, a. s.; 3 - DÔVERA ZP, a. s.; 7 - UNION ZP, a. s.),
 - c je jednomiestne označenie štvrťroka, za ktorý sa zasiela rekapitulácia; štvrťrok je označený nasledovne: 1 - 1. štvrťrok, 2 - 2. štvrťrok, 3 - 3. štvrťrok, 4 - 4. štvrťrok,
 - dd je dvojmiestne koncové označenie roka, napr. 13 - rok 2013,
 - eeee je štvormiestne označenie rekapitulácie zdravotnou poisťovňou.
12. V prípade nedostatočného počtu jednoznačných čísel individuálnej rekapitulácie (viac ako 9999 za štvrťrok/rok/štát/ZP) môžu zdravotná poisťovňa a úrad dohodnúť odlišný spôsob číslovania individuálnych rekapitulácií.
13. Úrad skontroluje správnosť dávky 532. V prípade kritickej chyby vráti úrad dávku zdravotnej poisťovni s identifikáciou kritických chýb do 5 pracovných dní od doručenia dávky. Za kritickú chybu sa považuje: vyplnenie poľa „Kód štátu príslušnej inštitúcie“ kódom štátu SK a nesúlad

medzi „Kódom štátu príslušnej inštitúcie“ a číselným kódom štátu v čísle individuálnej rekapitulácie podľa ods. 11 s výnimkou dobropisov po úhrade. Zdravotná poisťovňa zasiela opravenú dávku s novým číselným označením do 5 pracovných dní odo dňa prijatia vrátenej dávky. Pri doručení dávky po stanovenej lehote nemusí úrad zaradiť dávku do spracovania globálnej pohľadávky SR za zúčtovávaný štvrťrok v stanovenej lehote. Lehota na spracovanie úradom plyní v danom prípade odo dňa doručenia opravenej dávky. Ostatné chyby v dávke odstraňuje úrad v spolupráci so zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa oznamuje správne údaje úradu obratom.

14. Po spracovaní dávok od všetkých zdravotných poisťovní za daný štvrťrok spracuje úrad globálnu pohľadávku SR voči jednotlivým dlžníckym styčným orgánom v EÚ. Úrad zasiela formuláre E125SK za účtovné obdobie spolu so súhrnnou rekapituláciou za štát do 30 dní odo dňa termínu na predloženie formulárov E125SK zo zdravotnej poisťovne jednotlivým dlžníckym styčným orgánom v EÚ. Rekapitulácia obsahuje hodnotu globálnej pohľadávky v eurách.
15. Úrad oznamuje zdravotnej poisťovni dátum doručenia globálnej pohľadávky SR do dlžníckeho styčného orgánu v EÚ do 90 dní od vystavenia globálnej pohľadávky voči dlžníckemu styčnému orgánu v EÚ.
16. Pohľadávky, ktoré uznáva dlžnícky styčný orgán v EÚ, uhrádza úrad zdravotnej poisťovni priebežne do 30 dní od pripísania úhrady a doručenia avíza. Úrad súčasne zasiela zdravotnej poisťovni rekapituláciu o výške uznaného záväzku (príloha č. 5). Zoznam uznaných individuálnych pohľadávok zasiela úrad zdravotným poisťovniam v elektronickej forme.
17. Pohľadávky, ktoré namieta dlžnícky styčný orgán v EÚ, rieši úrad vo vzťahu k zdravotnej poisťovni ako námietku za účelom predloženia nárokového dokladu alebo iných podporných dokumentov preukazujúcich opodstatnenosť pohľadávky. Úrad zasiela zdravotnej poisťovni predmetnú požiadavku listom alebo e-mailom so zoznamom námietok v elektronickej forme v štruktúre: číslo individuálnej rekapitulácie, priezvisko, meno, suma v eurách, dátum doručenia námietky, dôvod námietky podľa číselníka dôvodov námietok (príloha č. 6) za všetky prípady doručené z dlžníckeho styčného orgánu v EÚ alebo dôvod námietky, ktorý uviedla dlžnícka inštitúcia samostatnou zásielkou za každý štát a jednu globálnu pohľadávku, do 60 dní odo dňa doručenia požiadavky z dlžníckeho styčného orgánu.
18. Zdravotná poisťovňa predkladá úradu podporné dokumenty v elektronickej forme v pdf, word, xls, rtf, jpg, tif formáte, pričom doklady k jednej individuálnej rekapitulácii tvoria jeden súbor, ktorého názov je číslo individuálnej rekapitulácie. Zdravotná poisťovňa vybavuje námietky do 60 dní od doručenia zásielky z úradu za všetky prípady a zasiela ich úradu listom alebo e-mailom. Zároveň zasiela zoznam o spôsobe vybavenia námietok v elektronickej forme v štruktúre podľa ods. 17, doplnenej o spôsob vybavenia námietky, druh podkladov, poznámku. Pre spôsob vybavenia námietky a druh podkladov používa zdravotná poisťovňa číselníky uvedené v prílohe č. 7. V oboch prípadoch zasiela vyjadrenia k prípadom bez právneho nároku, t. j. dobropisy pred úhradou (príloha č. 8) v rovnakej lehote. Úrad zasiela stanovisko k námietkam dlžníckeho styčného orgánu v EÚ do 20 dní od ich doručenia zo zdravotnej poisťovne.
19. Opakované námietky vybavuje úrad a zdravotná poisťovňa bezodkladne.
20. Lehota na doručenie odpovede na námietku do dlžníckeho styčného orgánu v EÚ je 12 mesiacov od doručenia námietky úradu. Pri nedodržaní tejto lehoty sú námietky považované za opodstatnené a je potrebné, aby zdravotná poisťovňa vystavila dobropis pred úhradou a zaslala ho úradu bezodkladne.
21. Ak dlžnícky styčný orgán v EÚ v súlade s čl. 68 VN poskytne zálohovú platbu najmenej 90 % z celkovej sumy globálnej pohľadávky do 6 mesiacov od konca mesiaca, v ktorom mu bola globálna pohľadávka SR doručená, rozdeľuje úrad predmetnú zálohu podľa % podielu

zdravotnej poisťovne na celkovej sume globálnej pohľadávky SR do 10 dní od pripísania zálohovej platby a doručenia avíza z dlžníckeho styčného orgánu v EÚ. Následne musí dlžnícky styčný orgán zaslať úradu stanovisko o uznaných alebo/a namietaných prípadoch, ktoré rieši úrad postupom podľa ods. 17 spolu s úhradou nedoplatku/preplatku alebo súhlasom na vykonanie zápočtu. V rámci konečného vyúčtovania porovná úrad sumu zálohovej platby a sumu uznaných prípadov a zasiela zdravotnej poisťovni bezodkladne vyúčtovanie zálohovej platby v štruktúre: počet a suma uznaných a neuznaných prípadov/individuálnych rekapitulácií, suma zálohovej platby, výsledok vyúčtovania. Zdravotná poisťovňa vráti jednou sumou úradu poskytnutú zálohovú platbu do 10 dní od doručenia vyúčtovania. Úrad oznamuje a uhrádza uznané individuálne rekapitulácie zdravotným poisťovníam v lehote do 10 dní, ktorá začína plynúť odo dňa vrátenia zálohovej platby zo všetkých zdravotných poisťovní. V prípade preplatku vráti úrad preplatok dlžníckemu styčnému orgánu v EÚ do 10 dní od vrátenia zálohovej platby zo všetkých zdravotných poisťovní, ak dlžnícky styčný orgán v EÚ nepožadoval vrátenie preplatku formou zápočtu. Úhrady z poľského styčného orgánu sú považované za zálohové platby podľa čl. 68 VN, a preto je možné účtovať úrok z omeškania na omeškané platby až po 36 mesiacoch od konca mesiaca, v ktorom bola pohľadávka doručená poľskému styčnému orgánu.

22. Ak zdravotná poisťovňa dodatočne po úhrade svojej pohľadávky zistí, že išlo o pohľadávku bez právneho nároku, zaúčtuje si záväzok a vráti uhradenú sumu dlžníckej inštitúcii ako dobropis po úhrade prostredníctvom úradu. Úrad zasiela dobropisy po úhrade dlžníckemu styčnému orgánu do EÚ vrátane poukázania dobropisovanej sumy do 20 dní od doručenia dávky 532, dobropisov po úhrade a úhrady dobropisovanej sumy v prospech úradu.

Čl. 3

Závazky SR podľa skutočných výdavkov

1. Úrad po doručení súboru individuálnych výkazov skutočných výdavkov (formuláre E125EU, SED S080) v elektronickej alebo papierovej forme spolu s príslušnou rekapituláciou z veriteľského styčného orgánu v EÚ skontroluje, či súhlasí súčet súm jednotlivých individuálnych pohľadávok s globálnou pohľadávkou veriteľského styčného orgánu v EÚ.
2. Úrad prepočíta záväzok predpísaný v inej cudzej mene ako je euro kurzom Európskej centrálnej banky (ďalej len „ECB“) platným v deň doručenia globálnej pohľadávky alebo elektronického súboru úradu. V prípade, ak sú globálne pohľadávky veriteľského styčného orgánu v EÚ vyčíslené v národnej mene daného štátu a v mene euro, považuje úrad uvedenú pohľadávku za pohľadávku v mene euro a nevykonáva prepočet postupom podľa 1. vety tohto odseku. Ak kurzový lístok ECB neobsahuje menu veriteľského štátu, použije úrad na prepočet kurz národnej banky veriteľského štátu platný v deň vystavenia/doručenia globálnej pohľadávky.
3. Ide o záväzky SR za vecné dávky čerpané poistencami SR v EÚ na základe formulárov E106, E109, E112, E120, E121, E123, EPZP, náhradného certifikátu k EPZP, prenosného dokumentu S1, S2, S3, DA1, SED-ov S008, S010, S045, S072, DA002, DA007.
4. Úrad potvrdzuje veriteľskému styčnému orgánu v EÚ dátum doručenia jeho globálnej pohľadávky úradu do 60 dní od dátumu doručenia elektronického súboru/formulárov E125EU, SED-u S080 a účtovného dokladu, ktorým je globálna pohľadávka. Tento dátum je rozhodujúci na určenie lehoty splatnosti záväzkov SR voči veriteľskému styčnému orgánu.
5. Každá individuálna rekapitulácia obsahuje jednoznačné číselné označenie v tvare aabcddeeee, ktoré sa používa ako variabilný symbol, kde:
 - aa je dvojmiestny kód štátu (uvedený v čl. 2 ods.11),
 - b je jednomiestny číselný identifikátor zdravotnej poisťovne (uvedený v čl. 2 ods.11),
 - c je jednomiestne označenie štvrťroka, ktorý je označený nasledovne: 5 - 1. štvrťrok, 6 - 2. štvrťrok, 7 - 3. štvrťrok, 8 - 4. štvrťrok,

- dd je dvojmiestne koncové označenie roka, napr. 14 - rok 2014,
- eeee je štvormiestne označenie individuálnej rekapitulácie úradu.

6. Úrad z doručených pohľadávok veriteľských styčných orgánov v EÚ spracúva dávku 533 podľa dátového rozhrania (príloha č. 9). Príloha č. 9 obsahuje aj položky účtovného dokladu v súlade so zákonom č. 431/2002 Z. z. s výnimkou položiek: IČO zdravotnej poisťovne, IČO úradu, označenie účtov, na ktorých sa účtovný prípad zaúčtuje v účtovných jednotkách, bankový účet úradu, ktoré má úrad a zdravotná poisťovňa dostupné vo svojom informačnom systéme. Vzor tlačiva „Individuálna rekapitulácia č. ...“ obsahuje príloha č. 10.
7. Úrad zasiela dávku 533 zdravotnej poisťovni do 60 dní od doručenia účtovného dokladu a formulárov E125EU alebo SED-ov S080 v elektronickej alebo papierovej forme z veriteľského styčného orgánu v EÚ. Lehota splatnosti pre zdravotnú poisťovňu je stanovená na 420 dní od doručenia dávky 533, okrem pohľadávok ČR a pohľadávok z EÚ, pri ktorých v procese námietky dôjde k zmene dlžníckej inštitúcie. Pohľadávky ČR za plánovanú liečbu uhradza zdravotná poisťovňa do 40 dní a ostatné pohľadávky ČR do 120 dní od prijatia dávky. Zdravotná poisťovňa nezodpovedá za nedodržanie lehoty splatnosti podľa čl. 67 ods. 5 VN v prípade oneskorene doručených pohľadávok z úradu. V jednej dávke 533 úrad zasiela pohľadávky s rovnakým dátumom splatnosti. Spolu s dávkou 533 predkladá úrad zdravotnej poisťovni sprievodný list, ktorý obsahuje: celkový počet individuálnych rekapitulácií, sumu celkovej pohľadávky za predkladanú dávku 533, dátum zaúčtovania na strane veriteľskej inštitúcie v EÚ a nariadenie, podľa ktorého bola pohľadávka veriteľského styčného orgánu v EÚ uplatnená na úrade. Zároveň k dávke pripája úrad zoznam individuálnych rekapitulácií v elektronickej podobe najmenej, resp. minimálne v štruktúre: číslo individuálnej rekapitulácie, priezvisko, meno, suma individuálnej rekapitulácie v eurách.
8. Zdravotná poisťovňa uhradza úradu svoje záväzky, ktoré uznala, v lehote splatnosti stanovenej podľa ods. 7. Úrad uhradza záväzok voči veriteľskému styčnému orgánu vo výške uznaných prípadov do 30 dní od uplynutia lehoty splatnosti zdravotnej poisťovne, okrem pohľadávok ČR za plánovanú liečbu, kde platí lehota 15 dní tak, aby bola úhrada pripísaná v prospech veriteľského styčného orgánu najneskôr v lehote splatnosti podľa čl. 67 ods. 5 VN alebo lehoty dohodnutej bilaterálne. Úhrady, ktoré prijme úrad od zdravotnej poisťovne po termíne splatnosti, spracuje dodatočne a nezodpovedá za realizáciu úhrady v prospech veriteľského styčného orgánu v EÚ v lehote splatnosti podľa 67 ods. 5 VN.
9. K individuálnym rekapituláciám, ktoré nie sú opodstatnené, zasiela zdravotná poisťovňa úradu stanovisko formou námietky - listom alebo e-mailom, za všetky prípady doručené zdravotnej poisťovni v jednej dávke najneskôr do 120 dní od doručenia dávky. Stanovisko obsahuje zoznam v elektronickej forme v štruktúre: číslo individuálnej rekapitulácie, priezvisko, meno, suma v eurách, dôvod námietky podľa číselníka dôvodov (príloha č. 6), prípadne poznámka a príslušné podporné doklady k individuálnym rekapituláciám. Základným kritériom na posúdenie opodstatnenosti pohľadávky veriteľskej inštitúcie je existencia platného nárokového dokladu platného v čase čerpania vecných dávok a možnosť jeho použitia v súlade s ustanovením čl. 2 Rozhodnutia S9. Na pohľadávky veriteľského styčného orgánu v inom členskom štáte EÚ doručené úradu odo dňa 01.05.2015, ktoré v procese posudzovania a úhrady vyhodnotí pôvodná zdravotná poisťovňa ako pohľadávky bez právneho dôvodu, uplatní pôvodná zdravotná poisťovňa, ktorá predmetnú pohľadávku uhradila úradu, inštitút refundácie podľa § 6 ods. 1 písm. w) zákona č. 581/2004 Z. z. od príslušnej zdravotnej poisťovne, v ktorej bol poberateľ vecných dávok verejne zdravotne poistený v čase čerpania vecných dávok. S výnimkou pohľadávok uplatnených veriteľskou inštitúciou špecifikovaných v ods. 10 a 11 nemôže zdravotná poisťovňa namietat pohľadávku z dôvodu č. 1 (poberateľ vecných dávok nie je poistencom zdravotnej poisťovne) uvedeného v prílohe č. 6, ak v čase čerpania vecných dávok mohol poberateľ vecných dávok použiť pri čerpaní vecných dávok v inom členskom štáte EÚ platný nárokový doklad dotknutej zdravotnej poisťovne. Úrad zasiela námietky veriteľskému styčnému orgánu do 20 dní od ich doručenia.

10. Inštitút zmeny príslušnej zdravotnej poisťovne uplatňuje úrad na pohľadávky doručené úradu z veriteľského styčného orgánu v inom členskom štáte EÚ:

a) za individuálne rekapitulácie na základe EPZP alebo náhradného certifikátu k EPZP vystaveného pôvodnou zdravotnou poisťovňou, ktoré namietala pôvodná zdravotná poisťovňa z dôvodu č. 1 uvedeného v prílohe č. 6 (poberateľ dávok nie je poistencom pôvodnej zdravotnej poisťovne) a preukázala poistné krytie v novej príslušnej zdravotnej poisťovni v SR výpisom z registra poistencov v období čerpania vecných dávok v EÚ,

b) za individuálne rekapitulácie, pri ktorých sa v procese riešenia námietky preukáže platným nárokovým dokladom, že pohľadávka bola veriteľskou inštitúciou prvotne uplatnená voči zdravotnej poisťovni, ktorá nevydala platný nárokový doklad (napr. dôvody č. 2, 5 v prílohe č. 6).

Úrad za individuálne rekapitulácie podľa ods. 10 a), b) zašle súhlas s námietkou voči pôvodnej zdravotnej poisťovni a zároveň spracuje novú pohľadávku voči novej príslušnej zdravotnej poisťovni v lehote 30 dní od doručenia námietky pôvodnej zdravotnej poisťovne/odpovede na námietku z dlžníckeho styčného orgánu v inom členskom štáte EÚ úradu. Pohľadávka úradu voči novej zdravotnej poisťovni je splatná voči úradu v lehote 30 dní od doručenia dávky 533, sprievodného listu a zoznamu do novej príslušnej zdravotnej poisťovne. Nová príslušná zdravotná poisťovňa pri preverovaní trvania poistného vzťahu v období čerpania vecných dávok nevyžaduje EPZP alebo náhradný certifikát k EPZP.

11. Postup uvedený v ods. 10 sa vzťahuje na pohľadávky úradu voči pôvodnej zdravotnej poisťovni, ktorým neuplynula lehota splatnosti 18 mesiacov voči veriteľskému styčnému orgánu v EÚ. Ak táto lehota splatnosti už uplynula, pohľadávku uhradza pôvodná zdravotná poisťovňa, voči ktorej si veriteľská inštitúcia v EÚ prvotne uplatnila svoju pohľadávku. Následne v prípade úhrady bez právneho dôvodu alebo zániku poistenia si uplatňuje pôvodná zdravotná poisťovňa refundáciu od príslušnej zdravotnej poisťovne podľa § 6 ods. 1 písm. w) zákona č. 581/2004 Z. z. alebo môže vymáhať vzniknuté náklady priamo od poistenca, ak došlo k zneužitiu nárokového dokladu.

12. Podľa stanoviska veriteľského styčného orgánu dochádza k odsúhlaseniu námietky alebo preukázaniu opodstatnenosti pohľadávky veriteľskej inštitúcie. Úrad informuje zdravotnú poisťovňu o stanovisku veriteľského styčného orgánu v EÚ k námietkam listom alebo e-mailom do 20 dní od doručenia. Ak veriteľská inštitúcia odsúhlasila námietku v plnej výške alebo čiastočnej výške a zaslala storno alebo doručila súhlas s námietkou, vystavuje úrad dobropis pred úhradou, ktorý zasiela zdravotnej poisťovni do 20 dní od doručenia stanoviska veriteľského styčného orgánu. Úrad zasiela zdravotnej poisťovni zoznam individuálnych rekapitulácií, ku ktorým nebola doručená odpoveď z veriteľského štátu v lehote 12 mesiacov od konca mesiaca, v ktorom sa námietka voči pohľadávke predložila styčnému orgánu veriteľského štátu. Túto informáciu úrad zasiela zdravotnej poisťovni do 20 dní od uplynutia 12 mesačnej lehoty, najskôr za záväzky doručené úradu v 4. štvrtroku 2013.

13. Zdravotná poisťovňa vystavuje na námietky, na ktoré podľa informácie z úradu veriteľská inštitúcia nezaslala odpoveď v lehote 12 mesiacov, oznámenie o neuznaní individuálnej rekapitulácie (príloha č. 11), ktoré zasiela úradu v najbližšej mesačnej zásielke s neuznanými individuálnymi rekapituláciami, ktorá nasleduje po dni doručenia informácie o stanovisku k námietkam a dochádza k odúčtovaniu daného záväzku zdravotnej poisťovne a pohľadávky úradom.

14. Ak veriteľská inštitúcia dodatočne po úhrade svojej pohľadávky zistí, že išlo o pohľadávku bez právneho nároku, zasiela úradu dobropis po úhrade. Úrad spracuje dobropis a úhradu dobropisovanej sumy poukáže zdravotnej poisťovni pri najbližšej úhrade svojho záväzku voči danému veriteľskému styčnému orgánu, z ktorej je hodnota dobropisovanej sumy odrátaná.

15. V prípade záväzkov SR neuplatňujú úrad a zdravotné poisťovne ustanovenie o poskytovaní zálohových platieb voči veriteľským styčným orgánom v EÚ.
16. Kurzové rozdiely podľa svojej povahy predstavujú príjem alebo výdavok úradu.

Čl. 4

Záväzky SR podľa pevne stanovených súm

1. Úrad zasiela zoznamy registrovaných poistencov SR s bydliskom v EÚ, ktoré boli doručené z veriteľského styčného orgánu v EÚ, na potvrdenie dotknutým zdravotným poisťovňami priebežne listom. Zároveň úrad zasiela prostredníctvom dátového skladu - úložiska zoznam vo formáte xls v štruktúre: priezvisko a meno poistenca, dátum narodenia, identifikačné číslo, typ formulára, počet mesiacov, kód príslušnej inštitúcie, kód inštitúcie v mieste bydliska. Zdravotná poisťovňa oznamuje úradu námietky k predloženému zoznamu bezodkladne. Úrad informuje veriteľský styčný orgán v EÚ o stanovisku k zoznamu bezodkladne po doručení stanovisk zo všetkých dotknutých zdravotných poisťovní. Podľa stanoviska veriteľského styčného orgánu v EÚ oznamuje úrad zdravotnej poisťovni odsúhlasenie námietky a predkladá doklady preukazujúce opodstatnenosť nároku na refundáciu nákladov a správnosť údajov v zozname listom alebo e-mailom a čaká na následné potvrdenie nových skutočností. Po potvrdení nových skutočností zo strany zdravotnej poisťovne oznamuje úrad veriteľskému styčnému orgánu v EÚ konečné stanovisko k zoznamu.
2. Po publikovaní pevne stanovených súm v Úradnom vestníku EÚ (ďalej len „ÚV EÚ“), po odsúhlasení (potvrdení) zoznamu registrovaných poistencov a predložení finančného vyjadrenia globálnej pohľadávky veriteľského styčného orgánu v EÚ predkladá úrad zdravotnej poisťovni dávku 537 podľa dátového rozhrania uvedeného v prílohe č. 12 a rekapituláciu za štát (príloha č. 13) do 30 dní, ktorá obsahuje dátum doručenia pohľadávky veriteľského styčného orgánu v EÚ úradu.
3. Úrad prepočíta záväzok predpísaný v inej cudzej mene ako je euro kurzom ECB platným v deň zverejnenia paušálnych súm v ÚV EÚ. V prípade, že sú formuláre E127EU/SED-y S090/S095 doručené po zverejnení paušálnych súm v ÚV EÚ, úrad prepočíta dlžnú sumu kurzom ECB platným v deň doručenia formulárov E127EU/SED-y S090/S095.
4. Rekapitulácia za štát obsahuje všetky náležitosti účtovného dokladu podľa zákona č. 431/2002 Z. z. Úrad vystaví rekapituláciu za každý členský štát a pri každej osobe/rodine uvedie dátum narodenia, počet mesiacov bydliska v inom členskom štáte za zúčtovaný kalendárny rok a sumu zodpovedajúcu počtu mesiacov a mesačnej paušálnej sume.
5. Každá rekapitulácia za štát obsahuje jednoznačné číselné označenie - v tvare 8aabddde, ktoré sa používa ako variabilný symbol, kde:
 - 8 je konštanta, ktorá znamená, že ide o rekapituláciu podľa pevne stanovených súm vystavenú úradom,
 - aa je dvojmiestny kód štátu (uvedený v čl. 2 ods. 11),
 - b je jednomiestny číselný identifikátor zdravotnej poisťovne (uvedený v čl. 2 ods. 11),
 - dd je dvojmiestne koncové označenie roka, za ktorý sa pevne stanovené sumy uplatňujú, napr. 14 - rok 2014,
 - ee je dvojmiestne označenie rekapitulácie úradu.
6. Zdravotná poisťovňa oznamuje úradu do 120 dní od doručenia dávky 537 podľa dátového rozhrania (príloha č. 12) a rekapitulácie za štát (príloha č. 13), ktoré prípady neuznáva a v rovnakej lehote zároveň uhradza uznané prípady. Doklad pre neuznané prípady (príloha č. 14) musí obsahovať aj zdôvodnenie neuznania nárokov v jednotlivých prípadoch. Zdravotná poisťovňa vráti aj jedno vyhotovenie formulára E127EU. Zdravotná poisťovňa používa na

označenie dôvodov číselník uvedený v prílohe č. 6. Námietky zasiela úrad veriteľskému styčnému orgánu bezodkladne.

7. Úrad zasiela zvyčajne do 30 kalendárnych dní od pripísania všetkých uznaných súm od všetkých zdravotných poisťovní na svoj účet veriteľskému styčnému orgánu v EÚ rekapituláciu uznaných nákladov a v rovnakom termíne uhradza uznaný záväzok, obvykle v tej cudzej mene, v ktorej je pohľadávka veriteľského styčného orgánu uplatnená.
8. Kurzové rozdiely podľa svojej povahy predstavujú príjem alebo výdavok úradu.

Čl. 5 Úrok z omeškania

1. Nárok na účtovanie úroku z omeškania vzniká veriteľskej inštitúcii pri nedodržaní lehoty splatnosti podľa čl. 67 ods. 5 VN.
2. Zdravotná poisťovňa môže predkladať úradu žiadosť o úrok z omeškania S026, až keď platba z dlžníckeho styčného orgánu v EÚ bola uhradená úradu po dátume splatnosti. Lehota splatnosti sa určuje od dátumu doručenia globálnej pohľadávky dlžníckemu styčnému orgánu v EÚ a predstavuje 18 mesiacov od konca mesiaca, v ktorom bola globálna pohľadávka SR doručená dlžníckemu styčnému orgánu v EÚ. Lehota splatnosti sa považuje za dodržanú, ak je v nej úhrada pripísaná v prospech účtu úradu.
3. Zdravotná poisťovňa zodpovedá za správnosť vypočítaného úroku z omeškania. Úrad poskytuje zdravotnej poisťovni súčinnosť pre správny výpočet úroku z omeškania, a to poskytnutím dátumu úhrady pripísanej v prospech účtu úradu a termínu splatnosti globálnej pohľadávky úradu z dlžníckeho styčného orgánu (príloha č. 5). Úrok sa vypočítava ako zložený úrok z omeškania podľa vzorca ustanoveného v čl. 16 ods. 1 rozhodnutia S9:

$$I = \left[PV \left(1 + \frac{i}{12} \right)^n \right] - PV$$

Kde:

— **I** predstavuje úrok z omeškania,

— **PV** (súčasná hodnota) predstavuje hodnotu omeškanej platby; hodnota sa určí ako suma nesplatených pohľadávky, ktorá nebola vyrovnaná v lehote stanovenej v článku 67 ods. 5 a ods. 6 VN a ktorá nebola pokrytá zálohovou platbou v súlade s článkom 68 ods. 1 VN. Súčasná hodnota zahŕňa iba pohľadávku alebo jej časti, ktoré dlžnícky aj veriteľský členský štát uznali ako platné, a to i v prípade, ak bola celá pohľadávka alebo jej časť predmetom námietky,

— **i** predstavuje ročnú úrokovú sadzbu uplatňovanú ECB na jej hlavné refinančné operácie (uverejnená na <http://www.ecb.int/home/html/index.en.html>), ktorá bola platná v prvý deň mesiaca, v ktorom bola platba splatná, t. j. 1. deň 18. mesiaca, resp. 1. deň 36. mesiaca, ak bola poskytnutá záloha,

— **n** predstavuje obdobie (mesiace), ktoré začína prvým mesiacom, ktorý nasleduje po uplynutí lehôt stanovených v článku 68 ods. 1 VN a trvá až do mesiaca (vrátane neho), ktorý predchádza mesiacu, v ktorom bola platba prijatá. Toto obdobie sa neprerušuje počas konania podľa článku 67 ods. 7 VN.

4. Každá individuálna žiadosť o úrok z omeškania má väzbu na: číslo faktúry (číslo individuálnej rekapitulácie), celkovú značku pohľadávky stanovenej veriteľskou inštitúciou (celková značka

pohľadávky pridelená veriteľskou inštitúciou), sumu pohľadávky, úrokovú sadzbu v %, sumu úroku; číslo úroku z omeškania pridelené veriteľskou inštitúciou = číslo individuálnej rekapitulácie/číslo rekapitulácie za štát, celková značka úroku z omeškania pre veriteľskú inštitúciu = celková značka pohľadávky veriteľskej inštitúcie, dátum vystavenia veriteľskej inštitúcie.

5. Zdravotná poisťovňa zasiela úradu SED S026 vo formáte word v elektronickej forme, vyplnený v časti 3 individuálnej pohľadávky na úrok z omeškania spolu za všetky E125/S080/E127/S090/S095 uplatnené v jednej rekapitulácii na štát a tiež sprievodný list s identifikačnými údajmi účtovného dokladu do 90 dní od úhrady pôvodnej E125/S080/E127/S095 po lehote splatnosti na účet zdravotnej poisťovne. Úrad doplní časť globálnej pohľadávky na úrok z omeškania a zasiela SED S026 dlžníckemu styčnému orgánu do 60 dní od doručenia požiadavky zo zdravotnej poisťovne.
6. Následne môže zdravotná poisťovňa v prípade potreby upraviť výšku požadovaného úroku S028 dobropis – dobropisovaná hodnota, o ktorú sa znižuje pôvodný úrok z omeškania. Zdravotná poisťovňa zasiela úradu SED S028 v dátovej štruktúre individuálneho dobropisu na úrok z omeškania priebežne, ktorý doplní dáta za globálnu časť dobropisu a odošle dlžníckemu styčnému orgánu v EÚ.
7. Po doručení SED-u S030 – neuznanie úroku z omeškania z dlžníckeho styčného orgánu v EÚ, oznamuje úrad zdravotnej poisťovni neuznanie dlžníckej inštitúcie priebežne. Dáta používané na identifikáciu neuznania sú: celková značka neuznania pridelená dlžníckym styčným orgánom, spárovanie s číslom úroku z omeškania veriteľskej inštitúcie = číslo individuálnej rekapitulácie, s celkovou značkou úroku z omeškania veriteľskej inštitúcie = celková značka globálnej pohľadávky veriteľskej inštitúcie, dôvod neuznania.
8. Zdravotná poisťovňa odpovedá na námietku individuálnou časťou S031 priebežne. Zdravotná poisťovňa môže námietku:
 - uznať, vtedy dochádza k odúčtovaniu pohľadávky v zdravotnej poisťovni a ruší sa dotknutá individuálna pohľadávka v SED-e S026,
 - neuznať a zasiať doplňujúce informácie ev. doklady preukazujúce opodstatnenosť pohľadávky na úrok z omeškania.
9. Dlžnícky styčný orgán doručuje úradu SED S032, iba keď je rozhodnuté o platbe úroku z dlžníckej inštitúcie. Úrad vystavuje platobný príkaz a uhrádza zdravotnej poisťovni úrok z omeškania do 30 kalendárnych dní od pripísania úroku z dlžníckeho styčného orgánu v EÚ na účet úradu. Úrad zasiela zdravotnej poisťovni avízo o úhrade úroku prostredníctvom e-mailovej správy.

Čl. 6

Odsúhlasovanie pohľadávok a záväzkov

1. Odsúhlasovanie pohľadávok a záväzkov za vecné dávky (ďalej len „pohľadávky a záväzky“) medzi úradom a zdravotnou poisťovňou sa realizuje v štvrtročných intervaloch, po ukončení uzávierkových prác za kalendárny štvrtrok, sumárnym odsúhlasovaním zostatkov k ultimu kalendárneho štvrtroka.
2. Zdravotná poisťovňa predkladá úradu zostatky pohľadávok a záväzkov k ultimu kalendárneho štvrtroka.
3. Zdravotná poisťovňa spolu so zostatkami pohľadávok a záväzkov k ultimu kalendárneho štvrtroka predloží úradu aj položkový rozpis pohľadávok a záväzkov z účtovnej evidencie v elektronickej podobe.

4. Zdravotná poisťovňa predloží úradu zostatky pohľadávok a záväzkov v tabuľke podľa prílohy č. 15, ako aj položkový rozpis pohľadávok a záväzkov najneskôr k ultimu mesiaca nasledujúceho po odsúhlasovanom kalendárnom štvrtroku na e-mailovú adresu, ktorú si dohodnú zdravotné poisťovne s úradom individuálne.
5. Úrad porovná údaje zaslané zdravotnou poisťovňou s údajmi z účtovnej evidencie úradu a na základe porovnania vytvorí pre každú zdravotnú poisťovňu výstup v elektronickej podobe, ktorý obsahuje údaje nachádzajúce sa v účtovnej evidencii úradu a nenachádzajúce sa v evidencii zdravotnej poisťovne a opačne. Ďalej úrad vytvorí súbor zhodných variabilných symbolov a súbor duplicitných variabilných symbolov. Názvoslovie výstupných súborov obsahuje príloha č. 16.
6. Úrad spolu s položkovými výstupmi zašle zdravotnej poisťovni, aj v prílohe č. 15, doplnené zostatky pohľadávok a záväzkov zo svojej účtovnej evidencie.
7. Úrad zašle výsledok porovnania pohľadávok a záväzkov spolu s doplnenou prílohou č. 15 najneskôr do 15 pracovných dní od doručenia údajov zo zdravotných poisťovní.
8. Položkové údaje zdravotných poisťovní, ako aj položkové výstupy úradu budú realizované v xls formáte (resp. xlsx).
9. Pre automatizované porovnávanie údajov je potrebné dodržať dohodnutú štruktúru, ktorá bude nemenná a musí obsahovať všetky predpísané údaje v každom opakujúcom sa cykle. Súbor musí obsahovať interné číslo dokladu, variabilný symbol (číslo individuálnej rekapitulácie; číslo rekapitulácie za štát), sumu, subjekt, číslo analytického účtu. Každá zdravotná poisťovňa zašle dva xls súbory, a to pohľadávky a záväzky, ktoré budú obsahovať paušálne aj skutočné pohľadávky a záväzky. Názov súborov bude „pohladavkymenoZP“ (príklad pohladavkyVšZP) a „zavazkymenoZP“ (príklad zavazkyVšZP).
10. Zistené rozdiely budú predmetom individuálneho overovania s cieľom zdôvodnenia v primeranom čase.

Čl. 7 Spoločné ustanovenia

1. Platbu uhradenú zdravotnou poisťovňou alebo úradom bez právneho dôvodu alebo časť presahujúcu správnu výšku platby je možné na základe písomnej žiadosti vrátiť alebo použiť na zápočet pohľadávky zdravotnej poisťovne alebo úradu.
2. V odôvodnených prípadoch upravuje zdravotná poisťovňa svoje pohľadávky formou dobropisu s odvolaním sa na konkrétnu individuálnu rekapituláciu, v prípade formulárov E125, ktorej sa dobropis týka; v prípade formulárov E127 sa zdravotná poisťovňa odvoláva na konkrétnu rekapituláciu. Na označenie dobropisu sa používa číslo v tvare xaabddeeee, kde:
 - x nadobúda hodnotu 5 v prípade formulárov E125/S080 alebo 7 v prípade formulárov E127,
 - aa je dvojmiestny kód štátu (uvedený v čl. 2 ods. 11),
 - b je jednomiestny číselný identifikátor zdravotnej poisťovne (uvedený v čl. 2 ods. 11),
 - dd je dvojmiestne koncové označenie roka, napr. 14 - rok 2014, v ktorom sa dobropis vystavuje,
 - eeee je poradové číslo dobropisu pridelené zdravotnou poisťovňou.
3. V prípade doručenia dobropisu z veriteľského styčného orgánu upravuje úrad svoje pohľadávky formou dobropisu (príloha č. 17) s odvolaním sa na konkrétnu individuálnu rekapituláciu,

v prípade formulárov E125, ktorej sa dobropis týka; v prípade formulárov E127 sa úrad odvoláva na konkrétnu rekapituláciu. Do dňa úhrady finančného záväzku úradom voči veriteľskému styčnému orgánu je vystavený dobropis označený rovnakým číslom individuálnej rekapitulácie/rekapitulácie za štát. V prípade, že je vystavený v inej cudzej mene ako je euro, je hodnota dobropisu prepočítavaná na euro kurzom podľa čl. 3 ods. 2 platným v deň doručenia rekapitulácie a formulárov/v deň zverejnenia paušálnych súm v ÚV EÚ. Po úhrade finančného záväzku úradom voči veriteľskému styčnému orgánu je hodnota dobropisu prepočítavaná na euro kurzom platným v deň doručenia dokladu o zmene pôvodnej pohľadávky veriteľského styčného orgánu úradu a na označenie dobropisu tohto typu sa používa nové číslo v tvare xaabdeeeee, kde:

- x nadobúda hodnotu 5 v prípade formulárov E125 alebo 7 v prípade formulárov E127,
- aa je dvojmiestny kód štátu (uvedený v čl. 2 ods. 11),
- b je jednomiestny číselný identifikátor úradu - 9,
- dd je dvojmiestne koncové označenie roka, napr. 14 - rok 2014 , v ktorom sa dobropis vystavuje,
- eeee je poradové číslo dobropisu pridelené úradom.

Spolu s dobropismi po úhrade zasiela úrad zdravotnej poisťovni zoznam v elektronickej podobe, minimálne v štruktúre: p. č., číslo dobropisu, číslo pôvodnej individuálnej rekapitulácie, suma dobropisu v mene euro, VS platby.

4. Úrad uhrádza zdravotnej poisťovni dobropisy po úhrade týkajúce sa pohľadávok podľa skutočných výdavkov hromadným platobným príkazom, ktorý obsahuje všetky dobropisované pohľadávky za danú zdravotnú poisťovňu uplatnené v jednej rekapitulácii za štát.

Čl. 8

Prechodné ustanovenie

Inštitút zmeny príslušnej inštitúcie podľa čl. 3 ods. 10 písm. a) aplikuje úrad na individuálne pohľadávky doručené úradu z veriteľských styčných orgánov v EÚ do 30.04.2015.

Čl. 9

Zrušovacie ustanovenie

Toto metodické usmernenie v znení novely č. 2 ruší metodické usmernenie č. 5/1/2013 K refundácii podľa nariadení ES č. 883/2004 a č. 987/2009.

Čl. 10

Účinnosť

Toto metodické usmernenie v znení novely č. 2 nadobúda účinnosť dňom jeho vydania.

V Bratislave dňa 10.06.2015.

MUDr. Monika Pažinková, MPH, MBA
predsedníčka
v. r.