



Ročník 2012

Zbierka zákonov

SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Čiastka 68

Uverejnená 8. septembra 2012

Cena 1,58 €

OBSAH:

262. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje zoznam farmaceuticko-nákladových skupín na obdobie od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012
263. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o kritériách na zaradenie farmaceuticko-nákladovej skupiny do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín a na jej vyradenie z tohto zoznamu
264. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zaraďovaní poistencov do farmaceuticko-nákladových skupín
265. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na obdobie od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012
266. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o výpočte indexu rizika nákladov
267. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie
-

262**VYHLÁŠKA****Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky**

zo 7. septembra 2012,

ktorou sa ustanovuje zoznam farmaceuticko-nákladových skupín na obdobie od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 38a ods. 5 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 znení zákona č. 185/2012 Z. z. ustanovuje:

§ 1

Zoznam farmaceuticko-nákladových skupín sa na obdobie od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012 určuje takto:

Číslo	Kód	Názov	ATC skupiny	Priradené diagnózy
1.	AST	Astma	R03 okrem (R03AC18, R03AK03, R03BB, R03CA02, R03AK01, R03BC01, R03CA01)	J40 – J47
2.	CFP	Cystická fibróza a/alebo ochorenia exokrinnej funkcie pankreasu	J01GB01, J01XB01, R05CB13	E84
3.	CNS	Ochorenia mozgu/miechy	L03AB07, L03AB08, L03AX13, L04AA23, M03BX01, M03BX02	G35 – G37, G80 – G83, I60 – I69
4.	COP	CHOCHP/ťažká astma	R03AC18, R03AK03, R03BB	J40 – J47
5.	CRO	Crohnova choroba, ulcerózna kolitída	A07EA06, A07EC02	K50 – K52
6.	DEP	Liečba antidepresívami	N06A okrem (N06AA09, N06AX21)	
7.	DM1	Diabetes typu I	A10A	E10 – E14
8.	DM2	Diabetes typu II	A10B	E10 – E14
9.	DMH	Diabetes s hypertenziou	A10 a zároveň [C02 okrem (C02KX), C03 okrem (C03CA01), C07, C08 okrem (C08CA06), C09 okrem (C09DA02)]	I10 – I25
10.	EPI	Epilepsia	N03 okrem (N03AX12, N03AX16, N03AE01)	G40, G41
11.	GLA	Glaukóm	S01E	H40 – H42
12.	HIV	HIV/AIDS	J05AE, J05AF okrem (J05AF08, J05AF10, J05AF11), J05AG, J05AR, J05AX okrem (J05AX05)	B20 – B24
13.	CHO	Hypercholesterolémia	C10 okrem (C10AC01, C10BX03)	E78
14.	KVS	Srdcové choroby	C01A, C01B, C01D, C01EB15, C01EB17, C03CA01	I20 – I52
15.	ONK	Malignity	L01 okrem (L01BA01), L03AA, L03AC01, L04AX04	C00 – D48
16.	PAR	Parkinsonova choroba	N04B	G20, G21, G22

17.	PSY	Antipsychotiká, Alzheimerova choroba, liečba závislosti	N05A okrem (N05AL03, N05AN01), N06DA, N06DX01, N07BB, N07BC51	F00 – F99, G30 – G32
18.	RAS	Liečba rastovým hormónom	H01AC01, H01AC03	E23, Q96
19.	REN	Renálne zlyhanie	B03X, V03AE	N17 – N19, D46
20.	REU	Reumatické choroby liečené inak ako inhibítormi TNF	A07EC01, L01BA01, L04AA13, L04AX03, M01CB01, M01CC01, P01BA02	M05 – M09, M30 – M36
21.	TNF	Reumatické choroby liečené inhibítormi TNF	L04AA11, L04AA24, L04AB, L04AC okrem (L04AC02)	
22.	TRA	Transplantácie	L04AA06, L04AA10, L04AA18, L04AC02, L04AD01, L04AD02, L04AX01	
23.	HOR	Hormonálna onkoliečba	L02	C00 – D48
24.	NPP	Neuropatická bolesť	N01BX04, N03AX12, N03AX16	

§ 2

(1) Ak je v stĺpci ATC skupín uvedených viacero ATC skupín oddelených čiarkou, podmienka vydania alebo podania aspoň 181 štandardných dávok liečiva podľa § 27b ods. 2 zákona je splnená, ak dosiahne aspoň 181 štandardných dávok liečiva v úhrne vo všetkých týchto ATC skupinách.

(2) Ak je v stĺpci ATC skupín uvedených viacero ATC skupín spojených výrazom „a zároveň“, podmienka vydania alebo podania aspoň 181 štandardných dávok liečiva podľa § 27b ods. 2 zákona je splnená, ak dosiahne aspoň 181 štandardných dávok liečiva v každej z týchto ATC skupín samostatne.

(3) Ak je v stĺpci ATC skupín uvedený výraz „okrem“, znamená to, že ATC skupiny uvedené za týmto výrazom nevstupujú do celkového súčtu štandardných dávok liečiva.

(4) Ak je ATC skupina definovaná reťazcom, ktorý má menej ako sedem znakov, zahŕňa všetky ATC kódy, ktoré sa začínajú týmto reťazcom.

§ 3

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 10. septembra 2012.

Zuzana Zvolenská v. r.

263

VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

zo 7. septembra 2012,

ktorou sa ustanovujú podrobnosti o kritériách na zaradenie farmaceuticko-nákladovej skupiny do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín a na jej vyradenie z tohto zoznamu

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 28 ods. 14 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 v znení zákona č. 185/2012 Z. z. (ďalej len „zákon“) po dohode s Ministerstvom financií Slovenskej republiky ustanovuje:

§ 1

(1) Koeficient determinácie farmaceuticko-nákladovej skupiny sa vypočíta tak, že sa vypočíta koeficient determinácie pre celkový zoznam farmaceuticko-nákladových skupín a demografických skupín a koeficient determinácie pre celkový zoznam farmaceuticko-nákladových skupín a demografických skupín, v ktorom je vždy vynechaná hodnotená farmaceuticko-nákladová skupina. Príspevok každej farmaceuticko-nákladovej skupiny sa určí ako rozdiel medzi koeficientom determinácie celého zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín a koeficientom determinácie zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, v ktorom bola vynechaná hodnotená farmaceuticko-nákladová skupina. Postup výpočtu je uvedený v prílohe.

(2) Na základe kritéria štatistická významnosť koeficientu farmaceuticko-nákladovej skupiny sa zo zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín vyraduje farmaceuticko-nákladová skupina, pri ktorej štatistická významnosť jej koeficientu dodatočných nákladov v zozname farmaceuticko-nákladových skupín nedosahuje hladinu významnosti aspoň 0,01. Štatistická významnosť koeficientu dodatočných nákladov farmaceuticko-nákladovej skupiny v zozname farmaceuticko-nákladových skupín sa vypočíta pri výpočte indexov rizika štandardnými štatistickými metódami.

(3) Zo zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín sa vyraduje taká farmaceuticko-nákladová skupina, pri ktorej je podiel jej dodatočných nákladov na celkových nákladoch na zdravotnú starostlivosť menej ako 0,01%. Toto kritérium sa vypočíta pre každú farmaceuticko-nákladovú skupinu ako súčin indexu rizika nákladov farmaceuticko-nákladovej skupiny a priemerných populačných nákladov na zdravotnú starostlivosť a počtu poistencov klasifikovaných/zaradených v farmaceuticko-nákladovej skupine delený celkovými nákladmi na zdravotnú starostlivosť.

(4) Na základe kritéria dodatočné náklady na farmaceuticko-nákladovú skupinu sa zo zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín vyraduje taká farmaceuticko-nákladová skupina, pri ktorej dodatočné náklady sú nižšie ako 15 % priemerných populačných nákladov na poistenca. Percento dodatočných nákladov novej farmaceuticko-nákladovej skupiny z priemerných populačných nákladov je vyjadrený výškou indexu rizika $\times 100\%$.

(5) Zo zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín sa vyradujú najprv ATC skupiny, pri ktorých podiel liekov, ktoré boli predpísané na choroby priradené farmaceuticko-nákladovej skupine, je menší ako 30 %. Podiel liekov, ktoré boli predpísané na choroby priradené farmaceuticko-nákladovej skupine, sa vypočíta ako podiel štandardných dávok liečiva poskytnutých liekov v ATC skupine na skupinu priradených chorôb voči všetkým štandardným dávkam liečiva poskytnutých liekov v danej ATC skupine. Po vylúčení všetkých ATC skupín, ktoré nespĺnili podmienku minimálne 30 % poskytnutých štandardných dávok liečiva na choroby priradené k farmaceuticko-nákladovej skupine, sa vypočíta podiel všetkých štandardných dávok liečiva poskytnutých liekov vo farmaceuticko-nákladovej skupine na skupinu priradených chorôb voči všetkým štandardným dávkam liečiva poskytnutých liekov v danej farmaceuticko-nákladovej skupine. Ak podiel liekov vo farmaceuticko-nákladovej skupine, ktoré boli predpísané na choroby priradené k danej farmaceuticko-nákladovej skupine, je menší ako 50 %, vyradí sa celá farmaceuticko-nákladová skupina. Toto kritérium sa použije len na tie farmaceuticko-nákladové skupiny, ktoré sú definované chorobou.

(6) Farmaceuticko-nákladové skupiny alebo ATC skupiny, ktoré nespĺnia zákonom stanovené kritériá, sú zo zoznamu liekových nákladových skupín vyradené. Ak je vyradená niektorá farmaceuticko-nákladová skupina alebo ATC skupina, upravený zoznam farmaceuticko-nákladových skupín sa opätovne otestuje voči kritériám uvedeným v § 27b ods. 4 a 5 zákona. Tento postup sa opakuje dovtedy, pokiaľ sa nezíska zoznam farmaceuticko-nákladových skupín, ktorý spĺňa všetky zákonom stanovené kritériá.

§ 2

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 10. septembra 2012.

Zuzana Zvolenská v. r.

**Príloha
k vyhláske č. 263/2012 Z. z.****KOEFICIENT DETERMINÁCIE FARMACEUTICKO-NÁKLADOVEJ SKUPINY**

Zvýšenie predpovedacej sily po zaradení jednej farmaceuticko-nákladovej skupiny do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín sa posudzuje pomocou koeficientu viacnásobnej determinácie R^2 .

Ak označíme SS_T ako celkový súčet štvorcov vzťahujúcich sa k spracovávaným dátam, t. j.

$$SS_T = \sum_{i=1}^n w_i (y_i - \bar{y})^2,$$

a SS_e ako reziduálny súčet štvorcov odhadnutého regresného modelu, t. j.

$$SS_e = \sum_{i=1}^n w_i (y_i - \hat{y}_i)^2,$$

kde

\hat{y}_i – je hodnota nákladov predikovaná odhadnutým modelom pre i-teho poistenca,

\bar{y} – je hodnota priemerných nákladov na poistenca,

y_i – je hodnota nákladov na i-teho poistenca,

n – je počet poistencov,

w – počet mesiacov.

Koeficient viacnásobnej determinácie je potom definovaný ako

$$R^2 = 1 - SS_e/SS_T.$$

264

VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

zo 7. septembra 2012,

**ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zaraďovaní poistencov
do farmaceuticko-nákladových skupín**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 28 ods. 14 písm. d) 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 zákona č. 185/2012 Z. z. (ďalej len „zákon“) po dohode s Ministerstvom financií Slovenskej republiky ustanovuje:

§ 1

(1) Ak poistenec zdravotnej poisťovne splnil kritériá podľa § 27b ods. 2 a 3 zákona pre zaradenie do farmaceuticko-nákladovej skupiny a bol poistencom aspoň jeden deň kalendárneho mesiaca, zaradí sa do príslušnej farmaceuticko-nákladovej skupiny počas celého kalendárneho mesiaca.

(2) Pri zaradení poistenca do farmaceuticko-nákladovej skupiny sa vychádza z údajov, ktoré má zdravotná poisťovňa k dispozícii v účtovnej evidencii, na účtoch poistencov a z údajov oznámených inou zdravotnou poisťovňou pri výmene údajov z účtov poistencov ku dňu, ku ktorému sú údaje nahlasované.

(3) Poistenci, ktorí boli zdravotnou poisťovňou zaradení do farmaceuticko-nákladovej skupiny a ktorí ani jeden deň obdobia, za ktorý sa vykonáva prerozdelenie poistného, nie sú v centrálnom registri poistencov evidovaní ako poistenci príslušnej zdravotnej poisťovne, sa z tohto zoznamu vyradia.

§ 2

(1) Poistenca nemožno zaradiť do farmaceuticko-nákladovej skupiny, ak mu počas 12 za sebou nasledujú-

cich kalendárnych mesiacov predchádzajúcich kalendárnemu mesiacu, za ktorý sa vykonáva mesačné prerozdelenie (ďalej len „sledované obdobie“), nebolo vydaných alebo podaných aspoň 181 štandardných dávok liečiva v kategorizovaných liekoch v ATC skupinách, ktoré definujú túto jednu farmaceuticko-nákladovú skupinu bez ohľadu na diagnózu.

(2) Za vydané alebo podané štandardné dávky liečiva sa považujú len tie, ktoré sú k dátumu spracúvania podkladov zdravotnou poisťovňou uhradené. Ak sa štandardná dávka liečiva v priebehu sledovaného obdobia zmenila, použije sa posledná známa štandardná dávka liečiva pre daný liek v čase zaraďovania poistenca. Ak je liek zaradený v Zozname kategorizovaných liekov iba časť sledovaného obdobia, liek sa použije na účely zaraďovania poistencov do farmaceuticko-nákladových skupín iba v tom období, keď bol zaradený v Zozname kategorizovaných liekov.

(3) Počty štandardných dávok liečiva v ATC skupinách, ktoré definujú jednu farmaceuticko-nákladovú skupinu, sa sčítavajú, ak v zozname farmaceuticko-nákladových skupín nie je uvedené inak.

(4) Pre každého poistenca a pre každú farmaceuticko-nákladovú skupinu sa vypočíta počet štandardných dávok liečiva ako súčet súčinov štandardných dávok liečiva pre jedno balenie liekov a počtu balení liekov.

§ 3

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 10. septembra 2012.

Zuzana Zvolenská v. r.

265

VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

zo 7. septembra 2012,

ktorou sa ustanovuje index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na obdobie od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 38a ods. 5 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 zákona č. 185/2012 Z. z. (ďalej len „zákon“) ustanovuje:

§ 1

Index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť sa

na obdobie od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012 pre poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného nie je štát podľa § 11 ods. 1 písm. a) až c) a ods. 2 zákona, a pre poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného je štát podľa § 11 ods. 7 zákona na účely prerozdelenia poistného, ustanovuje takto:

Poradové číslo vekovej skupiny	Veková skupina poistencov	Poistenci, za ktorých platiteľom poistného nie je štát		Poistenci, za ktorých platiteľom poistného je štát	
		IRŽ(i) *	IRM(i) *	IRŽ(i) **	IRM(i) **
x	x				
1.	od 0 do 4 rokov	0	0	0,8345	0,9379
2.	od 5 do 9 rokov	0	0	0,4065	0,4901
3.	od 10 do 14 rokov	0	0	0,4236	0,4405
4.	od 15 do 19 rokov	0,4474	0,2130	0,4881	0,4316
5.	od 20 do 24 rokov	0,3973	0,2637	0,4726	0,3417
6.	od 25 do 29 rokov	0,4742	0,2749	0,7344	0,4669
7.	od 30 do 34 rokov	0,5206	0,2991	0,7858	0,6326
8.	od 35 do 39 rokov	0,4774	0,3139	0,7892	0,7408
9.	od 40 do 44 rokov	0,4715	0,3579	0,8656	0,8775
10.	od 45 do 49 rokov	0,5238	0,4073	1,0609	1,1387
11.	od 50 do 54 rokov	0,5988	0,4970	1,3523	1,5503
12.	od 55 do 59 rokov	0,6555	0,6293	1,0723	1,8140
13.	od 60 do 64 rokov	0,7862	0,8674	0,9964	1,3874
14.	od 65 do 69 rokov	1,0380	1,3215	1,1448	1,5509
15.	od 70 do 74 rokov	1,3388	1,1973	1,2192	1,6618
16.	od 75 do 79 rokov	1,0627	1,1044	1,2847	1,8004
17.	od 80 rokov	0,3992	0,5842	1,2087	1,4906

* IRŽ (i) – index rizika ženy i-tej vekovej skupiny a IRM (i) – index rizika muža i-tej vekovej skupiny, za ktorých platiteľom poistného nie je štát.

** IRŽ (i) – index rizika ženy i-tej vekovej skupiny a IRM (i) – index rizika muža i-tej vekovej skupiny, za ktorých platiteľom poistného je štát.

§ 2

na obdobie od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012 pre jednotlivé farmaceuticko-nákladové skupiny na účely prerozdelenia poisťného ustanovuje takto:

Index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť sa

Číslo	Kód	Názov	Index rizika nákladov
1.	AST	Astma	1,1166
2.	CFP	Cystická fibróza a/alebo ochorenia exokrinnej funkcie pankreasu	24,5956
3.	CNS	Ochorenia mozgu/miechy	8,4304
4.	COP	CHOCHP/ťažká astma	2,7131
5.	CRO	Crohnova choroba, ulcerózna kolitída	3,0218
6.	DEP	Liečba antidepresívami	0,7955
7.	DM1	Diabetes typu I	3,4370
8.	DM2	Diabetes typu II	0,7841
9.	DMH	Diabetes s hypertenziou	1,1785
10.	EPI	Epilepsia	1,5140
11.	GLA	Glaukóm	0,5671
12.	HIV	HIV/AIDS	16,2961
13.	CHO	Hypercholesterolémia	0,5012
14.	KVS	Srdcové choroby	1,7689
15.	ONK	Malignity	16,4557
16.	PAR	Parkinsonova choroba	2,9157
17.	PSY	Antipsychotiká, Alzheimerova choroba, liečba závislostí	2,2719
18.	RAS	Liečba rastovým hormónom	12,0467
19.	REN	Renálne zlyhanie	41,1833
20.	REU	Reumatické choroby liečené inak ako inhibítormi TNF	2,6723
21.	TNF	Reumatické choroby liečené inhibítormi TNF	19,8818
22.	TRA	Transplantácie	8,5106
23.	HOR	Hormonálna onkoliečba	4,0257
24.	NPP	Neuropatická bolesť	3,9726

§ 3

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 10. septembra 2012.

Zuzana Zvolenská v. r.

266

VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

zo 7. septembra 2012,

ktorou sa ustanovujú podrobnosti o výpočte indexu rizika nákladov

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 28 ods. 14 písm. b) 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 zákona č. 185/2012 Z. z. (ďalej len „zákon“) po dohode s Ministerstvom financií Slovenskej republiky ustanovuje:

§ 1

(1) Výpočet indexu rizika nákladov sa vykonáva po overení údajov zaslaných zdravotnou poisťovňou podľa § 28 ods. 4 zákona, z ktorých boli vylúčené chybné údaje, ktoré tvorili do 5 % z celkového objemu údajov predložených zdravotnou poisťovňou.

(2) Ak v priebehu obdobia, za ktoré sú poskytované údaje podľa § 28 ods. 4 písm. a) zákona (ďalej len „sledované obdobie“), dochádza k zmene hodnoty štandardnej dávky liečiva, na účely výpočtu indexu rizika nákladov sa použije štandardná dávka liečiva určená k poslednému dňu sledovaného obdobia; ak štandardná dávka liečiva k poslednému dňu sledovaného obdobia nie je určená, použije sa posledná známa štandardná dávka liečiva v sledovanom období.

(3) Ak je liek zaradený do farmaceuticko-nákladovej skupiny v sledovanom období iba časť obdobia, použije sa na výpočet indexu rizika nákladov iba v období, keď bol zaradený v zozname kategorizovaných liekov.

(4) Poistenec sa na základe spotreby liekov v sledovanom období zaraďuje do farmaceuticko-nákladovej skupiny podľa § 27b ods. 2 a 3 zákona.

(5) Z údajov podľa § 28 ods. 4 zákona sa vypočíta pre každého poistenca a pre každú farmaceuticko-nákladovú skupinu počet štandardných dávok liečiva ako súčet súčinov štandardných dávok liečiva pre jedno balenie liekov a počtu balení liekov.

(6) Priemerné náklady na zdravotnú starostlivosť na základe zaradenia do skupiny podľa veku, pohlavia a typu platiteľa poistného (ďalej len „demografické náklady“) a index rizika nákladov, ktorý zohľadňuje len demografické náklady a určuje prínos tejto skupiny k celkovým priemerným nákladom (ďalej len „demografický index rizika nákladov“), sa počítajú na základe lineárnej regresnej analýzy z údajov všetkých poistencov. Do výpočtu vstupujú individuálne údaje podľa § 28 ods. 4 zákona. Demografické náklady a demografický index rizika nákladov sa určuje osobitne pre každú skupinu podľa § 28 ods. 3 písm. a) a b) zákona.

(7) Na účely určenia poradia nákladovej náročnosti farmaceuticko-nákladovej skupiny sa

- a) vypočítajú demografické náklady pre všetkých poistencov podľa odseku 6,
- b) pre každú farmaceuticko-nákladovú skupinu vypočíta rozdiel medzi jej priemernými nákladmi a demografickými nákladmi, poistenci doteraz patriaci do viacerých farmaceuticko-nákladových skupín prispievajú do priemeru všetkých farmaceuticko-nákladových skupín, do ktorých sú aktuálne zaradení,
- c) za aktuálne najnákladnejšiu farmaceuticko-nákladovú skupinu považuje tá farmaceuticko-nákladová skupina, ktorá vykazuje najväčší rozdiel medzi jej priemernými nákladmi a demografickými nákladmi, všetci poistenci zaradení do tejto farmaceuticko-nákladovej skupiny sú považovaní za poistencov patriacich do práve tejto jedinej farmaceuticko-nákladovej skupiny,
- d) postup uvedený v písmenách a) až c) opakuje dovtedy, kým sú zoradené všetky farmaceuticko-nákladové skupiny a všetkým poistencom je priradená najviac jedna farmaceuticko-nákladová skupina, do ktorej sú zaradení.

(8) Po určení poradia nákladovej náročnosti jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupín podľa odseku 7 sa poistenci, ktorí patria do viacerých farmaceuticko-nákladových skupín, zaradia vždy iba do farmaceuticko-nákladovej skupiny s najvyššou nákladovou náročnosťou.

(9) Index rizika nákladov pre jednotlivé farmaceuticko-nákladové skupiny vyjadruje dodatočný prínos farmaceuticko-nákladovej skupiny k demografickým nákladom. Demografický index rizika nákladov a index rizika nákladov pre jednotlivé farmaceuticko-nákladové skupiny sú vypočítané na základe jedného lineárneho regresného modelu.

(10) Výsledkom postupu podľa odsekov 3 až 9 je index rizika nákladov pre skupiny poistencov podľa veku, pohlavia a typu platiteľa poistného a index rizika nákladov pre jednotlivé farmaceuticko-nákladové skupiny, ktoré sa pripočítavajú ako dodatočný index len tým poistencom, ktorí sú zaradení do príslušnej farmaceuticko-nákladovej skupiny. Index rizika nákladov sa zaokrúhľuje matematicky na štyri desatinné miesta.

(11) Metodika výpočtu indexov rizika nákladov je uvedená v prílohe.

§ 2

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 10. septembra 2012.

Príloha
k vyhláske č. 266/2012 Z. z.

METODIKA VÝPOČTU INDEXOV RIZIKA NÁKLADOV

Metodika výpočtu indexov rizika nákladov je založená na predikcii nákladov pomocou modelu lineárnej regresie, kde sú prediktormi:

1. príslušnosť do skupiny podľa vekovej skupiny, pohlavia a typu platiteľa,
2. príslušnosť do najdrahšej farmaceuticko-nákladovej skupiny.

Pri výpočtoch sa odhadujú regresné modely, v ktorých sa za vysvetľovanú premennú považujú priemerné mesačné náklady na poistenca zo vstupných dát ako podiel celkových uvedených nákladov v dátach a počtu mesiacov, počas ktorých bol poistenec v danom období poistený v zdravotnej poisťovni. Na účely prepočtu regresných koeficientov na nákladové indexy sa ďalej tieto priemerné náklady centrujú pomocou váženého populačného priemeru mesačných nákladov. To znamená, že ak označíme ako c_1, c_2, \dots, c_n náklady uvedené v dátach pre jednotlivých poistencov a ako w_1, w_2, \dots, w_n počty mesiacov, ku ktorým sa tieto náklady vzťahujú, najprv sa vypočítajú priemerné mesačné náklady pre jednotlivých poistencov a získame $y_1 = c_1/w_1, \dots, y_n = c_n/w_n$. Populačné priemerné mesačné náklady \bar{y} sú následne vypočítané ako

$$\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^n y_i}{n}$$

kde y_i sú priemerné mesačné náklady i -tého poistenca a n je počet poistencov.

Do regresných modelov potom ako vysvetľovaná premenná vstupujú hodnoty $y_1^* = y_1 - \bar{y}, y_2^* = y_2 - \bar{y}, \dots, y_n^* = y_n - \bar{y}$. Ako \hat{y}_i sú v ďalšom texte označované odhadované mesačné náklady predikované modelom pre i -tého poistenca.

Výpočet indexu rizika nákladov pre farmaceuticko-nákladovú skupinu

Pri výpočte indexu rizika nákladov sa berie do úvahy príslušnosť poistenca do skupiny podľa veku, pohlavia a typu platiteľa a zároveň príslušnosť poistenca do žiadnej alebo jednej farmaceuticko-nákladovej skupiny. Ak príslušnosť i -tého poistenca do farmaceuticko-nákladovej skupiny sa vyjadri pomocou vektora $z_i = (z_{i,1}, z_{i,2}, \dots, z_{i,JPCG})$, kde pre $j = 1, 2, \dots, JPCG$ je $z_{i,j} = 1$, práve keď je i -tý poistenec klasifikovaný do j -tej farmaceuticko-nákladovej skupiny. V opačnom prípade je $z_{i,j} = 0$.

Predikujú sa náklady na i -tého poistenca ako

$$\hat{y}_i = \bar{y} + \beta_{x_i} + \sum_{j=1}^{JPCG} \gamma_j z_{i,j}$$

Odhadujú sa koeficienty $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_{68}$, ktoré vyjadrujú odchýlku od priemeru priemerných nákladov poistencov z jednotlivých skupín podľa vekových skupín, pohlavia a typu platiteľa od priemeru.

Koeficienty $\gamma_1, \gamma_2, \dots, \gamma_{JPCG}$ potom vyjadrujú odchýlky priemerných nákladov poistencov rovnakej vekovej skupiny, pohlavia a typu platiteľa zaradených do konkrétnej farmaceuticko-nákladovej skupiny od populačného priemeru.

Platí, že

$$\hat{y}_i = \bar{y} \left(1 + \frac{\beta_{x_i}}{\bar{y}} + \sum_{j=1}^{JPCG} \frac{\gamma_j}{\bar{y}} z_{i,j} \right)$$

a koeficienty $B_1 = \beta_1 / \bar{y}, B_2 = \beta_2 / \bar{y}, \dots, B_{68} = \beta_{68} / \bar{y}$ predstavujú nákladové indexy pre jednotlivé skupiny podľa vekovej skupiny, pohlavia a typu platiteľa a koeficienty $C_1 = \gamma_1 / \bar{y}, C_2 = \gamma_2 / \bar{y}, \dots, C_{68} = \gamma_{JPCG} / \bar{y}$ sú nákladové indexy pre jednotlivé farmaceuticko-nákladové skupiny.

Demografické indexy rizika sa pre potreby prerozdelenia vyjadria ako $1 + B_i$, t. j. „priemerný index“ + odchýlka od priemerného indexu, a indexy pre farmaceuticko-nákladové skupiny sa vyjadria ako C_i ako dodatočný index k demografickému indexu.

267

VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

zo 7. septembra 2012,

ktorou sa ustanovujú podrobnosti o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 28 ods. 14 písm. a) 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“) po dohode s Ministerstvom financií Slovenskej republiky ustanovuje:

§ 1

Oznamovanie údajov za kalendárny mesiac

(1) Údaje podľa § 27 ods. 2 písm. a) až d) zákona sa oznamujú Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) na tlačive, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 1, takto:

- a) celková suma zaplatených preddavkov na poistné (ďalej len „preddavok“), ktoré platiteľ poistného zaplatil zdravotnej poisťovni za rozhodujúce obdobie, sa zaokrúhľuje matematicky na celé eurá,
- b) celková suma preddavkov na poistné, ktoré sú platelia poistného povinní odviešť zdravotnej poisťovni za rozhodujúce obdobie, sa zaokrúhľuje matematicky na celé eurá,
- c) počet poistencov podľa pohlavia a veku od 0 do 79 rokov veku v skupinách po piatich rokoch a osobitne v skupine od 80 rokov veku (ďalej len „počet poistencov podľa pohlavia a veku“), za ktorých platiteľom poistného nie je štát podľa § 11 ods. 1 písm. a) až c) a odseku 2 zákona za kalendárny mesiac, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie preddavkov na poistné (ďalej len „mesačné prerozdeľovanie“) vykonáva, je vypočítaný ako súčet denných stavov týchto poistencov v príslušnom kalendárnom mesiaci vydelený počtom dní v príslušnom kalendárnom mesiaci, zaokrúhlený na celé čísla smerom nadol; poistenec sa zaradi do vyššej vekovej skupiny podľa prílohy č. 1 prvým dňom kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po kalendárnom mesiaci, v ktorom dosiahol vek rozhodujúci pre zaradenie do vyššej vekovej skupiny,
- d) počet poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného je štát podľa § 11 ods. 7 zákona za kalendárny mesiac, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva, je vypočítaný ako súčet denných stavov týchto poistencov v príslušnom kalendárnom mesiaci vydelený počtom dní v príslušnom kalendárnom mesiaci, zaokrúhlený na celé čísla smerom nadol; poistenec sa zaradi do vyššej vekovej skupiny podľa prílohy č. 1 prvým dňom kalendárne-

ho mesiaca, ktorý nasleduje po kalendárnom mesiaci, v ktorom dosiahol vek rozhodujúci pre zaradenie do vyššej vekovej skupiny.

(2) Údaj o počte poistencov zaradených do jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupín podľa § 27b ods. 2 a 3 zákona za kalendárny mesiac, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva podľa § 27 ods. 2 písm. e) zákona, sa oznamuje úradu na tlačive, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 2.

(3) Údaje podľa § 27 ods. 2 písm. f) zákona sa zasielajú úradu v elektronickej podobe podľa prílohy č. 3.

(4) Za preddavok podľa odseku 1 písm. a) sa považuje poistné splatné za rozhodujúce obdobie kalendárneho roka, do ktorého patrí aj kalendárny mesiac, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva – suma zaplateného preddavku v lehote splatnosti, pred lehotou splatnosti, ako aj zaplatený preddavok po lehote splatnosti.

(5) Za celkovú sumu preddavkov na poistné podľa odseku 1 písm. b) sa považuje suma preddavkov na poistné, ktorú zdravotnej poisťovni vyčíslil platiteľ poistného podľa § 16 ods. 2 zákona a vykázal podľa § 20 zákona, a suma preddavkov na poistné, ktorú zdravotná poisťovňa vyčíslila podľa § 20 ods. 5 zákona, vrátane sumy preddavkov na poistné, ktorú platiteľ poistného uhradil bez vykázania.

(6) Údaje podľa odsekov 1 a 2 sa zasielajú úradu v listinnej podobe a elektronicke.

§ 2

Výpočet mesačného prerozdeľovania

Na základe údajov podľa § 1 ods. 1 a 2 sa vykonáva mesačné prerozdeľovanie podľa § 27 zákona a podľa § 28 ods. 1 písm. a) až c) zákona. Vzor spôsobu a postupu výpočtu mesačného prerozdeľovania je uvedený v prílohe č. 4 a tvorí súčasť rozhodnutia úradu podľa § 27 ods. 8 a 9 zákona.

§ 3

Oznamovanie údajov za príslušný kalendárny rok

(1) Údaje za predchádzajúci kalendárny rok podľa § 27a ods. 2 zákona sa oznamujú úradu do 30. novembra kalendárneho roka nasledujúceho po rozhodujúcom období, za ktoré sa uskutoční ročné prerozdeľovanie poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len

„ročné prerozdelenie“), na tlačive, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 5, takto:

- a) celková suma povinného poistného, ktoré vykázal platiteľ poistného za jednotlivé kalendárne mesiace rozhodujúceho obdobia, upravená o sumu z výsledku ročného zúčtovania poistného za rozhodujúce obdobie kalendárneho roka podľa § 19 ods. 1 zákona a o sumu výsledku ročného zúčtovania poistného plateného štátom vykonaného podľa § 19 ods. 19 zákona sa zaokrúhľuje matematicky na celé eurá (ďalej len „povinné poistné za kalendárny rok“),
- b) počet poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného nie je štát, je vypočítaný ako súčet poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom nie je štát, nahlásených zdravotnou poisťovňou podľa § 1 ods. 1 písm. c) za jednotlivé kalendárne mesiace rozhodujúceho obdobia,
- c) počet poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného je štát, je vypočítaný ako súčet poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom je štát, nahlásených zdravotnou poisťovňou podľa § 1 ods. 1 písm. d) za jednotlivé kalendárne mesiace rozhodujúceho obdobia.

(2) Údaj o počte poistencov zaradených do jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupín podľa § 27b ods. 2 a 3 zákona za rozhodujúce obdobie podľa § 27a ods. 2 písm. d) zákona, ktorý je vypočítaný ako súčet poistencov nahlásených zdravotnou poisťovňou podľa § 1 ods. 2 za jednotlivé kalendárne mesiace rozhodujúceho obdobia, sa oznamuje úradu do 30. novembra kalendárneho roka nasledujúceho po rozhodujúcom období, za ktoré sa uskutoční ročné prerozdelenie, na tlačive, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 6.

(3) Údaje podľa odsekov 1 a 2 sa zasielajú úradu v listinnej podobe a elektronicky.

§ 4

Výpočet ročného prerozdelenia

Na základe údajov podľa § 3 sa vykonáva ročné prerozdelenie podľa § 27a a § 28 ods. 1 písm. a) až c) zákona. Vzor spôsobu a postupu výpočtu ročného prerozdelenia je uvedený v prílohe č. 7 a tvorí súčasť rozhodnutia úradu podľa § 27a ods. 9 a 10 zákona.

§ 5

Prechodné ustanovenia

(1) Podľa tejto vyhlášky sa vykoná mesačné prerozdelenie prvýkrát v septembri 2012 za mesiac júl 2012.

(2) Údaje na účely ročného prerozdelenia za rok 2012 podľa § 38a ods. 7 a 8 zákona sa oznamujú úradu do 30. novembra 2013 na tlačive, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 8, takto:

- a) celková suma povinného poistného podľa § 3 ods. 1 písm. a) za rok 2012,
- b) počet poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného nie je štát, je vypočítaný ako

súčet poistencov za mesiace január 2012 až jún 2012 nahlásených zdravotnou poisťovňou podľa § 1,

- c) počet poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného nie je štát, je vypočítaný ako súčet poistencov za mesiace júl 2012 až december 2012 nahlásených zdravotnou poisťovňou podľa § 1,
- d) počet poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného je štát, je vypočítaný ako súčet poistencov za mesiace január 2012 až jún 2012 nahlásených zdravotnou poisťovňou podľa § 1,
- e) počet poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného je štát, je vypočítaný ako súčet poistencov za mesiace júl 2012 až december 2012 nahlásených zdravotnou poisťovňou podľa § 1.

(3) Údaj o počte poistencov zaradených do jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupín podľa § 27b ods. 2 a 3 zákona za mesiace júl 2012 až december 2012 podľa § 27a ods. 2 písm. d) zákona, ktorý je vypočítaný ako súčet poistencov nahlásených zdravotnou poisťovňou podľa § 1 ods. 2 za mesiace júl 2012 až december 2012, sa oznamuje úradu do 30. novembra 2013 na tlačive, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 9.

(4) Ročné prerozdelenie za rok 2012 sa vykoná v roku 2013 tak, že povinné poistné za kalendárny rok sa rozdelí na dve rovnaké časti podľa § 38a ods. 8 zákona. Na jednu časť povinného poistného za rok 2012 sa použije index rizika nákladov podľa § 38a ods. 7 písm. a) zákona, vzor spôsobu a postupu výpočtu ročného prerozdelenia je uvedený v prílohe č. 10. Na druhú časť povinného poistného za rok 2012 sa použije index rizika nákladov podľa § 38a ods. 7 písm. b) zákona, vzor spôsobu a postupu výpočtu ročného prerozdelenia je uvedený v prílohe č. 11. Postup výpočtu celkového výsledku ročného prerozdelenia poistného za rok 2012 je uvedený v prílohách č. 10 a 11. Celkový výsledok ročného prerozdelenia poistného za rok 2012 uvedený v prílohe č. 12 spolu s prílohami č. 10 a 11 tvorí súčasť rozhodnutia úradu podľa § 27a ods. 9 a 10 zákona o ročnom prerozdelení za rok 2012. Celková suma povinného poistného rozdelená na dve rovnaké časti sa zaokrúhľuje matematicky na celé eurá.

§ 6

Zrušovacie ustanovenie

Zrušuje sa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. decembra 2009 č. 21667/2009-OL o podrobnostiach o mesačnom prerozdelení predavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom prerozdelení poistného na verejné zdravotné poistenie (oznámenie č. 583/2009 Z. z.).

§ 7

Účinnosť

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 10. septembra 2012.

**Príloha č. 1
k vyhláske č. 267/2012 Z. z.**

O Z N Á M E N I E

údajov k mesačnému prerozdeleniu preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie
podľa § 27 ods. 2 písm. a) až d) zákona
za mesiac..... rok.....

Názov zdravotnej poisťovne:

IČO:

Banka:

Číslo bankového účtu:

1. Celková suma zaplatených preddavkov na poistné podľa § 27 ods. 2 písm. a) zákona*)							
2. 95 % z celkovej sumy zaplatených preddavkov na poistné podľa § 27 ods. 3 zákona*)							
3. Celková suma povinného poistného podľa § 27 ods. 2 písm. b) zákona*)							
4. Počet poistencov celkom podľa § 27 ods. 2 písm. c) a d) zákona							
z toho	[§27 ods. 2 písm. c)]	[§27 ods. 2 písm. c)]	[§27 ods. 2 písm. d)]	[§27 ods. 2 písm. d)]	stl.1+ stl.2 celkom	stl.3 + stl.4 celkom	
	muži	ženy	muži	ženy	muži + ženy	muži + ženy	
	stl.1	stl.2	stl.3	stl.4	stl.5	stl.6	
4a.	od 0 rokov do 4 rokov						
4b.	od 5 rokov do 9 rokov						
4c.	od 10 rokov do 14 rokov						
4d.	od 15 rokov do 19 rokov						
4e.	od 20 rokov do 24 rokov						
4f.	od 25 rokov do 29 rokov						
4g.	od 30 rokov do 34 rokov						
4h.	od 35 rokov do 39 rokov						
4i.	od 40 rokov do 44 rokov						
4j.	od 45 rokov do 49 rokov						
4k.	od 50 rokov do 54 rokov						
4l.	od 55 rokov do 59 rokov						
4m.	od 60 rokov do 64 rokov						
4n.	od 65 rokov do 69 rokov						
4o.	od 70 rokov do 74 rokov						
4p.	od 75 rokov do 79 rokov						
4r.	od 80 rokov						
5. Poistenci celkom							

Vypracoval:

Telefónne číslo:

E- mail zodpovednej osoby:

V..... dňa.....

.....
podpis osoby oprávnenej konať v mene zdravotnej poisťovne
odtlačok pečiatky

*) zaokrúhľuje sa matematicky na celé eurá

**Príloha č. 2
k vyhláske č. 267/2012 Z. z.**

O Z N Á M E N I E
údajov k mesačnému prerozdeleniu preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie
podľa § 27 ods. 2 písm. e) zákona
za mesiac..... rok.....

Názov zdravotnej poisťovne:

IČO:

Banka:

Číslo bankového účtu:

Číslo	Kód	Názov	Počet poistencov zaradených do farmaceuticko-nákladových skupín
1			
2			
3			
...			
Počet poistencov spolu			

Vypracoval:

Telefónne číslo:

E- mail zodpovednej osoby:

V..... dňa.....

.....
podpis osoby oprávnenej konať v mene zdravotnej poisťovne
odtlačok pečiatky

Príloha č. 3
k vyhláske č. 267/2012 Z. z.

Textový formát na zasielanie údajov podľa § 27 ods. 2 písm. f) zákona

Popis:	Zasielanie údajov o poistencoch zaradených do jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupín podľa § 27 ods. 2 písm. f) zákona
Označenie:	011
Odosielaťel:	zdravotná poisťovňa
Prijímateľ:	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
Znaková sada a kódovanie:	UTF-8
Formát prenosu dát:	textový súbor
Zloženie názvu súboru:	ZZ-udajoFNSpoistencoch-RRRRMM.txt , kde ZZ je dvojčíselný kód zdravotnej poisťovne, RRRR je rok, za ktorý sa údaje a MM je kalendárny mesiac, za ktorý sa údaje poskytujú
Oddel'ovacie znaky:	
Oddeľovač riadkov:	CRLF
Oddeľovač položiek riadku:	„ “ (pipe)
Desiatinný oddeľovač:	čiarka
Formát vety dávky:	polozka_1 polozka_2 ... polozka_N (oddeľovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku)

Každá veta je na novom riadku.

Obsah dávky:

1. riadok: hlavička dávky

Položka č.	Popis položky	Povinná	Dátový typ	Dĺžka	Formát
1.	Označenie	P	CHAR	3	011
2.	Kód zdravotnej poisťovne	P	CHAR	2	
3.	Obdobie	P	DATE	7	RRRR-MM
4.	Dátum generovania dávky	P	DATE	10	RRRR-MM-DD
5.	Počet riadkov v tele dávky	P	INT	1-9	

P = povinná položka

Dátový typ: CHAR - alfanumerický reťazec
DATE - dátumový údaj v zadanom tvare
INT - celé číslo

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

- Označenie - nemenná hodnota 011.
- Kód zdravotnej poisťovne - uvádza sa dvojmiestny kód zdravotnej poisťovne.
- Obdobie - uvádza sa mesiac a rok, za ktoré sa údaje poskytujú
- Dátum generovania dávky - uvádza sa dátum generovania dávky zdravotnou poisťovňou v tvare RRRR-MM-DD.
- Počet riadkov v tele dávky - uvádza sa počet riadkov v tele dávky.

2. až n-tý riadok: telo dávky

Položka č.	Popis položky	Povinná	Dátový typ	Dĺžka	Formát
1.	Poradové číslo riadku	P	INT	1-9	
2.	Identifikačné číslo poistenca	P*	CHAR	9-12	
3.	Dátum narodenia	P**	DATE	10	RRRR-MM-DD
4.	Rodné číslo poistenca (bez lomky)	P	CHAR	9-10	
5.	Kód kategorizovaného lieku	P	CHAR	5	
6.	Počet balení kategorizovaného lieku	P	DEC	5,2	
7.	Dátum výdaja alebo podania kategorizovaného lieku	P	DATE	8	RRRR-MM-DD

P = povinná položka

P* = povinná položka, ak je identifikačné číslo poistenca zdravotnou poisťovňou pridelené

P** = povinná položka pre cudzinca

Dátový typ: CHAR - alfanumerický reťazec
DATE - dátumový údaj v zadanom tvare

- INT - celé číslo
DEC - desatinné číslo, dĺžka je vyjadrená v tvare x, y kde x značí počet platných číslic pred aj za desatinnou čiarkou spolu a y označuje počet platných číslic za desatinnou čiarkou. Ako oddeľovač v desatinných číslach sa používa čiarka.

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

1. Poradové číslo riadku – uvádza sa poradové číslo riadku.
2. Identifikačné číslo poistenca – uvádza sa identifikačné číslo poistenca pridelené zdravotnou poisťovňou a oznámené do centrálného registra poistencov. Položka je povinná ak identifikačné číslo je pridelené. V opačnom prípade je nepovinné. Poistencom sa rozumie každá osoba, ktorá bola aspoň jeden deň poistená v zdravotnej poisťovni v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý tri roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov.
3. Dátum narodenia - uvádza sa dátum narodenia poistenca. Položka je povinná, ak mu nebolo pridelené rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo pridelené Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Hodnota sa zadáva v tvare RRRR-MM-DD.
4. Rodné číslo – uvádza sa 9 alebo 10 miestne rodné číslo bez lomky. Položka je povinná, ak mu bolo pridelené rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo pridelené Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
5. 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 lekárskom predpise vydané v rámci poskytovanej lekárenskej starostlivosti, podané v ambulantnej zdravotnej starostlivosti, alebo obstarané zdravotnou poisťovňou.
6. Počet balení kategorizovaného lieku – uvádza sa počet balení kategorizovaného lieku; ak sa liek vyказuje v iných jednotkách ako v baleniach, uvádza sa hodnota prepočítaná na počet balení kategorizovaných liekov.
7. Dátum výdaja alebo podania kategorizovaného lieku – uvádza sa dátum výdaja alebo podania kategorizovaného lieku - uvádza sa dátum výdaja alebo podania kategorizovaného lieku poistencovi, ktorý zdravotná poisťovňa eviduje vo svojej účtovnej evidencii. Hodnota sa zadáva v tvare RRRR-MM-DD.

Príloha č. 4
k vyhláske č. 267/2012 Z. z.

Výpočet mesačného prerozdelenia preddavkov na poistné za
mesiac..... rok

Názov zdravotnej poisťovne	95 % základu zaplatených preddavkov	Počet poistencov	Počet prepočítaných poistencov	Celková suma z mesačného prerozdelenia preddavkov pre ZP	Výsledok mesačného prerozdelenia pre zdravotnú poisťovňu
	A(1)	B(1)	PPP(1)	P(1)	F(1)
	A(n)	B(n)	PPP(n)	P(n)	F(n)
Spolu	A	B	PPP	A	0

Postup výpočtu:

1. Suma poistného na mesačné prerozdelenie preddavkov:

$$A = \sum_{j=1}^n A(j)$$

kde

n počet zdravotných poisťovní,
j j-ta zdravotná poisťovňa, (j = 1,...,n)
A(j) 95 % základu zaplatených preddavkov na poistné pre j-tu zdravotnú poisťovňu.

2. Počet poistencov za daný mesiac:

B(j) počet poistencov j-tej zdravotnej poisťovne.

3. Počet prepočítaných poistencov j-tej zdravotnej poisťovne podľa § 28 ods. 1 zákona:

$$PPP(j) = \sum_{i=1}^m (PMEA(i,j) \times IRMEA(i) + P\check{Z}EA(i,j) \times IR\check{Z}EA(i) + PM\check{S}T(i,j) \times IRM\check{S}T(i) + P\check{Z}\check{S}T(i,j) \times IR\check{Z}\check{S}T(i) + IRFNS(i) \times PPFNS(i,j))$$

kde

i i-ta veková kategória (i=1,...,m),
m počet vekových kategórií,
PMEA(i,j) počet mužov ekonomicky aktívnych i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
P\check{Z}EA(i,j) počet žien ekonomicky aktívne i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRMEA(i) index rizika mužov ekonomicky aktívnych v i-tej vekovej skupine,
IR\check{Z}EA(i) index rizika žien ekonomicky aktívne v i-tej vekovej skupine,
PM\check{S}T(i,j) počet mužov poistencov štátu i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
P\check{Z}\check{S}T(i,j) počet žien poistencov štátu i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRM\check{S}T(i) index rizika mužov poistencov štátu v i-tej vekovej skupine,
IR\check{Z}\check{S}T(i) index rizika žien poistencov štátu v i-tej vekovej skupine,
PPFNS(i,j) počet poistencov v i-tej farmaceuticko-nákladovej skupine a u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRFNS(i) index rizika v i-tej farmaceuticko-nákladovej skupine

4. Celkový počet prepočítaných poistencov za daný mesiac podľa § 28 ods. 1:

$$PPP = \sum_{j=1}^n PPP(j)$$

5. Štandardizovaný príjem na jedného prepočítaného poistenca na šesť desatinných miest podľa § 27 ods. 4:

$$D = \frac{A}{PPP}$$

6. Celková suma, na ktorú má j-tá zdravotná poisťovňa nárok po mesačnom prerozdelení preddavkov podľa § 27 ods. 5 zákona:

$$P(j) = PPP(j) \times D$$

7. Výsledok mesačného prerozdelenia - pohľadávky resp. záväzky z mesačného prerozdelenia pre j-tu zdravotnú poisťovňu podľa § 27 ods. 6 a 7 zákona:

$$F(j) = P(j) - A(j)$$

Matica pohľadávok a záväzkov pre zdravotnú poisťovňu

	ZP (1)			ZP (n)	Pohľadávky spolu	Podiel na celkových pohľadávkach(%)
ZP (1)	x				Po (1)	PPO (1)
		x				
			x			
ZP (n)				x	Po (n)	PPO(n)
Záväzky spolu	Z (1)			Z (n)		
Podiel na celkových záväzkoch (%)						

Vysvetlivky:

ZP zdravotná poisťovňa
 Z záväzky
 Po pohľadávky
 PPO podiel na celkových pohľadávkach

1. V riadku záväzkov a do stĺpca pohľadávok je uvedená konečná suma záväzku, alebo pohľadávky F(j), ktorá vznikla j- tej zdravotnej poisťovni po mesačnom prerozdelení preddavkov. Súčet všetkých pohľadávok sa rovná súčtu všetkých záväzkov. Pokiaľ zdravotná poisťovňa nemá záväzok, v príslušnom riadku sa vyplní vo všetkých poličkách nula a obdobne sa postupuje aj pri pohľadávkach.

2. Vypočíta sa percentuálny podiel záväzku, alebo pohľadávky j- tej zdravotnej poisťovne na celkových záväzkoch, resp. pohľadávkach.

3. Voľné polička sa vyplnia podľa nasledujúceho vzorca: $Z(j) * PPO(j)$, kde $j = 1, \dots, n$

Vypracoval :
 Telefónne číslo:
 E- mail zodpovednej osoby:

V dňa.....

.....
podpis osoby oprávnenej konať v mene úradu
odtlačok pečiatky

Príloha č. 5
k vyhláske č. 267/2012 Z. z.

O Z N Á M E N I E

k ročnému prerozdeleniu poistného na verejné zdravotné poistenie
 podľa § 27a ods. 2 písm. a) až c) zákona

za rok.....

Názov zdravotnej poisťovne:

IČO:

Banka:

Číslo bankového účtu:

1. Celková suma povinného poistného podľa § 27a ods. 2 písm. a) zákona*)							
2. 95 % z celkovej sumy povinného poistného podľa § 27a ods. 3 zákona*)							
3. Počet poistencov celkom podľa § 27a ods. 2 písm. b) a c) zákona							
z toho	[§ 27a ods. 2 písm. b)]	[§ 27a ods. 2 písm. b)]	[§ 27a ods. 2 písm. c)]	[§ 27a ods. 2 písm. c)]	stĺ.1+ stĺ.2 celkom	stĺ.3 + stĺ.4 celkom	
	muži	ženy	muži	ženy	muži + ženy	muži + ženy	
	stĺ.1	stĺ.2	stĺ.3	stĺ.4	stĺ.5	stĺ.6	
3a.	od 0 rokov do 4 rokov						
3b.	od 5 rokov do 9 rokov						
3c.	od 10 rokov do 14 rokov						
3d.	od 15 rokov do 19 rokov						
3e.	od 20 rokov do 24 rokov						
3f.	od 25 rokov do 29 rokov						
3g.	od 30 rokov do 34 rokov						
3h.	od 35 rokov do 39 rokov						
3i.	od 40 rokov do 44 rokov						
3j.	od 45 rokov do 49 rokov						
3k.	od 50 rokov do 54 rokov						
3l.	od 55 rokov do 59 rokov						
3m.	od 60 rokov do 64 rokov						
3n.	od 65 rokov do 69 rokov						
3o.	od 70 rokov do 74 rokov						
3p.	od 75 rokov do 79 rokov						
3r.	od 80 rokov						
4. Poistenci celkom							

Vypracoval:

Telefónne číslo:

E- mail zodpovednej osoby:

V..... dňa.....

.....
 podpis osoby oprávnenej konať v mene zdravotnej poisťovne
 odtlačok pečiatky

*) zaokrúhľuje sa matematicky na celé eurá

**Príloha č. 6
k vyhláske č. 267/2012 Z. z.***O Z N Á M E N I E*

údajov k ročnému prerozdeleniu na verejné zdravotné poistenie podľa § 27a ods. 2 písm. d) zákona
za rok.....

Názov zdravotnej poisťovne:

IČO:

Banka:

Číslo bankového účtu:

Číslo	Kód	Názov	Počet poistencov zaradených do farmaceuticko-nákladových skupín
1			
2			
3			
...			
Počet poistencov spolu			

Vypracoval:

Telefónne číslo:

E- mail zodpovednej:

V..... dňa.....

.....
podpis osoby oprávnenej konať v mene zdravotnej poisťovne
odtlačok pečiatky

Príloha č. 7
k vyhláske č. 267/2012 Z. z.

Výpočet ročného prerozdelenia poistného za rok.....

Názov zdravotnej poisťovne	95 % základu povinného poistného	Počet Poistencov	Počet prepočítaných poistencov	Celková suma z ročného prerozdelenia pre zdravotnú poisťovňu	Výsledok ročného prerozdelenia pre zdravotnú poisťovňu	Upravený výsledok ročného prerozdelenia pre zdravotnú poisťovňu
	A(1)	B(1)	PPP(1)	P(1)	F (1)	
	A(n)	B(n)	PPP(n)	P(n)	F (n)	
	A	B	PPP	A	0	

Postup výpočtu:

1. Suma poistného na ročné prerozdelenie:

$$A = \sum_{j=1}^n A(j)$$

kde

n počet zdravotných poisťovní,
j j-ta zdravotná poisťovňa, (j = 1,..,n),
A(j) 95 % základu povinného poistného pre j-tu zdravotnú poisťovňu.

2. Počet poistencov za rok:

B(j) počet poistencov j-tej zdravotnej poisťovne.

3. Počet prepočítaných poistencov j-tej zdravotnej poisťovne:

$$PPP(j) = \sum_{i=1}^m (PMEA(i,j) \times IRMEA(i) + P\check{Z}EA(i,j) \times IR\check{Z}EA(i) + PM\check{S}T(i,j) \times IRM\check{S}T(i) + P\check{Z}\check{S}T(i,j) \times IR\check{Z}\check{S}T(i) + IRFNS(i) \times PPFNS(i,j))$$

kde

i i-ta veková kategória (i=1,..,m),
m počet vekových kategórií,
PMEA(i,j) počet mužov ekonomicky aktívnych i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
P\check{Z}EA(i,j) počet žien ekonomicky aktívne i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRMEA(i) index rizika mužov ekonomicky aktívnych v i-tej vekovej skupine,
IR\check{Z}EA(i) index rizika žien ekonomicky aktívne v i-tej vekovej skupine,
PM\check{S}T(i,j) počet mužov poistencov štátu i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
P\check{Z}\check{S}T(i,j) počet žien poistencov štátu i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRM\check{S}T(i) index rizika mužov poistencov štátu v i-tej vekovej skupine,
IR\check{Z}\check{S}T(i) index rizika žien poistencov štátu v i-tej vekovej skupine,
PPFNS(i,j) počet poistencov v i-tej farmaceuticko-nákladovej skupine a u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRFNS(i) index rizika v i-tej farmaceuticko-nákladovej skupine

4. Celkový počet prepočítaných poistencov za rok:

$$PPP = \sum_{j=1}^n PPP(j)$$

5. Štandardizovaný príjem na jedného prepočítaného poistenca na šesť desiatinných miest:

$$D = \frac{A}{PPP}$$

6. Celková suma z ročného prerozdelenia, na ktorú má j-tá zdravotná poisťovňa nárok po ročnom prerozdeľovaní:

$$P(j) = PPP(j) \times D$$

7. Výsledok z ročného prerozdeľovania (pohľadávky resp. záväzky z ročného prerozdeľovania pre j-tu zdravotnú poisťovňu:

$$F(j) = P(j) - A(j)$$

8. Upravený výsledok ročného prerozdeľovania pre j – tu zdravotnú poisťovňu podľa § 27a ods. 7 zákona:

$$UV(j) = F(j) - \sum VMF(j)$$

Matica pohľadávok a záväzkov ZP

	ZP (1)			ZP (n)	Pohľadávky spolu	Podiel na celkových pohľadávkach(%)
ZP (1)	x				Po (1)	PPO (1)
		x				
			x			
ZP (n)				x	Po (n)	PPO(n)
Záväzky spolu	Z (1)			Z (n)		
Podiel na celkových záväzkoch (%)						

Vysvetlivky:

ZP zdravotná poisťovňa
 Z záväzky
 Po pohľadávky
 PPO podiel na celkových pohľadávkach
 UV upravený výsledok ročného prerozdeľovania
 VMF výsledok mesačných prerozdeľovaní

1. V riadku záväzkov a do stĺpca pohľadávok je uvedená konečná suma záväzku, alebo pohľadávky F(j), ktorá vznikla j- tej zdravotnej poisťovni po ročnom prerozdeľovaní. Súčet všetkých pohľadávok sa rovná súčtu všetkých záväzkov. Pokiaľ zdravotná poisťovňa nemá záväzok, v príslušnom riadku sa vyplní vo všetkých políčkach nula a obdobne sa postupuje aj pri pohľadávkach.

2. Vypočíta sa percentuálny podiel záväzku, alebo pohľadávky j- tej zdravotnej poisťovne na celkových záväzkoch, resp. pohľadávkach.

3. Voľné políčka sa vyplnia podľa nasledujúceho vzorca: $Z(j) * PPO(j)$, kde $j = 1, \dots, n$

Vypracoval :

Telefónne číslo:

E- mail zodpovednej osoby:

V dňa.....

.....
 podpis osoby oprávnenej konať v mene úradu
 odtlačok pečiatky

Príloha č. 8
k vyhláške č. 267/2012 Z. z.

Časť A

O Z N Á M E N I E

**k ročnému prerozdeleniu poistného na verejné zdravotné poistenie
 podľa § 27a ods. 2 písm. a) až c) zákona**

za mesiace január 2012 až jún 2012

Názov zdravotnej poisťovne:

IČO:

Banka:

Číslo bankového účtu:

1. Celková suma povinného poistného podľa § 27a ods. 2 písm. a) zákona*)							
2. 95 % z celkovej sumy povinného poistného podľa § 27a ods. 3 zákona *)							
3. Počet poistencov za mesiace január 2012 až jún 2012 podľa § 27a ods. 2 písm. b) a c) zákona							
z toho		[§27a ods.2 písm. b)]	[§27a ods.2 písm. b)]	[§27a ods.2 písm. c)]	[§27a ods.2 písm. c)]	stĺ.1+ stĺ.2 celkom	stĺ.3 + stĺ.4 celkom
		muži	ženy	muži	ženy	muži + ženy	muži + ženy
		stĺ.1	stĺ.2	stĺ.3	stĺ.4	stĺ.5	stĺ.6
3a.	od 0 rokov do 4 rokov						
3b.	od 5 rokov do 9 rokov						
3c.	od 10 rokov do 14 rokov						
3d.	od 15 rokov do 19 rokov						
3e.	od 20 rokov do 24 rokov						
3f.	od 25 rokov do 29 rokov						
3g.	od 30 rokov do 34 rokov						
3h.	od 35 rokov do 39 rokov						
3i.	od 40 rokov do 44 rokov						
3j.	od 45 rokov do 49 rokov						
3k.	od 50 rokov do 54 rokov						
3l.	od 55 rokov do 59 rokov						
3m.	od 60 rokov do 64 rokov						
3n.	od 65 rokov do 69 rokov						
3o.	od 70 rokov do 74 rokov						
3p.	od 75 rokov do 79 rokov						
3r.	od 80 rokov						
4. Poistenci celkom							

Vypracoval:

Telefónne číslo:

E- mail zodpovednej osoby:

V..... dňa.....

.....
 podpis osoby oprávnenej konať v mene zdravotnej poisťovne
 odtlačok pečiatky

*) zaokrúhľuje sa matematicky na celé eurá

Časť B

O Z N Á M E N I E

**k ročnému prerozdeleniu poistného na verejné zdravotné poistenie
podľa § 27a ods. 2 písm. a) až c) zákona**

za mesiace júl 2012 až december 2012

Názov zdravotnej poisťovne:

IČO:

Banka:

Číslo bankového účtu:

1. Celková suma povinného poistného podľa § 27a ods. 2 písm. a) zákona*)							
2. 95 % z celkovej sumy povinného poistného podľa § 27a ods. 3 zákona*)							
3. Počet poistencov za mesiace júl 2012 až december 2012 podľa § 27a ods. 2 písm. b) a c) zákona							
z toho	[§27a ods.2 písm. b)]	[§27a ods.2 písm. b)]	[§27a ods.2 písm. c)]	[§27a ods.2 písm. c)]	stĺ.1+ stĺ.2 celkom	stĺ.3 + stĺ.4 celkom	
	muži stĺ.1	ženy stĺ.2	muži stĺ.3	ženy stĺ.4	muži+ženy stĺ.5	muži+ženy stĺ.6	
3a. od 0 rokov do 4 rokov							
3b. od 5 rokov do 9 rokov							
3c. od 10 rokov do 14 rokov							
3d. od 15 rokov do 19 rokov							
3e. od 20 rokov do 24 rokov							
3f. od 25 rokov do 29 rokov							
3g. od 30 rokov do 34 rokov							
3h. od 35 rokov do 39 rokov							
3i. od 40 rokov do 44 rokov							
3j. od 45 rokov do 49 rokov							
3k. od 50 rokov do 54 rokov							
3l. od 55 rokov do 59 rokov							
3m. od 60 rokov do 64 rokov							
3n. od 65 rokov do 69 rokov							
3o. od 70 rokov do 74 rokov							
3p. od 75 rokov do 79 rokov							
3r. od 80 rokov							
4. Poistenci celkom							

Vypracoval:

Telefónne číslo:

E- mail zodpovednej osoby:

V..... dňa.....

.....
**podpis osoby oprávnenej konať v mene zdravotnej poisťovne
odtlačok pečiatky**

*) zaokrúhľuje sa matematicky na celé eurá

**Príloha č. 9
k vyhláske č. 267/2012 Z. z.**

O Z N Á M E N I E

údajov k ročnému prerozdeleniu na verejné zdravotné poistenie podľa § 27a ods. 2 písm. d) zákona
za júl 2012 až december 2012

Názov zdravotnej poisťovne:
IČO:
Banka:
Číslo bankového účtu:

Číslo	Kód	Názov	Počet poistencov zaradených do farmaceuticko-nákladových skupín
1			
2			
3			
...			
Počet poistencov spolu			

Vypracoval:
Telefónne číslo:
E- mail zodpovednej osoby:

V..... dňa.....

.....
podpis osoby oprávnenej konať v mene zdravotnej poisťovne
odtlačok pečiatky

Príloha č. 10
k vyhláske č. 267/2012 Z. z.

Výpočet ročného prerozdelenia poistného
za mesiace január 2012 až jún 2012

Názov zdravotnej poisťovne	½ z 95 % základu povinného poistného	Počet poistencov	Počet prepočítaných poistencov	Celková suma z ročného prerozdelenia pre zdravotnú poisťovňu	Výsledok ročného prerozdelenia pre zdravotnú poisťovňu	Upravený výsledok ročného prerozdelenia pre zdravotnú poisťovňu
	A(1)	B(1)	PPP(1)	P(1)	F(1)	
	A(n)	B(n)	PPP(n)	P(n)	F(n)	
	A	B	PPP	A	0	

Postup výpočtu:

1. Suma poistného na ročné prerozdelenie:

$$A = \sum_{j=1}^n A(j)$$

kde

- n** počet zdravotných poisťovní,
j j-ta zdravotná poisťovňa, (j = 1,..,n),
A(j) ½ z 95 % základu povinného poistného pre j-tu zdravotnú poisťovňu.

2. Počet poistencov za mesiace január 2012 až jún 2012:

B(j) počet poistencov j-tej zdravotnej poisťovne.

3. Počet prepočítaných poistencov j-tej zdravotnej poisťovne:

$$PPP(j) = \sum_{i=1}^m (PMEA(i,j) \times IRMEA(i) + P\check{Z}EA(i,j) \times IR\check{Z}EA(i) + PM\check{S}T(i,j) \times IRM\check{S}T(i) + P\check{Z}\check{S}T(i,j) \times IR\check{Z}\check{S}T(i))$$

kde

- i** i-ta veková kategória (i=1,..,m),
m počet vekových kategórií,
PMEA(i,j) počet mužov ekonomicky aktívnych i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
P\check{Z}EA(i,j) počet žien ekonomicky aktívne i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRMEA(i) index rizika mužov ekonomicky aktívnych v i-tej vekovej skupine,
IR\check{Z}EA(i) index rizika žien ekonomicky aktívne v i-tej vekovej skupine,
PM\check{S}T(i,j) počet mužov poistencov štátu i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
P\check{Z}\check{S}T(i,j) počet žien poistencov štátu i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRM\check{S}T(i) index rizika mužov poistencov štátu v i-tej vekovej skupine,
IR\check{Z}\check{S}T(i) index rizika žien poistencov štátu v i-tej vekovej skupine.

4. Celkový počet prepočítaných poistencov za mesiace január 2012 až jún 2012:

$$PPP = \sum_{j=1}^n PPP(j)$$

5. Štandardizovaný príjem na jedného prepočítaného poistenca na šesť desatinných miest:

$$D = \frac{A}{PPP}$$

6. Celková suma z ročného prerozdelenia, na ktorú má j-tá zdravotná poisťovňa nárok po ročnom prerozdeľovaní:

$$P(j) = PPP(j) \times D$$

7. Výsledok z ročného prerozdeľovania (pohľadávky resp. záväzky z ročného prerozdeľovania pre j-tu zdravotnú poisťovňu:

$$F(j) = P(j) - A(j)$$

8. Upravený výsledok ročného prerozdeľovania pre j – tu zdravotnú poisťovňu podľa § 27a ods. 7 zákona:

$$UV(j) = F(j) - \sum VMF(j)$$

Matica pohľadávok a záväzkov zdravotnej poisťovne

	ZP (1)			ZP (n)	Pohľadávky spolu	Podiel na celkových pohľadávkach(%)
ZP (1)	x				Po (1)	PPO (1)
		x				
			x			
ZP (n)				x	Po (n)	PPO(n)
Záväzky spolu	Z (1)			Z (n)		
Podiel na celkových záväzkoch (%)						

Vysvetlivky:

ZP zdravotná poisťovňa

Z záväzky

Po pohľadávky

PPO podiel na celkových pohľadávkach

UV upravený výsledok ročného prerozdeľovania

VMF výsledok mesačných prerozdeľovaní za mesiace január až jún 2012

1. V riadku záväzkov a do stĺpca pohľadávok je uvedená konečná suma záväzku, alebo pohľadávky F(j), ktorá vznikla j- tej zdravotnej poisťovni po ročnom prerozdeľovaní. Súčet všetkých pohľadávok sa rovná súčtu všetkých záväzkov. Pokiaľ zdravotná poisťovňa nemá záväzkov, v príslušnom riadku sa vyplní vo všetkých poličkách nula a obdobne sa postupuje aj pri pohľadávkach.

2. Vypočíta sa percentuálny podiel záväzku, alebo pohľadávky j- tej zdravotnej poisťovne na celkových záväzkoch, resp. pohľadávkach.

3. Voľné polička sa vyplnia podľa nasledujúceho vzorca: $Z(j) * PPO(j)$, kde $j = 1, \dots, n$

Vypracoval :

Telefónne číslo:

E- mail zodpovednej osoby:

V dňa.....

.....
podpis osoby oprávnenej konať v mene úradu
odtlačok pečiatky

Príloha č. 11
k vyhláske č. 267/2012 Z. z.

Výpočet ročného prerozdeľovania poistného
za mesiace júl 2012 až december 2012

Názov zdravotnej poisťovne	½ z 95 % základu povinného poistného	Počet Poistencov	Počet prepočítaných poistencov	Celková suma z ročného prerozdeľovania pre zdravotnú poisťovňu	Výsledok ročného prerozdeľovania pre zdravotnú poisťovňu	Upravený výsledok ročného prerozdeľovania pre zdravotnú poisťovňu
	A(1)	B(1)	PPP(1)	P(1)	F (1)	
	A(n)	B(n)	PPP(n)	P(n)	F (n)	
	A	B	PPP	A	0	

Postup výpočtu:

1. Suma poistného na ročné prerozdeľovanie:

$$A = \sum_{j=1}^n A(j)$$

kde

n počet zdravotných poisťovní,
j j-ta zdravotná poisťovňa, (j = 1, .., n),
A(j) ½ z 95 % základu povinného poistného pre j-tu zdravotnú poisťovňu.

2. Počet poistencov za mesiace júl 2012 až december 2012:

B(j) počet poistencov j-tej zdravotnej poisťovne.

3. Počet prepočítaných poistencov j-tej zdravotnej poisťovne:

$$PPP(j) = \sum_{i=1}^m (PMEA(i,j) \times IRMEA(i) + P\check{Z}EA(i,j) \times IR\check{Z}EA(i) + PM\check{S}T(i,j) \times IRM\check{S}T(i) + P\check{Z}\check{S}T(i,j) \times IR\check{Z}\check{S}T(i) + IRFNS(i) \times PPFNS(i,j))$$

kde

i i-ta veková kategória (i=1,..,m),
m počet vekových kategórií,
PMEA(i,j) počet mužov ekonomicky aktívnych i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
P\check{Z}EA(i,j) počet žien ekonomicky aktívne i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRMEA(i) index rizika mužov ekonomicky aktívnych v i-tej vekovej skupine,
IR\check{Z}EA(i) index rizika žien ekonomicky aktívne v i-tej vekovej skupine,
PM\check{S}T(i,j) počet mužov poistencov štátu i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
P\check{Z}\check{S}T(i,j) počet žien poistencov štátu i-tej vekovej kategórie u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRM\check{S}T(i) index rizika mužov poistencov štátu v i-tej vekovej skupine,
IR\check{Z}\check{S}T(i) index rizika žien poistencov štátu v i-tej vekovej skupine,
PPFNS(i,j) počet poistencov v i-tej farmaceuticko-nákladovej skupine a u j-tej zdravotnej poisťovne,
IRFNS(i) index rizika v i-tej farmaceuticko-nákladovej skupine

4. Celkový počet prepočítaných poistencov za mesiace júl 2012 až december 2012:

$$PPP = \sum_{j=1}^n PPP(j)$$

5. Štandardizovaný príjem na jedného prepočítaného poistenca na šesť desiatinných miest:

$$D = \frac{A}{PPP}$$

6. Celková suma z ročného prerozdelenia, na ktorú má j-tá zdravotná poisťovňa nárok po ročnom prerozdeľovaní:

$$P(j) = PPP(j) \times D$$

7. Výsledok z ročného prerozdelenia (pohľadávky resp. záväzky z ročného prerozdeľovania pre j-tu zdravotnú poisťovňu:

$$F(j) = P(j) - A(j)$$

8. Upravený výsledok ročného prerozdeľovania pre j – tu zdravotnú poisťovňu podľa § 27a ods. 7 zákona:

$$UV(j) = F(j) - \sum VMF(j)$$

Matica pohľadávok a záväzkov zdravotnej poisťovne

	ZP (1)			ZP (n)	Pohľadávky spolu	Podiel na celkových pohľadávkach(%)
ZP (1)	x				Po (1)	PPO (1)
		x				
			x			
ZP (n)				x	Po (n)	PPO(n)
Záväzky spolu	Z (1)			Z (n)		
Podiel na celkových záväzkoch (%)						

Vysvetlivky:

ZP zdravotná poisťovňa

Z záväzky

Po pohľadávky

PPO podiel na celkových pohľadávkach

UV upravený výsledok ročného prerozdeľovania

VMF výsledok mesačných prerozdeľovaní za mesiace júl až december 2012

1. V riadku záväzkov a do stĺpca pohľadávok je uvedená konečná suma záväzku, alebo pohľadávky F(j), ktorá vznikla j- tej zdravotnej poisťovni po ročnom prerozdeľovaní. Súčet všetkých pohľadávok sa rovná súčtu všetkých záväzkov. Pokiaľ zdravotná poisťovňa nemá záväzok, v príslušnom riadku sa vyplní vo všetkých poličkách nula a obdobne sa postupuje aj pri pohľadávkach.

2. Vypočíta sa percentuálny podiel záväzku, alebo pohľadávky j- tej zdravotnej poisťovne na celkových záväzkoch, resp. pohľadávkach.

3. Voľné polička sa vyplnia podľa nasledujúceho vzorca: $Z(j) * PPO(j)$, kde $j = 1, \dots, n$

Vypracoval :

V dňa.....

Telefónne číslo:

E- mail zodpovednej osoby:

.....
podpis osoby oprávnenej konať v mene úradu
odtlačok pečiatky

Príloha č. 12
k vyhláske č. 267/2012 Z. z.

Celkový výsledok ročného prerozdeľovania poisťného za rok 2012

Celková matica pohľadávok a záväzkov zdravotnej poisťovne

	ZP (1)			ZP (n)	Pohľadávky spolu	Podiel na celkových pohľadávkach(%)
ZP (1)	x				Po (1)	PPO (1)
		x				
			x			
ZP (n)				x	Po (n)	PPO(n)
Záväzky spolu	Z (1)			Z (n)		
Podiel na celkových záväzkoch (%)						

Vysvetlivky:

ZP zdravotná poisťovňa

Z záväzky – uvedie sa súčet záväzkov z matice pohľadávok a záväzkov z výpočtu podľa príloh č. 9 a č. 10

Po pohľadávky – uvedie sa súčet pohľadávok z matice pohľadávok a záväzkov z výpočtu podľa príloh č. 9 a č. 10

PPO podiel na celkových pohľadávkach

1. V riadku záväzkov a do stĺpca pohľadávok je uvedená konečná suma záväzku, alebo pohľadávky, ktorá vznikla j- tej zdravotnej poisťovni po ročnom prerozdeľovaní. Súčet všetkých pohľadávok sa rovná súčtu všetkých záväzkov. Pokiaľ zdravotná poisťovňa nemá záväzok, v príslušnom riadku sa vyplní vo všetkých políčkach nula a obdobne sa postupuje aj pri pohľadávkach.

2. Vypočíta sa percentuálny podiel záväzku, alebo pohľadávky j- tej zdravotnej poisťovne na celkových záväzkoch, resp. pohľadávkach.

3. Voľné políčka sa vyplnia podľa nasledujúceho vzorca: $Z(j) * PPO(j)$, kde $j = 1, \dots, n$

Vypracoval :

V dňa.....

Telefónne číslo:

E- mail zodpovednej osoby:

.....
podpis osoby oprávnenej konať v mene úradu
odtlačok pečiatky

Vydavateľ: Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky, 813 11 Bratislava, Župné námestie 13, adresa redakcie Zbierky zákonov Slovenskej republiky: Námestie slobody 12, 811 06 Bratislava, telefón redakcie Zbierky zákonov Slovenskej republiky: 02/57 10 10 37, telefax: 02/52 44 28 53 – Vychádza podľa potreby – **Tlač:** VERSUS, a. s., Bratislava – **Administrácia:** Poradca podnikateľa, spol. s r. o., Martina Rázusa 23/A, 010 01 Žilina – **Bankový účet:** Ľudová banka, č. ú. 4220094000/3100 – **Služby zákazníkom:** Poradca podnikateľa, spol. s r. o., Martina Rázusa 23/A, 010 01 Žilina, telefón: 041/70 53 222, fax: 041/70 53 343, e-mail: sluzby@epi.sk – **Reklamácie, zmeny adres a ďalšie administratívne požiadavky:** telefón: 041/70 53 600, fax: 041/70 53 426 – **Infolinka Zbierky zákonov Slovenskej republiky:** telefón: 041/70 53 500 – **Predajňa Zbierky zákonov Slovenskej republiky:** Tomášikova 20, 821 02 Bratislava, telefón: 02/43 42 68 15, e-mail: batomasikova@epi.sk.

Informácia odberateľom: Cena Zbierky zákonov Slovenskej republiky sa stanovuje za dodanie kompletného ročníka vrátane registra a od odberateľov sa vyberá formou preddavkov vo výške oznámenej distribútorom. Záverečné vyúčtovanie sa vykoná po dodaní kompletného ročníka vrátane registra na základe skutočného počtu a rozsahu vydaných častok. Pri nezaplatení určeného preddavku distribútor zmení spôsob zasielania Zbierky zákonov Slovenskej republiky. Nové požiadavky na zasielanie Zbierky zákonov Slovenskej republiky sa vybavujú priebežne. Zasielanie sa začína vždy po spracovaní objednávky a uhradení preddavku. Pri kontakte s administráciou uvádzajte vždy pridelený registračný kód odberateľa. **Reklamácie sa budú vybavovať do 30 dní od dátumu ich zaevidovania. Reklamácie týkajúce sa odberu Zbierky zákonov Slovenskej republiky treba uplatniť do 30 dní od dátumu doručenia nasledujúcej čiastky.**

