

vestník

číslo 4/2006 – august 2006

- úradu pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

obsah:

SPRÁVA O STAVE VYKONÁVANIA VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA ZA ROK 2005

■ Materiál bol prerokovaný a vzatý na vedomie vládou Slovenskej republiky dňa 28. júna 2006 pod číslom UV-11063/2006.

Charakter dokumentu

Na základe zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poistovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“) bol dňa 1. novembra 2004 zriadený Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“).

Úrad je právnickou osobou so sídlom v Bratislave, ktorý v oblasti verejnej správy vykonáva dohľad nad verejným zdravotným poistením a nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Na základe § 19 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. úrad každoročne predkladá vláde správu o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka.

Účelom tejto správy je poskytnúť vláde a občanom Slovenska celkový obraz o stave verejného zdravotného poistenia na Slovensku z perspektívy nestranného orgánu vykonávajúceho dohľad nad verejným zdravotným poistením.

Zoznam skratiek

ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
Apollo	APOLLO zdravotná poisťovňa, a. s.
CRP	Centrálny register poistencov
Dôvera	DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
EÚ	Európska únia
EZP	Európska zdravotná poisťovňa, a. s.
HDP	Hrubý domáci produkt
IS	Informačný systém
JZS	Jednodňová zdravotná starostlivosť
LDCH	Liečebňa dlhodobo chorých
LM	Lekárske miesto
LSPP	Lekárska služba prvej pomoci
LZS	Letecká záchranná služba
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
MF SR	Ministerstvo financií Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
OECD	Organizácia pre ekonomickú spoluprácu a rozvoj
OLÚ	Odborný liečebný ústav
P.C.	Per capita
PKS	Parita kúpnej sily
PZS	Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
Rada EHS	Rada Európskeho hospodárskeho spoločenstva
RLP	Rýchla lekárska pomoc
RZP	Rýchla zdravotná pomoc
Sideria	SIDERIA zdravotná poisťovňa, a. s.
SVLZ	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
SZP	Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s
ŠAS	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
ŠZM	Špeciálny zdravotný materiál
ŠN	Špecializovaná nemocnica
TR	Technická rezerva
Úrad	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS)
Union	Union zdravotná poisťovňa, a. s.
ÚPS	Ústavná pohotovostná služba
ÚZIŠ	Ústav zdravotníckich informácií a štatistiky
VAS	Všeobecná ambulantná starostlivosť
VN	Všeobecná nemocnica
VšZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.
VÚC	Vyšší územný celok
VZP	Verejné zdravotné poistenie
ZP	Zdravotná poisťovňa
ZS	Zdravotná starostlivosť
ZZS	Záchranná zdravotná služba

Obsah

SÚHRN	X
ÚVOD	1
1 SYSTÉM VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE	2
1.1 LEGISLATÍVNE, REGULAČNÉ A MAKROEKONOMICKÉ PROSTREDIE	2
1.1.1 Legislatívne prostredie	2
1.1.2 Účastníci systému verejného zdravotného poistenia a vzťahy medzi nimi	6
1.1.3 Makroekonomicke prostredie	9
1.2 PLNENIE NARIADENÍ RADY EHS V SYSTÉME VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA.....	14
2 ZDRAVOTNÉ POISTENIE.....	16
2.1 TRANSFORMÁCIA ZDRAVOTNÝCH POIŠTOVNÍ NA AKCIOVÉ SPOLOČNOSTI, VZNIK NOVÝCH ZDRAVOTNÝCH POIŠTOVNÍ	16
2.1.1 Rozdelenie poistného trhu	17
2.2 ORGANIZÁCIA, RIADENIE A VNÚTORNÁ KONTROLA V ZDRAVOTNÝCH POIŠTOVNÍACH	19
2.2.1 Organizácia a riadenie v zdravotných poištovnach	19
2.2.2 Vnútorná kontrola v zdravotných poištovnach.....	20
2.2.3 Dodržiavanie platobnej schopnosti.....	20
2.3 VÝBER A PREROZDELENIE POISTNÉHO	21
2.3.1 Predpis poistného (povinné poistné).....	22
2.3.2 Výber poistného	23
2.3.3 Úspešnosť výberu poistného.....	24
2.3.4 Prerozdeľovanie poistného.....	25
2.4 PRÍJMY A VÝDAVKY ZDRAVOTNÝCH POIŠTOVNÍ	27
2.4.1 Príjmy zdravotných poištovní	27
2.4.2 Výdavky zdravotných poištovní.....	28
2.5 ZABEZPEČENIE A ÚHRADA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI ZDRAVOTNÝMI POIŠTOVŇAMI	30
2.5.1 Objemy výkonov vyjadrených vo finančných ukazovateľoch	31
2.5.2 Úhrada finančne uznaných výkonov.....	33
2.5.3 Prehľad o úhradách zdravotnej starostlivosti inde nezahrnutej	35
2.5.4 Sumárny prehľad o použití finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť	36
2.6 POHĽADÁVKY A ZÁVÄZKY (VRÁTANE REZERV)	38
2.6.1 Pohľadávky.....	38
2.6.2 Záväzky	41
2.6.3 Rezervy	42
2.6.4 Vymáhanie pohľadávok voči platiteľom poistného	45
2.7 DOHĽAD NAD VEREJNÝM ZDRAVOTNÝM POISETNÍM – PLNENIE POVINNOSTÍ	46
3 POSKYTOVANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	47
3.1 POSKYTOVANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA ZÁKLADE ZMLÚV SO ZDRAVOTNÝMI POIŠTOVŇAMI	47
3.1.1 Indikátory kvality.....	55
3.1.2 Zabezpečenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov.....	56
3.2 REGIONÁLNA ANALÝZA DOSTUPNOSTI VŠEOBECNEJ AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI A ŠPECIALIZOVANEJ AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI	58
3.2.1 Regionálna analýza lôžkovej zdravotnej starostlivosti – všeobecné nemocnice... ..	59
3.2.2 Regionálna analýza nákladovosti.....	59

<i>3.2.3 Analýza vzťahov medzi nákladovosťou jednotlivých kategórií služieb</i>	<i>60</i>
3.3 DISPENZÁRNA STAROSTLIVOSŤ	61
3.4 VEDENIE ZOZNAMOV POISTENCOV ČAKAJÚCICH NA POSKYTNUTIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	63
3.5 DOHLAD NAD POSKYTOVANÍM A NÁKUPOM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	65
4 PLATITELIA POISTNÉHO A POISTENCI	67
4.1 ZABEZPEČENIE PRÁV POISTENCOV	67
4.2 ANALÝZA DODRŽIAVANIA PRÁVNÝCH PREDPISOV POISTENCAMI A PLATITEĽMI POISTNÉHO ..	68
4.3 UKLADANIE POKÚT ZA PORUŠENIE POVINNOSTÍ	69
ZÁVER	70

Zoznam tabuliek:

Tabuľka č. 1 Legislatíva ovplyvňujúca systém verejného zdravotného poistenia.....	2
Tabuľka č. 2 Transformovaní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.....	5
Tabuľka č. 3 Typy regulácie	6
Tabuľka č. 4 Vývoj makroekonomických indikátorov relevantných pre financovanie zdravotného systému	9
Tabuľka č. 5 Príjmy systému zdravotníctva podľa kategórií.....	10
Tabuľka č. 6 Optimálny objem zdrojov v zdravotníctve na základe medzinárodného porovnania a regresnej analýzy.....	12
Tabuľka č. 7 Počty prípadov čerpania vecných dávok a výška nákladov	15
Tabuľka č. 8 Údaje o transformovaných zdravotných poisťovniach	16
Tabuľka č. 9 Počet poistencov a ich percentuálne zastúpenie v jednotlivých krajoch, stav k 31.12.2005	17
Tabuľka č. 10 Podiel zdravotných poisťovní na výbere poistného za rok 2005.....	18
Tabuľka č. 11 Organizačné a riadiace charakteristiky zdravotných poisťovní k 31.12.2005	19
Tabuľka č. 12 Počet členov predstavenstiev a dozorných rám jednotlivých zdravotných poisťovní	20
Tabuľka č. 13 Dodržiavanie platobnej schopnosti.....	21
Tabuľka č. 14 Štruktúra poistencov podľa typu platiteľa poistného, priemerný počet poistencov za rok 2005.....	22
Tabuľka č. 15 Predpis poistného na rok 2005 v členení podľa poisťovní a skupín platiteľov poistného.....	23
Tabuľka č. 16 Predpis poistného na jedného poistenca	23
Tabuľka č. 17 Výber poistného v roku 2005 v členení podľa platiteľov zdravotného poistenia ...	24
Tabuľka č. 18 Výber poistného na poistenca.....	24
Tabuľka č. 19 Výber poistného v rokoch 2004 až 2006	24
Tabuľka č. 20 Úspešnosť výberu poistného	25
Tabuľka č. 21 Porovnanie systémov prerozdeľovania poistného.....	26
Tabuľka č. 22 Prehľad o výsledkoch mesačného prerozdelenia poistného za rok 2005	27
Tabuľka č. 23 Skutočnosť príjmov dosiahnutých v roku 2005	27
Tabuľka č. 24 Upravené príjmy zdravotných poisťovní v roku 2004 a 2005 vrátane nefinančných príjmov, medziročný rast oproti 2004 a jeho percentuálne vyjadrenie	28
Tabuľka č. 25 Štruktúra výdavkov zdravotných poisťovní v rokoch 2004 a 2005	29
Tabuľka č. 26 Porovnanie výdavkov na 1 poistenca v rokoch 2004 a 2005	30
Tabuľka č. 27 Celkové výdavky a výdavky na správu jednotlivých zdravotných poisťovní v roku 2005	30
Tabuľka č. 28 Evidenčne uznané zdravotné výkony celkom	31
Tabuľka č. 29 Rozdiel medzi finančne a evidenčne uznanými výkonmi v roku 2005 a zmena oproti predchádzajúcemu roku	32
Tabuľka č. 30 Rozdiel medzi evidenčne a finančne uznanými výkonmi prepočítanými na jedného poistencu	33
Tabuľka č. 31 Úhrada finančne uznaných výkonov v roku 2005	34
Tabuľka č. 32 Úhrada finančne uznaných výkonov v roku 2005 v prepočte na jedného poistencu	34
Tabuľka č. 33 Sumárny prehľad o použití finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rokoch 2004 a 2005	36
Tabuľka č. 34 Výška a štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní za rok 2005	39
Tabuľka č. 35 Percentuálny podiel jednotlivých druhov pohľadávok	40
Tabuľka č. 36 Výška pohľadávok na jedného poistencu v Sk.....	40
Tabuľka č. 37 Výška vytvorených korekcií na pohľadávky v tis. Sk.....	40

Tabuľka č. 38 Výška a štruktúra záväzkov zdravotných poisťovní za rok 2005	42
Tabuľka č. 39 Výška záväzkov na jedného poistencu	42
Tabuľka č. 40 Výška technických rezerv (TR) vytvorených zdravotnými poisťovňami	43
Tabuľka č. 41 Výška celkových rezerv na jedného poistencu	43
Tabuľka č. 42 Porovnanie záväzkov (vrátane rezerv) a pohľadávok na jedného poistencu	44
Tabuľka č. 43 Prehľad prvostupňových správnych konaní vedených pobočkami úradu	45
Tabuľka č. 44 Správne konania právoplatne neskončené – stav	45
Tabuľka č. 45 VAS a ŠAS - rok 2005 (všeobecná a špecializovaná ambulantná starostlivosť)	48
Tabuľka č. 46 Zmluvné vzťahy a akceptované výkony podľa zdravotných poisťovní a vybraných poskytovateľov ZS	49
Tabuľka č. 47 SVLZ - samostatné zariadenia a iné SVLZ - výkony	50
Tabuľka č. 48 Jednodňová zdravotná starostlivosť	51
Tabuľka č. 49 Dopravná a záchranná zdravotná služba	51
Tabuľka č. 50 Ústavná zdravotná starostlivosť	52
Tabuľka č. 51 Kúpeľná zdravotná starostlivosť	52
Tabuľka č. 52 Lekárenská zdravotná starostlivosť	53
Tabuľka č. 53 Mimoriadne finančne náročná ZS (výkony, zdravotnícke pomôcky, lieky)	53
Tabuľka č. 54 Zdravotnícke pomôcky osobitne uhrádzané - nad rámec ceny hospitalizácie	53
Tabuľka č. 55 Výkony mimoriadne finančne náročnej ZS	54
Tabuľka č. 56 Okresy s najnižším a najvyšším počtom návštěv a medicínsky uznaných bodov na poistencu – VAS (za rok 2005)	58
Tabuľka č. 57 Okresy s najnižším a najvyšším počtom návštěv a medicínsky uznaných bodov na poistencu – ŠAS	58
Tabuľka č. 58 Počet hospitalizácií a lôžkodní na 100 poistencov podľa okresov – všeobecné nemocnice	59
Tabuľka č. 59 Náklady na zdravotnú starostlivosť na pacienta v Sk podľa jednotlivých kategórií	60
Tabuľka č. 60 Počet dispenzarizovaných poistencov k 31.12.2005	62
Tabuľka č. 61 Dispenzarizovaní pacienti podľa 10 najfrekventovanejších diagnóz v každej zdravotnej poisťovni	62
Tabuľka č. 62 Prehľad podaní voči poskytovateľom ZS za rok 2005	66
Tabuľka č. 63 Prehľad o podaných sťažnostiach, podnetoch a oznamení v jednotlivých zdravotných poisťovniach	68
Tabuľka č. 64 Počet porušení právnych predpisov platiteľmi poistného a poistencami	68

Zoznam grafov:

Graf č. 1 Vývoj ukazovateľov príjmov	11
Graf č. 2. Relatívny podiel (% HDP) zdrojov financovania zdravotníctva	13
Graf č. 3 Finančné plnenie finančne uznaných výkonov v prepočte na jedného poistencu	35
Graf č. 4 Prehľad o úhradách inde nezahrnutej ZS.....	35
Graf č. 5 Grafické znázornenie použitia finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rokoch 2004 a 2005.....	37

Súhrn

Systém verejného zdravotného poistenia na Slovensku

Legislatívne, regulačné a makroekonomicke prostredie

Slovenský trh verejného zdravotného poistenia si naďalej zachoval svoj pluralitný charakter - občanom Slovenska ponúkalo zdravotné poistenie v roku 2005 päť a od začiatku roku 2006 sedem zdravotných poisťovní. Občan si na vykonávanie VZP môže vybrať jednu zdravotnú poisťovňu, ktorá ho nemôže odmietnuť. Toto právo si môže uplatniť raz ročne. Všetkých doterajších päť zdravotných poisťovní – Všeobecná zdravotná poisťovňa, Spoločná zdravotná poisťovňa, Chemická zdravotná poisťovňa Apollo, Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera a Združená zdravotná poisťovňa Sideria - zmenilo v priebehu roku 2005 svoju právnu formu z verejnoprávnej inštitúcie na obchodnú spoločnosť (a. s.). Súčasne v roku 2005 vstúpila na trh nová Európska zdravotná poisťovňa, a. s.

Rok 2005 bol charakterizovaný implementáciou reformy zdravotníctva, ktorú parlament schválil koncom roka 2004. Zdravotné poistenie sa rozčlenilo na povinné – verejné zdravotné poistenie a nepovinné – individuálne zdravotné poistenie. Po prvýkrát sa zákonom zadefinoval rozsah nepoistiteľného rizika, teda základného balíka služieb, na ktorý má každý občan nárok a ktorý bude uhrádzaný v rámci solidarity z VZP. Pokračovala transformácia poskytovateľov ZS v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR na neziskové organizácie a neskôr aj na akciové spoločnosti.

Objem zdrojov na zdravotnú starostlivosť (vrátane súkromných) tvoril v roku 2005 na Slovensku 6,7 percenta HDP, čo zaostáva nielen za priemerom krajín OECD, ale aj za hodnotou, ktorá sa štatisticky predpovedá pre Slovensko na základe skúseností iných OECD krajín s podobnou dynamikou rastu HDP. Podiel zdravotníctva na HDP má totiž tendenciu sa úmerne s hospodárskym rastom zvyšovať. Tento trend bolo možné v rokoch 2003 až 2005 pozorovať aj na Slovensku. Problematickým sa javí rok 2006, kedy predpokladáme pokles výdavkov na zdravotníctvo v pomere k HDP, a to kvôli zníženiu kapitálových výdavkov štátneho rozpočtu a ukončeniu činnosti spoločnosti Veriteľ, a. s. . Takéto jednorazové a arbitrárne zdroje v budúcich rokoch výrazne poklesnú. Tento výpadok bude len čiastočne kompenzovaný nárastom udržateľných príjmov, či už verejných alebo súkromných. **Na základe analýz je pravdepodobné, že v najbližších rokoch vznikne v systéme zdravotníctva medzera financovania, ktorú by bolo potrebné pokryť zvýšením udržateľných verejných alebo súkromných zdrojov.**

Plnenie nariadení rady EHS v systéme verejného zdravotného poistenia

Vstupom Slovenska do Európskej únie 1. 5. 2004 začali účastníci systému VZP popri národnej legislatíve uplatňovať aj legislatívnu Európskej únie, ktorá ustanovuje koordináciu systémov sociálneho zabezpečenia a je nadradená národnej legislatíve. K zásadným zmenám patrí zavedenie povinnosti štátu platiť poistné za nezaopatrených rodinných príslušníkov nositeľa poistenia, rozšírenie vecného rozsahu zdravotnej starostlivosti čerpanej slovenskými poistencami v členských štátoch EÚ, zavedenie povinnosti zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na Slovensku poskytnúť zdravotnú starostlivosť poistencom z iných členských štátov EÚ a povinnosti zdravotných poisťovní uhradiť náklady týmto poskytovateľom, a zavedenie možnosti poistencu požiadať o preplatenie nákladov za zdravotnú starostlivosť čerpanú v inom členskom štáte EÚ.

Migračné toky v roku 2005 potvrdili doterajšie vývojové trendy migrácie zo Slovenska do EÚ, ktorá bola z finančného hľadiska významnejšia ako migrácia z EÚ na Slovensko. V roku 2005 boli celkové záväzky úradu voči styčným orgánom v iných členských štátoch EÚ 129,69 miliónov Sk, kým pohľadávky boli len 54,48 miliónov Sk.

Zdravotné poistenie

Transformácia zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti, vznik nových zdravotných poisťovní

Transformácia zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti, uskutočnená v roku 2005 mala vytvoriť predpoklady pre vznik konkurenčného prostredia. Zatiaľ zmena nie je badateľná, keďže zdravotné poisťovne sa museli venovať vlastnej transformácii. Úrad očakáva, že transparentné vlastnícke a manažérské vzťahy, štandardné účtovníctvo a externý audit budú viesť ku skutočnému posilneniu záujmov poistencov a vyšej zodpovednosti ZP voči svojim poistencom.

K 31.12.2005 pôsobilo na Slovensku šesť zdravotných poisťovní, z ktorých sa päť transformovalo z verejnoprávnych inštitúcií na akciové spoločnosti. Pribudla k nim nová Európska zdravotná poisťovňa, a. s., ktorá k 31.12.2005 nemala vo svojom kmeni žiadneho poistencu. Najväčší podiel na trhu z hľadiska počtu poistencov má VŠZP (64,44 %) nasledovaná SZP (13,02 %), Apollom (8,92 %), Sideriou (7,31 %) a Dôverou (6,32 %). Trh zdravotných poisťovní naďalej zostáva vysoko koncentrovaný, čo je potvrdené výškou tzv. Herfindahl-Hirschmanovho indexu, ktorý dosiahol výšku 3 936 bodov, čo v praxi znamená vysokú koncentráciu. Je dôležité, aby sa hodnotila kvalita poskytovaných služieb jednotlivých zdravotných poisťovní, ako aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a tieto údaje boli zverejňované pre potreby verejnosti.

Organizácia, riadenie a vnútorná kontrola v zdravotných poisťovniach

Poistovne ponúkajú služby svojim poistencom predovšetkým cez kontaktné miesta tvorené pobočkami a expozitúrami, a taktiež telefonicky a cez internet. Štruktúra a počet kontaktných miest vychádzali z obchodnej politiky poisťovní, štruktúry a územného

rozloženia poistencov danej poistovne. Počet kontaktných miest sa pohybuje medzi 10 (SZP) a 83 (VŠZP). V prepočte najmenej poistencov na kontaktné miesto dosiahla Sideria (6210) a najviac SZP (69 554). Okrem SZP majú všetky poistovne zriadené tzv. „call centrum“ na komunikáciu s poistencom v reálnom čase, avšak neposkytujú konzultácie priamo s lekárom. VŠZP zamestnávala 2010 osôb, SZP 537, Apollo 367, Sideria 320 a Dôvera 280 osôb.

Orgány zdravotnej poistovne tvorí valné zhromaždenie, dozorná rada a predstavenstvo, ktorých kompetencie a činnosť vymedzujú právne normy a stanovy poistovne. Štatutárnym orgánom zdravotných poistovní je predstavenstvo, ktoré riadi činnosť zdravotnej poistovne a koná v jej mene. Dozorná rada dohliada na výkon pôsobnosti predstavenstva a činnosť zdravotnej poistovne. Zdravotná poistovňa je povinná v rámci svojej organizačnej štruktúry zriadíť útvar vnútornej kontroly a túto kontrolu aj efektívne vykonávať. Všetky zdravotné poistovne zriadili útvar vnútornej kontroly, ktorý na základe určenia stanovami zdravotnej poistovne organizačne podlieha buď pod generálneho riaditeľa (SZP, VŠZP, EZP) alebo pod dozornú radu (Apollo, Dôvera, Sideria).

Výber a prerozdelenie poistného

Poistné na zdravotné poistenie platia zamestnanci, zamestnávatelia, samostatne zárobkovo činné osoby, štát a tzv. samoplatitelia.

V nadväznosti na počet a štruktúru poistencov vyčíslujú poistovne každoročne predpis poistného, t. j. sumu, ktorú by v danom roku mali vybrať vo forme poistného. Pre rok 2005 vyčíslili zdravotné poistovne predpis poistného v celkovej výške takmer 71 miliárd Sk. Výber poistného pre rok 2005 vykazuje 100,4 %-nú úspešnosť, čo je spôsobená najmä tým, že poistovne nemali zo zákona povinnosť dopočítavať do predpisu poistného aj odhad za nedoručené a neuhradené výkazy poistného.

Prerozdeľovanie poistného od 1. januára 2005 vykonáva úrad. Okrem mesačného prerozdeľovania sa zaviedlo aj ročné prerozdeľovanie poistného. Mechanizmus prerozdeľovania sa zmenil výškou percenta prerozdelenia (z 85 % zaplateného poistného okrem poistného, ktoré platí štát na 85,5 % predpísaného poistného) a spôsobom dohľadu a vzájomného vysporiadania záväzkov a pohľadávok z prerozdelenia medzi zdravotnými poistovňami.

Do systému prerozdeľovania je potrebné zaviesť prvok diagnostickej informácie, nakoľko sa javí, že súčasné parametre (vek a pohlavie) dostatočne nedeterminujú očakávanú nákladovosť pacienta.

Príjmy a výdavky zdravotných poistovní

Príjmy zdravotných poistovní v roku 2005 dosiahli výšku 77,8 miliárd Sk, čo v prepočte na jedného poistencu predstavuje 14 556 Sk. Celkové príjmy na poistenca v roku 2005 vzrástli oproti roku 2004 o 14,01 %.

V roku 2005 sa celkové výdavky zvýšili oproti roku 2004 o 15,8 % a boli na úrovni 74,6 miliárd Sk, z čoho na zdravotnú starostlivosť bolo vynaložených 66,0 miliárd Sk (88,42 %). Celkové výdavky na 1 poistence v roku 2005 boli 13 948 Sk, z toho najvyššie výdavky dosiahla SZP a najnižšie Dôvera.

Výdavky na správu a prevádzku zdravotných poistovní dosiahli objem 8,6 miliárd Sk, v čom je zahrnutý aj odvod do prerozdelenia a príspevky na činnosť úradu a operačných stredísk záchrannej zdravotnej služby SZP. Samotné výdavky na zabezpečenie činnosti zdravotných poistovní tvorili 2,9 miliárd Sk, čo predstavuje 3,9 % celkových výdavkov. Na správu a prevádzku vynaložila najviac SZP (716 Sk na poistenca) a najmenej Sideria (474 Sk na poistenca).

Zabezpečenie a úhrada zdravotnej starostlivosti zdravotními poistovňami

V roku 2005 zdravotné poistovne medicínsky uznali zdravotné výkony v celkovej výške 65,5 miliárd, čo je oproti roku 2004 nárast o 9,26 %. Finančne uznané boli výkony vo výške 64,7 miliárd Sk. Rozdiel v absolvutnom vyjadrení predstavuje 763 mil. Sk. Tento objem predstavujú tzv. nadlimity, ktoré stále ostávajú zásadným problémom vo vzťahoch medzi poistovňami a poskytovateľmi. Ich existencia vytvára dodatočnú finančnú záťaž pre poskytovateľov a predpokladáme, že v budúcnosti by mohli spôsobiť súdne spory.

Najväčší objem evidenčne uznaných výkonov je v lekárenskej zdravotnej starostlivosti (lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky) a to vo výške 25,6 miliárd Sk (39,06 %), čo je v prepočte na 1 poistenca 4 782 Sk. Druhý najväčší objem je spotrebovaný v ambulantnej zdravotnej starostlivosti (VAS + ŠAS) vo výške 23 miliárd Sk (35,18 %) a tretí v ústavnej ZS vo výške 16,9 miliárd Sk (25,76 %). Na záver je možné konštatovať, že zostala zachovaná proporcionalita v objemoch nakúpenej a uhradenej zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k podielu poistencov v jednotlivých zdravotných poistovniach.

Pohľadávky a záväzky (vrátane rezerv)

K 31. decembru 2005 vykázali zdravotné poistovne pohľadávky voči poistencom, poskytovateľom ZS, iným ZP, úradu a MZ SR v celkovom netto objeme 12 miliárd Sk (brutto pohľadávky v sume 19 mld. Sk voči, ktorým sa realizovala korekcia 36,6 %), pričom všetky ZP majú najväčšie podiely pohľadávok voči poistencom (65 až 99 %). V prepočte na jedného poistencu predstavuje výška pohľadávok celkom 2 210 Sk.

K 31. decembru 2005 realizovali ZP korekciu pohľadávok v celkovej výške 6,8 miliárd Sk, a to takmer v plnej výške voči poistencom. Najzávažnejšia je skutočnosť, že ZP spolu vytvorili 36,6 %-nú korekciu voči pôvodnej sume pohľadávok, čo znamená, že tento objem pohľadávok považujú za nevymožiteľné.

Záväzky ZP dosiahli k 31.12.2005 objem 8,9 miliárd Sk. Najvyšší percentuálny podiel tvoria záväzky voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (92,45 %). V prepočte na jedného poistencu predstavuje výška záväzkov (vrátane rezerv) celkom 2 905 Sk. Celkové záväzky na jedného poistencu prevyšujú pohľadávky o 695 Sk.

Ku koncu roku 2005 ZP vytvorili celkové rezervy vo výške 6,6 miliárd Sk. Podstatnú časť týchto rezerv (96 %) predstavuje rezerva na poistné plnenie (zdravotnú starostlivosť). Rezervu na výkony pre poistencov zaradených v čakacích zoznamoch k 31.12.2005 tvorili iba VŠZP, SZP a Apollo. Zdravotné poisťovne pri identifikácii výšky rezerv narážajú na problémy s úplnosťou a presnosťou informácií poskytnutých poskytovateľmi a takisto neúplnou legislatívou upravujúcou problematiku čakacích listín.

Oblasti vyžadujúce zvýšenú pozornosť zahŕňajú metodiku pre klasifikáciu jednotlivých položiek finančných výkazov, metodiku pre tvorbu opravných položiek k pohľadávkam a tvorbu mechanizmu na zabezpečenie kompletnosti informácií o predpísanom poistnom pre poisťovne.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti na základe zmlúv so zdravotnými poisťovňami

Na základe zákona sú zdravotné poisťovne povinné uzatvárať zmluvy so všetkými poskytovateľmi všeobecnej zdravotnej starostlivosti (pokiaľ má uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti najmenej s jedným jej poistencom), s každým poskytovateľom lekárenskej starostlivosti a každým poskytovateľom, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulantnej záchrannej služby.

Táto povinnosť však nie je obdobne daná aj týmto poskytovateľom, čo je potrebné riešiť novelizáciou zákona.

Všetky zdravotné poisťovne uzatvorili zmluvy pre všetky formy poskytovania ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti. VŠZP nemala uzatvorenú zmluvu so žiadnym stacionárom na rozdiel od všetkých ostatných zdravotných poisťovní. Na druhej strane však jedine VŠZP mala uzatvorené zmluvy s piatimi hospicami, ktoré aj vykázali výkony k úhrade. Všetky zdravotné poisťovne uhrádzali poskytnutú zdravotnú starostlivosť zmluvným poskytovateľom ADOS. Zmluvne bola zabezpečená lekárska služba prvej pomoci (LSPP) všetkými zdravotnými poisťovňami. Rovnako bolo zmluvne zabezpečené poskytovanie ústavnej pohotovostnej služby.

Indikátory kvality

Nariadením vlády bol definovaný súbor indikátorov kvality pre rok 2005 za účelom hodnotenia poskytovania zdravotnej starostlivosti v rámci dostupnosti zdravotnej starostlivosti, efektívnosti využitia zdrojov, účinnosti a primeranosti zdravotnej starostlivosti, vnímania poskytnutej zdravotnej starostlivosti pacientom a výsledkov zdravotnej starostlivosti. Tieto indikátory kvality by v budúcnosti mali slúžiť ako hlavné kritérium uzatvárania zmlúv medzi poisťovňami a poskytovateľmi. Za rok 2005 sa hodnotilo obdobie druhého až štvrtého kvartálu. ZP boli v súlade so zákonom povinné indikátory zozbierať, vyhodnotiť, a na základe vyhodnotenia zostaviť rebríček PZS a následne ho zverejniť na verejne prístupnom mieste a svojej internetovej stránke.

K 20. aprílu 2006 jedine VŠZP zverejnila výsledky vyhodnotenia indikátorov na svojej internetovej stránke. Ostatné štyri poisťovne poskytli úradu zozbierané údaje bez definitívneho zhodnotenia. Keďže ide o prvé skúsenosti s použitím indikátorov kvality na hodnotenie PZS, v praxi sa ukázalo, že nie všetky indikátory boli vhodne zvolené na podmienky a systém súčasného zdravotníctva. Z tohto dôvodu predpokladáme, že nie je možné výsledky z roku 2005 uplatniť ako jednoznačné kritérium pre uzatváranie zmlúv s PZS, nakoľko nie všetci PZS poskytli validné informácie. Indikátory zozbierané v roku 2005 slúžia skôr ako podklad pre ďalšie analýzy, kontrolnú činnosť, a prípadne môžu poukázať na potrebu zmeny v systéme zdravotníctva v rámci konkrétneho problému.

Zabezpečenie minimálnej siete PZS

V rámci analýzy naplnenia jednotlivých normatívov týkajúcich sa minimálnej siete zdravotními poisťovňami sa potvrdili nedostatky vládneho nariadenia v praxi.

- V rámci VAS sa minimálna sieť všeobecných ambulancií určuje pre všeobecné lekárstvo ako 6,23 lekárskeho miesta na 10- tisíc obyvateľov vo veku nad 15 až 25 rokov. Všetky zdravotné poisťovne vyššie uvedený normatív spĺňajú v rámci poskytovania VAS u dospelých, u detí normatív nesplňa len Sideria, vzhľadom na vekovú štruktúru a bydlisko svojich poistencov. Nedostatkom nariadenia pri zabezpečení siete VAS je nepresná definícia, ktorá jasne nestanovuje vekovú kategóriu poistencov a navyše, zákonným ustanovením do určitej miery v rozpore s uvedeným nariadením je ZP povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým PZS, ktorý má uzatvorenú dohodu aspoň s jedným jej poistencom.
- V rámci ŠAS nariadenie stanovuje prepočet minimálnej siete ambulancií na počet obyvateľov celého Slovenska a príslušných krajov pre päťdesiat štyri medicínskych odborov. Analýza uzatvárania zmlúv v rámci minimálnej siete PZS poukázala, že najviac problémov majú ZP s naplenením siete v rámci Slovenska v odbore stomatológia a gynekológia a pôrodníctvo, kde naplenenie normatívu deklarovala len SZP.
- Naplenenie minimálnej siete pre lôžka poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v príslušných špecializačných odboroch je nemožné, nakoľko ZP nenakupujú od PZS počet lôžok, ale objem poskytnutých zdravotných výkonov alebo počet ukončených hospitalizácií.

Z vyššie uvedeného vyplýva nevyhnutnosť novelizovať nariadenie so zohľadnením reálnych potrieb poistencov, zohľadňujúc súčasné možnosti PZS, výšku a efektívnosť vynaloženia finančných nákladov so zohľadnením a zadefinovaním stupňa časovej dostupnosti jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti.

Regionálna analýza dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti

Analýza využitia VAS a ŠAS podľa okresov poukázala na niektoré rozdiely v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, nakoľko rozdiel medzi okresmi s najnižším a najvyšším priemerným počtom návštev na poistenca bol v obidvoch prípadoch takmer dvojnásobný. V okrese Brezno bolo v roku 2005 v priemere 3,19 návštev VAS na pacienta, v Partizánskom to bolo až 6,30. V Gelnici je priemerný počet návštev na

poistenca v ŠAS 5,26, kým v okrese Humenné až 8,44. Napriek tomu, že príčiny takýchto rozdielov môžu byť rôzne, je dôležité, aby zdravotné poisťovne ďalej znižovali regionálne rozdiely v dostupnosti VAS a ŠAS.

Regionálne rozdiely vo využívaní nemocničného sektoru sú ešte väčšie. Rozdiel v počte hospitalizácií na 100 poistencov medzi okresmi na rozdielnych koncoch poradia je až 3,27-násobný.

Pohľad na celkovú nákladovosť na pacienta podľa jednotlivých okresov ukazuje, že najnákladnejší pacienti sú v okresoch Bratislava, Košice a Banská Bystrica. Naopak, najmenej nákladní pacienti sú z okresov Námestovo, Kežmarok a Čadca. Najnákladnejší pacienti sa nachádzajú v mestách, v ktorých sa nachádzajú koncové nemocnice a ktoré poskytujú najširšiu ponuku zdravotných služieb. Dá sa preto predpokladať, že širšia ponuka týchto služieb generuje nadmerný dopyt.

Uskutočnila sa analýza príčin a následkov vzťahov medzi pôsobením jednotlivých zložiek zdravotnej starostlivosti (VAS, ŠAS, hospitalizácie, lieky), ich nákladovosti a vzťahu k makroekonomickej veličine (priemerná mzda, úroveň nezamestnanosti). Zistilo sa, že existuje štatisticky významná súvislosť - čím sú náklady na poistenca v jednotlivých okresoch na VAS vyššie, tým sú náklady na ŠAS nižšie. Vysvetlením môže byť skutočnosť, že fungujúca a teda relatívne nákladovejšia VAS znižuje náklady ďalších úrovni zdravotnej starostlivosti. Na základe výsledkov analýz môžeme skonštatovať, že služby VAS v nadpriemernej miere využívajú ľudia z oblastí s vyššou nezamestnanosťou. Zistilo sa aj to, že ak je v niektorom okrese viac návštev ŠAS, znamená to vyššie náklady na SVLZ, čo indikuje dopyt vyvolaný ponukou. Vzťah medzi nákladovosťou ŠAS a nezamestnanosťou je výrazne negatívny, čo znamená, že v okresoch s vyššou nezamestnanosťou sú nižšie priemerné ŠAS náklady na poistenca. Posledná dôležitá pozitívna závislosť existuje medzi ŠAS a priemernou mzdou, čo znamená, že okresy s vyššou priemernou mzdou zaznamenali vyššie priemerné náklady na ŠAS, čo potvrzuje záver o lepšej dostupnosti k ŠAS v prípade lepšej ekonomickej situácie občanov.

Dispenzárna starostlivosť

Dispenzarizácia je aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu osoby, u ktorej je predpoklad zhoršovania zdravotného stavu, jej vyšetrenie a liečba. Podľa zákona zaraďuje poistencov na dispenzarizáciu ZP na základe návrhu poskytovateľa. K 31.12.2005 bolo na Slovensku 385 225 dispenzarizovaných pacientov. Takyto počet je podhodnotený a nemožno ho pokladať za reálny. Tento nedostatok spočíva pravdepodobne v nedôslednom nahlasovaní počtom dispenzarizovaných poistencov podľa jednotlivých dispenzárnich chorôb zo strany poskytovateľov ŠAS smerom na príslušnú ZP.

Význam dispenzarizácie je v súčasnosti často spochybňovaný. V minulosti táto povinnosť zabezpečovala spoľahlivú evidenciu pacientov s chronickými ochoreniami v období, keď komputerizácia v činnosti zdravotníkov nebola rozvinutá. Preto o prehodnotení jej zmysluplnosti v súčasnosti je kompetentný rozhodnúť predovšetkým tvorca zdravotnej politiky.

Vedenie zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti

Podľa zákona je zdravotná poisťovňa povinná vytvoriť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ak nie je schopná uhrádzať neodkladnú zdravotnú starostlivosť v čase jej splatnosti.

Problematika čakacích listín je zložitou komplexnou tému spájajúcou finančný a vecný pohľad na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Vedenie čakacích listín nie je zatiaľ jednotné a v praxi prináša problémy. Zdravotné poisťovne majú vlastné metodiky na vytváranie a vedenie zoznamov, poskytovatelia poskytujú chybné a neúplné údaje. Čakacie listiny doposiaľ zostávajú jedným z prioritných problémov na riešenie. Harmonizácia tvorby a vedenia zoznamov by mala zahŕňať zavedenie pravidiel a postupov pre poskytovateľov, zdravotné poisťovne a úrad a zabezpečiť tak jednotný spôsob vedenia čakacích listín a vykazovania údajov.

V budúcnosti by sa mali vypracovať aj pravidlá smerujúce k vyhodnocovaniu čakacích listín, ich analýze a hodnotenia zdravotných poisťovní na základe čakacích listín.

Dohľad nad poskytovaním a nákupom zdravotnej starostlivosti

Úrad v rámci svojej pôsobnosti vykonáva dohľad nad zdravotnou starostlivosťou tým, že dohliada na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Tento dohľad zabezpečuje dohľadom na diaľku alebo dohľadom na mieste. V roku 2005 úrad prijal celkovo 2 039 podaní voči poskytovateľom ZS.

Úrad v zmysle objektivity, nestrannosti a odbornosti zabezpečuje k podnetom a sťažnostiam na poskytnutú zdravotnú starostlivosť odborné stanoviská konzultantov aj prostredníctvom poradných orgánov predsedu úradu, ktorými sú zbor konzultantov a odborná komisia predsedu úradu.

Platitelia poistného a poistenci

Zabezpečenie práv poistencov

Nová legislatíva po prvýkrát komplexne ukotvuje práva poistencov, ktoré vychádzajú z Európskej chartry práv pacientov a na základe ktorých bude môcť obhajovať svoje práva a nebyť len v pasívnej úlohe pacienta.

Zdravotné poisťovne od doby transformácie na akciové spoločnosti prijali, evidovali a vybavili v celkovom počte 172 podaní, ktorými boli sťažnosti, podnetы a oznamenia.

Poistenci sa domáhali predovšetkým prešetrenia postupu ZP pri určovaní výšky preddavkov na poistné ako aj prešetrenia postupu ZP pri vymáhaní dlžného poistného.

Analýza dodržiavania právnych predpisov poistencami a platiteľmi poistného

Celkový počet oznámení zdravotných poisťovní o porušení, resp. nesplnení povinností ustanovených zákonom poisťencami a platiteľmi poisťného k 31. decembru 2005 predstavoval 1 536 993 oznámení.

Až 99 % všetkých oznámení zdravotných poisťovní ohľadom platiteľov poisťného sa týkalo porušenia povinnosti vypočítať pojistné, riadne a včas platiť a odvádzat preddavky na pojistné a povinnosti vykazovať pojistné príslušnej zdravotnej poisťovni. Pritom až viac ako 3000 platiteľov porušuje povinnosť odvádzania preddavkov pravidelne.

Ukladanie pokút za porušenie povinnosti

Úrad vydáva rozhodnutia o pokutách za porušenie povinností platiteľa pojistného a pojistencu, ktoré sú ustanovené právnymi normami.

Podľa právnej úpravy platnej v roku 2005 bol úrad povinný udeľovať pojistencom a platiteľom pojistného pokuty za každé jednotlivé zistenie nesplnenia, resp. porušenia povinnosti.

Prax ukázala, že úrad z personálneho a materiálno-technického hľadiska nemohol zvládnuť takúto rozsiahlu agendu. Na základe uvedenej skutočnosti MZ SR ako predkladateľ návrhov právnych noriem novelizovalo zákon v zmysle zmeny povinnosti na možnosť uloženia pokuty pri zistení nesplnenia, resp. porušenia povinnosti ustanovenej príslušným právnym predpisom. V zmysle tejto novely úrad posúdi podľa závažnosti porušenia, resp. nesplnenia povinnosti, jeho trvania, príp. dôsledkov, v ktorých prípadoch začne správne konanie vo veci uloženia pokuty. Predmetná novela zákona nadobudla účinnosť 1. januára 2006.

Úvod

Zdravotný systém by mal poistencom zabezpečiť medicínsky účinné, nákladovo efektívne a bezpečné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, pričom z hľadiska verejných zdrojov by mal byť dlhodobo finančne udržateľný. Každý spravodlivý systém sa zakladá na štyroch pilieroch, ktorými sú:

- **Efektívnosť.** Poskytovanie takej zdravotnej starostlivosti, ktorá má za udržateľnú cenu najväčší prínos pre pacientov.
- **Rovnosť.** Rovnaká starostlivosť pre rovnakú potrebu, a taktiež ekvivalentná úhrada za ekvivalentnú náročnosť zdravotnej starostlivosti.
- **Kvalita.** Systém musí presadzovať očakávanú úroveň kvality.
- **Dostupnosť.** Spravodlivý systém neobsahuje bariéry v starostlivosti o obyvateľov.

Úlohou úradu nie je len samotné monitorovanie a kontrolovanie stavu systému, ale aj vhodné informovanie spoločnosti o výsledkoch monitoringu. Hodnotenie činnosti zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nie je ľahkou úlohou. Takéto hodnotenie využíva mnohé, občas náročné analytické metódy. Snahou úradu bolo vytvoriť dokument, ktorý čo najjednoduchšie a najprehľadnejšie charakterizuje kvalitu a účinnosť systému verejného zdravotného poistenia, a tým informuje občana o tom, akým spôsobom sú jeho peniaze vynaložené na povinné verejné zdravotné poistenie použité na nákup zdravotnej starostlivosti.

Cieľom úradu je stať sa spoľahlivým a dôveryhodným orgánom, ktorý má jasne stanovené priority, princípy a ciele, a to dlhodobo platné napriek meniacemu sa politickému prostrediu.

Tento dokument analyzuje pozitívne aspekty, a taktiež nedostatky v súčasnom systéme a načrtáva možnosti a smer, ktorým by sa mal uberať v záujme jeho zlepšenia, aby v súlade so zámerom reformy predstavoval väčšie stimuly pre efektívnosť, kvalitu a spokojnosť účastníkov VZP.

Dokument má štyri kapitoly. Prvá kapitola detailne opisuje systém verejného zdravotného poistenia na Slovensku a prostredie, ktoré ho ovplyvňuje. V druhej kapitole sa nachádza hodnotenie vykonávania verejného zdravotného poistenia z hľadiska nákladovej efektívnosti, hospodárenia poisťovní a plnenia rôznych povinností. Tretia kapitola analyzuje poskytovateľov z hľadiska množstva a kvality poskytovaných služieb, a takisto plnenia povinností. Štvrtá kapitola hodnotí platiteľov poistného a poistencov.

1 Systém verejného zdravotného poistenia na Slovensku

1.1 Legislatívne, regulačné a makroekonomické prostredie

1.1.1 Legislatívne prostredie

V septembri a v októbri 2004 parlament schválil šesticu nových reformných zdravotníckych zákonov. Cieľom reformy bolo vytvoriť také pravidlá v systéme, ktoré by zabezpečili pre každého poistencu rovnakú zdravotnú starostlivosť na rovnakú potrebu bez ohľadu na jeho schopnosť platiť a súčasne, aby tieto pravidlá motivovali poistencu k starostlivosti o jeho vlastné zdravie. Výsledkom má byť taký systém, kde alokácia limitovaných zdrojov maximalizuje výstupy a vytvára „verejne pridanú hodnotu“.

Rok 2005 bol rokom implementácie reformných právnych predpisov. Nasledujúca tabuľka prináša prehľad právnych noriem, ktoré najzásadnejším spôsobom ovplyvnili systém verejného zdravotného poistenia.

Tabuľka č. 1 Legislatíva ovplyvňujúca systém verejného zdravotného poistenia

Číslo právneho predpisu	Názov právneho predpisu	Účinnosť od
576/2004	Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 576/2004“)	1.1.2005
	Nariadenie vlády č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov	1.1.2005
577/2004	Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zákon č. 577/2004 Z. z.“)	1.1.2005
	Nariadenie vlády č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistencu za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti	1.1.2005
	Nariadenie vlády č. 777/2004 Z.z, ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia	1.1.2005
	Opatrenie MZ SR č. OPD0304-24679/2004-SL, ktorým sa vydáva zoznam dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia	1.1.2005
	Opatrenie MZ SR č. OPL0604-24179/2004-SL, ktorým sa vydáva zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia	1.1.2005
	Opatrenie MZ SR č. OPP0404-23785/2004-SL, ktorým sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia	1.1.2005
578/2004	Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 578/2004“)	1.11.2004, 1.1.2005, 1.1.2007

	Nariadenie vlády č. 751/2004 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	1.1.2005
579/2004	Zákon o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 579/2004“)	1.1.2005
580/2004	Zákon o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poistovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z. z.) (ďalej len „zákon č. 580/2004“)	1.1.2005
	Výnos MZ SR č. 25915/2004-SL o podrobnostiach o prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie.	1.1.2005
581/2004	Zákon o zdravotných poistovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 581/2004“)	1.11.2004, 1.1.2005, 1.1.2006
	Opatrenie MZ SR č. 07045/2003-OAP, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (tzv. "cenový výmer")	
	Vyhláška MZ SR č. 161/2006, ktorou sa ustanovuje rozsah a výška tvorby technických rezerv a opravných položiek k pohľadávkam, ktoré je možné zahrnúť do daňových výdavkov zdravotných poistovní	

Zdroj: MZ SR

1.1.1.1 Zdravotné poistenie

Systém povinného zdravotného poistenia si aj naďalej zachováva svoj solidárny charakter, na základe ktorého má každý poistenec nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti a jej úhradu bez ohľadu na jeho schopnosť platiť. Rozsah tejto zdravotnej starostlivosti určuje zákon č.577/2004 Z. z..

Zdravotné poistenie sa rozčlenilo na povinné - verejné zdravotné poistenie a nepovinné - individuálne zdravotné poistenie. Na základe verejného zdravotného poistenia má občan nárok na zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rozsahu stanovenom zákonom. Vzhľadom na skutočnosť, že doteraz nie je presne definovaná výška spoluúčasti poistencu na liečbe, individuálne zdravotné poistenie nie je v praxi zatiaľ rozšírené.

Percentuálna sadzba poistného sa nezmenila pre ekonomicky aktívnych poistencov (14 %), ale zmenila sa pre poistencov, za ktorých platí zdravotné poistenie štát - z tzv. „zvyškového hospodárenia“ na systém napojený na reálny vývoj ekonomiky ako 4 % z priemernej mzdy dosiahnutej v hospodárstve v roku, ktorý dva roky predchádza rozhodujúcemu obdobiu. Prikročilo sa k zmene hraníc ročného minimálneho (12-násobok minimálnej mzdy) a maximálneho vymeriavacieho základu (36-násobok priemernej mzdy). Obidvoma krokmi došlo k navýšeniu zdrojov do systému, ale súčasne k zníženiu úrovne solidarity v systéme.

¹ finančné prostriedky, ktoré platil štát boli určené jednou sumou, ktorá sa až následne rozpočítala medzi poistencov štátu.

Novinkou v systéme verejného zdravotného poistenia je ročné zúčtovanie poistného a jeho účelom je zabezpečiť odvod poistného zo všetkých príjmov platiteľa v rámci roka pri rešpektovaní maximálneho vymeriavacieho základu.

Zmenil sa i systém prerozdeľovania poistného na verejné zdravotné poistenie, či už výškou percenta prerozdelenia (z 85 % zaplateného poistného okrem poistného, ktoré platí štát na 85,5 % predpísaného poistného) alebo spôsobom dohľadu a vzájomného vysporiadania záväzkov a pohľadávok z prerozdelenia medzi zdravotnými poisťovňami.

1.1.1.2 Rozsah zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia

Reformná legislatíva zadefinovala základný balík služieb nárokovateľný každým občanom na základe povinného verejného zdravotného poistenia a vytvorila priestor na určenie rozsahu zdravotnej starostlivosti, pri ktorej bude definovaná spoluúčasť na základe priorit stanovených štátom. Tento krok je výrazným posunom od širokého balíka hradených služieb. Vzhľadom na dlhodobý proces stanovenia štandardných diagnostických a terapeutických postupov liečby, ktoré sú predpokladom na určenie výšky spoluúčasti, sa v roku 2005 ešte efekt zúženého rozsahu neprejavil. Očakáva sa však, že v budúcnosti sa stane významným regulátorom nákladov v zdravotníctve.

1.1.1.3 Zdravotné poisťovne

Trh zdravotných poisťovní si zachoval svoju pluralitu. V priebehu roku 2005 sa doterajšie zdravotné poisťovne transformovali na akciové spoločnosti a zároveň vznikla jedna nová zdravotná poisťovňa.

Zmena na akciové spoločnosti s transparentnými vlastníckymi aj manažérskymi vzťahmi, štandardným účtovníctvom a externým auditom má viesť k vyšej zodpovednosti zdravotných poisťovní voči vlastníkom, podnikateľskému prostrediu i svojim poistencom.

Zdravotné poisťovne tak začali hospodáriť v podmienkach trhu, kde majú možnosť tvorby a ponechania zisku², ale na druhej strane sa podieľajú na úhrade straty. V takomto trhovom prostredí by mali zdravotné poisťovne pri určitej regulácii štátu uplatňovať i ekonomické princípy fungovania, ktorými bude najmä vnútorná efektivita procesov a efektívny nákup zdravotnej starostlivosti³.

² ponechať zisk si zdravotné poisťovne môžu jedine, ak žiaden ich poistenc nečaká na poskytnutie odkadnej zdravotnej starostlivosti (tj. ak nemajú čakacie listiny) - §6 zákona č. 581/2004 Z. z.

³ povinné uzatváranie zmlúv v rámci verejnej minimálnej siete a nepovinné uzatváranie zmlúv v rámci verejnej siete, s takými poskytovateľmi, pre ktorých sa zdravotná poisťovňa rozhodne, pri dodržaní pravidiel zákona - napokolko na trhu je vysoká ponuka poskytovateľov (najmä v niektorých segmentoch)

1.1.1.4 Dohľad

Na zabezpečenie dohľadu nad verejným zdravotným poistením a poskytovaním zdravotnej starostlivosti bol zriadený nezávislý úrad, ktorý na seba prevzal množstvo kompetencií MZ SR.

Úrad dohliada nad dodržiavaním právnych predpisov zdravotnými poisťovňami a správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Činnosť úradu za rok 2005 je podrobne spracovaná v správe o činnosti úradu.

1.1.1.5 Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti

V súlade s § 91 ods. 3 zákona č. 578/2004 musí MZ SR zabezpečiť do konca roku 2006 transformáciu 21 zdravotníckych zariadení, ktoré sú v jeho zriaďovateľskej pôsobnosti na akciové spoločnosti alebo neziskové organizácie. V priebehu roku 2005 sa začal proces transformácie založením prvých akciových spoločností s predpokladaným dátumom vzniku až v roku 2006.

Tabuľka č. 2 Transformovaní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti

	Názov zdravotníckeho zariadenia	Dátum založenia a. s.	Predpokladaný dátum vzniku a. s. *	Dátum vzniku
1	Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, Bratislava	1.11.2005	1.1.2006	1.1.2006
2	Stredoslovenský ústav srdcovo a cievnych chorôb Banská Bystrica	1.11.2005	1.1.2006	1.1.2006
3	Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb Košice	1.11.2005	1.1.2006	1.1.2006
4	Nemocnica s poliklinikou Poprad	15.12.2005	1.2.2006	20.2.2006
5	Nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	15.12.2005	1.2.2006	
6	Martinská nemocnica Martin	15.12.2005	1.2.2006	
7	Východoslovenský onkologický ústav Košice	15.12.2005	1.2.2006	20.2.2006

* akciová spoločnosť vznikne po schválení vládou a zápisom do Obchodného registra

Zdroj: MZ SR

Zadefinovala sa minimálna sieť poskytovateľov, ako usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území príslušného samosprávneho kraja alebo na území príslušného okresu v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť. Kým podľa dovtedajšej legislatívy zaradovalo poskytovateľov do siete MZ SR a zdravotná poisťovňa bola povinná uzatvoriť s každým zaradeným poskytovateľom zmluvu o úhrade poskytnutej zdravotnej starostlivosti, teraz MZ SR iba definuje minimálne počty pracovných miest a lôžok, pričom výber konkrétnych poskytovateľov sa riadi jednak zákonom, jednak rozhodnutím poisťovne. Zdravotné poisťovne majú povinnosť uzatvárať zmluvy a poskytovať zdravotnej starostlivosti so všetkými poskytovateľmi všeobecnej

ambulantnej zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a s každým poskytovateľom záchrannej zdravotnej služby.

Významnými zmenami prešla záchranná zdravotná služba, ktorá má vyhláškou pevne určenú sieť poskytovateľov založenú na kritériu časovej dostupnosti. Týmto sa zvýšil počet poskytovateľov ZZS, čo spôsobilo i významný nárast toku financií do tohto segmentu. Posilnenie zabezpečenia neodkladnej zdravotnej starostlivosti smeruje k zvýšeniu kvality zdravotnej starostlivosti.

1.1.1.6 Regulačné prostredie

Vzhľadom na to, že systém verejného zdravotného poistenia funguje v nových podmienkach, je potrebné, aby aj ďalej existoval určitý regulačný rámec stanovený štátom, ktorý zabezpečí „pravidlá hry“ v systéme, a ktorý musia všetci účastníci trhu rešpektovať. Ide o tzv. „riadenú konkurenciu“, ktorá prebieha za zákonom stanovených podmienok.

Niekteré typy regulácie uvádzajú tabuľka:

Tabuľka č. 3 Typy regulácie

Typ regulácie	Prostriedok regulácie	Cieľ regulácie
Cenová regulácia	maximálne a pevné ceny pri určitých zdravotných výkonoch, výška doplatku pacienta pri liekoch, výška poplatku za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti	finančná ochrana pacienta, regulácia spotreby, štátna zdravotná politika
Regulácia použitia zisku	obmedzenie použitia zisku v prípade, ak má zdravotná poisťovňa poistencov na čakacích listinách	ochrana pacienta a verejných zdrojov
Regulácia vstupu poskytovateľov na trh	definovanie základných podmienok získania povolenia alebo licencie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti	zabezpečiť kvalitnú a bezpečnú zdravotnú starostlivosť a zdravé konkurenčné prostredie
Regulácia minimálneho počtu poskytovateľov na trhu	stanovenie minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a pevnej siete poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby	zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti
Regulácia podmienok zotrvenia niektorých hráčov na trhu	audit účtovných závierok zdravotných poisťovní a štátnych poskytovateľov	prehľadnosť hospodárenia s verejnými zdrojmi

Zdroj: MZ SR

1.1.2 Účastníci systému verejného zdravotného poistenia a vzťahy medzi nimi

Účastníkmi systému verejného zdravotného poistenia sú poistenci, platitelia poistného, zdravotné poisťovne a poskytovatelia. Úrad a štát reprezentovaný MZ SR a orgány vykonávajúce prenesený výkon štátnej správy plnia zákonom definované úlohy.

- Vzťahy medzi zdravotnou poistovňou a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

Zdravotná poistovňa je povinná uzatvárať s poskytovateľmi zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti minimálne v rozsahu minimálnej verejnej siete. Uhrádza poskytovateľom úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Vykonáva kontrolnú činnosť, analyzuje predpisovanie liekov, stanovuje a uverejňuje kritériá na uzatváranie zmlúv. Zaraďuje poistencov na dispenzarizáciu a do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Môže sa podieľať na financovaní ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a obstaráť lieky alebo zdravotníckej pomôcky.

- Vzťahy medzi zdravotnou poistovňou, poistencami a platiteľmi poistného

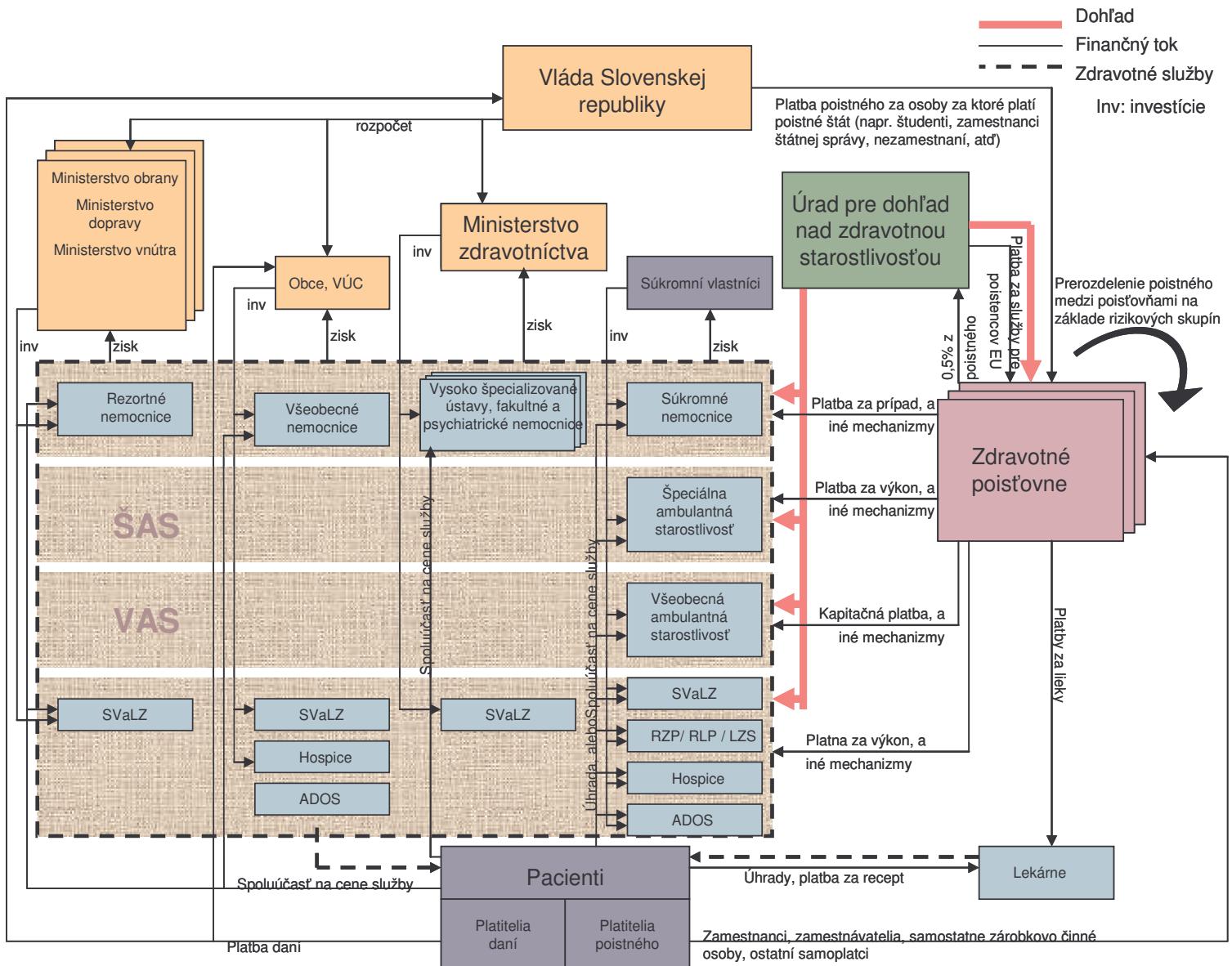
Zdravotná poistovňa zabezpečuje zdravotnú starostlivosť, vyberá prostriedky na verejné zdravotné poistenie, prijíma a potvrduje prihlášky, vydáva preukazy poistencov. Vykonáva poradenskú činnosť pre poistencov a platiteľov poistného. Vymáha pohľadávky na poistnom a úroky z omeškania, ako i pohľadávky za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

- Úloha MZ SR vo vzťahu k účastníkom systému zdravotnej starostlivosti

Úlohou MZ SR je byť tvorcom zdravotnej politiky štátu.

- Úloha ÚDZS vo vzťahu k účastníkom systému zdravotnej starostlivosti

ÚDZS prerozdeľuje poistné v zmysle zákona, dohliada na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ukladá sankcie, návrhy na uloženie sankcií a opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov. Vykonáva dohľad nad zdravotnými poistovňami, platiteľmi poistného, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a poistencami. Vydáva platobné výmery voči platiteľom poistného a zdravotným poistovniám, stanovuje spôsob a formu vykazovania poistného. Vedie centrálny register poistencov, zoznam platiteľov poistného, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, kódov lekárov a poskytovateľov. Vedie register podaných prihlášok a vydáva vestník úradu. Vydáva povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia. Predkladá vláde správu o činnosti za obdobie predchádzajúceho roka, správu o hospodárení za I. polrok, výročnú správu o hospodárení, rozpočet úradu a správu o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za predchádzajúci rok. Poskytuje zdravotným poistovniám informácie, pripomienkuje všeobecne záväzné právne predpisy a plní záväzky štátu vyplývajúce z medzinárodných zmlúv.



1.1.3 Makroekonomické prostredie

Zdroje zdravotného systému sú závislé od vývoja ekonomiky krajiny a politických rozhodnutí. Vzhľadom na obmedzenosť zdrojov je potrebné snažiť sa o ich maximálne využitie (utilizáciu), a to nastavením takých pravidiel systému, ktoré budú prinášať účinnú a nákladovo efektívnu liečbu pacientov.

Úlohou tejto podkapitoly nie je komentár k makroekonomickej situácii na Slovensku – jeho cieľom je analýza vývoja makroekonomických ukazovateľov relevantných pre zdravotníctvo. Nie všetky zložky vývoja ekonomiky sú pre financovanie zdravotníctva významné v rovnakej miere – medzi najdôležitejšie patria trendy v oblasti zamestnanosti, miezd, cien a rastu agregátneho HDP⁴.

Veľká časť zdrojov zdravotníctva pozostáva z verejného zdravotného poistenia. Ostatné zdroje (napr. kapitálové investície z MZ SR a iných ministerstiev, prípadne mimosystémové subvencie a oddlžovanie) by sa mali postupne prestať využívať,⁵ prípadne by mal ich význam poklesnúť.

Hoci je zdravotná starostlosť aj u nás najväčším sektorom služieb, súkromné zdroje tvoria menej ako 20 % celkových zdrojov.

Tabuľka č. 4 Vývoj makroekonomických indikátorov relevantných pre financovanie zdravotného systému

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nominálny HDP (mld. Sk)	1 201	1 325	1 440	1 574	1 703	1 822	1 947
Reálny rast HDP (%)	4,46	5,50	6,02	5,82	6,42	5,36	5,07
Inflacia – index velkoobchodných cien	108,3	103,4	104,8	104,9	101,5	101,5	101,7
Počet zamestnaných (tis.)	2 165	2 170	2 216	2 241	2 263	2 282	2 301
Priemerná mzda (Sk)	14 365	15 825	17 274	18 518	19 634	20 818	22 109
Rast priemerných miezd (%)	6,3	10,2	9,2	7,2	6,0	6,0	6,2
Minimálna mzda (Sk)	6 080	6 500	6 900	-	-	-	-
Mzdová báza ⁶	349,1	385,6	428,3	464,1	497,1	531,5	569,2
Rast mzdovej bázy (%)	7,2	10,5	11,1	8,4	7,1	6,9	7,1
Suma miezd ako % HDP	29,1	29,1	29,7	29,5	29,2	29,2	29,2

Zdroj: MF SR

Výraznejší prírastok zaznamenali mzdy, najmä v nominálnom vyjadrení. Celková suma miezd, ktorá priamo determinuje objem prostriedkov plynúcich do zdravotníctva,

⁴ Približne v uvedenom poradí.

⁵ Čo bude mať negatívny dopad na príjmy systému, ako je analyzované v ďalšom texte.

⁶ Suma miezd v ekonomike. Jej rast závisí od rastu miezd a zamestnanosti.

narásťa o 17,3 %. Je však potrebné uviesť, že podiel miezd na celkovom HDP sa prakticky nezmenil (a podľa prognóz sa výraznejšie nezmení ani v budúcnosti), ekonomický rast teda nebude prispievať k relatívnomu nárastu zdrojov v zdravotníctve.

Príjmy systému sú sumarizované v tabuľke 5. Vo všetkých sledovaných rokoch bolo možné sledovať nominálny nárast zdrojov v zdravotníctve, hoci ich štruktúra sa do značnej miery menila (najmä zvýšením významu súkromných zdrojov voči verejným).

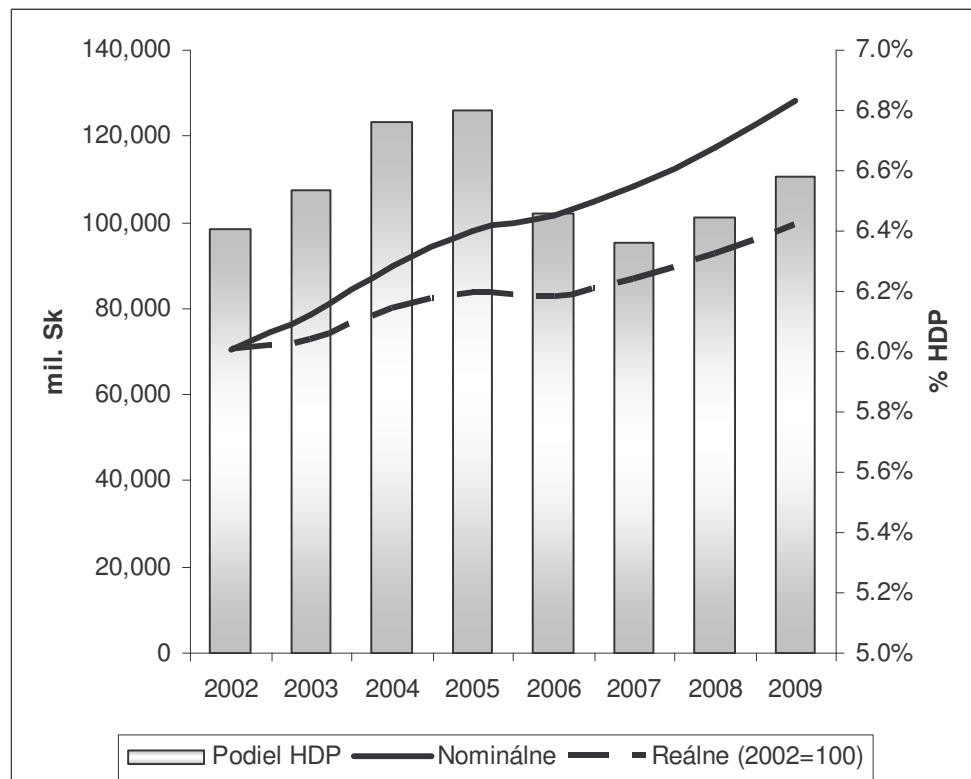
Tabuľka č. 5 Príjmy systému zdravotníctva podľa kategórií

<i>mil. Sk</i>	2003	2004	2005	2006 odhad
Príjmy	76 589	89 451	97 651	100 534
Poistný systém (výber poistného)	58 177	61 725	71 248	78 343
Ekonomicky aktívni	40 760	43 209	50 141	54 616
Príspevok vlády (+ Národný úrad práce a Sociálna Poisťovňa)	17 176	18 238	20 857	23 407
Iné príjmy	241	278	250	320
Ostatné verejné zdroje	10 163	12 949	10 113	3 300
MZ SR, iné ministerstvá, jednorázové príjmi	4 823	4 916	4 208	3 300
Veritel ^l , a. s.	5 340	8 033	5 905	
Súkromné zdroje	8 249	14 777	16 290	18 891

Zdroj: MF SR, MZ SR, analýza Sanigestu

Už spomínaný nominálny nárast zdrojov v zdravotníctve nemusí automaticky znamenať vyššie reálne financovanie zdravotníctva. Aby ho bolo možné zhodnotiť, je potrebné nárast očistiť o vplyv inflácie. Aj v takomto vyjadrení objem prostriedkov rástol v každom z uvedených rokov, okrem roku 2006, kedy zostane reálny objem prostriedkov v zdravotníctve približne na úrovni predchádzajúceho roka.

Graf č. 1 Vývoj ukazovateľov príjmov



Zdroj: MF SR, analýza Sanigestu

Suma reálnych príjmov do zdravotníctva je prepočítaná na úroveň cien roku 2002. Podiel zdravotníctva na HDP, ktorý predstavuje základný analytický ukazovateľ relatívnej úrovne financovania zdravotníctva, má tendenciu sa s hospodárskym rastom zvyšovať. Znamená to, že zdroje určené na zdravotníctvo narastajú nielen v absolútном, ale aj relatívnom vyjadrení. Tento trend, hoci nie veľmi stabilný, bolo možné pozorovať aj na Slovensku – podiel výdavkov na zdravotníctvo sa zvýšil v rokoch 2003 až 2005 zo 6,4 % na 6,8 % HDP. Zmena nastane pravdepodobne až v roku 2006, kedy kvôli zníženiu kapitálových výdavkov štátneho rozpočtu a ukončeniu činnosti spoločnosti Veriteľ a. s. dôjde k poklesu podielu zdrojov financovania zdravotníctva na HDP až na úroveň 6,5 % HDP.

Výdavky na zdravotnú starostlivosť tvoria na Slovensku o niečo viac ako 6,7 % HDP, čo predstavuje cca 18 000 Sk na jedného obyvateľa ročne (910 EUR v parite kúpnej sily). Podielom na HDP tak zaostávame nielen za priemerom krajín OECD, ale aj za hodnotou predpovedanou pomocou regresie (na základe HDP na obyvateľa)⁷.

Oproti minulosti výrazne pokleslo deficitné financovanie, čo je možné povaľať za pozitívnu tendenciu. V období uplynulých troch rokov sa relevantné makroekonomickej veličiny – azda s výnimkou spotrebiteľských cien – vyvíjali priaznivo.

⁷ Viď analýzu v nasledujúcom texte.

Určiť optimálnu výšku výdavkov na zdravotníctvo je v prvom rade politickým rozhodnutím (je však potrebné pripomenúť, že systém by mal byť finančne vyrovnaný z krátkodobého aj dlhodobého hľadiska, t. j. výdavky musia vychádzať z príjmov). Hoci je objem týchto výdavkov v krajinách OECD veľmi variabilný, existuje všeobecný trend zvyšovania ich absolútneho objemu aj relatívneho podielu na HDP v súvislosti s hospodárskym rastom. Na základe regresnej analýzy je možné predpokladať, že v horizonte niekoľkých rokov by sa optimálny objem prostriedkov na Slovensku – v súlade s úrovňou HDP per capita – mohol pohybovať okolo 7 % HDP. Hoci je v súčasnosti o niečo nižší, táto medzera nie je neprekonateľná.

Tabuľka č. 6 Optimálny objem zdrojov v zdravotníctve na základe medzinárodného porovnania a regresnej analýzy

Slovensko odhad	2003	2004	2005	2006
HDP p.c. PKS rast	4,3 %	3,8 %	5,0 %	2,7 %
HDP p.c. USD PKS v cenach roku 2003	13 165	13 662	14 343	14 730
Príjmy ako podiel na HDP	6,7 %	6,8 %	6,9 %	6,9 %
HDP v nominálnom vyjadrení (v mld. Sk)	1 201	1 325	1 440	1 574
Optimálne zdroje odhadnuté na základe regresie v mld Sk	80,4	89,6	98,6	108,7
Aktuálne/Projektované príjmy	78,5	89,7	97,9	101,6
Medzera vo financovaní	-1,9	0,1	-0,8	-7,1
Medzera vo financovaní ako % HDP	0,15 %	-0,01 %	0,05 %	0,45 %

Zdroj: OECD, analýza Sanigestu

Regresná analýza a príjmy a výdavky zdravotníctva

Regresná analýza je jednou z najpoužívanejších štatistických metód. Kvantifikuje závislosť jednej – závislej, vysvetľovanej premennej od iných premenných. Takáto analýza umožňuje odhad vplyvu niekoľkých ukazovateľov na skúmanú premennú, ako aj určenie významu náhodných faktorov.

Prehľad relevantných analýz zdravotníckych výdavkov sa nachádza v Gerdtham a Jonsson, 2000. Podľa zistení väčšiny autorov sú významnými determinantami relatívnej veľkosti zdravotníctva nesúvisiacimi s organizáciou zdravotníckeho systému úroveň HDP per capita, ako aj prevalencia fajčenia v populácii (ktorú je možné chápať ako súhrnnú premennú nezdravého životného štýlu). Naopak, podiel populácie staršej ako 65 rokov sa neukázal ako významný.

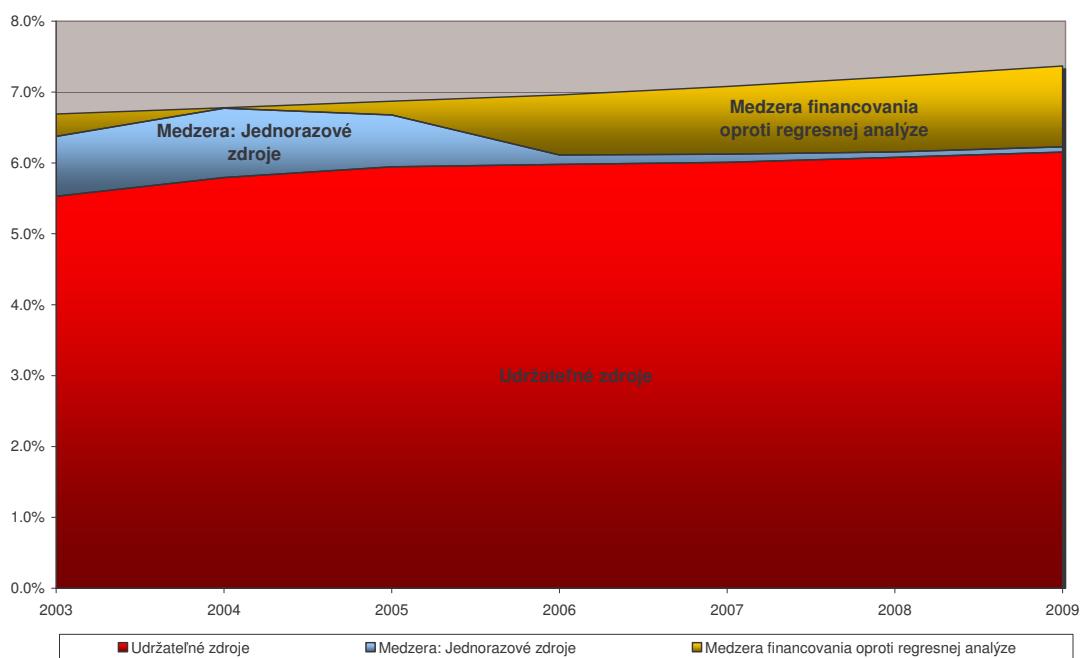
Z grafu 2 je zrejmé, že objem finančných prostriedkov určených na zdravotníctvo sa v období rokov 2004 a 2005 pohyboval v blízkosti vtedy optimálnej úrovne⁸. Tento pozitívny stav však neboli dosiahnutý pomocou udržateľných zdrojov financií, ale arbitrárnymi kapitálovými výdavkami štátu a jednorazovým oddlžovaním spoločnosťou Veriteľ a. s. .

⁸ Samozrejme, je diskutabilné, nakoľko hodnota predstavuje „optimálnu“ a nakoľko len „priemernú“ úroveň. Akademická literatúra je v tejto otázke relatívne zdržanlivá a neodporúča vyvodzovanie preskriptívnych dôsledkov. Naopak, v aplikovanej literatúre je takéto porovnanie relatívne bežné.

Už v roku 2006 bude možné pozorovať relatívny pokles objemu zdrojov, pričom v súvislosti s hospodárskym rastom a relatívne stabilným podielom miezd na HDP sa bude pravdepodobne tento výpadok – v prípade absencie legislatívnych zmien (napr. zvýšenie odvodu štátu za svojich poistencov) – považovať za trvalý.

Poslednou tendenciou, na ktorú považujeme za potrebné poukázať, je nárast podielu súkromných zdrojov na celkovom financovaní zdravotníctva. Tento vývoj, úzko súvisiaci s reformou, do značnej miery kompenzoval nižší rast verejného financovania v období rokov 2003 a 2004, pričom je možné predpokladať, že tempo rastu súkromných výdavkov prevýši tempo rastu HDP.

Graf č. 2. Relatívny podiel (% HDP) zdrojov financovania zdravotníctva



Zdroj: MF SR, MZ SR, analýza Sanigestu

Na základe analýzy považujeme za potrebné upozorniť na nasledujúce skutočnosti:

- Zdravý a udržateľný makroekonomický vývoj v uplynulom období zabezpečil nominálny aj o infláciu očistený nárast udržateľných verejných zdrojov financovania. Podobný vývoj je možné očakávať aj v budúcom období.
- V súvislosti s reformou výrazne vzrástol objem súkromných zdrojov v zdravotníctve. Tento nárast bude pokračovať aj keď trend bude menej výrazný.

- Jednorázové a arbitrárne zdroje – predovšetkým Veritel', a. s. a kapitálové výdavky štátneho rozpočtu – predstavovali v uplynulom období dôležité zdroje financovania pričom v budúcich rokoch výrazne poklesnú. Tento výpadok bude len čiastočne kompenzovaný nárastom udržateľných príjmov či už verejných alebo súkromných.
- **Na základe analýz sa zdá pravdepodobné, že v najbližších rokoch vznikne v systéme zdravotníctva medzera financovania, ktorú by bolo vhodné pokryť zvýšením udržateľných verejných alebo súkromných zdrojov.**

1.2 Plnenie nariadení Rady EHS v systéme verejného zdravotného poistenia

Vstupom Slovenska do EÚ dňom 1. 5. 2004 začali účastníci slovenského systému verejného zdravotného poistenia popri národnej legislatíve uplatňovať aj legislatívnu EÚ - nariadenie Rady EHS č. 1408/71 a nariadenie Rady EHS č. 574/72 , ktoré ustanovujú koordináciu systémov sociálneho zabezpečenia pre zamestnancov, samostatne zárobkovo činné osoby a ich rodinných príslušníkov a sú nadradené národnej legislatíve.

K zásadným zmenám, ktoré priniesol vstup do EÚ pre systém verejného zdravotného poistenia na Slovensku patrí:

- rozšírenie osobného rozsahu verejného zdravotného poistenia o osoby, ktorým vzniká nárok na vecné dávky na základe nariadenia Rady EHS č. 1408/71, ktoré je spojené s povinnosťou štátu platiť poistné na zdravotné poistenie za nezaopatrených rodinných príslušníkov nositeľa poistenia,
- existenciu platiteľov poistného na zdravotné poistenie na Slovensku v iných členských štátoch EÚ a rovnako platenie poistného platiteľmi poistného so sídlom na Slovensku podľa miesta výkonu práce alebo pri súbehu pracovných činností do iných členských štátov EÚ,
- rozšírenie vecného rozsahu zdravotnej starostlivosti čerpanej poistencami verejného zdravotného poistenia na Slovensku vo verejnom systéme členských štátov EÚ a hradenej zo slovenského verejného zdravotného poistenia v cenách platných v štáte čerpania zdravotnej starostlivosti,
- povinnosť zmluvných poskytovateľov na Slovensku poskytnúť zdravotnú starostlivosť poistencom z iných členských štátov EÚ za rovnakých podmienok ako slovenským poistencom a povinnosť zdravotných poistovní uhradiť náklady týmto poskytovateľom v zmysle platných zmluvných podmienok a následná refundácia nákladov cestou styčných orgánov pre vecné dávky od príslušných inštitúcií v iných členských štátoch EÚ,
- možnosť poistencu verejného zdravotného poistenia požiadať o preplatenie nákladov za zdravotnú starostlivosť čerpanú v inom členskom štáte EÚ a zaplatenú v hotovosti do výšky sadzieb platných v rámci verejného systému štátu čerpania zdravotnej starostlivosti.

Legislatíva EÚ garantuje poistencom systému verejného zdravotného poistenia na Slovensku nárok na zdravotnú starostlivosť (vecné dávky) pri pobytu alebo bydlisku

v inom členskom štáte EÚ, pričom tieto vecné dávky musia byť poskytované v rámci verejného systému iného členského štátu EÚ. Vecné dávky sa poskytujú na ťačhu slovenských zdravotných poisťovní.

Osobitnú skupinu tvoria vecné dávky so súhlasmom zdravotnej poisťovne, kde ide o plánované čerpanie zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte EÚ.

Úlohy styčného orgánu pre vecné dávky a zároveň refundáciu nákladov za poskytnuté vecné dávky plní úrad.

Migračné toky počas roku 2005 potvrdili doterajšie vývojové trendy migrácie zo Slovenska do EÚ, ktorá bola z finančného hľadiska významnejšia ako migrácia z EÚ na Slovensko.

Z finančného hľadiska patrili k najväčším veriteľom Slovenska Česká republika – 62,3 %, Rakúsko – 23 % a Slovinsko – 4,9 % celkových nákladov. Na druhej strane najvýznamnejšími dlžníkmi Slovenska boli susedné štáty Česká republika – 57,9 %, Maďarsko – 24,8 %, Rakúsko – 9,9 % z celkových nákladov, do ktorých migrovali za prácou osoby s bydliskom na Slovensku.

Tabuľka č. 7 Počty prípadov čerpania vecných dávok a výška nákladov

	VŠZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	Spolu
Počet prípadov čerpania vecných dávok v EÚ poistencami Slovenska v roku 2005	4 792	770	575	458	540	7 135
Uplatnená výška nákladov - predpis záväzkov SR voči EÚ v roku 2005 (v tis. Sk)	82 090	15 939	8 779	10 562	12 321	129 691
Priemerný náklad na prípad (v tis. Sk)	17,1	20,7	15,3	23,1	22,8	18,2

	VŠZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	Spolu
Počet prípadov čerpania vecných dávok na Slovensku poistencami EÚ v roku 2005	10 454	2 080	5 742	4 057	4 633	26 966
Uplatnená výška nákladov - predpis pohľadávok SR voči EÚ v roku 2005 (v tis. Sk)	25 552	4 639	7 241	8 775	8 276	54 483
Priemerný náklad na prípad (v tis. Sk)	2,4	2,2	1,3	2,2	1,8	2,0

Zdroj: úrad

2 Zdravotné poistenie

2.1 Transformácia zdravotných poistovní na akciové spoločnosti, vznik nových zdravotných poistovní

Zdravotné poistovne prešli v roku 2005 transformáciou svojej právnej formy na akciové spoločnosti.

Transformácia prebehla v súlade s postupom uvedeným v zákone č. 581/2004 Z. z., v rámci ktorého bol zakladateľ akciovéj spoločnosti povinný podať na úrad žiadosť o vydanie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia. Žiadosť musela byť doložená všetkými potrebnými dokladmi, vrátane transformačného projektu, ktorého vypracovanie schválilo zhromaždenie zriaďovateľov zdravotnej poistovne, ktorá vznikla podľa dovtedajších predpisov. Základné imanie zdravotnej poistovne musí byť najmenej 100 miliónov Sk a rezervný fond pri jej vzniku musí byť 10 % z hodnoty jej základného imania, najmenej však 10 miliónov Sk. Zdravotná poistovňa musí preukázať, že základné imanie a ďalšie finančné zdroje pochádzajú z legálnych príjmov, a budúca zdravotná poistovňa spĺňa predpoklady na riadne vykonávanie verejného zdravotného poistenia.

Úrad v roku 2005 na základe splnenia zákonom stanovených podmienok vydal povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia všetkým piatim doterajším zdravotným poistovniám.

Tabuľka č. 8 Údaje o transformovaných zdravotných poistovniach

Názov zdravotnej poistovne pred transformáciou	Dátum, ku ktorému sa zdravotná poistovňa transformovala na akciovú spoločnosť	Základné imanie v tis. Sk	Obchodné meno zdravotnej poistovne po transformácii	Nový kód zdravotnej poistovne
Spoločná zdravotná poistovňa	1.6.2005	446 499	Spoločná zdravotná poistovňa, a. s.	21
Všeobecná zdravotná poistovňa	1.7.2005	1 980 000	Všeobecná zdravotná poistovňa, a. s.	25
Chemická zdravotná poistovňa Apollo	1.9.2005	136 196	APOLLO zdravotná poistovňa, a. s.	24
Vzájomná zdravotná poistovňa Dôvera	1.10.2005	100 000	DÔVERA zdravotná poistovňa, a.s	23
SIDERIA-ISTOTA, združená zdravotná poistovňa	1.10.2005	100 000	SIDERIA zdravotná poistovňa, a. s.	22

Zdroj: úrad

Na základe novovytvorených podmienok sa trh zdravotného poistenia na Slovensku začína postupne rozvíjať, čoho dôkazom je vzrastajúci záujem o vydanie povolenia na verejné zdravotné poistenie.

Na základe žiadosti spoločnosti J&T FINANCE GROUP, a. s. vydal úrad 9. augusta 2005 povolenie na vykonávanie verejného zdravotného poistenia pre Európsku zdravotnú poisťovňu. V druhom polroku 2005 boli na úrad doručené ďalšie dve žiadosti o vydanie povolenia. Posúdenie týchto žiadostí je predmetom konaní až v roku 2006.

2.1.1 Rozdelenie poistného trhu

K 31.12.2005 pôsobilo na Slovensku šesť zdravotných poisťovní, z ktorých Európska zdravotná poisťovňa, a. s. , nemala vo svojom poistnom kmeni žiadneho poistenca. Najväčší podiel na trhu si aj nadálej udržiava VŠZP. Podrobnyý prehľad o rozdelení poistného trhu uvádzajúca tabuľka

Tabuľka č. 9 Počet poistencov a ich percentuálne zastúpenie v jednotlivých krajoch, stav k 31.12.2005

	VŠZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	
Kraj						Spolu
BA	359 758	144 104	61 502	51 958	552	617 874
BB	394 768	78 622	29 369	40 171	85 382	628 312
KE	370 440	139 406	38 820	74 478	136 319	759 463
NR	435 959	50 967	86 694	83 421	25 696	682 737
PO	526 752	73 828	31 187	32 136	105 181	769 084
TT	399 031	46 305	62 662	15 892	10 738	534 628
TN	420 857	49 695	94 771	16 359	6 090	587 772
ZA	470 021	99 547	60 708	15 952	17 171	663 399
Nedá sa určiť ⁹	44 200	8 857	7 776	5 416	902	67 151
Spolu	3 421 786	691 331	473 489	335 783	388 031	5 310 420

Zdroj: Centrálny register poistencov, ÚDZS

⁹ Zatriedenie poistencov do jednotlivých krajov prebieha na základe poštového smerového čísla. V prípade, že PSČ nie je známe, vo vstupnej dávke do CRP je uvedený údaj „oooooo“.

	VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	
Kraj	%	%	%	%	%	Spolu (%)
BA	6,78	2,71	1,16	0,98	0,01	11,64
BB	7,43	1,48	0,55	0,76	1,61	11,83
KE	6,98	2,63	0,73	1,40	2,57	14,30
NR	8,21	0,96	1,63	1,57	0,48	12,86
PO	9,92	1,39	0,59	0,61	1,98	14,48
TT	7,51	0,87	1,18	0,30	0,20	10,07
TN	7,93	0,94	1,79	0,31	0,12	11,07
ZA	8,85	1,88	1,14	0,30	0,32	12,49
Nedá sa určiť ⁹	0,83	0,17	0,15	0,10	0,02	1,26
Spolu	64,44	13,02	8,92	6,32	7,31	100,00

Zdroj: Centrálny register poistencov, ÚDZS

Koncentrácia poistného trhu v roku 2005 bola podľa Herfindahl-Hirschmanovho indexu vo výške 3 936, čo v praxi znamená silnú koncentráciu na slovenskom trhu zdravotného poistenia. Nízka koncentrácia trhu je dosiahnutá v prípade, ak je hodnota indexu nižšia ako 1 000, stredná koncentrácia trhu je medzi 1 000 a 1 800. Hodnota indexu nad 1 800 znamená vysokú koncentráciu. Podiel zdravotných poistovní na výbere poistného za rok 2005 pre potreby výpočtu ukazovateľa koncentrácie trhu verejného zdravotného poistenia znázorňuje nasledujúca tabuľka:

Tabuľka č. 10 Podiel zdravotných poistovní na výbere poistného za rok 2005

	VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	Spolu
Výber poistného za rok 2005 (v tis. Sk)	41 537 998	13 463 252	6 958 664	4 617 902	4 672 090	71 249 906
Trhový podiel (výber poistného)	58 %	19 %	10 %	6 %	7 %	100 %

Zdroj: Zdravotné poistovne

V súčasnosti ešte na trhu verejného zdravotného poistenia neexistuje dostatočné konkurenčné prostredie. Poistovne ponúkajú poistencom rovnaké služby, i keď sa už začínajú objavovať prvé náznaky boja o poistencu.

2.2 Organizácia, riadenie a vnútorná kontrola v zdravotných poistovniach

2.2.1 Organizácia a riadenie v zdravotných poistovniach

Organizačná štruktúra a následne i organizácia práce v zdravotných poistovniach sa musela prispôsobiť nielen zmene právnej formy na akciovú spoločnosť, ale aj zmene povinností zdravotnej poisťovne vyplývajúcich z novej legislatívy.

Poistovne v roku 2005 zabezpečovali hlavnú činnosť cez kontaktné miesta tvorené pobočkami a expozitúrami. Štruktúra a počet kontaktných miest vychádzal z obchodnej politiky poisťovní zohľadňujúcej činnosti zabezpečované na kontaktných miestach, štruktúru a územné rozloženie poistencov poisťovne.

Tabuľka č. 11 Organizačné a riadiace charakteristiky zdravotných poistovní k 31.12.2005

		VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria
Priemerný počet poistencov		3 451 829	694 554	475 168	334 176	391 268
Podiel na trhu v % (podľa počtu poistencov)		64,6	13	8,9	6,2	7,3
Celkový počet zamestnancov		2 010	537	367	280	320
Počet kontaktných miest		83	10	61	51	63
Priemerný počet týždenných stránkových hodín na pobočku		36,7	31	37	37,5	23
Priemerný počet týždenných stránkových dní:	a) pobočky	5	5	5	5	3,75
	b) ostatné kontaktné miesta	3,5	5	3	3,5	3
Zriadené „Call center“		áno	nie	áno	áno	áno
Počet poistenco v na zamestnanca		1 717	1 293	1 295	1 193	1 223
Počet poistencov na kontaktné miesto		41 588	69 455	7 790	6 552	6 211

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Najvyšším orgánom zdravotných poistovní je valné zhromaždenie, ktoré rozhoduje o všetkých zásadných veciach smerovania zdravotnej poisťovne. Kompetencie a povinnosti valného zhromaždenia vyplývajú priamo z Obchodného zákonníka alebo sú odlišne upravené v stanovách jednotlivých zdravotných poistovní.

Štatutárnym orgánom zdravotných poisťovní je predstavenstvo, ktoré riadi činnosť zdravotnej poisťovne a koná v jej mene. Predstavenstvo rozhoduje o všetkých záležitostiach, pokiaľ nie sú Obchodným zákonníkom alebo stanovami vyhradené do pôsobnosti valného zhromaždenia alebo dozornej rady.

Najvyšším kontrolným orgánom zdravotných poisťovní je dozorná rada. Dozorná rada dohliada na výkon pôsobnosti predstavenstva a činnosť zdravotnej poisťovne. Jej kompetencie a povinnosti sú upravené Obchodným zákonníkom alebo odlišne upravené v stanovách jednotlivých zdravotných poisťovní.

Počet členov dozornej rady ovplyvňuje aj výšku výdavkov na správu zdravotnej poisťovne.

Tabuľka č. 12 Počet členov predstavenstiev a dozorných rád jednotlivých zdravotných poisťovní

	VŠZP	SZP	APOLLO	DÔVERA	SIDERIA	EZP
predstavenstvo	3	3	3	3	3	3
dozorná rada	9	13	6	6	12	3
generálny riaditeľ je členom predstavenstva	áno	áno	nie	nie	nie	nie

Zdroj: zakladacie listiny a stanovy zdravotných poisťovní

2.2.2 Vnútorná kontrola v zdravotných poisťovniach

Zdravotná poisťovňa je povinná v rámci svojej organizačnej štruktúry zriadieť útvar vnútornej kontroly a túto kontrolu aj efektívne vykonávať. V rámci vnútornej kontroly sa kontroluje dodržiavanie právnych noriem, vnútorných aktov riadenia a kontrola činnosti zdravotnej poisťovne. Útvar vnútornej kontroly plní ďalšie povinnosti na základe zákona č. 581/2004 Z. z. O výsledkoch kontrolnej činnosti vypracúva útvar vnútornej kontroly správu.

Všetky zdravotné poisťovne zriadili útvar vnútornej kontroly, ktorý na základe stanov, organizačne podlieha buď pod generálneho riaditeľa (SZP, VŠZP, EZP) alebo pod dozornú radu (APOLLO, DÔVERA, SIDERIA).

2.2.3 Dodržiavanie platobnej schopnosti

Zdravotná poisťovňa je povinná po celý čas svojej činnosti zabezpečovať platobnú schopnosť.

Platobnou schopnosťou zdravotnej poisťovne sa rozumie schopnosť trvale zabezpečovať vlastnými zdrojmi úhradu záväzkov vyplývajúcich z potvrdených prihlášok na verejné zdravotné poistenie a uzatvorených zmlúv. Platobná schopnosť sa preukazuje podielom vlastných zdrojov na poistnom z verejného zdravotného poistenia po prerozdelení za predchádzajúcich 12 mesiacov. Minimálna miera platobnej schopnosti musí dosiahnuť 3 % poistného z verejného zdravotného poistenia po prerozdelení za predchádzajúcich 12 mesiacov, avšak najmenej 50 miliónov Sk.

Skutočná miera platobnej schopnosti k 31. 12. 2005 zdravotných poisťovní sa pohybovala v rozsahu od 1,37 do 10,17 – násobku minimálnej miery.

V mesiacoch jún a august SZP nedodržala minimálnu mieru platobnej schopnosti, následkom čoho úrad začal správne konanie voči tejto zdravotnej poisťovni, **udelil jej pokutu vo výške 100 000 Sk** a nariadił tejto poisťovni vypracovať ozdravný plán.

**Tabuľka č. 13 Dodržiavanie platobnej schopnosti
v tis. Sk**

		SZP	VŠZP	APOLLO	Sideria	Dôvera
jún	v %	1,01				
	v tis. Sk	244 680				
júl	v %	3,3	8,71			
	v tis. Sk	255 679	1 305 360			
august	v %	2,72	8,62			
	v tis. Sk	251 188	1 327 879			
september	v %	3,78	8,52	12,05		
	v tis. Sk	253 216	1 349 518	161 190		
október	v %	4,98	8,16	13,39	8,66	27,02
	v tis. Sk	256 020	1 359 316	163 112	133 667	112 001
november	v %	7,89	8,16	14,68	11,16	29,22
	v tis. Sk	258 786	1 378 207	164 892	135 437	113 715
december	v %	4,12	6,40	13,11	11,9	30,51
	v tis. Sk	261 729	1 393 455	166 915	136 782	114 999

Zdroj: Zdravotné poisťovne

2.3 Výber a prerozdelenie poistného

Zdravotná poisťovňa hospodári s finančnými prostriedkami, ktoré získava najmä z výberu poistného od

- ekonomicky aktívnych poistencov, ktorí si platia poistné sami alebo prostredníctvom zamestnávateľa (SZČO, samoplatcovia, zamestnanci) a
- ekonomicky neaktívnych poistencov, za ktorých platí zdravotné poistenie štát.

Výška vybratého poistného závisí nielen od vývoja maktorekonomickejho prostredia, ale aj od počtu a štruktúry poistencov, keďže sa prerozdeľuje 85,5 % poistného.

**Tabuľka č. 14 Štruktúra poistencov podľa typu platiteľa poistného,
priemerný počet poistencov za rok 2005**

	VŠZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	Spolu
zamestnanci	1 068 547	333 830	179 594	118 460	101 759	1 802 190
SZČO	255 778	33 088	28 796	31 926	25 604	375 192
Štát	2 108 707	317 655	248 098	183 790	252 678	3 110 927
Samoplatitelia	18 797	9 981	18 681	0 ¹¹	11 228	58 686
Poistenci spolu	3 451 829	694 554	475 169	334 176	391 269	5 346 995

Štruktúra poistného kmeňa podľa typu platiteľa poistného (v %)

Zamestnanci	30,96	48,06	37,8	35,45	26,01	33,7
SZČO	7,41	4,76	6,06	9,55	6,54	7,02
Štát	61,09	45,74	52,21	55	64,58	58,18
Samoplatitelia	0,54	1,44	3,93	0	2,87	1,1
Poistenci spolu	100	100	100	100	100	100

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Tabuľka poukazuje na výrazne vyšší podiel ekonomicke aktívnych poistencov v SZP oproti napr. Siderii alebo VŠZP, čo by mohlo viest k zvýhodneniu poistencov SZP. Táto nerovnaká štruktúra poistných kmeňov zdravotných poisťovní potvrdzuje oprávnenosť prerozdeľovania poistného medzi zdravotnými poisťovňami, na základe ktorého by na každého poistenca v systéme mal pripadať približne rovnaký objem finančných prostriedkov.

2.3.1 Predpis poistného (povinné poistné)

Pre rok 2005 zdravotné poisťovne vyčíslili predpis poistného v celkovej výške takmer 71 mld Sk. Rozpis podľa jednotlivých poisťovní a skupín platiteľov poistného uvádzajúca nasledujúca tabuľka.

*Predpis poistného alebo „povinné poistné“ je poistné, ktoré je platiteľ poistného povinný odviesť zdravotnej poisťovni na základe zákona č. 580/2004 Z. z.
Výber poistného je skutočná úhrada platiteľa poistného.*

¹¹ Poisťovňa Dôvera vykazuje SZČO a samoplatiteľov v jednej spoločnej kategórii

Tabuľka č. 15 Predpis poistného na rok 2005 v členení podľa poistovní a skupín platiteľov poistného

	VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	Spolu	v tis. Sk
	40 903 511	13 585 481	7 098 610	4 621 621	4 769 437	70 978 660	
Zamestnanci	6 949 175	3 060 620	1 451 516	886 160	816 619	13 164 090	
SZČO	2 255 623	490 618	336 782	220 028	182 200	3 485 251	
Zamestnávateľia	17 372 938	7 870 167	3 628 789	2 216 743	2 038 692	33 127 329	
Štát	14 171 044	2 089 443	1 639 112	1 262 411	1 694 638	20 856 647	
Samoplatitelia	154 731	74 633	42 411	36 279	37 288	345 343	
Podiel predpisu poistného z celku v %	57,63	19,14	10,00	6,51	6,72	100	
Podiel poistencov z celku v %	64,56	12,99	8,89	6,25	7,31	100	
Rozdiel podielov	-6,93	6,15	1,11	0,26	-0,59	0	

Zdroj: Zdravotné poistovne

Z tabuľky je vidieť výrazný rozdiel medzi percentuálnym podielom predpisu poistného a podielu počtu poistencov vo VšZP a SZP, čo opäťovne poukazuje na oprávnenosť prerozdeľovania poistného.

Tabuľka č. 16 Predpis poistného na jedného poistenca

v Sk	VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria
predpis na poistenca	11 850	19 560	14 939	13 830	12 190

Zdroj: Zdravotné poistovne

2.3.2 Výber poistného

V tabuľke č. 17 je uvedená výška výberu poistného v roku 2005 podľa jednotlivých zdravotných poistovní a podľa jednotlivých platiteľov zdravotného poistenia. Poistné zahŕňa výber za predpísané poistné roku 2005.

Tabuľka č. 17 Výber poistného v roku 2005 v členení podľa platiteľov zdravotného poistenia

	VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	Spolu	v tis. Sk
	41 537 998	13 463 252	6 958 664	4 617 902	4 672 090	71 249 906	
Zamestnanci	7 051 249	3 051 094	1 429 039	885 178	802 224	13 218 784	
SZČO	2 538 763	422 047	283 251	219 785	137 921	3 601 767	
Zamestnávatelia	17 628 124	7 845 672	3 572 598	2 214 288	2 005 560	33 266 242	
Štát	14 171 044	2 089 443	1 639 112	1 262 411	1 694 638	20 856 648	
Samoplatitelia	148 818	54 996	34 664	36 240	31 747	306 465	

Zdroj: Zdravotné poistovne

Tabuľka č. 18 Výber poistného na poistenca

V Sk	VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria
výber na poistenca	12 034	19 384	14 645	13 819	11 941

Zdroj: Zdravotné poistovne

Výber v roku 2005 v porovnaní s rokom 2004 stúpol o 16,66 % tak ako ukazuje tabuľka č. 19.

Tabuľka č. 19 Výber poistného v rokoch 2004 až 2006

v mil. Sk	Spolu
rok 2004	61 077
rok 2005	71 250
rok 2006 (predpoklad)	73 526
rozdiel 2004/2005	10 173
rozdiel v %	16,66
rozdiel 2005/2006	2 276
rozdiel v %	3,2

Zdroj: Zdravotné poistovne

2.3.3 Úspešnosť výberu poistného

Úspešnosť výberu poistného vyjadruje platobnú disciplínu platiteľov a schopnosť zdravotnej poistovne vymáhať poistné

Tabuľka č. 20 Úspešnosť výberu poistného

	VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	Spolu
Celkom, z toho:	101,55	99,1	98,03	99,92	97,96	100,38
Zamestnanci	101,47	99,69	98,45	99,89	98,24	100,42
SZČO	112,55	86,02	84,11	99,89	75,7	103,34
Zamestnávatelia	101,47	99,69	98,45	99,89	98,37	100,42
Štát	100	100	100	100	100	100
Samoplatitelia	96,18	73,69	81,73	99,89	85,14	88,74

Zdroj: Zdravotné poistovne

Viac ako 100 %-ná úspešnosť výberu poistného v roku 2005 je spôsobená najmä skutočnosťou, že poistovne nemali zo zákona povinnosť do predpisu poistného dopočítavať odhad za nedoručené a neuhradené výkazy poistného. Do predpisu poistného zdravotná poistovňa započítavala preddavok na poistné, ktorý platiteľ uhradil ale nevykázal. Ak však platiteľ poistného preddavok poistného nevykázal ani neuhradil, zdravotná poistovňa mohla, ale nemusela výšku preddavku odhadnúť a započítať do predpisu poistného. Reálnejší obraz o predpísanom a skutočne vybratom poistnom by mal vyplynúť z ročného zúčtovania, ktoré sa za rok 2005 má vykonať do 30. júna 2006.

2.3.4 Prerozdeľovanie poistného

Prerozdelenie poistného zabezpečuje solidaritu medzi poistencami jednotlivých zdravotných poistovní a eliminuje selekciu poistencov.

Proces prerozdeľovania poistného prešiel v rámci reformy zdravotníctva zmenami. Zmenilo sa % a základ prerozdelenia, subjekt vykonávajúci prerozdelenie aj spôsob vysporiadavania výsledkov prerozdelenia. Novelou zákona č. 580/2004 Z. z. sa zaviedlo ročné zúčtovanie prerozdelenia. Naďalej sú hlavnými kritériami prerozdeľovanie na základe indexu rizika podľa pohlavia a veku vo vekových skupinách po piatich rokoch. Základné porovnanie systémov prerozdeľovania poistného uvádza tabuľka č. 21.

Tabuľka č. 21 Porovnanie systémov prerozdelenia poistného

	Do 31.12.2004 (podľa zákona č. 273/1994 Z. z.)	Do 31.8.2005 (podľa zákona č. 580/2004 Z. z.)	Od 1.9. 2005 (podľa novely zákona č. 580/2004 Z. z.)
% prerozdelenia mesačné	85 %	85,5 %	85 %
ročné	85 %	85,5 %	85,5 %
Základ prerozdelenia	zaplatené poistné okrem sumy poistného plateného štátom a orgánom príslušným na výplatu peňažných dávok	povinné poistné**	Mesačné = zaplatené preddavky, Ročné = povinné poistné**
Mechanizmus prerozdelenia	podľa počtu poistencov násobeného indexom rizika*, vypočítaného z priemerných nákladov poistovní za obdobie jedného roku najmenej za 80 % poistencov, podľa pohlavia a veku týchto poistencov vo vekových skupinách po piatich rokoch	podľa počtu poistencov násobeného indexom rizika, vypočítaného z priemerných nákladov poistovní za obdobie jedného roku najmenej za 95 % poistencov, podľa pohlavia a veku týchto poistencov vo vekových skupinách po piatich rokoch	podľa počtu poistencov násobeného indexom rizika, vypočítaného z priemerných nákladov poistovní za obdobie jedného roku najmenej za 95 % poistencov, podľa pohlavia a veku týchto poistencov vo vekových skupinách po piatich rokoch
Ročné zúčtovanie prerozdelenia (ročné prerozdelenie)	štvrťročné a ročné zúčtovanie poistného plateného štátom podľa počtu poistencov štátu vedených v centrálnom registri poistencov	ročné zúčtovanie - celkovú sumu z prerozdelenia poistného za predchádzajúci kalendárny rok upraví úrad podľa počtu poistencov vedených v centrálnom registri poistencov	Ročné zúčtovanie - základom je 85,5 %
Výkon prerozdelenia	Správca osobitného účtu - VšZP	Úrad /oznámením/	Úrad /vydaním rozhodnutia/
Dohľad nad prerozdeľovaním	Dozorný orgán zložený zo zástupcov MZ SR, MF SR, zdravotných poistovní	úrad	úrad

Zdroj: MZ SR

Prehľad o výsledkoch mesačného prerozdelenia poistného za rok 2005 uvádza tabuľka č. 22

Tabuľka č. 22 Prehľad o výsledkoch mesačného prerozdelenia poistného za rok 2005

v mil. Sk	Základ prerozdelenia	Suma, na ktorú má ZP nárok po prerozdelemí	Výsledok prerozdelenia (+ / -)
VšZP	34 713	40 120	+5 407
SZP	10 619	6 979	-3 640
APOLLO	5 969	4 767	-1 202
Dôvera	3 880	3 264	-616
Sideria	3 969	4 019	+50
Spolu:	59 150	59 150	0

Zdroj: Zdravotné poisťovne

2.4 Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní

Zdravotné poisťovne zostavujú svoje rozpočty na základe zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlach verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov, opatrenia MF SR, ktorým bola ustanovená druhová, organizačná a ekonomická klasifikácia rozpočtovej klasifikácie a príručky na zostavenie rozpočtu na príslušný rozpočtový rok.

Pre sledovanie trendu vývoja sú použité v nasledujúcej analýze údaje roku 2004.

2.4.1 Príjmy zdravotných poisťovní

Príjmy zdravotných poisťovní rozdeľujeme do troch základných častí :

- daňové príjmy - príjmy zo zdravotného poistenia,
- nedaňové príjmy - príjmy z vlastníctva, administratívne poplatky, iné poplatky a platby, kapitálové príjmy, úroky z úverov, pôžičiek a vkladov, ážio a iné príjmy
- granty a transfery - granty tuzemské aj zahraničné a transfery napr. zo štátneho rozpočtu.

Tabuľka č. 23 Skutočnosť príjmov dosiahnutých v roku 2005

	Skutočnosť k 31.12.2005 v tis. Sk
Daňové príjmy	75 997 666
Nedaňové príjmy	882 269
Granty a transfery	2 661
Úhrn príjmov	76 882 596
Príjmové fin. operácie	5 760 726
Spolu	82 643 322

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Prehľad o skutočnej výške príjmov, ktoré zdravotné poisťovne dosiahli v roku 2005 je spracovaný z podkoadov ZP z výkazu Fin Ost, ktorý predkladajú Štátnej pokladnici. V sledovanom období príjmy ZP dosiahli výšku 82 643 322 tis. Sk. V týchto príjmoch sú vykázané všetky príjmy vrátane nefinančných príjmov t.j. zápočty a zostatky na bankových účtoch k 1.1.2005. V súlade s platnou metodikou sú v údajoch duplicitne započítané príjmy z prerozdelenia poistného vo výške 4 812 757 tis. Sk. V tabuľke č. 24 je táto duplicita odstránená.

Takto upravené príjmy sú v tabuľke č. 24 porovnané na príjmy roku 2004. V nedaňových príjmoch v roku 2004 boli odpočítané zostatky na účtoch z minulého roka a odplata za postúpenú pohľadávku, aby bolo možné porovnanie s rokom 2005, vzhládom k tomu, že sa zmenila metodika zostavovania rozpočtu. V roku 2005 boli zostatky na účtoch vykazované samostatne. Tieto údaje sú v tabuľke zahrnuté v príjmových finančných operáciách. Súhrn celkových príjmov a príjmových finančných operácií poukazuje na disponibilné zdroje zdravotných poisťovní v príslušnom roku. V tabuľke je uvedený aj medziročný rast príjmov celkovo ako aj v prepočte na 1 poistenca.

Tabuľka č. 24 Upravené príjmy zdravotných poisťovní v roku 2004 a 2005 vrátane nefinančných príjmov, medziročný rast oproti 2004 a jeho percentuálne vyjadrenie

Názov	Skutočnosť k 31.12.2004 v tis. Sk	Skutočnosť k 31.12.2005 v tis. Sk	Medziroč- ný rast oproti roku 2004 v tis. Sk	Medziročný rast v %	Príjmy na 1 poistenca r. 2004 v Sk	Príjmy na 1 poistenca r. 2005 v Sk	Medziroč- ný rast oproti roku 2004 v Sk	Medziročný rast v %
Daňové príjmy	63 277 178	71 184 909	7 907 731	12,50	11 728	13 313	1 585	13,52
Nedaňové príjmy	1 539 132	882 269	-656 863	-42,68	285	165	-120	-42,10
Granty a transfery	125 568	2 661	-122 907	-97,88	18	0	-18	-97,24
Úhrn	63 277 178	72 069 839	8 792 661	13,90	12 031	13 479	1 448	12,03
Príjmové fin. operácie	5 603 729	5 760 726	156 997	2,80	1 039	1 077	39	3,73
Spolu	68 880 907	77 830 565	8 949 658	12,99	12 767	14 556	1 789	14,01

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Vo vyššie uvedenej tabuľke sú príjmy vykázané zdravotnými poisťovňami za rok 2005 uvedené vrátane zápočtov s firmou Veritel', a. s. vo výške 3 647 164 tis. Sk (tentorúdaj poskytlo MF SR). Je to jednorazový príjem, s ktorým v budúcnosti nie je možné počítať.

2.4.2 Výdavky zdravotných poisťovní

Výdavky zdravotných poisťovní tvoria najmä výdavky na zdravotnú starostlivosť a výdavky súvisiace s činnosťou poisťovne.

Celkové výdavky v roku 2004 boli vo výške 66 641 mil. Sk, z čoho výdavky na zdravotnú starostlivosť tvorili 90,1 % a výdavky na správu boli na úrovni 2 716 mil. Sk, čo je 4,08 %. V roku 2005 sa celkové výdavky zvýšili oproti roku 2004 o 16,49 % na úroveň 74 578 mil. Sk, z čoho výdavky na zdravotnú starostlivosť tvorili 88,4 % výdavky na správu boli úrovni 2 912 mil. Sk, čo je 3,9 %. Prehľad štruktúry výdavkov je uvedený v tabuľke č. 25.

Tabuľka č. 25 Štruktúra výdavkov zdravotných poistovní v rokoch 2004 a 2005

V tis. Sk		Skutočnosť k 31.12.2004	Skutočnosť k 31.12.2005	zmena	zmena v %
A.1.	Lieky, zdravotnícke pomôcky	22 502 589	24 929 338	2 426 750	10,8 %
A.2.	zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny	2 331 254	2 249 289	-81 965	-3,5 %
A.3.	Ambulantná ZS	19 636 417	21 927 997	2 291 580	11,7 %
	všeobecná zdravotná starostlivosť	4 052 450	4 581 264	528 814	13,0 %
	špecializovaná zdravotná starostlivosť	7 775 063	8 562 498	787 435	10,1 %
	iná zdravotná starostlivosť	7 808 904	8 784 234	975 330	12,5 %
A.4.	Ústavná ZS	15 409 825	16 635 193	1 225 368	8,0 %
	Všeobecná nemocničná starostlivosť	11 528 833	14 123 081	2 594 247	22,5 %
	Špecializovaná nemocničná starostlivosť	3 093 581	1 591 239	-1 502 342	-48,6 %
	Služby opatrovateľských domov a zotavovní	787 411	920 873	133 462	16,9 %
A.5.	Cudzinci, bezdomovci, EÚ	129 281	200 751	71 469	55,3 %
A	Zdravotná starostlivosť spolu	60 009 366	65 942 568	5 933 202	9,9 %
B.1.	výdavky na správu	2 715 932	2 911 278	195 346	7,2 %
	odvod na osobitný účet prerozdelenia - SZP	1 533 706		-1 533 706	
	odvod z prerozdelenia poistného		4 823 573	4 823 573	
	príspevok ZP na činnosť úradu		661 891	661 891	
	príspevok ZP na činnosť operačných stredísk		56 834	56 834	
	iné (pokuty, penále, poplatky,)	159 513	181 500	21 987	13,8 %
B	Ostatné výdavky (iné ako zdravotná starostlivosť)	4 409 151	8 635 076	2 003 799	95,8 %
C	Výdavky spolu	64 418 517	74 577 643	10 159 126	15,8 %
D	Výdavkové finančné operácie*	2 222 127	2 784 775	562 648	25,3 %
E	Výdavky spolu s výdavkovými finančnými operáciami	66 640 644	77 362 418	10 721 774	16,1 %

* Výdavkové finančné operácie zahŕňajú splátky návratných finančných výpomocií a pôžičiek

Zdroj: Zdravotné poisťovne

V porovnaní s celkovou výškou výdavkov zdravotných poistovní má objem výdavkov na zdravotnú starostlivosť, ako aj ostatných výdavkov v absolútnej hodnote vzrástajúci charakter. Skutočné výdavky na zdravotnú starostlivosť v roku 2005 v porovnaní s rokom 2004 vzrástli o 5,9 mld. Sk, ostatné výdavky vzrástli približne o 4 mld. Sk.

Percentuálny podiel výdavkov na zdravotnú starostlivosť v roku 2005 však klesol o 1,63 % oproti roku 2004. Naopak, podiel ostatných výdavkov vzrástla. Je to spôsobené tým, že zdravotné poisťovne odvod do prerozdelenia vykazujú ako svoj výdavok vzhľadom na iný systém prerozdeľovania poisťného. Ďalšími ostatnými výdavkami sú aj odvod na činnosť úradu a odvod na činnosť operačných stredísk.

Priemerné výdavky na 1 poistenca v roku 2005 vzrástli o 1 596 Sk, čo je 12,9 %. Nárast je vyjadrený v tab. č. 26.

Tabuľka č. 26 Porovnanie výdavkov na 1 poistenca v rokoch 2004 a 2005

V Sk	VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	Spolu
rok 2004	12 833	13 191	10 664	9 785	10 732	12 352
rok 2005	13 749	18 000	12 919	10 807	12 435	13 948
zmena	916	4 809	2 255	1 022	1 703	1 596
zmena v %	7,1 %	36,5 %	21,1 %	10,4 %	15,9 %	12,9 %

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Najvyššie percento výdavkov na správu zdravotnej poisťovne vynaložila Dôvera a to 6,15 % a najnižšie Apollo 3,72 %.

Tabuľka č. 27 Celkové výdavky a výdavky na správu jednotlivých zdravotných poisťovní v roku 2005

v tis. Sk	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	Spolu
Výdavky celkom	47 460 298	12 501 843	6 138 823	3 611 399	4 865 280	74 577 643
Výdavky na správu	1 777 812	497 397	228 507	222 087	185 475	2 911 278
Výdavky na správu (%)	3,75	3,98	3,72	6,15	3,81	3,9

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Vo vyššie uvedenej tabuľke je vo výdavkoch na správu odpočítaný odvod do prerozdelenia SZP, odvod na činnosť úradu SZP, Apollo, Dôvera a odvod na činnosť operačných stredísk SZP. Ostatné zdravotné poisťovne tieto výdavky vykazujú v časti výdavkov na zdravotníctvo inde neklasifikované a nie vo výdavkoch na správu a prevádzku zdravotnej poisťovne.

2.5 Zabezpečenie a úhrada zdravotnej starostlivosti zdravotnými poisťovňami

Táto kapitola mapuje vývoj niektorých dôležitých ukazovateľov pri zabezpečení a úhrade zdravotnej starostlivosti v roku 2005 v porovnaní s rokom 2004 vo všetkých zdravotných poisťovniach okrem Európskej ZP, vzhľadom k tomu, že táto zdravotná poisťovna v sledovanom období nefinancovala zdravotnú starostlivosť pre svojich poistencov.

2.5.1 Objemy výkonov vyjadrených vo finančných ukazovateľoch

V roku 2005 evidujú zdravotné poisťovne evidenčne uznané výkony vo výške 65 457 mil. Sk (tab. č. 28), čo je oproti roku 2004 nárast o 9,26 %.

**Tabuľka č. 28 Evidenčne uznané zdravotné výkony celkom
v roku 2005**

Evidenčne uznané výkony podľa foriem zdravotnej starostlivosti	ZP spolu v mil. Sk	% podiel z celku	prepočet na 1 poist. v Sk
I. Ambulantná starostlivosť:	23.027	35,18 %	4 306
v tom:všeobecná ambulantná starostlivosť (vrátane kapitácie).....(19,75 %)	4 548	6,95 %	851
v tom: pre dospelých	2 124	3,24 %	397
Pediatria, dorastové lekárstvo	921	1,41 %	172
LSPP (pozn.paušál, doprava , výkony vrátane stomatologickej LSPP)	304	0,46 %	57
ZZS vrátane leteckej a vodnej	1 198	1,83 %	224
iné (kombinovaná ambulantná starostlivosť - v Dôvere)	3	0,00 %	0
špecializovaná amb. starostlivosť(80,25 %)	18 478	28,23 %	3 456
v tom : ŠAS vrátane A liekov (pozn. vrátane gynekológie).....(34,72 %)	6 415	9,80 %	1 200
Dialýza	1 615	2,47 %	302
JZS	174	0,27 %	33
Stacionáre spolu	33	0,05 %	6
Stomatologická starostlivosť (pozn. bez LSPP)	2 338	3,57 %	437
SVLZ(38,45 %)	7 104	10,85 %	1 329
ADOS	173	0,26 %	32
ÚPS	55	0,08 %	10
Doprava (pozn. bez LSPP)	583	0,89 %	109
iné (ZS v poliklinikách – Dôvera eviduje samostatne)	141	0,22 %	26
II. Lekárenská starostlivosť:	25 567	39,06 %	4 782
v tom: farmaceutické výrobky (pozn. lieky na recepty)	23 255	35,53 %	4 349
terapeut. pomôcky a vybavenie (pozn. zdrav. pomôcky, optiky)	2 312	3,53 %	432
III. Ústavná starostlivosť (pozn. lôžkové oddelenia, vrátane hospicov):	16 864	25,76 %	3 154
v tom: všeobecné nemocnice	13 080	19,98 %	2 446
špecializované nemocnice	3 233	4,94 %	605
domy opatrovateľskej starostlivosti , kúpele	549	0,84 %	103
iné (Centrá pre LDZ, LDCH, Detská ozdravovňa- v Dôvera)	2	0,00 %	0
Spolu (I.+II.+III.)- v r.2005	65 457	100,00 %	12 242
Spolu (I.+II.+III.)-r.2004	59 909	X	11 104
Rozdiel v mil. Sk	5 548	X	1 138
Rozdiel v %	9,26 %	X	10,25 %

Zdroj: Zdravotné poisťovne

V roku 2005 finančne uznané výkony boli v hodnote 64 694 mil. Sk, čo predstavuje oproti roky 2004 nárast vo výške 11,14 %.

Rozdiel medzi evidenčne uznanými a finančne uznanými výkonmi v roku 2005 dosahuje výšku 763 mil. Sk. Nakol'ko percentuálny nárast finančne uznaných výkonov (11,14 %) je vyšší ako nárast evidenčne uznaných výkonov (9,26 %), dochádza v roku 2005 oproti predchádzajúcemu roku k zníženiu rozdielu medzi evidenčne uznanými a finančne uznanými výkonmi o 55,04 %. Údaje sú uvedené v tabuľke č. 29.

Tabuľka č. 29 Rozdiel medzi finančne a evidenčne uznanými výkonmi v roku 2005 a zmena oproti predchádzajúcemu roku

ZP	Zdravotné výkony v mil. SK						
	evidenčne (medicinsky) uznané výkony	% podiel z celku	finančne uznané /zúčtované výkony	% podiel z celku	ROZDIEL (medzi evidenčne a finančne uznanými výkonmi)	% rozdiel	% podiel z celku
VšZP	44 042	67,28 %	43 920	67,89 %	123	0,28 %	16,06 %
SZP	8 293	12,67 %	7 981	12,34 %	312	3,76 %	40,88 %
Apollo	5 079	7,76 %	5 022	7,76 %	58	1,14 %	7,56 %
Dôvera	3 861	5,90 %	3 754	5,80 %	107	2,78 %	14,09 %
Sideria	4 182	6,39 %	4 018	6,21 %	163	3,91 %	21,41 %
r.2005 -ZP spolu	65 457	100 %	64 694	100 %	763	1,17 %	100 %
r.2004 -ZP spolu	59 909	x	58 211	x	1 697		x
rozdiel v mil. Sk	5 549	x	6 483	x	-934		x
rozdiel v %	9,26 %	x	11,14 %	x	-55,04 %	x	x

Zdroj: Zdravotné poistovne

V nasledujúcej tabuľke je prepočítaný podiel evidenčne a finančne uznaných výkonov na jedného poistenca. Finančný objem vyčlenený v priemere na jedného poistenca vzrástol oproti minulému roku o 12,14 %. Najvyšší objem finančných prostriedkov na úhradu zdravotných výkonov na jedného poistenca vyčlenila VšZP 12 724 Sk a najnižší objem pripadá na poistenca Siderie 10 270 Sk (rozdiel -2 454 Sk).

Tabuľka č. 30 Rozdiel medzi evidenčne a finančne uznanými výkonmi prepočítanými na jedného poistencu

	Názov ZP	V Sk			
		evidenčne uznané výkony	finančne uznané výkony	Rozdiel v Sk	Rozdiel v %
1	VŠZP	12 759	12 724	35	0,28 %
2	SZP	11 940	11 491	449	3,76 %
3	Apollo	10 689	10 568	121	1,14 %
4	Dôvera	11 555	11 233	322	2,78 %
5	Sideria	10 688	10 270	417	3,91 %
6	r.2005 -ZP spolu	12 242	12 099	143	1,17 %
7	r.2004 -ZP spolu	11 104	10 789	315	2,83 %
8	rozdiel v Sk	1 138	1 310	-172	15,10 %
9	rozdiel v %	10,25 %	12,14 %	-54,64 %	

Poznámka:

V riadku (6) a (7) je uvedený údaj o evidenčne uznaných výknoch a finančne uznaných výknoch za všetky zdravotné poisťovne spolu, ktorý je vydelený prriemerným počtom poistencov za všetky zdravotné poisťovne spolu.

Zdroj: Zdravotné poisťovne

2.5.2 Úhrada finančne uznaných výkonov

Zdravotné poisťovne v roku 2005 uhradili vrátane zápočtov za finančne uznanú zdravotnú starostlivosť poskytovateľom sumu vo výške 65 775 mil. Sk. Oproti roku 2004 je to nárast o 9,78 %. V úhradách v sledovanom období sú údaje za úhrady, ktoré poskytli ZP poskytovateľom ZS v súvislosti so zdravotnými výkonmi za bežný rok a za predchádzajúce obdobie vrátane zápočtov.

Úhrady v r.2005 za výkony bežného roku	58 482 mil. Sk
Úhrady v r.2005 za výkony predch. obdobia	7 293 mil. Sk
Spolu v r.2005	65 775 mil. Sk
Spolu v r.2004	59 918 mil. Sk
Rozdiel	5 858 mil. Sk

Úhrady týkajúce sa r. 2005 v porovnaní na výkony, ktoré ZP uznali k úhrade sú na 90,40 % , čo znamená, že ZP uhradili o 6 212 mil. Sk menej ako uznali k úhrade. V mesačnom priemere v prepočte na 1 poistenca vychádza, že zdravotné poisťovne uhradili v roku 2005 o 97 Sk menej, ako uznali k úhrade.

Tabuľka č. 31 Úhrada finančne uznaných výkonov v roku 2005

Ukazovateľ	r.2005	priemer na 1 mesiac	mesač. priemer v prepočte na 1 poistencu
Finančne uznané výkony v mil. Sk	64 694	5 391	1 008 Sk
Úhrady za výkony bežného roka v mil. Sk	58 482	4 873	911 Sk
Tabuľka v mil. Sk	6 212	518	97 Sk
% plnenia	90,40 %	90,40 %	90,40 %

Zdroj: Zdravotné poisťovne

V prípade, že k úhradám za bežný rok sa pripočítajú aj platby výkonov za predchádzajúce obdobie, plnenie finančne uznaných výkonov je 101,67 %, čo je oproti roku 2004 9,78 % nárast.

**Tabuľka č. 32 Úhrada finančne uznaných výkonov v roku 2005
v prepočte na jedného poistencu**

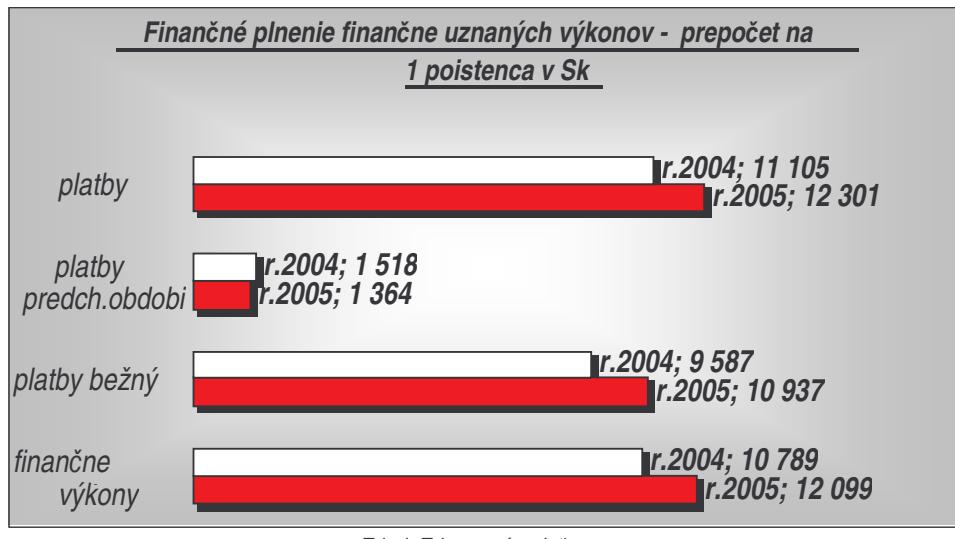
	ZP	finančne uznané výkony v Sk	platby vrátane zápočtov				
			za bežný rok v Sk	% plnenia	za predch. obdoba v Sk	Spolu v Sk	% plnenia
1	VšZP	12 724	11 895	93,48 %	1 150	13 045	102,52 %
2	SZP	11 491	9 062	78,86 %	2 783	11 845	103,08 %
3	Apollo	10 568	8 678	82,12 %	1 037	9 715	91,93 %
4	Dôvera	11 233	10 022	89,22 %	0	10 022	89,22 %
5	Sideria	10 270	9 345	90,99 %	2 293	11 638	113,32 %
6	ZP spolu v r.2005	12 099	10 937	90,40 %	1 364	12 301	101,67 %
7	ZP spolu v r.2004	10 789	9 587	88,86 %	1 518	11 105	102,93 %
8	<i>Rozdiel v Sk</i>	1 310	1 350	x	-154	1 196	x
9	<i>Rozdiel v %</i>	12,14 %	14,08 %	x	-10,14 %	10,77 %	x

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Poznámka:

- 1) Dôvera úhrady vrátane zápočtov v sledovanom roku sleduje len globálne, teda tie, ktoré boli uhradené v danom období (r. 2005) bez ohľadu na obdobie ktorého sa týkajú.
 2) V riadku (6) a (7) je uvedený údaj o finančne uznaných výknoch a plathbách vrátane zápočtov za všetky zdravotné poisťovne spolu, ktorý je vydelený priemerným počtom poistencov za všetky zdravotné poisťovne spolu.

Graf č. 3 Finančné plnenie finančne uznaných výkonov v prepočte na jedného poistencu



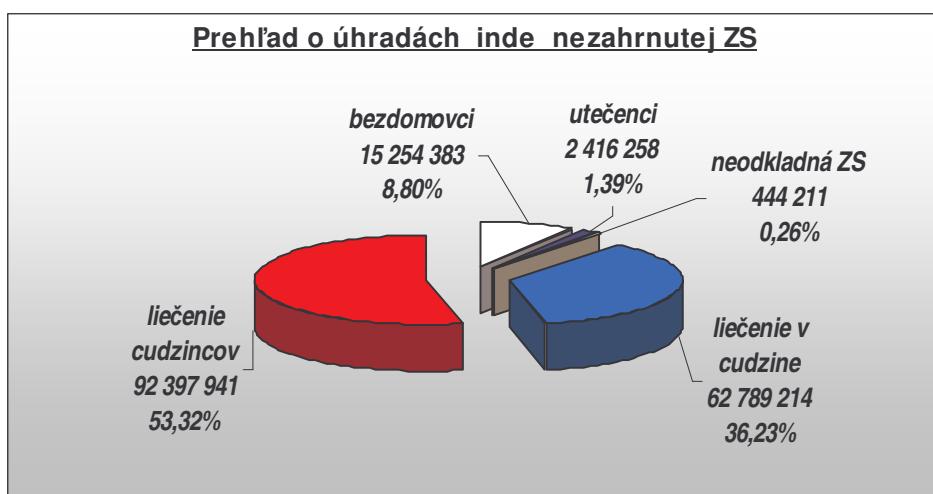
Zdroj: Zdravotné poisťovne

2.5.3 Prehľad o úhradách zdravotnej starostlivosti inde nezahrnutej

Zdravotné poisťovne financujú aj zdravotnú starostlivosť poskytovanú bezdomovcom, utečencom, neodkladnú zdravotnú starostlivosť osobám, ktorí nemajú prihlášku na verejné zdravotné poistenie, poistencom liečeným v cudzine a cudzincom.

V roku 2005 boli uhradené výkony vo výške 173 mil. Sk, čo je oproti roku 2004 37,25 % nárast.

Graf č. 4 Prehľad o úhradách inde nezahrnutej ZS V Sk



Zdroj: Zdravotné poisťovne

2.5.4 Sumárny prehľad o použití finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť

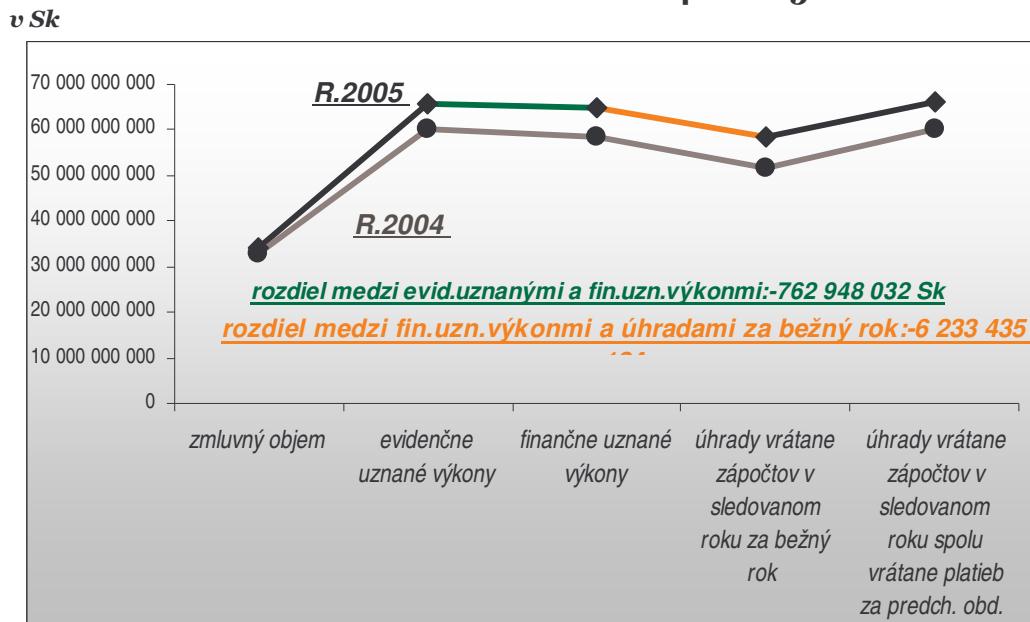
Použitie finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe výkonov, poskytnutým poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti poistencom je uvedené v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č. 33 Sumárny prehľad o použití finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rokoch 2004 a 2005

v mil. Sk	zmluvný objem	evidenčne uznané výkony	finančne uznané výkony	rozdiel (nadlimit)	úhrady vrátane zápočtov v sledovanom roku			
					za bežný rok	% plnenie v porovnaní na fin. uzn. výkony	za predch. obd.	spolu
a	b	c	d	e	f	g = f/d	h	f+h
SPOLU (amb., ústavná, lekárenská ZS) v mil. Sk	33 968	65 457	64 694	763	58 482	90,40 %	7 293	65 775
SPOLU ZS inde nezahrnutá v mil. Sk	0	173	173	0	152	87,86 %	23	175
R.2005 SPOLU v mil. Sk	33 968	65 630	64 867	763	58 634	90,39 %	7 316	65 950
SPOLU (amb., ústavná, lekárenská ZS) v mil. Sk	32 712	59 909	58 212	1 697	51 726	88,86 %	8 191	59 918
SPOLU ZS inde nezahrnutá v mil. Sk	0	127	127	0	126	99,21 %	2	128
R.2004 SPOLU v mil. Sk	32 712	60 036	58 339	1 697	51 852	88,88 %	8 193	60 046
ROZDIEL v mil. Sk	1 256	5 594	6 528	-934	6 782	x	-877	5 904
ROZDIEL v %	3,84 %	9,32 %	11,19 %	x	13,08 %	x	-10,71 %	9,83 %

Zdroj: Zdravotné poistovne

Graf č. 5 Grafické znázornenie použitia finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rokoch 2004 a 2005



Zdroj: Zdravotné poisťovne

S cieľom zabezpečiť efektívne a hospodárne vynakladanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia je potrebné:

- zákonom stanoviť presné pravidlá, ako aj maximálne možnú výšku výdavkov na správu a prevádzku zdravotných poisťovní, ktoré je možné použiť z prostriedkov VZP,
- v zákone stanoviť povinnosť pre zdravotné poisťovne viesť oddelené účtovníctvo pre správu prevádzky zdravotných poisťovní a samostatne pre činnosť súvisiacu s VZP, vrátane povinnosti zriaďiť pre každú túto činnosť samostatné účty v peňažných ústavoch,
- opatrením MF SR vydať nové postupy účtovania pre oblasť zdravotnej starostlivosti a zohľadniť špecifická zdravotných poisťovní oproti ostatným komerčným poisťovniám,
- pre vedenie účtovníctva ostatnej činnosti zdravotných poisťovní je možné ponechať v platnosti opatrenia MF SR, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o postupoch účtovania a rámcovej útovej osnovy pre poisťovne, pobočky zahraničných poisťovní, zaistovne, pobočky zahraničných zaistovní a Slovenskú kanceláriu poisťovateľov,
- stanoviť pre zdravotné poisťovne povinnosť predkladať návrh rozpočtu za činnosti súviače s VZP na pripomienkovanie aj na úrad, rovnako informovať úrad o každej zásadnej zmene rozpočtu
- v záujme vyhodnocovania, kontroly a rozhodovania vypracovať jednotné a na základe toho porovnatelné výkazníctvo a rozpočtovníctvo pre činnosti súvisiacie so zabezpečovaním VZP,

- v rámci metodiky k jednotlivým výkazom presne definovať obsah, resp. štruktúru jednotlivých
 - a. foriem ZS,
 - b. poskytovateľov ZS
 - c. ekonomických ukazovateľov (príjmy, výdavky, záväzky, pohľadávky, rezervy)
 - d. evidencia čakateľov
- V zmysle platnej legislatívy by zdravotné poisťovne mali v rámci zmluvných vzťahov s jednotlivými poskytovateľmi podrobnejšie špecifikovať rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti a v rámci rokovania dohodnúť aj cenu za výkon a v tomto zmysle upraviť súčasný systém zmluvných vzťahov.
- Stanoviť povinnosť, aby zdravotné poisťovne identifikovali realizované úhrady za zdravotnú starostlivosť minimálne podľa jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti.

2.6 Pohľadávky a záväzky (vrátane rezerv)

Pri analýze pohľadávok a záväzkov sú použité z údaje z účtovníctva zdravotných poisťovní, najmä zo základných finančných výkazov – súvahy, výkazu ziskov a strát a poznámok¹². Auditovanú účtovnú závierku v čase prípravy dokumentu predložila VŠZP, Dôvera a Sideria.

2.6.1 Pohľadávky

K 31. 12. 2005 zdravotné poisťovne vykazovali celkové pohľadávky, po korekcii cez opravné položky, vo výške 11 910 911 tis. Sk. Výška a štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní je uvedená v tabuľke č. 33.

¹² Zdravotné poisťovne vedú účtovníctvo v súlade so zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov a Opatrením MF SR č. MF/10551/2004-74, ktorým sa mení a dopĺňa Opatrenie MF SR č. 22212/2002-92, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o postupoch účtovania a rámcovej účtovej osnove pre poisťovne, pobočky zahraničných poisťovní, zaistovne, pobočky zahraničných zaistovní a Slovenskú kanceláriu poisťovateľov a účtovné výkazy vyhotovujú v súlade s Opatrením MF SR č. MF/12643/2004-74, ktorým sa mení a dopĺňa Opatrenie MF SR č. 22213/2002-92, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o usporiadaní a označovaní položiek individuálnej účtovnej závierky, obsahovom vymedzení týchto položiek a rozsahu údajov určených z účtovnej závierky na zverejnenie pre poisťovne

Tabuľka č. 34 Výška a štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní za rok 2005

(v tis. Sk)		VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	EZP	Spolu
A.1.	voči poisteným	5 086 271	926 969	637 841	474 373	391 147	0	7 516 601
A.2.	voči poskytovateľom ZS	1 620 946	6 665	26 595	93 056	13 452	0	1 760 714
A.3.	voči inej zdravotnej poisťovni	1 052 643	0	0	0	20 245	0	1 072 888
A.4.	voči úradu	83 342	4 334	0	7 710	7 339	0	102 725
A.5.	voči MZ SR	2 475	0	0	0	0	0	2 475
A.	z verejného zdravotného poistenia spolu	7 845 677	937 968	664 436	575 139	432 183	0	10 455 403
B.	ostatné pohľadávky	1 053 688	1 077	2 337	1 921	4 834	90 151	1 154 008
C.	z upísaného základného imania	0	301 500	0	0	0	0	301 500
	Pohľadávky spolu	8 899 365	1 240 545	666 773	577 060	437 017	90 151	11 910 911
	% podiel z celku	74,72	10,42	5,6	4,84	3,67	0,76	100

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Percentuálny podiel jednotlivých druhov pohľadávok v rámci zdravotných poisťovní je uvedený v tabuľke č. 35.

Tabuľka č. 35 Percentuálny podiel jednotlivých druhov pohľadávok

Pohľadávky	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	Spolu
voči poisteným	64,83	98,83	96,00	82,48	90,51	71,89
voči poskytovateľom ZS	20,66	0,71	4,00	16,18	3,11	16,85
voči inej ZP	13,42	0,00	0,00	0,00	4,68	10,26
voči ÚDZS	1,06	0,46	0,00	1,34	1,70	0,98
voči MZ SR	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
% pohľ. z VZP	88,16	75,61	99,65	99,67	98,89	88,45
% ostat. pohľadávok	11,84	0,09	0,35	0,33	1,11	9,00
% pohľadávok z upisaného zákl. imania	0,00	24,30	0,00	0,00	0,00	2,55
Pohľadávky spolu	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Iný pohľad ponúka prepočet pohľadávok na jedného poistenca (okrem Európskej ZP a.s., ktorá v roku 2005 nemala vytvorený poistný kmeň).

Tabuľka č. 36 Výška pohľadávok na jedného poistenca v Sk

v Sk	VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	Spolu
z verejného zdravotného poistenia	2 273	1 350	1 398	1 721	1 105	1 955
ostatné pohľadávky	305	2	5	6	12	199
z upisaného zákl. imania	0	434	0	0	0	56
Pohľadávky spolu	2 578	1 786	1 403	1 727	1 117	2 210

Zdroj: Zdravotné poisťovne

K 31.12.2005 realizovali zdravotné poisťovne korekciu pohľadávok v celkovej výške 6 863 414 tis. Sk. V tabuľke č. 37 sú uvedené pohľadávky pred korekciou (brutto) a po korekcií (netto). Najvyššie percento korekcie v pomere k pôvodnej výške pohľadávok vykazuje Dôvera (64,7 %), najnižšie percento SZP (3,44 %).

Tabuľka č. 37 Výška vytvorených korekcií na pohľadávky v tis. Sk

	VšZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	EZP	Spolu
Pohľadávky Brutto	13 935 981	1 284 681	1 184 970	1 632 799	645 743	90 151	18 774 325
Korekcia	5 036 616	44 136	518 197	1 055 739	208 726	0	6 863 414
Pohľadávky Netto	8 899 365	1 240 545	666 773	577 060	437 017	90 151	11 910 911
Korekcie (%)	36,1	3,4	43,7	64,7	32,3	0,0	36,6

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Pre zdravotné poistovne nie je stanovená jednotná metodika tvorby účtovných opravných položiek (korekcií). Jednotné pravidlá platia len pri uznávaní opravných položiek do daňových výdavkov¹³.

VŠZP vytvorila opravné položky vo výške 25-100 % hodnoty pohľadávok nad 6, resp. 18 mesiacov, SZP ich tvorila v súlade s vyhláškou MZ SR č. 161/2006, ktorá nadobudla účinnosť 23. marca 2006. Apollo vykonala korekciu na základe vlastnej analýzy a posúdenia rizík.

Dôvera vytvorila opravné položky na tie pohľadávky, ktoré boli predpísané platobnými výmermi a to na základe stavu (formy) vymáhania pohľadávok a na sankcie na základe stavu (formy) vymáhania týchto pohľadávok predpísaných platobnými výmermi.

Sideria vytvorila opravné položky k pohľadávkam na poistnom na základe sledovania vývoja úspešnosti vymáhania pohľadávok v predchádzajúcich rokoch. Opravné položky boli zhodnotené podľa veku pohľadávky, t. j. podľa lehoty omeškania a podľa stavu platiteľa. K pohľadávkam voči platiteľom v konkurenčnom konaní, voči platiteľom v likvidácii a voči platiteľom, kde existuje reálny predpoklad, že pohľadávka nebude uhradená boli zaúčtované opravné položky takmer v plnej výške. Opravné položky k pohľadávkam na pokutách, poplatkoch z omeškania a poplatkoch za nesplnenie oznamovacej povinnosti boli tvorené vo výške 100, 95, 90, 80 % podľa obdobia rokov 2000, 2002, 2003 a 2004. Pohľadávky na regresné náhrady sú potvrdené súdnymi rozhodnutiami. Opravné položky boli vytvorené vo výške 80 %.

2.6.2 Záväzky

K 31.12.2005 zdravotné poistovne evidovali celkové záväzky (bez odhadných účtov) vo výške 8 900 616 tis. Sk. Výška a štruktúra záväzkov je uvedená v tab. č. 38.

¹³ Vyhláška MZ SR č. 161/2006, ktorou sa ustanovuje rozsah a výška tvorby technických rezerv a opravných položiek k pohľadávkam, ktoré je možné zahrnúť do daňových výdavkov zdravotných poistovní

Tabuľka č. 38 Výška a štruktúra záväzkov zdravotných poistovní za rok 2005

	v tis. Sk	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Spolu
A.1.	voči poisteným	2 581	249 014	23 440	24 634	39	0	299 708
A.2.	voči poskytovateľom	5 115 594	560 387	902 066	512 072	485 516	0	7 575 635
A.3.	voči inej ZP	0	0	222 974	90 317	0	0	313 291
A.4.	voči ÚDZS	38 483	0	0	1 481	66	0	40 030
A	z verejného ZP	5 156 658	809 401	1 148 480	628 504	485 621	0	8 228 664
B.1.	z daní	9 504	1 103	826	688	929	30	13 080
B.2.	zo soc. a ZP	29 620	5 089	3 452	2 804	3 262	58	44 285
B.3.	iné ostatné	526 540	16 742	32 181	22 579	15 509	1 036	614 587
B	ostatné záväzky	565 664	22 934	36 459	26 071	19 700	1 124	671 952
C	Záväzky spolu	5 722 322	832 335	1 184 939	654 575	505 321	1 124	8 900 616
	% podiel z celku	64,29	9,35	13,31	7,35	5,68	0,01	100

Zdroj: Zdravotné poistovne

Výšku záväzkov na jedného poistencu vyjadruje tabuľka č. 39. V tabuľke chýba EZP, nakoľko k 31.12.2005 nemala evidovaných poistencov.

Tabuľka č. 39 Výška záväzkov na jedného poistencu

v Sk	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	Spolu
z verejného ZP	1 494	1 165	2 417	1 881	1 241	1 769
z ost. záväzkov	164	33	77	78	50	144
S p o l u	1 658	1 198	2 494	1 959	1 291	1 664

Zdroj: Zdravotné poistovne

2.6.3 Rezervy

Rezervy sú záväzky s neurčitým časovým vymedzením alebo výškou. Zdravotné poistovne vytvárajú dva druhy rezerv:

- technické rezervy na úhradu za zdravotnú starostlivosť a
- ostatné rezervy vyplývajúce z ostatnej činnosti zdravotnej poisťovne.

V tabuľke č. 40 sú uvedené údaje o výške technickej rezervy, resp. rezervy ostatnej. Údaje sú spracované zo súvah zdravotných poistovní.

Tabuľka č. 40 Výška technických rezerv (TR) vytvorených zdravotnými poistovňami

v tis. Sk	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Spolu
TR na poistné plnenie	4 303 143	1 647 525	0	104 950	265 644	0	6 321 262
TR na vyrovnanie mimoriadnych rizík	0	0	51 793	0	0	0	51 793
TR spolu	4 303 143	1 647 525	51 793	104 950	265 644	0	6 373 055
Ostatné rezervy	125 800	9 435	600	59 312	67 158	102	262 407
Rezervy spolu	4 428 943	1 656 960	52 393	164 262	332 802	102	6 635 462
v %	66,75	24,97	0,79	2,48	5,02	0,002	100

Zdroj: Zdravotné poistovne

Tvorba rezerv na vyrovnanie mimoriadnych rizík u poistovne Apollo vo výške 51 793 tis. Sk tvoria výkony pre EÚ (26 659 tis. Sk), výkony pre čakajúcich (21 741 tis. Sk) a finančne náročná liečba (3 393 tis. Sk).

V prepočte na jedného poistenca tvorí najvyššiu rezervu na jedného poistenca SZP (tab. č. 41)

Tabuľka č. 41 Výška celkových rezerv na jedného poistenca

V Sk	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	Spolu
Technické rezervy	1 247	2 372	109	314	679	1 192
Rezervy	36	14	1	177	172	49
Rezervy spolu	1 283	2 386	110	492	851	1 241

Zdroj: Zdravotné poistovne

V tabuľke č. 42 je uvedený rozdiel medzi výškou pohľadávok a výškou záväzkov (vrátane rezerv) v prepočte na jedného poistenca. Všetky zdravotné poistovne majú vyššie záväzky (vrátane rezerv) ako pohľadávky. Najvyšší rozdiel dosahuje SZP, následne Apollo, Sideria, Dôvera a VšZP.

Tabuľka č. 42 Porovnanie záväzkov (vrátane rezerv) a pohľadávok na jedného poistencu

v Sk	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	Spolu
Záväzky (vrátane rezerv)	2 941	3 584	2 604	2 451	2 142	2 905
Pohľadávky	2 578	1 786	1 403	1 727	1 117	2 210
Rozdiel	-363	-1 798	-1 201	-724	-1 025	-695

Zdroj: Zdravotné poistovne

V rámci analýzy problematiky v oblasti pohľadávok, záväzkov a rezerv sme identifikovali nasledovné oblasti vyžadujúce zlepšenie:

- Kompletnosť pohľadávok – zdravotné poisťovne nemajú dostatočne vyvinuté systémy na sledovanie úplnosti informácií o výške predpísaného poistného, preto je pravdepodobné, že výška pohľadávok je podhodnotená.
- Tvorba opravných položiek k pohľadávkam – pre tvorbu opravných položiek k pohľadávkam nie je zjednotená metodika jej tvorby. V prípade zdravotných poisťovní pohľadávky na nezaplatenom poistnom tvoria významnú časť aktív. Z týchto dvoch dôvodov existuje možnosť úpravy hospodárskeho výsledku v prípade vykázania zisku pomocou nadmernej tvorby opravných položiek voči neplatičom poistného.
- Tvorba rezerv na výkony pre čakajúcich – tvorba rezerv na pacientov čakajúcich na odkladnú zdravotnú starostlivosť (tzv. čakacie listiny) je v rámci účtovania novým elementom. Zdravotné poisťovne pri identifikácii narážajú na problémy s úplnosťou a presnosťou informácií poskytnutých od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a takisto nedokonalou legislatívou upravujúcou čakacie listiny. Preto niektoré poisťovne nevykazujú žiadne rezervy na čakacie listiny (Dôvera). Takisto existuje silný predpoklad podhodnotenia výšky týchto rezerv z výšie uvedených dôvodov.
- Klasifikácia záväzkov a rezerv – pri analýze makrovýsledkov vznikali medzi poisťovňami rozdiely v klasifikácii záväzkov a rezerv kvôli chýbajúcej metodike upravujúcej túto klasifikáciu.

Na základe identifikácie problémových oblastí považujeme za prioritné:

- Vytvorenie jednotnej metodiky pre klasifikáciu jednotlivých položiek finančných výkazov.
- Vytvorenie jednotnej metodiky pre tvorbu opravných položiek k pohľadávkam.
- Vytvorenie mechanizmu na zabezpečenie kompletnosti informácií o predpísanom poistnom pre poisťovne.
- Posilniť dohľad na diaľku nad dodržaním postupov účtovania v zdravotných poisťovniach.

2.6.4 Vymáhanie pohľadávok voči platiteľom poistného

V dôsledku transformácie zdravotných poisťovní z verejnoprávnych inštitúcií na akciové spoločnosti prešla pôsobnosť vydávať rozhodnutia v správnom konaní o pohľadávkach na poistnom na úrad.

Zdravotné poisťovne podávali úradu v roku 2005 návrhy na vydanie rozhodnutia platobným výmerom o pohľadávkach z titulu nezaplatených preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a z titulu nezaplateného poistného na zdravotné poistenie.

Od 14. októbra 2005, kedy bol podaný prvý návrh zdravotnej poisťovne na vydanie platobného výmeru, zdravotné poisťovne podali k 31. decembru 2005 celkovo 2 395 návrhov, na základe ktorých úrad začal správne konanie.

Tabuľka č. 43 Prehľad prvostupňových správnych konaní vedených pobočkami úradu

Podané návrhy	Úkony úradu v správnom konaní	Vydané platobné výmery	Zastavené správne konania
2 395	1 810	397	188

Zdroj: UDZS

Celková suma uplatnená v návrhoch zdravotných poisťovní predstavuje 75 928 tis. Sk.

Z hľadiska efektívnosti a hospodárnosti správneho konania bol vypracovaný návrh novely zákona č. 580/2004 Z. z., v zmysle ktorej mala pôsobnosť v oblasti vydávania platobných výmerov prejsť opäť na zdravotné poisťovne, úrad mal ostať druhostupňovým orgánom. K realizácii tejto zmeny zákona však už nedošlo.

Po transformácii jednotlivých zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti bola úradu priebežne postupovaná agenda právoplatne neskončených správnych konaní doterajších zdravotných poisťovní.

K 31. decembru 2005 odovzdali zdravotné poisťovne úradu spisovú dokumentáciu v rozsahu 748 spisov, ktoré obsahovali 1 135 neskončených správnych konaní nakoľko značná časť spisov obsahovala dve alebo viac prvostupňových rozhodnutí – platobných výmerov.

Tabuľka č. 44 Správne konania právoplatne neskončené – stav

Počet konaní	Počet vydaných rozhodnutí	Počet rozhodnutí o povolení obnovy konania	Oznámenie o neexistencii dôvodov na obnovu konania	Konania, v ktorých bolo podané oneskorené odvolanie	Vrátenie konania (spisu) poisťovni z dôvodu neúplnosti	Počet druhostupňových konaní neskončených
307	76	11		351	30	360

Zdroj: ÚDZS

Celkové finančné vyjadrenie postúpených správnych konaní dosiahlo sumu 61 140 tis. Sk. Finančné vyjadrenie vydaných druhostupňových rozhodnutí vo veci bolo vo výške 9 780 tis. Sk.

2.7 Dohľad nad verejným zdravotným poistením – plnenie povinností

Plnenie povinností zdravotných poistovní po transformácii na akciové spoločnosti kontroluje úrad prostredníctvom dohľadu na mieste a dohľadu na diaľku.

Po transformácii na akciové spoločnosti boli vykonané dohľady na mieste v SZP a vo VŠZP a bol začatý dohľad v Apollo a opäťovný dohľad v SZP. Predmetom vykonávaných dohľadov na mieste bolo dodržiavanie ustanovení zákona v oblasti zabezpečovania platobnej schopnosti, výberu a prerozdeľovania poistného, úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a povinností ustanovených všeobecne záväznými právnymi predpismi vo vzťahu k poistencom. Predmetom dohľadu na mieste v Apollo bola komplexná previerka dodržiavania ustanovení zákona č. 580/2004 Z. z. a zákona č. 581/2004 Z. z.

Na základe zistených nedostatkov uložil úrad SZP pokutu a povinnosť vypracovať ozdravný plán na odstránenie zistených nedostatkov.

VŠZP bola uložená pokuta z dôvodu vykonávania inej činnosti, ako je uvedené v § 6 zákona č. 581/2004 Z. z.

Úrad vykonával nad zdravotnými poistovňami dohľad na diaľku zameraný predovšetkým na sledovanie a vyhodnocovanie zasielaných oznamovacích povinností zdravotnými poistovňami, ako aj sledovanie dodržiavania ostatných povinností zdravotných poistovní ustanovených zákonom.

Priebežne boli vykonávané úradom aj šetrenia podaní prichádzajúcich od poistencov či platiteľov poistného aj formou dohľadu na diaľku v zdravotných poistovniach.

V období od 1. júna 2005 do konca roka 2005 bolo zaevidovaných 9 podaní týkajúcich sa činnosti zdravotných poistovní, ktoré boli riešené formou dohľadu na diaľku, resp. v rámci prebiehajúceho výkonu dohľadu na mieste. Podania sa týkali výkonu dohľadu v 6 prípadoch vo VŠZP a po jednom prípade v Apollo, v Siderii a v SZP.

3 Poskytovanie zdravotnej starostlivosti

3.1 Poskytovanie zdravotnej starostlivosti na základe zmlúv so zdravotnými poistovňami

Pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi sú zdravotné poistovne povinné dodržiavať nasledujúce priority :

1. povinnosť uzavrieť zmluvu s každým poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti, pokiaľ má uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti najmenej s jedným jej poistencom,
2. povinnosť uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov,
3. povinnosť uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým poskytovateľom lekárenskej starostlivosti a od. 1.9.2005 s každým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulancie záchrannej služby.

Všetky zdravotné poistovne uzatvorili zmluvy takmer na všetky formy poskytovania ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti. Možno konštatovať, že je zachovaná určitá proporcionalita v objemoch nakúpenej a uhradenej zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k podielu poistencov v jednotlivých zdravotných poistovniach.

Vo VAS a ŠAS bola vykázaná a uhradená zdravotná starostlivosť v tomto zmysle podľa tabuľky č. 45. Vo VAS je zahrnutá popri kapitačných platiabach a platiabach osobitne za vykázanú prevenciu aj neodkladná zdravotná starostlivosť; podobne je zahrnutá aj v objemoch výkonov ŠAS.

Tabuľka č. 45 VAS a ŠAS - rok 2005 (všeobecná a špecializovaná ambulantná starostlivosť)

Zdravotná poisťovňa	Odbornosť	Počet lekárov	SPOLU (akcept. výkony v Sk)
VšZP	VAS PLD	1 913	1 578 515 709
	VAS PLDD	1 074	518 514 569
	VAS spolu	2 987	2 097 030 278
	ŠAS - LM spolu	7 799	5 851 734 756
SZP	VAS PLD	2 566	
	VAS PLDD	1 415	
	VAS spolu	3 981	
	ŠAS - LM spolu	11 743	1 257 273 747
Apollo	VAS PLD	1 988	
	VAS PLDD	1 115	
	VAS spolu	3 103	
	ŠAS - LM spolu	9 178	869 994 750
Sideria	VAS PLD	1 619	
	VAS PLDD	889	
	VAS spolu	2 508	
	ŠAS - LM spolu	9 997	999 073 908
Dôvera	VAS PLD	2 378	
	VAS PLDD	1 220	
	VAS spolu	3 598	
	ŠAS - LM spolu	4 757	1 071 394 242

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Pozn.: "LM" - lekárske miesta

„PLD“-praktický lekár pre dospelých

„PLDD“-praktický lekár pre deti a dorast

V ŠAS je dôležité zdôrazniť, že všetky zdravotné poisťovne okrem VšZP zahrnuli výkony za vykonanú dialýzu do sektora odbornosti nefrológia; VšZP vykázala úhrady osobitne, takže k celkovým úhradám za sektor ŠAS je potrebné pripočítať položku za dialýzy (1 351 mil. Sk).

V tabuľke č. 46 možno pozorovať určité špecifiká vo zmluvných vzťahoch niektorých poisťovní. VšZP nemala uzatvorenú zmluvu so žiadnym stacionárom na rozdiel od všetkých ostatných zdravotných poisťovní. Na druhej strane však mala jedine VšZP uzatvorené zmluvy s piatimi hospicami, ktoré aj vykázali výkony k úhrade. Dôvera sice mala tiež uzatvorenú zmluvu s jedným poskytovateľom hospicu, avšak tento v roku 2005 nevykázal k úhrade žiadne zdravotné výkony. Všetky zdravotné poisťovne uhrádzali poskytnutú zdravotnú starostlivosť zmluvným poskytovateľom domácej ošetrovateľskej služby (ADOS). Zmluvne bola zabezpečená lekárska služba prvej pomoci (LSPP) všetkými zdravotnými poisťovňami, pričom úhrady za LSPP spolu na Slovensku predstavovali 11,2 % všetkých úhrad na VAS. Rovnako bolo zmluvne zabezpečené

poskytovanie ústavnej pohotovostnej služby (ÚPS), ktorá bola uhrádzaná v rámci sektoru ŠAS.

Tabuľka č. 46 Zmluvné vzťahy a akceptované výkony podľa zdravotných poistovní a vybraných poskytovateľov ZS

rok 2005					
	VšZP	SZP	Apollo	Sideria	Dôvera
ADOS	počet zmluv. PZS	153	92	75	77
	akcept.výk.v Sk	112 913 120	10 821 454	6 330 919	11 170 594
Stacionár	počet zmluv. PZS	0	15	68	24
	akcept.výk.v Sk		13 686 954	19 271 804	3 501 118
Hospic	počet zmluv. PZS	5	0	0	0
	akcept.výk.v Sk	5 985 000			
LSPP	počet zmluv. PZS	291	176	283	277
	akcept.výk.v Sk	226 432 321	31 783 139	22 007 470	15 118 922
ÚPS	počet zmluv. PZS	393			
	akcept.výk.v Sk	54 618 908			

Zdroj: Zdravotné poistovne

V tabuľke č. 47 je dokumentovaná analýza zabezpečenia činnosti spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (SVLZ) zdravotnými poistovňami na Slovensku. V tejto oblasti poskytovania ZS analýza rozlišuje tri kategórie poskytovateľov, a to vo vzťahu k organizačnému členeniu pracoviska a vo vzťahu k vykázanej a následne uhradenej zdravotnej starostlivosti. Ide jednak o autonómne samostatné zariadenia SVLZ so samostatným zmluvným vzťahom. Ďalšou kategóriou sú pracoviská SVLZ - odborov ako súčasť zdravotníckych zariadení, ktoré poskytujú komplexnú zdravotnú starostlivosť a sú SVLZ - zložkou jedného takéhoto poskytovateľa, napríklad v nemocnici s poliklinikou. Tretou kategóriou pracovísk sú poskytovatelia iných ako SVLZ - odborov, najčastejšie ŠAS, ktorí na základe oprávnenia a zmluvy so zdravotnou poistovňou vykonávali a vykazovali k úhrade niektoré SVLZ - výkony podmienené dosiahnutou špecializačnou odbornosťou. Pre sektor SVLZ je potrebné zdôrazniť jeho výnimnosť v tom zmysle, že samotní poskytovatelia ZS v odboroch SVLZ nie sú schopní dostatočne efektívne regulovať objem vykonaných výkonov, pretože tento je závislý na iných poskytovateľoch indikujúcich SVLZ - vyšetrenia, pre ktorých poskytovatelia SVLZ prakticky vykonávajú servis.

Tabuľka č. 47 SVLZ - samostatné zariadenia a iné SVLZ - výkony

		VŠZP		SZP		APOLLO		SIDERIA		DÔVERA	
Kód	Odbornosť	Počet PZS/lek.	Objem akcept. výk.v Sk								
06	pracovné lekárstvo	2	57 120	0							
23	rádiodiagnostika	341	1 089 546 979	75	48 522 487	42	46 507 305	40	16 179 009	62	32 357 475
24	klinická biochémia	158	1 193 696 255	52	68 789 497	36	41 997 719	39	47 127 386	55	41 982 072
27	FBLR*	254	376 094 831	70	19 819 436	11	3 487 898	63	15 687 222	75	10 425 714
29	patológia	61	235 414 013	13	4 479 563	6	2 213 478	8	3 463 693	15	3 805 860
31	hematológia a transfuziológia	87	211 649 233	15	2 645 178	10	1 566 748	12	2 394 616	16	936 796
34	klinická mikrobiológia	64	439 839 871	43	55 105 424	16	27 789 310	14	21 362 401	23	31 705 326
40	klinická imunológia a alergológia	40	103 507 883	10	7 060 720	6	2 862 163	8	6 694 200	26	4 728 524
43	rádioterapia	15	120 443 131								
47	nukleárna medicína	14	180 705 917	5	4 981 767	2	254 329	4	3 058 636	1	1 441 207
61	medicínska informatika	70	106 896 612					1	55 538		
62	lekárska genetika	17	46 455 198	4	2 361 947	1	464 153	3	1 987 017	4	1 031 206
65	klinická farmakológia	6	3 223 290					1	127		
87	centrálna sterilizácia	56	200 955 043					1	4 551		
CT a NMR		71	871 634 582								
SPOLU (samostat. zar.)		/1256	5 180 119 959	155/287	243 326 382	133/	136 458 897	205/	128 034 773	277/	128 798 292
Výk. SVLZ-zložiek ako súčasť iných ZZ a/alebo iných med. odb.		/801*	161 503 967	/1774	1 003 629 705	/1252	513 472 830		321 661 717		397 081 010
SPOLU (samostat. zar.+ iné)		/2057	5 341 623 926	/2061	1 246 956 087	133/	649 931 727		449 696 490		525 879 302
SPOLU akceptované výkony v Sk											8 086 052 759

Zdroj: Zdravotné poisťovne

* FBLR – fyziatrická, balneológia a liečebná rehabilitácia, CT a NMR – počítačová tomografia a nukleárna magnetická rezonancia

V roku 2005 všetky zdravotné poistovne uzatvorili zmluvy s poskytovateľmi jednodňovej zdravotnej starostlivosti (JZS). Objem vykázaných výkonov na Slovensku uvedený v tabuľke č. 48 predstavuje približne iba 10 % objemu lôžkovej starostlivosti. Je žiaduce, aby sa tento pomer výrazne zvýšil v prospech JZS postupne aspoň na úroveň 30 % v jednotlivých definovaných odboroch. Je teda dôležité zabezpečiť zo strany ZP podporu vo zmluvných vzťahoch s poskytovateľmi JZS na úkor lôžkovej starostlivosti. V tomto zmysle je zjavné správne smerovanie aktivity VŠZP, ktorá zabezpečila ZS v JZS v objeme 84,6 % z celkového objemu poskytnutej ZS na Slovensku, čo výrazne prevyšuje jej podiel na celkovom počte poistencov na Slovensku.

Tabuľka č. 48 Jednodňová zdravotná starostlivosť

	Počet PZS	Počet výkonov	akcept. výk. v Sk
VŠZP	45	13 438	119 221 158
SZP	31	1 299	5 919 340
Apollo	38	984	7 281 412
Sideria	39	857	5 085 193
Dôvera	39	2 418	3 490 181
		18 996	140 997 284

Zdroj: Zdravotné poistovne

Dopravná a záchranná zdravotná služba vo vzťahu k úhradám na základe počtu kilometrov a záchranná zdravotná služba pozemná i letecká je analyzovaná v tabuľke č. 49.

Tabuľka č. 49 Dopravná a záchranná zdravotná služba

Dopravná zdravotná služba					
	VŠZP	SZP	Apollo	Sideria	Dôvera
Počet zmluvných poskytovateľov	72	105	163	162	125
Počet typov prevozov	14	10	9	19	9
Počet km	38 352 588	4 354 193	4 443 679	4 357 177	3 705 483
Úhrada v Sk	424 815 246	41 999 895	45 528 718	40 833 331	37 554 654

Záchranná zdravotná služba					
	VŠZP	SZP	Apollo	Sideria	Dôvera
Počet zmluvných poskytovateľov	letecká	1	2	2	2
	pozemná	68	69	70	55
Počet (letové min./km)	letecká	32 169	5 100	2 198	5 288
	pozemná	4 338 617	583 806	401 726	464 865
Úhrada v Sk (vrátane paušálu)	letecká	73 354 624	13 880 528	7 492 018	10 529 321
	pozemná	761 476 013	158 718 868	93 042 003	88 792 470
ÚHRADA SPOLU v Sk	834 830 637	172 599 396	100 534 021	99 321 791	80 317 096

Zdroj: Zdravotné poistovne

V tabuľke č. 50 je dokumentovaný objem poskytnutej lôžkovej zdravotnej starostlivosti počtom hospitalizácií v jednotlivých sektورoch - všeobecné nemocnice (VN), špecializované nemocnice a vysokošpecializované odborné ústavy (ŠN) a odborné liečebné ústavy (OLÚ). Liečebne dlhodobo chorých (LDCH) poskytovali zdravotnú starostlivosť prevažne ako organizačná súčasť uvedených nemocníc VN a ŠN, ojedinele však aj ako samostatné zdravotnícke zariadenie. Ústavná starostlivosť bola zabezpečená aj kúpeľnou starostlivosťou, analýza ktorej je uvedená v tabuľke č. 51. V tejto prílohe sú dokumentované aj úhrady jednotlivých zdravotných poistovní za lekárensú starostlivosť, a to zvlášť pre lieky a dietetické potraviny, ako aj úhrady za výdajne zdravotníckych pomôcok a optík.

Tabuľka č. 50 Ústavná zdravotná starostlivosť

Zdravotná poistovňa	VšZP	SZP	Apollo	Sideria	Dôvera	SPOLU
Všeobecné nemocnice						
počet poskytovateľov	95	93	90	96	103	
počet hospitalizácií	614 486	95 349	64 771	71 493	45 885	
akcept. výk. v Sk	7 905 299 027	1 203 008 520	760 898 091	804 341 562	555 721 323	11 229 268 522
Špecializované nemocnice a Vysokošpecializované odborné ústavy						
počet poskytovateľov	21	34	33	28	35	
počet hospitalizácií	40 557	10 581	8 873	7 256	6 073	
akcept. výk. v Sk	1 492 087 007	358 068 768	224 886 723	175 554 325	152 224 642	2 402 821 465
Odborné liečebné ústavy (OLÚ)						
počet poskytovateľov	14	13	14	22	26	
počet hospitalizácií	9 155	1 003	804	1 290	1 252	
akcept. výk. v Sk	155 698 070	14 121 714	12 337 178	19 304 463	12 131 758	213 593 183
Liečebne dlhodobo chorých (LDCH)						
počet hospit.v rámci hore uvedených	16 481	1 163	721	994	595	19 954
počet samostat. poskyt.LDCH	4	4	2	1	0	
počet hospitalizácií	1 257	122	43	43		
akcept. výk. v Sk	31 691 216	2 669 608	1 228 150	951 418		
SPOLU akceptované výkony v Sk						13 881 949 802

Zdroj: Zdravotné poistovne

Tabuľka č. 51 Kúpeľná zdravotná starostlivosť

	VšZP	SZP	Apollo	Sideria	Dôvera	SPOLU
počet zmluvných PZS	23	26	22	26	25	
počet kúpeľných pobytov	24 975	4 128	2 690	2 446	1 754	35 993
Úhrada v Sk	373 731 360	61 829 390	45 619 763	34 453 656	28 353 343	543 987 512

Zdroj: Zdravotné poistovne

Tabuľka č. 52 Lekárenská zdravotná starostlivosť

Lekárenská starostlivosť a výdajne zdravotníckych pomôcok a optiky (ZP)							
Počet poskyt.	LEKÁRNE	VšZP	SZP	Apollo	Sideria	Dôvera	SPOLU
	VÝDAJNE ZP	1 291	1 278	1 357	1 303	1 280	
Úhrada v Sk	LIEKY	15 718 304 968	2 863 785 751	1 777 041 427	1 347 592 322	1 085 608 000	22 792 332 468
	DIETETICKÉ POTRAVINY	154 521 220	20 302 900	11 261 282	9 092 156	6 979 452	202 157 010
	ZDRAVOTNÍCKE POMÔCKY	1 758 984 899	250 422 041	165 978 349	84 770 083	62 682 592	2 322 837 964
SPOLU v Sk		17 631 811 087	3 134 510 692	1 954 281 058	1 441 454 560	1 155 270 044	25 317 327 441

Zdroj: Zdravotné poistovne

Tabuľka č. 53 Mimoriadne finančne náročná ZS (výkony, zdravotnícke pomôcky, lieky)

Mimoriadne finančne náročná ZS (výkony, zdravotnícke pomôcky, lieky)						
	VšZP	SZP	Apollo	Sideria	Dôvera	SPOLU
Počet podaných žiadostí	x	39	16	85	26	
Počet schválených žiadostí	x	23	16	38	21	
Úhrada v Sk	56 108 936	6 990 964	3 392 573	2 163 911	3 282 772	68 656 384

Zdroj: Zdravotné poistovne

Tabuľka č. 54 Zdravotnícke pomôcky osobitne uhrádzané – nad rámec ceny hospitalizácie

Zdravotnícke pomôcky osobitne uhrádzané						
	VšZP	SZP	Apollo	Sideria	Dôvera	SPOLU
Celkový počet	27 218	5 510	2 367	2 569	1 978	39 642
Úhrada v Sk	532 681 838	130 790 993	70 741 694	78 123 698	44 724 486	857 062 710

Zdroj: Zdravotné poistovne

V tabuľke č. 53 je analyzovaná mimoriadne finančne náročná zdravotná starostlivosť poskytnutá hospitalizovaným poistencom počtom žiadostí o úhradu podaných a schválených, ako aj objemom úhrad. VšZP sice ako jediná neposkytla analýzu počtu prijatých a schválených žiadostí, avšak zabezpečila poskytnutie tejto náročnej starostlivosti v objeme 82 % z celkového objemu na Slovensku. V tabuľke č. 54 sú analyzované aj zdravotnícke pomôcky uhrádzané osobitne nad rámec ceny hospitalizácie. Neodkladná zdravotná starostlivosť je poskytovaná v rôznych formách ambulantnej a ústavnej ZS, a preto zdravotné poistovne nedokázali dokumentovať túto oblasť exaktne úhradami, ale iba počtom podaných a schválených žiadostí. Apollo neviedla žiadnu evidenciu žiadostí, SZP viedla evidenciu, avšak v súlade s príslušnými ustanoveniami zákonov neschválila ani jednu žiadosť ako opodstatnenú. Dôvera vykázala neúmerne vysoký počet žiadostí podaných aj schválených, čo je dôsledkom

rozhodnutia uhrádzať schválenú neodkladnú zdravotnú starostlivosť poskytovateľom ZS nad rámec zmluvných finančných objemov. V oblasti neodkladnej ZS je potrebné zvýšiť disciplínu evidencie v ZP na základe jednotného výkladu príslušných právnych nariem. Analýza výkonov mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti je uvedená v nasledovnej tabuľke.

Tabuľka č. 55 Výkony mimoriadne finančne náročnej ZS

Výkony mimoriadne finančne náročnej ZS						
		VŠZP	SZP	Apollo	Sideria	Dôvera
transplantácia krvotvor.buniek	počet	103	24	18	8	14
	úhrada v Sk	61 048 167	9 582 843	4 262 814	1 709 706	9 286 409
transplantácia obličiek	počet	97	11	8	1	2
	úhrada v Sk	12 389 400	826 185	512 403	126 845	115 924
transplantácia srdca	počet	7	2			1
	úhrada v Sk	3 130 577	473 315			571 634
transplantácia pečene	počet	0	1			
	úhrada v Sk	0	301 989			
transplantácia pankreasu	počet	0				
	úhrada v Sk	0				
transplantácia plúc	počet	3				
	úhrada v Sk	468 125				
rohovková banka	počet	147	26	6	11	
	úhrada v Sk	2 207 672	489 591	109 690	205 200	
multiorgánové odbery	počet	104			100	
	úhrada v Sk	3 228 110			316 023	
popáleniny (nad 20 % povrchu)	počet	56		1	6	44
	úhrada v Sk	6 312 723		125 619	1 290 681	2 527 736
dlhodobá oxygenoterapia	počet	940				14
	úhrada v Sk	26 004 215	1 927 240		1 717 000	34 400
SAS (sleep apnoe syndrom)	počet	289				
	úhrada v Sk	8 756 538	2 494 974			
dlhodobá dom. ventilácia	počet	0				334
	úhrada v Sk	0				1 016 000
SPOLU v Sk		123 545 527	16 096 137	5 010 526	5 365 455	13 552 104

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Úrad konštatuje, že sú zásadné rozdiely a zároveň nedostatky v možnostiach získať exaktné a porovnatelné výstupy – zber dát z informačných systémov (IS) – z jednotlivých zdravotných poisťovní, a to v dôsledku 3 zásadných skutočností:

- uzatváranie zmlúv s PZS na všetky formy ZS sú v jednom zmluvnom finančnom objeme (zmluvné objemy vo všeobecnosti nie sú atomizované pre každý sektor ZS osobitne, ale je definovaný pre každého poskytovateľa v jednom globálnom objeme; VŠZP zmluvne iba čiastočne diferencuje sektory na ambulantný, SVLZ a lôžkový),

2. každá ZP má inak definovanú štruktúru evidencie údajov a ukazovateľov, chýba žiaduce zjednotenie štruktúry, ktoré poskytuje porovnateľné výstupy. To je potrebné pre transparentné, exaktné, a teda valídne porovnávacie analýzy na úrovni jednotlivých sektorov (foriem) poskytovania ZS vo vzťahu k výkonnosti PZS, nákupu na základe analýzy potreby externého prostredia a analýzy úhrad ZS,
3. zjavná je chybovosť výstupov získaných v rámci jednej ZP pri poskytovaní výstupov k tej istej položke opakovane, ako aj dodatočné korigovanie výstupov zo strany ZP.

Vzhľadom na hore uvedené skutočnosti odporúčame pre budúce obdobie zjednotiť postupy evidencie a štruktúru údajov a ukazovateľov v jednotnej forme, ktorá bude výsledkom konsenzu odborníkov (analytikov a informatikov ZP) tak, aby vyhovovala možnostiam IS všetkých ZP a aby bol jednotne a exaktne definovaný každý ukazovateľ (jeho obsah - čo je v ňom zahrnuté a čo nie).

3.1.1 Indikátory kvality

Pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi sa musí zdravotná poisťovňa riadiť i poradím poskytovateľov pri plnení indikátorov kvality. Nariadením vlády č. 752/2004 Z. z. bol definovaný súbor indikátorov kvality pre rok 2005 za účelom hodnotenia poskytovania zdravotnej starostlivosti v rámci dostupnosti zdravotnej starostlivosti, efektívnosti využitia zdrojov, účinnosti a primeranosti zdravotnej starostlivosti, vnímania poskytnutej zdravotnej starostlivosti pacientom a výsledky zdravotnej starostlivosti.

- Päť indikátorov bolo určených pre špecializovanú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, a to: doba čakania na vyšetrenie, predpisovanie generických liekov, skríning rakoviny krčka maternice, priemerný čas trvania ambulantného vyšetrenia, priemerný počet zubov chýbajúcich , vyplnených alebo postihnutých zubným kazom u 14 ročných poistencov.
- Jedenásť indikátorov bolo určených pre ústavnú zdravotnú starostlivosť a to: doba čakania na hospitalizáciu, denná liečba, doba čakania na neodkladnú hospitalizáciu, hodnotenie poskytovateľa pacientom, počet zrušených elektívnych operácií, riešenie sťažností, neodkladné a opakované prijatie do ústavnej starostlivosti, úmrtia po zlomenine krčka stehrovej kosti (vek nad 65 rokov), úmrtie na infarkt myokardu po neodkladnom prijatí (vo veku 35-74 rokov), úmrtie v nemocnici po neodkladnom prijatí na operačný výkon, úmrtie v nemocnici po plánovanom prijatí na operačný výkon.
- Deväť indikátorov bolo určených pre všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a to: predpisovanie generických liekov, manažment akútnej zdravotnej starostlivosti, manažment chronickej zdravotnej starostlivosti, vakcinácia detskej populácie, vakcinácia proti chrípkе, priemerný čas trvania ambulantného vyšetrenia, neodkladné prijatie do nemocnice u pacientov

starších ako 75 rokov, pacienti vyšetrení LSPP, pacienti, u ktorých bola vykonané preventívna prehliadka.

Za rok 2005 sa hodnotilo obdobie druhého až štvrtého kvartálu.

K 20. aprílu 2006 jedine VŠZP zverejnila výsledky na svojej internetovej stránke. Ostatné štyri poisťovne (Apollo, Dôvera, Sideria a SZP) poskytli úradu zozbierané údaje bez definitívneho zhodnotenia.

Pomerne zaujímavé výsledky prinieslo vyhodnotenie indikátora B.3.2. Hodnotenie poskytovateľa na základe výsledkov reprezentatívneho prieskumu. Tento indikátor kvality vyjadruje subjektívne hodnotenie poskytovateľa z pohľadu pacienta, a to minimálne v okruhoch hodnotenia celkovej spokojnosti so správaním a starostlivosťou zdravotníckeho personálu, hodnotenia kvality ubytovania a stravy, hodnotenia spokojnosti s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou.

Kedže ide o prvé skúsenosti s použitím indikátorov kvality na hodnotenie poskytovateľa, v praxi sa ukázalo, že nie všetky indikátory boli vhodne zvolené na podmienky a systém súčasného zdravotníctva na Slovensku. Z tohto dôvodu si myslíme, že nie je možné výsledky z roku 2005 uplatniť ako jednoznačné kritérium pre uzatváranie zmlúv s PZS, nakoľko nie všetci PZS poskytli valídne informácie, niektoré výsledky môžu byť neobjektívne a skresľujúce skutočný stav. Indikátory zozbierané v roku 2005 skôr slúžia ako podklad pre ďalšie analýzy, kontrolnú činnosť, a prípadne môžu poukázať na potrebu zmeny v systéme zdravotníctva v rámci konkrétneho problému.

3.1.2 Zabezpečenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov

Podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. je zdravotná poisťovňa povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi najmenej v rozsahu minimálnej verejnej siete poskytovateľov.

Verejná minimálna sieť poskytovateľov je usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území príslušného samosprávneho kraja alebo na území príslušného okresu v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť s prihlásením na:

- a) počet obyvateľov príslušného územia vrátane možnej odchýlky vo vzťahu ku geografickým a demografickým podmienkam príslušného územia,*
- b) chorobnosť a úmrtnosť obyvateľov príslušného územia,*
- c) migráciu cudzincov a osôb bez štátnej príslušnosti na príslušnom území,*
- d) bezpečnosť štátu.*

Na základe vyššie uvedeného vláda Slovenska vydala Nariadenie vlády č. 751/2004 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, v ktorom presne definuje minimálnu siet poskytovateľov na Slovensku a v prílohách stanovuje prepočet minimálnej siete ambulancií na poskytovanie všeobecnej, špecializovanej zdravotnej starostlivosti, siete agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti a siete pre lôžka poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v príslušných špecializačných odboroch na území Slovenska a príslušných krajov Slovenska.

Uvedené nariadenie nereflektuje v plnej miere potreby poistencov, v prípade VAS je v rozpore s príslušným zákonom, nie je definovaný normatív pre všetky druhy zdravotnej starostlivosti, obsahuje matematické chyby, a preto je potrebné ho novelizovať.

V rámci analýzy naplnenia jednotlivých normatívov zdravotnými poistovňami sa opäťovne potvrdili nedostatky vládneho nariadenia v praxi.

- V rámci všeobecnej ambulantnej starostlivosti (ďalej „VAS“) sa minimálna sieť všeobecných ambulancií určuje v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo ako 6,23 lekárskeho miesta (ďalej „LM“) na 10- tisíc obyvateľov vo veku nad 15 až 25 rokov, čo znamená v rámci určeného normatívu 1919, 25 LM a v špecializačnom odbore pediatria vrátane odboru dorastové lekárstvo ako 5,27 lekárskeho miesta na 10 000 obyvateľov do 15 až 25 rokov, čo znamená v rámci určeného normatívu 1035,04 LM. Všetky zdravotné poistovne vyššie uvedený normatív splňajú v rámci poskytovania VAS u dospelých, u detí normatív nespĺňa len Sideria, vzhľadom na vekovú štruktúru a bydlisko svojich poistencov. Nedostatkom nariadenia pri zabezpečení siete VAS je nepresná definícia, ktorá jasne nestanovuje vekovú kategóriu poistencov a navyše, zákonným ustanovením do určitej miery v rozpore s uvedeným nariadením je ZP povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým PZS, ktorý má uzatvorenú dohodu aspoň s jedným jej poistencom.
- V rámci špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej „ŠAS“) nariadenie stanovuje prepočet minimálnej siete ambulancií na poskytovanie špecializovanej zdravotnej starostlivosti na počet obyvateľov Slovenska a príslušných krajov Slovenska pre päťdesaťštyri medicínskych odborov, v rámci ktorých sú zaradené aj vysokošpecializované odbory viazané na špecializované pracoviská. V samotnom nariadení v rámci normatívu nie sú dodržané zákonom stanovené podmienky na ich výpočet, čo sa týka zabezpečenia zdravotnej starostlivosti na počet obyvateľov, geografickej dostupnosti, chorobnosti a úmrtnosti. Naviac PZS v rámci ŠAS nie je povinný uzatvárať zmluvu s každou ZP a v prípade, že jeho služby využíva málo poistencov konkrétnej ZP, PZS nemá záujem zmluvu so ZP uzatvoriť. Analýza uzatvárania zmlúv v rámci minimálnej siete PZS poukázala, že najviac problémov majú ZP s naplnením siete v rámci Slovenska v odbore stomatológia a gynekológia a pôrodnictvo, kde naplnenie normatívu nad 100 % deklarovala len SZP.
- Minimálna sieť pre ADOS je 1,00 sesterské miesto na 10- tisíc obyvateľov. Prepočet stanovenej minimálnej siete agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti na územie Slovenska a príslušných krajov je 603 sesterských miest. Napríklad VŠZP deklaruje zmluvy s 153 poskytovateľmi, čo znamená 532,1 sesterských miest, čo je 88,23 % normatívu verejnej siete.
- Naplnenie minimálnej siete pre lôžka poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej ÚZS) v príslušných špecializačných odboroch je nemožné, nakoľko ZP nenakupujú od PZS počet lôžok, ale objem poskytnutých zdravotných výkonov alebo počet ukončených hospitalizácií.

Z vyššie uvedeného vyplýva nevyhnutnosť novelizovať nariadenie so zohľadnením na reálne potreby poistencov, zohľadňujúc súčasné možnosti PZS, výšku a efektívnosť

vynaloženia finančných nákladov so zohľadnením a zadefinovaním stupňa časovej dostupnosti jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti.

3.2 Regionálna analýza dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti

Analýza priemerného počtu návštev vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa okresov poukázala na niektoré rozdiely v dostupnosti tohto typu starostlivosti, keď rozdiel medzi okresmi s najnižším a najvyšším počtom návštev na poistenca bol až dvojnásobný.

Tabuľka č. 56 Okresy s najnižším a najvyšším počtom návštev a medicínsky uznaných bodov na poistenca – VAS (za rok 2005)

Okres	Počet návštev na poistenca - VAS
Brezno	3,19
Banská Štiavnica	3,70
Žiar nad Hronom	3,77
Poltár	5,68
Bánovce nad Bebravou	5,87
Partizánske	6,30

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Analýza priemerného počtu návštev a medicínsky uznaných bodov v špecializovanej ambulantnej starostlivosti podľa okresov ukázala (podobne ako všeobecná ambulantná starostlivosť) rozdiely v dostupnosti tohto typu starostlivosti.

Tabuľka č. 57 Okresy s najnižším a najvyšším počtom návštev a medicínsky uznaných bodov na poistenca – ŠAS

Okres	Počet návštev na poistenca - ŠAS	Okres	Počet bodov na poistenca - ŠAS
Gelnica	5,26	Revúca	2 565,05
Brezno	5,29	Gelnica	2 639,56
Revúca	5,53	Lučenec	2 658,58
Prešov	8,24	Banská Bystrica	3 761,70
Košice	8,30	Svidník	3 975,89
Humenné	8,44	Prešov	3 982,54

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Rozdiely v počte návštev dosahujú až 60 % a môžu poukazovať na potenciálne horšiu dostupnosť k špecializovanej ambulantnej starostlivosti v určitých regiónoch. Zdravotné poisťovne by mali túto situáciu analyzovať a podobne ako vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti by mali priať opatrenia na zníženie regionálnych rozdielov. Toto môže byť dosiahnuté napríklad diferencovaným financovaním, zavedením motivačných prvkov ohodnotenia lekárov a znižovaním koncentrácie lekárov vo väčších aglomeráciách.

3.2.1 Regionálna analýza lôžkovej zdravotnej starostlivosti – všeobecné nemocnice

Pri porovnaní okresov s najnižším a najvyšším počtom hospitalizácií a lôžkodní na 100 poistencov sme identifikovali niektoré rozdiely, keď rozdiel v počte hospitalizácií na 100 poistencov medzi okresmi na rozdielnych koncoch poradia je až 3,27-násobný. Rozdiel v počte lôžkodní je ešte významnejší a predstavuje 3,82-násobok medzi najnižšou a najvyššou hodnotou. Je dôležité upozorniť, že analýza bola pripravená na základe pôvodu bydliska daného pacienta, čím sme eliminovali riziko koncentrácie lôžok v niektorých okresoch.

Tabuľka č. 58 Počet hospitalizácií a lôžkodní na 100 poistencov podľa okresov – všeobecné nemocnice

Okres	Počet hospitalizácií na 100 poistencov - všeobecné nemocnice	Okres	Počet lôžkodní na 100 poistencov - všeobecné nemocnice
Námestovo	8,81	Tvrdošín	58,52
Tvrdošín	8,88	Námestovo	63,78
Hlohovec	12,93	Piešťany	93,12
Bardejov	26,36	Svidník	179,38
Stará Ľubovňa	28,60	Medzilaborce	213,53
Žilina	28,89	Michalovce	223,67

Zdroj: Zdravotné poistovne

Z tabuľky č. 58 vyplýva, že všetky tri okresy s najvyšším počtom lôžkodní na 100 poistencov sa nachádzajú na východnom Slovensku, čo môže poukazovať na nadspotrebu lôžkových služieb tohto typu zdravotnej starostlivosti.

3.2.2 Regionálna analýza nákladovosti

Pohľad na celkovú nákladovosť na pacienta po jednotlivých okresoch ukazuje, že najnákladnejší pacienti sú v okresoch Bratislava, Košice a Banská Bystrica¹⁴. Naopak, najmenej nákladní pacienti sú z okresov Námestovo, Kežmarok a Čadca.

¹⁴ Bratislava zahrňa okresy Bratislava I-V, Košice zahŕňajú okresy Košice I-IV

Tabuľka č. 59 Náklady na zdravotnú starostlivosť na pacienta v Sk podľa jednotlivých kategórií

Okres	ŠAS	Okres	SVLZ	Okres	Hospitalizácie	Okres	Lieky	Okres	Celkové náklady
Brezno	1 309	Kežmarok	918	Námestovo	2 111	Námestovo	3 188	Námestovo	9 064
Lučenec	1 371	Čadca	949	Lučenec	2 227	Gelnica	3 299	Kežmarok	10 194
Gelnica	1 379	Námestovo	993	Poltár	2 238	Kežmarok	3 603	Čadca	10 295
Poprad	2 068	Malacky	1 869	Medzilaborce Turčianske	3 311	Bystrica	5 275	Bystrica	13 276
Bratislava	2 113	Košice	1 970	Teplice	3 352	Piešťany	5 362	Košice	13 585
Banská Bystrica	2 235	Bratislava	2 194	Poprad	3 425	Bratislava	5 404	Bratislava	13 864

Zdroj: Zdravotné poistovne

Z tabuľky č. 59 vyplýva, že najnákladnejší pacienti sa nachádzajú v mestách, v ktorých sa nachádzajú koncové nemocnice a ktoré poskytujú najširšiu ponuku zdravotných služieb. Dá sa preto predpokladať, že širšia ponuka týchto služieb môže poukazovať na nadmerný dopyt a že finančné prostriedky nie sú rozdelené rovnomerne medzi obyvateľov celého Slovenska. Túto situáciu je potrebné ďalej analyzovať a identifikovať skutočné príčiny týchto rozdielov.

Bližší pohľad na jednotlivé kategórie nákladov ukazuje na rozdiely v nákladovosti v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, kde rozdiel medzi okresom Brezno a okresom Banská Bystrica je 926 Sk na jedného pacienta, čo predstavuje 70 % rozdiel. Rozdiel v nákladoch na SVLZ je ešte výraznejší, pričom je zrejmé, že pacienti z Bratislavu a Košíc (mestá s najrozvinutejšou sieťou laboratórnych a diagnostických zariadení) sú diagnostikovaní extenzívnejšie ako pacienti z ostatných okresov. Tento trend potvrdzuje aj ukazovateľ nákladovosti liekov na jedného pacienta, kde medzi prvé tri okresy s najvyššími nákladmi patrí Bratislava aj Banská Bystrica.

Z analýzy nákladovosti pacientov podľa jednotlivých okresov vyplýva, že na Slovensku existujú regionálne rozdiely medzi množstvom finančných prostriedkov vynaložených na zdravotnú starostlivosť na pacienta. Jednou zo základných príčin je koncentrácia finančne náročných služieb vo veľkých mestách, ktoré následne nie sú rovnomerne poskytované obyvateľom všetkých okresov. Tento trend spôsobuje napríklad vysoké rozdiely v nákladoch na diagnostiku pacientov z rôznych okresov, čo môže mať za následok nedostatok týchto služieb pre pacientov žijúcich v okresoch s neexistenciou takýchto služieb.

3.2.3 Analýza vzťahov medzi nákladovosťou jednotlivých kategórií služieb

Na základe analýzy príčin a následkov vzťahov medzi pôsobením jednotlivých zložiek zdravotnej starostlivosti (VAS, ŠAS, hospitalizácie, lieky), ich nákladovosti a vzťahu k makroekonomickej veličine (priemerná mzda, úroveň nezamestnanosti) sme zistili nasledovné skutočnosti.

Existuje štatisticky významný negatívny vzťah medzi priemernými nákladmi na poistenca VAS a ŠAS. Vysvetlením môže byť skutočnosť, že fungujúca a teda relatívne nákladovejšia VAS znižuje náklady ďalších úrovní zdravotnej starostlivosti. Takisto sme identifikovali štatisticky významný pozitívny vzťah medzi nákladmi na VAS a nezamestnanosťou, čo znamená, že sa dá predpokladať, že služby VAS využívajú ľudia z oblastí s vyššou nezamestnanosťou.

Identifikácia štatisticky významného pozitívneho vzťahu medzi priemernými nákladmi na ŠAS a nákladmi na SVLZ môže predpovedať dopyt vyvolaný ponukou. To znamená, že ak je v niektorom okrese viac návštev ŠAS, znamená to vyššie náklady na SVLZ. V prípade okresov so slabšie rozvinutou sieťou ŠAS môžeme predpokladať obmedzenú dostupnosť k diagnostike a laboratóriám.

Štatisticky významný pozitívny vzťah medzi nákladovosťou na ŠAS a nákladovosťou na lieky znamená, že vyššie náklady na ŠAS na poistenca v určitom okrese znamenajú vyššie priemerné náklady na lieky.

Vzťah medzi nákladovosťou na ŠAS a nezamestnanosťou je výrazne negatívny, čo znamená, že v okresoch s vyššou nezamestnanosťou sú nižšie priemerné ŠAS náklady na poistenca. Toto môže byť takisto jedna z príčin horšej dostupnosti k ŠAS v určitých okresoch.

Posledná dôležitá závislosť existuje medzi ŠAS a priemernou mzdou, čo znamená, že okresy s vyššou priemernou mzdou zaznamenali vyššie priemerné náklady na ŠAS, čo potvrzuje záver o lepšej dostupnosti k ŠAS v prípade lepšej ekonomickej situácie občanov.

3.3 Dispenzárna starostlivosť

Zákon č. 581/2004 Z. z. stanovil zdravotnej poistovni povinnosť zaraďovať poistencov na dispenzarizáciu, a to na základe návrhu poskytovateľa, s ktorým má uzavorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, viesť zoznam takýchto poistencov a zasielať ho na úrad.

Dispenzarizácia je aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu osoby, u ktorej je predpoklad zhoršovania zdravotného stavu, jej vyšetrenie a liečba.

K 31.12.2005 úrad evidoval 385 225 dispenzarizovaných pacientov (tab. č. 60), čo možno považovať za extrémne nízku hodnotu a nemožno ju pokladať za reálnu. Len podľa údajov odborníkov pre ochorenie diabetes je počet diagnostikovaných a dispenzarizovaných poistencov pre všetky typy diabetu v roku 2004 asi 282 000 poistencov, s každoročným nárastom asi 10 000 poistencov. Tento závažný nedostatok spočíva pravdepodobne v nedôslednom nahlasovaní počtov dispenzarizovaných poistencov podľa jednotlivých dispenzárnych chorôb zo strany poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti smerom na príslušnú zdravotnú poistovňu.

Tabuľka č. 60 Počet dispenzarizovaných poistencov k 31.12.2005

Zdravotná poistovňa	Počet dispenzarizovaných poistencov k 31. 12. 2005
VŠZP	167 004
SZP	120 445
Apollo	50 619
Dôvera	18 786
Sideria	28 371
spolu	385 225

Zdroj: Zdravotné poistovne

Tabuľka č. 61 Dispenzarizovaní pacienti podľa 10 najfrekventovanejších diagnóz v každej zdravotnej poistovni

VŠZP		SZP		Apollo		Dôvera		Sideria	
Kód Diagnózy	počet	Kód diagnózy	počet	Kód diagnózy	počet	Kód diagnózy	počet	Kód diagnózy	počet
E11	14 767	I10	12 131	J30.1	2 794	I10	1 467	I10	940
I10	12 637	J30	10 060	Z30	2 490	J30.1	871	J30	819
E78	9 178	E78	8385	I10	2 132	Z30.4	617	I25	759
I25	8 060	E11	7 021	Z30.4	2 033	E11	504	J30.1	742
J30	7 341	I25	6 798	J30	1 834	E78	430	E11	663
J45	6 619	Z30	5 493	E11	1 769	N60.1	381	E78	560
Z30	5 168	J45	4 900	N60	1 548	E03.8	340	J30.3	530
H40	5 011	N60	2 872	J45.0	1 438	H40.1	326	H36.0	483
I11	3 497	H40	2 688	J30.3	1 208	J45.0	324	H40.1	468
E10	3 412	I11	2 414	J45	1 051	E11.7	294	Z30.4	436

Zdroj: Zdravotné poistovne

Pozn.

- E03 – iné hypotyreózy
 E03.8 – iná špecifikovaná hypotyreóza
 E10 – diabetes mellitus závislý od inzulínu
 E11 – diabetes mellitus nezávislý od inzulínu
 E78 – poruchy metabolismu lipoproteínov a iné lipidémie
 H36 – choroby sietnice pri chorobách zatriedených inde
 H36.0 – diabetická retinopatia
 H40 – glaukom
 H40.1 – primárny glaukom s otvoreným uhlom
 I10 – esenciálna (primárna) hypertenzia
- I11 – hypertenzná choroba srdca
 I25 – chronická ischemická choroba srdca
 J30 – vazomotorická a alergická nádcha (rinitída)
 J30.1 – alergická rinitída zavinená peľom
 J30.3 – iná alergická rinitída
 J45 – astma (záduch)
 J45.0 – prevažne alergická astma
 N60 – benigna dysplázia prsníka
 N60.1 – difúzna cystická mastopatia
 Z30 – usmernenie antikoncepcie
 Z30.4 – dohľad nad orálnymi kontraceptívami

Z tab. č. 60 vyplýva, že v roku 2005 zdravotné poistovne neevidovali všetkých chronicky chorých pacientov a teda súčasné zoznamy dispenzarizovaných poistencov nie sú reálne. Absentuje i všeobecne záväzný právny predpis, ktorý by definoval jednotný zoznam dispenzárnych chorôb.

Je preto potrebné buď zvýšiť dôraz na dôsledné dodržiavanie povinnosti poskytovateľov nahlásovať zdravotným poistoviam kompletné počty dispenzarizovaných poistencov,

ktorých majú vo svojej starostlivosti alebo prehodnotiť potrebu vedenia týchto zoznamov.

Systém uplatňovania dispenzárskej starostlivosti v praxi v súlade s platnými právnymi predpismi na Slovensku v roku 2005 sa transformoval bez zásadných komplikácií vďaka žiaducemu a zo strany úradu zabezpečenému zjednoteniu postupov v tejto oblasti, ktoré uľahčilo aplikáciu systému v transformačnom procese v rezorte zdravotníctva. Obsahové naplnenie procesov, ich cieľ však poukazuje na niektoré nedostatky. Absentuje všeobecne záväzný právny predpis, ktorý by definoval jednotný zoznam dispenzárskych chorôb, ako i spôsob dispenzarizácie. Z analýzy vyplýva, že v roku 2005 sa nepodarilo v zdravotných poistovniach zabezpečiť reálny zoznam dispenzarizovaných poistencov s reálnym počtom chronicky chorých pacientov. Preto je potrebné klášť veľký dôraz na dôsledné dodržiavanie povinnosti poskytovateľov nahlásiť zdravotným poistovniám skutočné a kompletné počty dispenzarizovaných poistencov, ktorých majú vo svojej starostlivosti.

Význam dispenzarizácie je v súčasnosti často spochybňovaný. Pred obdobím transformačného procesu v zdravotníctve prevažoval v spoločnosti názor, že za zdravie občana zodpovedá štát. Právne normy ukladali pre ambulantných lekárov povinnosť zabezpečiť pravidelné kontrolné vyšetrenia pre pacientov na základe zákonom definovaného zoznamu dispenzárskych chorôb. Zároveň táto povinnosť zabezpečovala spoľahlivú evidenciu dispenzarizovaných pacientov v období, keď komputerizácia v činnosti zdravotníkov nebola rozvinutá. V súčasnosti je zjavné, že za svoje zdravie je zodpovedný predovšetkým sám občan, a teda v jeho záujme je pravidelné monitorovanie svojho porušeného zdravia. Elektronická evidencia poistencov so špecifikáciou ich zdravotných obtiaží v tomto zmysle už nie je problémom. Právne normy už nedefinujú záväzný zoznam dispenzarizovaných chorôb. Horeuvedená aplikácia do každodennej praxe zlyháva v procese získavania valídnych údajov od poskytovateľov, ktorí zrejme pokladajú túto agenda za zbytočnú. Problematika dispenzarizácie je predmetom zdravotnej politiky štátu, preto o prehodnotení jej zmysluplnosti je kompetentný rozhodnúť predovšetkým tvorca zdravotnej politiky.

3.4 Vedenie zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti

Podľa §6 ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení účinnom v roku 2005 bola zdravotná poistovňa povinná vytvoriť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ak nebola schopná uhrádzať neodkladnú zdravotnú starostlivosť v čase jej splatnosti.

Každá zdravotná poistovňa pracovala na vlastnej metodike zberu údajov a vlastnom metodickom postupe v zmysle obsahovej náplne a štruktúry dátového rozhrania.

Podľa údajov jednotlivých zdravotných poistovní bol v zoznamoch poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti nasledovný celkový počet poistencov:

VŠZP	9 739 poistencov
SZP	1 391 poistencov
Apollo	- - - poistencov
Sideria	- - - poistencov
Dôvera	76 poistencov

10 najfrekventovanejších diagnóz v zoznamoch čakateľov VŠZP:

- Kód dg:H25 Cataracta senilis
- Kód dg:I25 Chronická ischemická choroba srdca
- Kód dg:M16 Koxartróza
- Kód dg:N97 Ženská neplodnosť
- Kód dg:J35 Chron. choroby mandlí a adenoid. tkaniva
- Kód dg:I20 Angina pectoris
- Kód dg:D25 Leiomyóm maternice
- Kód dg:M17 Gonartróza
- Kód dg:N60 Beníigna dysplázia prsníka
- Kód dg:M51 Iné poruchy medzistavcových platničiek

Problematika tvorby a vedenia zoznamov je komplexnou tému, ktorá od zavedenia do legislatívy od 1.1.2005 prešla niekoľkými novelizáciami. S účinnosťou od 1.1.2006 bola prijatá novela zákona, ktorá oprávňuje MZ SR na vydanie vykonávacieho predpisu, ktorý upraví podrobnosti o tvorbe a vedení čakacích listín.

Harmonizácia tvorby a vedenia zoznamov by mala zahŕňať zavedenie pravidiel a postupov pre poskytovateľov, zdravotné poistovne a úrad a zabezpečiť tak jednotný spôsob vedenia čakacích listín a vykazovania údajov.

Vo všeobecnosti pokladáme za najdôležitejšie zapracovať do problematiky vedenia zoznamov nasledujúce zásadné princípy:

- definovať časový interval od stanovenia diagnózy, po ktorom budú poskytovatelia navrhovať zdravotnej poistovni poistenca na zaradenie do zoznamu, napríklad 1 mesiac,
- viesť zoznam nielen podľa chorôb, ale zároveň definovať zdravotný výkon – ten je hlavným predmetom zoznamu,
- potreba viesť samostatné zoznamy podľa chorôb s väzbou na zdravotný výkon bez ohľadu na typ poskytovateľa a formu poskytovania zdravotnej starostlivosti (ambulantnú, ústavnú, SVLZ a podobne),
- diagnostika, ktorá vedie k definitívному stanoveniu diagnózy, nemá byť predmetom vedenia v zoznamoch,
- definovať zoznam prioritných chorôb s väzbou na terapeutický postup po analýze súčasného stavu v každodennej praxi,

- definovať, na aké typy zdravotnej starostlivosti viesť zoznamy,

V budúcnosti by sa mali vypracovať i pravidlá smerujúce k vyhodnocovaniu čakacích listín, ich analýze a hodnoteniu zdravotných poistovní na základe čakacích listín.

Riešenie problému transparentnosti vedenia čakacích listín a poradia poistencov v nich je základnou podmienkou spoľahlivosti kontrolných mechanizmov aj v zmysle kompetencie úradu.

V dôsledku uvádzaných skutočností vznikol stav nespoľahlivého fungovania procesov nahlásovania návrhov zdravotným poistovniám zo strany poskytovateľov a následne na to odosielania zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti zo zdravotných poistovní na úrad. V dôsledku toho poistovne neplnili oznamovaciu povinnosť voči úradu v plnom rozsahu v priebehu celého roka 2005.

Z uvedených skutočností vyplýva, že problematika čakacích listín vyžaduje legislatívnu úpravu a doriešenie procesných postupov v nasledovných oblastiach:

1. zjednotenie postupov,
2. vykonávací predpis - definovanie obsahovej aj formálnej stránky,
3. definovanie reálnej a využiteľnej štruktúry údajov.

3.5 Dohľad nad poskytovaním a nákupom zdravotnej starostlivosti

Úrad v rámci svojej pôsobnosti, vymedzenej v §18 ods. 1 písm. b) zákona 581/2004 Z. z. vykonáva dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, tým že dohliada na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Poskytovateľ je povinný v súlade s §4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z. poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby, s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby, so zohľadnením súčasných poznatkov lekárskej vedy.

Úrad v rámci výkonu dohľadu nad poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade s § 43 zákona 581/2004 Z. z. spôsobom dohľadu na diaľku alebo dohľadu na mieste. Oprávnenými osobami na výkon dohľadu na mieste sú okrem zamestnancov úradu na základe písomného poverenia aj prizvané osoby. Prizvanými osobami sú pri prešetrovaní správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti odborní konzultanti úradu z radov erudovaných odborníkov z jednotlivých medicínskych odborov.

Úrad v zmysle objektivity, nestrannosti a odbornosti zabezpečuje k podnetom a sťažnostiam na poskytnutú zdravotnú starostlivosť odborné stanoviská konzultantov aj prostredníctvom poradných orgánov predsedu úradu, ktorími sú zbor konzultantov a odborná komisia predsedu úradu.

Tabuľka č. 62 Prehľad podaní voči PZS za rok 2005

Ústredie a pobočky úradu	Spolu	
	počet	% podiel
Počet celkom	2 039	100,00 %
Z toho: ukončené	1 783	87,44 %
v riešení	256	12,56 %
Ukončené ako: opodstatnené	153	8,58 %
neopodstatnené	535	30,01 %
odložené ad acta	145	8,13 %
list pisateľovi	322	18,06 %
stiahnutie podania	59	3,31 %
odstúpené mimo úrad	569	31,91 %
Predmet/obsah/charakter* spolu	2039	100,00 %
- nespokojnosť s postupom pri liečbe	519	25,45 %
- iné: inv.dôchodky, LSPP, súdni znalci	327	16,04 %
- poplatky	273	13,39 %
- úmrtie	196	9,61 %
- poškodenie zdravia	195	9,56 %
- kúpeľná liečba, PN, zdrav.poisťovne	116	5,69 %
- nepreplácanie výkonov	123	6,03 %
- etika zamestnanca	99	4,86 %
- organizácia práce, zaradenie do siete	60	2,94 %
- zdravotné pomôcky	45	2,21 %
- predpisovanie lieku,zdrav.pom.,neprepl.výk.	28	1,37 %
- odloženie operácie/waiting list	16	0,78 %
- zaradenie do dispenzárnej starostlivosti	16	0,78 %
- odmiestnutie nahliadnut do zdrav.dokument.	16	0,78 %
- sponzorský dar	6	0,29 %
- nesprávna diagnóza	2	0,10 %
- žiadosť o vykonanie/nevykonanie pitvy	1	0,05 %
- náhrada škody	1	0,05 %

Zdroj: UDZS

*Obsahovo príbuzné najpočetnejšie podania

4 Platitelia poistného a poistenci

4.1 Zabezpečenie práv poistencov

Právne vzťahy a z nich vyplývajúce práva vznikajúce na základe zdravotného poistenia upravuje zákon č. 580/2004 Z. z. Ide najmä o nasledujúce práva:

1. Poistenec má právo na výber zdravotnej poisťovne. Zákon umožňuje poistencovi podať prihlášku v zdravotnej poisťovni, ktorú si vyberie. Zmeniť zdravotnú poisťovnu môže poistenec raz do roka, a to vždy k 1. januáru kalendárneho roka. Ak poistenec podá prihlášku do 30. septembra kalendárneho roka, zdravotná poisťovňa, ktorá prihlášku potvrdí, sa stane jeho príslušnou zdravotnou poisťovňou od 1. januára nasledujúceho kalendárneho roka. Ak poistenec podá prihlášku po 30. septembri kalendárneho roka, prihláška sa považuje za podanú 1. januára nasledujúceho kalendárneho roka.
2. Poistenec má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom zákonom č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, ak nie je zákonom č. 580/2004 Z. z. ustanovené inak. Poistenec má právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti, napríklad: ak nezaplatil preddavok na poistné za tri mesiace v roku, ak nezaplatil nedoplatok na poistnom, ak nezaplatil úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v dôsledku porušenia liečebného režimu alebo užitia návykovej látky, resp. ak nepodal prihlášku v zdravotnej poisťovni alebo ju podal vo viac ako jednej zdravotnej poisťovni.
3. Poistenec má právo na informáciu, s ktorými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti má príslušná zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
4. Poistenec má právo na poskytnutie neodkladnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti aj vtedy, ak príslušná zdravotná poisťovňa s ním nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
5. Poistenec má právo na vrátenie preplatku na základe ročného zúčtovania poistného.
6. Poistenec má právo na podieľať sa na kontrole poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Kontrola zo strany poistencu je zabezpečená aj prístupom poistencu k údajom z účtu poistencu, ktorý vedie jeho príslušná zdravotná poisťovňa.
7. Poistenec má právo domáhať sa ochrany práv a právom chránených záujmov vyplývajúcich z verejného zdravotného poistenia v konaní pred úradom.

Zdravotné poisťovne od doby transformácie na akciové spoločnosti prijali, evidovali a vybavili v celkovom počte 172 podaní, ktorými boli sťažnosti, podnety a oznámenia.

Tabuľka č. 63 Prehľad o podaných sťažnostiach, podnetoch a oznámení v jednotlivých zdravotných poistovniach

	VŠZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria	Spolu
Opodstatnené	18	11		5	2	36
Čiastočne opodstatnené		1				1
Neopodstatnené	97	8	2	27	1	135
Spolu	115	20	2	32	3	172

Zdroj: Zdravotné poisťovne

4.2 Analýza dodržiavania právnych predpisov poistencami a platiteľmi poistného

Poistenci najčastejšie porušujú svoje povinnosti týkajúce sa povinností:

- vypočítať poistné, riadne a včas platiť a odvádzať preddavky na poistné a vykazovať poistné,
- oznámiť zmenu mena, priezviska a trvalého pobytu,
- oznámiť zmenu platiteľa poistného,
- oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre vznik povinnosti štátu platiť za neho poistné,
- oznámiť zdravotnej poisťovni základ dane z príjmov.

Celkový počet oznámení zdravotných poisťovní o porušení, resp. nesplnení povinností ustanovených zákonom poistencami a platiteľmi poistného k 31. decembru 2005 predstavoval 1 536 993 oznámení.

Až 99 % všetkých oznámení zdravotných poisťovní týkajúcich sa platiteľov poistného bolo ohľadom porušenia povinnosti vypočítať poistné, riadne a včas platiť a odvádzať preddavky na poistné a povinnosti vykazovať poistné príslušnej zdravotnej poisťovni. Pritom až viac ako 3000 platiteľov porušuje povinnosť odvádzania preddavkov pravidelne.

Úrad získava informácie o porušovaní povinností poistencami a platiteľmi poistného najmä na základe plnenia oznamovacích povinností zdravotných poisťovní podľa príslušných ustanovení zákona č. 580/2004 Z. z.

Tabuľka č. 64 Počet porušení právnych predpisov platiteľmi poistného a poistencami

	VŠZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Sideria
Platitelia	1 019 560	45 681	84 027	255	552
Poistenci	386 839		79		
Spolu	1 406 399	45 681	84 106	255	552

Zdroj: Zdravotné poisťovne

4.3 Ukladanie pokút za porušenie povinností

Úrad vydáva rozhodnutia o pokutách za porušenie povinností platiteľa poistného a poistenca, ktoré sú ustanovené zákonom č. 581/2004 Z. z. a č. 580/2004 Z. z. .

Prvostupňové rozhodnutia o uložení pokuty sa vydávajú v správnom konaní z podnetu úradu ako správneho orgánu, na základe oznamení zdravotných poisťovní. V prípade podania opravného prostriedku – rozkladu účastníkom konania v zákonom stanovej lehote je druhostupňovým správnym orgánom ústredie úradu.

Podľa právnej úpravy platnej v priebehu roku 2005 bol úrad povinný udeľovať pokuty poistencom a platiteľom poistného za každé jednotlivé zistenie nesplnenia, resp. porušenia povinnosti.

Prax ukázala, že úrad z personálneho a materiálno – technického hľadiska nemohol zvládnuť takúto rozsiahlu agendu. Na základe uvedenej skutočnosti MZ SR predložilo návrh novely zákona v zmysle zmeny povinnosti na možnosť uloženia pokuty pri zistení nesplnenia, resp. porušenia povinnosti ustanovej príslušným právnym predpisom. V zmysle tejto novely úrad metodicky usmernil proces správneho konania vo veci uloženia pokuty. Predmetná novela zákona nadobudla účinnosť 1. januára 2006.

Záver

Rok 2005 bol pre slovenské zdravotníctvo rokom výrazných legislatívnych a štrukturálnych zmien.

Hoci makroekonomický vývoj v uplynulom období zabezpečil nárast udržateľných verejných zdrojov financovania, zdá sa pravdepodobné, že v najbližších rokoch vznikne v systéme zdravotníctva medzera financovania, ktorú by bolo vhodné pokryť zvýšením udržateľných verejných alebo súkromných zdrojov.

Zdravotné poisťovne prešli v roku 2005 transformáciou na akciové spoločnosti, ktorá mala zabezpečiť vyššiu transparentnosť ich činnosti. Chýbajúca jednotná metodika v oblastiach ako postupy účtovania, čakacie listiny alebo nejednotné sledovanie výkonov spôsobili výrazné rozdiely a komplikovanú porovnatelnosť jednotlivých poisťovní. Preto za jednu z najdôležitejších úloh nasledujúceho obdobia považujeme skvalitnenie informačných výstupov od zdravotných poisťovní, čo následne zabezpečí vyššiu objektívnosť pri ich hodnotení a porovnávaní. Osobitnú pozornosť bude potrebné venovať tvorbe technických a iných rezerv v jednotnej štruktúre a zabezpečiť tak primeranú kontrolu ich tvorby. ZP v roku 2005 vytvorili technické rezervy vo výške 6 373 mil. Sk, čo je v prepočte na jedného poistencu 1 192 Sk.

Náročný rok zaznamenali aj poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, keď sa museli prispôsobiť zásadným zmenám v prostredí zdravotníctva, ktorý vytváral silný tlak na zlepšenie hospodárenia, pričom museli zachovať kvalitu poskytovaných zdravotných služieb. Očakávané selektívne kontrahovanie v roku 2005 nenastalo. Zásadným problémom v rámci vzťahu k poisťovniám ostali medicínsky uznané, avšak neuhradené výkony. Ich suma dosiahla v roku 2005 takmer 763 mil. Sk.

Čo najskôr bude potrebné uplatniť u poskytovateľov kvalitatívne kritéria poskytovania zdravotnej starostlivosti a v prípade ZP monitorovanie a zverejňovanie ich činnosti.

Veľká pozornosť sa venovala aj problematike čakacích listín, ktorá stále vyžaduje legislatívnu úpravu a doriešenie procesných postupov.

Je takisto nevyhnutné novelizovať legislatívu o minimálnej sieti so zohľadnením reálnych potrieb poistencov a efektívnej a časovej dostupnosti jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti.

Regionálna analýza poskytovania zdravotnej starostlivosti poukázala na rozdiely v objeme jej poskytovania pacientom. Hoci príčiny môžu byť rôzne, je dôležité, aby zdravotné poisťovne venovali tomuto problému zvýšenú pozornosť a naplnili tak dva zo základných pilierov systému – rovnosť a dostupnosť.

Zásadný obrat bolo možné pozorovať v uplatňovaní práv pacientov a poistencov. Existencia nezávislého úradu výrazne napomohla skvalitniť proces uplatňovania práv pacientov, ktorí sa stále vo väčšej miere dožadujú ich naplnenia. Najvyššia miera nespokojnosti vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sa prejavila v nespokojnosti so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v oblasti vyberania poplatkov, vzťahov a etického správania.

Úrad poskytuje ucelený, komplexný a nezávislý pohľad na stav vykonávania VZP s dôrazom na uplatňovanie legislatívy v každonnej praxi uplatnením nových transformačných procesov, ako aj tvorby nových vzťahov medzi všetkými článkami v systéme VZP.

Vydáva:

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Grösslingová 5, 812 62 Bratislava
www.udzs.sk