

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

vestník

číslo 3/2009

**SPRÁVA
O STAVE VYKONÁVANIA
VEREJNÉHO
ZDRAVOTNÉHO
POISTENIA
ZA ROK 2008**

júl 2009

Charakter dokumentu

V súlade s § 19 ods.1 písm. d) zákona č.581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov, predkladá Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) správu o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2008 (ďalej len „správa“).

Správa sa zaoberá zhodnotením stavu verejného zdravotného poistenia za 2008, je doplnená tabuľkami a grafmi.

V prvej časti správy je zhodnotené makroekonomické, legislatívne a regulačné prostredie v ktorom sa nachádzal systém verejného zdravotného poistenia v roku 2008.

Možno konštatovať, že v roku 2008 boli zdroje pre financovanie zdravotníctva na úrovni 131,9 mld. Sk, čo bolo o 11,3 mld. Sk viac ako v roku 2007. Verejné zdroje boli v objeme 101,7 mld. Sk t.j. nárast oproti roku 2007 o 9,1 mld. Sk. Súkromné zdroje boli vo výške 30,2 mld. Sk, čo bolo o 2,2 mld. Sk viac ako v roku 2007.

V roku 2008 došlo k viacerým legislatívnym zmenám. Bola to napr. obnova „rajonizácie“ a určenie zdravotného obvodu na zabezpečenie práva každého občana na dostupnosť ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti sa zadefinovalo ako služba vo všeobecnom hospodárskom záujme. Tiež sa upravila problematika záchranej zdravotnej služby, upresnila sa činnosť operačných stredísk záchranej zdravotnej služby a ich povinnosti. Ďalej bola doplnená definícia verejného zdravotného poistenia, ako činnosti vo verejnom záujme, pri ktorej sa hospodári s verejnými prostriedkami, rešpektujúc existujúcu právnu úpravu o rozpočtových pravidlách. Najdôležitejšie zmeny priniesol zákon, ktorým bola zdravotným poisťovniam ustanovená povinnosť personálne aj organizačne oddeliť správu pre verejné zdravotné poistenie a individuálne poistenie.

V oblasti regulácie v roku 2008 nedošlo k výraznejším zmenám.

Ďalšia časť správy sa zaoberá naplnením zdrojov zdravotných poisťovní, konkrétne platením poistného a príjmami a výdavkami zdravotných poisťovní.

Na poistnom trhu v roku 2008 pôsobilo 6 zdravotných poisťovní. Od 2.5.2008 kedy vstúpila Európska zdravotná poisťovňa, a.s. do likvidácie pôsobilo na trhu 5 zdravotných poisťovní. Aj v roku 2008 bola najväčšou poisťovňou VŠZP, ktorá mala 55,4 % podiel na poistnom trhu.

V roku 2008 všetky zdravotné poisťovne vykazovali platobnú schopnosť v súlade s platnou právnou úpravou.

V roku 2008 bol predpis poistného 98,4 mld. Sk, čo bol nárast oproti roku 2007 o 9,6 %. Výber poistného bol na úrovni 96,0 mld. Sk t. j. nárast oproti predchádzajúcemu roku bol o 10,9%. Úspešnosť výberu poistného bola 97,5%.

Príjmy zdravotných poisťovní dosiahli objem 98,7 mld. Sk, čo bolo o 11,0% viac ako v roku 2007. Výdavky zdravotných poisťovní dosiahli výšku 102,5 mld. Sk t.j. 16,1 %-ný rast. Pohľadávky boli na úrovni 15,7 mld. Sk z toho pohľadávky z verejného zdravotného poistenia boli v objeme 15,4 mld. Sk. Záväzky v roku 2008 klesli o 10,5 % na úroveň 11,8 mld. Sk. Tento pokles bol zaznamenaný najmä v oblasti záväzkov z verejného zdravotného poistenia o 10,5 % na 11,1 mld. Sk. Tvorba rezerv bola v objeme 7,1 mld. Sk, z toho tvorba technických rezerv na poistné plnenie bola 6,5 mld. Sk, čo bolo o 38,6 % viac ako v predchádzajúcom roku.

Zdravotné poisťovne v roku 2008 hospodárili s kladným výsledkom hospodárenia vo výške 0,9mld. Sk.

Tretia časť správy sa zaoberá kontraktačnou činnosťou zdravotných poisťovní, vedením zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, dispenzárnou starostlivosťou, zabezpečením verejnej minimálnej siete poskytovateľov, kontrolnou a revíznou činnosťou a úhradou zdravotnej starostlivosti.

V roku 2008 zdravotné poisťovne evidenčne (medicínsky) uznali výkony za 94,7 mld. Sk. Finančne bolo uznaných 92,1 mld. Sk výkonov. Z uvedeného vyplýva, že v roku 2008 boli nadlimitné výkony vo výške 2,5 mld. Sk, čo je o 19,0 % viac ako v roku 2007. Uhradených výkonov z roku 2008 bolo 77,2 mld. Sk a z predchádzajúceho obdobia 17,4 mld. Sk, t.j celkovo zdravotné poisťovne uhradili poskytovateľom zdravotnej starostlivosti 94,6 mld. Sk.

Posledná časť správy sa zaoberá zabezpečením práv a povinností poistencov vo vzťahu k zdravotnému poisteniu, analýzou dodržiavania právnych predpisov poistencami a platiteľmi poistného a ukladaním sankcií.

Vybrané údaje použité v materiáli sú čerpané z podkladov zdravotných poisťovní. V súlade so zákonom č. 581/2004 Z.z. úrad predkladá správu za obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka každoročne do 30. júna. Zdravotná poisťovňa predkladá úradu súvahu a výkaz ziskov a strát overený audítorom do šiestich mesiacov po uplynutí kalendárneho roka. Z uvedeného dôvodu údaje použité v materiáli neboli u všetkých zdravotných poisťovní overené audítorom v čase spracovania správy.

Predložená správa bola prerokovaná Dozornou radou úradu na zasadnutí dňa 18.6.2009 a vzatá na vedomie uznesením č. 90/2009.

Predložená správa bola prerokovaná Správnou radou úradu na zasadnutí dňa 23.6.2009 a vzatá na vedomie uznesením č. 181/2009.

Správu prerokovala a zobrala na vedomie vláda SR na svojom zasadnutí dňa 15. 7. 2009.

Správu predložil MUDr. Richard Demovič, PhD., predseda

OBSAH

Zoznam tabuliek	5
Zoznam príloh	6
Zoznam skratiek	7
Zoznam diagnóz	8
1. Verejné zdravotné poistenie v Slovenskej republike	9
1.1. Makroekonomické, legislatívne a regulačné prostredie a postavenie VZP v ňom	9
1.1.1. Makroekonomické prostredie	9
1.1.2. Legislatívne prostredie	10
1.1.3. Regulačné prostredie.....	12
1.2. Účastníci systému verejného zdravotného poistenia a vzťahy medzi nimi.....	12
1.3. Plnenie nariadení Rady EHS v systéme verejného zdravotného poistenia	13
1.3.1. Porovnanie vývoja úhrad plánovanej zdravotnej starostlivosti v roku 2008 s rokom 2007 v členských krajinách EÚ	13
1.3.2. Porovnanie vývoja nákladov na vecné dávky čerpaných podľa nariadenia	14
2. Zdravotné poistenie	15
2.1. Rozdelenie poistného trhu	15
2.2. Organizácia, riadenie a vnútorná kontrola v zdravotných poisťovniach	16
2.2.1. Organizácia a riadenie v zdravotných poisťovniach.....	16
2.2.2. Vnútorná kontrola v zdravotných poisťovniach.....	17
2.3. Dodržiavanie platobnej schopnosti	19
2.4. Výber a prerozdelenie poistného.....	19
2.4.1. Predpis poistného.....	19
2.4.2. Výber poistného	20
2.4.3. Ročné zúčtovanie poistného.....	20
2.4.4. Úspešnosť výberu poistného	20
2.4.5. Prerozdeľovanie poistného	21
2.5. Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní.....	21
2.5.1. Príjmy zdravotných poisťovní	21
2.5.2. Výdavky zdravotných poisťovní	22
2.6. Pohľadávky, záväzky a tvorba rezerv zdravotných poisťovní.....	23
2.6.1. Pohľadávky.....	23
2.6.2. Záväzky.....	25
2.6.3. Tvorba rezerv.....	26
2.7. Výsledok hospodárenia zdravotných poisťovní.....	27
2.8. Dohľad nad verejným zdravotným poistením	28
3. Nákup zdravotnej starostlivosti	29
3.1. Zmluvné vzťahy	29
3.1.1. Uzatváranie zmlúv zdravotnými poisťovňami s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti	29
3.1.2. Kontrakčná činnosť zdravotných poisťovní	31
3.1.3. Vedenie zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti	34
3.1.4. Dispenzárna starostlivosť.....	36
3.1.5. Zabezpečenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov	38
3.2. Kontrolná a revízná činnosť zdravotných poisťovní	42
3.3. Úhrada zdravotnej starostlivosti	43
4. Platitelia poistného a poistenci	46
4.1. Zabezpečenie práv a povinností poistencov vo vzťahu k zdravotnému poisteniu	46
4.2. Analýza dodržiavania právnych predpisov poistencami a platiteľmi poistného	47
4.3. Ukladanie sankcií	47
4.4. Vymáhanie pohľadávok na poistnom	47
5. Záver	48

Zoznam tabuliek

Tabuľka č. 1	Vývoj vybraných makroekonomických ukazovateľov	9
Tabuľka č. 2	Štruktúra disponibilných zdrojov zdravotníctva.....	10
Tabuľka č. 3	Prehľad o počte prípadov čerpania vecných dávok a o uplatnenej výške nákladov	14
Tabuľka č. 4	Počet poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach.....	16
Tabuľka č. 5	Rozdelenie poistencov podľa samosprávnych krajov k 31. 12. príslušného roka.....	16
Tabuľka č. 6	Počet členov predstavenstva a dozornej rady jednotlivých zdravotných poisťovní v roku 2008	17
Tabuľka č. 7	Zdravotné poisťovne na poistnom trhu - vývoj 2006 až 2008	17
Tabuľka č. 8	Úspešnosť výberu poistného	20
Tabuľka č. 9	Vývoj výsledku mesačného prerozdelenia preddavkov poistného	21
Tabuľka č. 10	Príjmy zdravotných poisťovní	22
Tabuľka č. 11	Štruktúra výdavkov zdravotných poisťovní.....	23
Tabuľka č. 12	Štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní spolu po korekcii.....	24
Tabuľka č. 13	Štruktúra záväzkov zdravotných poisťovní spolu	25
Tabuľka č. 14	Výška rezerv vytvorených zdravotnými poisťovňami.....	26
Tabuľka č. 15	Výsledky hospodárenia zdravotných poisťovní na základe vybraných ukazovateľov výkazu ziskov a strát	28
Tabuľka č. 16	Váhy kritérií na uzatváranie zmlúv zdravotných poisťovní s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v roku 2008	29
Tabuľka č. 17	Počet novo uzatvorených, ukončených a neuzatvorených zmluvných vzťahov na základe splnenia resp. nesplnenia kritérií na uzatváranie zmlúv	30
Tabuľka č. 18	Počet rokovaní so zástupcami odborných a profesijných spoločností v roku 2008	32
Tabuľka č. 19	Počet zmlúv zdravotných poisťovní s vybranými PZS.....	32
Tabuľka č. 20	Počet poistencov VŠZP k jednotlivým diagnózam za rok 2008	35
Tabuľka č. 21	Počet poistencov SZP k jednotlivým diagnózam za rok 2008	35
Tabuľka č. 22	Počet poistencov Apollo k jednotlivým dg za rok 2008	36
Tabuľka č. 23	Porovnanie počtu poistencov zaradených do dispenzárnej starostlivosti podľa jednotlivých zdravotných poisťovní k 31. 12. príslušného roka a podiel dispenzarizovaných v % z celkového počtu poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne.	37
Tabuľka č. 24	Prehľad najfrekvencovanejších diagnóz a počet dispenzarizovaných poistencov k 31. 12. 2008	38
Tabuľka č. 25	Počet zmluvných LM vo VAS pre dospelých v SR v r. 2008	39
Tabuľka č. 26	Počet zmluvných LM vo VAS pre deti a dorast v SR v r. 2008	39
Tabuľka č. 27	Počet zmluvných LM v ŠAS v r. 2008 v SR.....	39
Tabuľka č. 28	Počet SM u zmluvných poskytovateľov DOS v r. 2008 v SR	40
Tabuľka č. 29	Kontrolná činnosť ZP	42
Tabuľka č. 30	Prehľad o použití finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť.....	44
Tabuľka č. 31	Prehľad evidencie uznaných, finančne uznaných a nadlimitných zdravotných výkonov v členení podľa formy zdravotnej starostlivosti.....	45

Zoznam príloh

Príloha č. 1	Zákony upravujúce systém verejného zdravotného poistenia a ich zmeny v roku 2008	51
Príloha č. 2	Zmeny právnych predpisov ovplyvňujúcich systém verejného zdravotného poistenia v roku 2008	52
Príloha č. 3	Náklady na vecné dávky v EÚ	53
Príloha č. 4	Rozdelenie poistného trhu	54
Príloha č. 5	Podania poistencov riešené v zdravotných poisťovniach.....	55
Príloha č. 6	Platobná schopnosť ZP	56
Príloha č. 7	Výber poistného	57
Príloha č. 8	Hospodárenie zdravotných poisťovní	58
Príloha č. 9 /1	Zmluvné ceny výkonov za ukončenú hospitalizáciu vo fakultných nemocniciach k 31. 12. 2008 v SR v Sk	59
Príloha č. 9 /2	Zmluvné ceny výkonov za ukončenú hospitalizáciu vo všeobecných nemocniciach k 31.12.2008 v SR v Sk.....	60
Príloha č. 10/1	Prehľad štruktúry výkonov podľa jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti	61
Príloha č. 10/2	Prehľad finančne uznaných zdravotných výkonov podľa foriem ZS v rokoch 2006, 2007 a 2008 v mil. Sk a %	62
Príloha č. 10/3	Prehľad tzv. nadlimitných zdravotných výkonov podľa foriem ZS v rokoch 2006, 2007 a 2008 v mil. Sk a %	63
Príloha č. 10/4	Vývoj evidenčne uznaných, finančne uznaných výkonov a ich úhrada v roku 2008.....	64
Príloha č. 11	Počet uhradených výkonov ŠAS na počet URČ.....	65

Zoznam skratiek

Apollo	Apollo zdravotná poisťovňa, a. s.
ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
CPLDZ	Centrum pre liečbu drogových závislostí
CRP	Centrálny register poistencov
DFN	Detská fakultná nemocnica
DFNsP	Detská fakultná nemocnica s poliklinikou
dg	Diagnóza
DOS	Domáca ošetrovateľská starostlivosť
Dôvera	Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s.
DZS	Dopravná zdravotná služba
EHS	Európske hospodárske spoločenstvo
EÚ	Európska únia
EZP	Európska zdravotná poisťovňa, a. s.
FN	Fakultná nemocnica
FNsP	Fakultná nemocnica s poliklinikou
HDP	Hrubý domáci produkt
JZS	Jednodňová zdravotná starostlivosť
LDCH	Liečebňa dlhodobo chorých
LM	Lekárske miesto
LSPP	Lekárska služba prvej pomoci
m. j.	merná jednotka
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
MF SR	Ministerstvo financií Slovenskej republiky
NsP	Nemocnica s poliklinikou
OLÚ	Odborný liečebný ústav
PLK	Praktický lekár
PSČ	Poštové smerovacie číslo
PV	Platobný výmer
PZS	Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
Sideria	Sideria zdravotná poisťovňa, a. s.
SM	Sesterské miesta
SVLZ	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
SZP	Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s.
ŠAS	Špecializovaná ambulatná starostlivosť
ŠN	Špecializovaná nemocnica
SR	Slovenská republika
TR	Technická rezerva
Union	Union zdravotná poisťovňa, a. s.
úrad	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
ÚPS	Ústavná pohotovostná služba
URČ	Unikátne rodné číslo
ÚZS	Ústavná zdravotná starostlivosť
ÚZZ	Ústavné zdravotnícke zariadenie
VAS	Všeobecná ambulatná starostlivosť
VŠZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.
VÚC	Vyšší územný celok
VZP	Verejné zdravotné poistenie
ZP	Zdravotná poisťovňa
ZS	Zdravotná starostlivosť
ZÚS	Zariadenia ústavnej starostlivosti
ZZS	Záchranná zdravotná služba

Zoznam diagnóz

kód	názov choroby
E10	Diabetes mellitus závislý od inzulínu
E11	Diabetes mellitus nezávislý od inzulínu
E78	Poruchy metabolizmu lipoproteínov a iné lipidémie
G47.3	Spánková apnea
G80	Detské mozgové ochrnutie
H25	Starecký zákal šošovky - cataracta senilis
H25.1	Cataracta senilis nuclearis - fakoskleróm
H26	Iný zákal šošovky
H36	Choroby sietnice pri chorobách zatriedených inde
H40	Glaukóm
H90	Konduktívna a sensorineurálna strata sluchu (nedočujnosť)
I06	Reumatické choroby aortálnej chlopne
I10	Esenciálna (primárna) hypertenzia
I11	Hypertenzná choroba srdca
I20	Angina pectoris - hrudníková angína
I25	Chronická ischemická choroba srdca
I25.0	Aterosklerotická srdciová choroba takto označená
I25.2	Starý infarkt myokardu
I25.9	Bližšie neurčená chronická ischemická choroba srdca
I70	Ateroskleróza
I83	Krčové žily - varixy dolných končatín
I83.9	Varikózne žily dolných končatín bez vredu alebo zápalu
J30	Vazomotorická a alergická nádcha (rinitída)
J35	Chronické choroby mandlí
J44	Iná zdĺhavá obštrukčná pľúcna choroba
J45	Astma – záduch
K40	Slabinová prietrž - hernia inguinalis
K80	Žlčové kamene - cholelithiasis
M16	Koxartróza - artróza bedrového kĺbu
M16.0	Obojstranná primárna kochartróza
M16.1	Iná primárna kochartróza
M17	Gonartróza (artróza kolenného kĺbu)
M17.0	Obojstranná primárna gonartróza
M17.1	Iná primárna gonartróza
M17.5	Iná sekundárna gonartróza
M43	Iné deformujúce dorzopatie
N60	Myozitída
Z30	Usmernenie antikoncepcie
Z47	Iná následná ortopedická starostlivosť

Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2008

1. Verejné zdravotné poistenie v Slovenskej republike

1.1. Makroekonomické , legislatívne a regulačné prostredie a postavenie VZP v ňom

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) v súlade s § 19 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z.z.“) vypracoval Správu o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2008 (ďalej len „správa“).

Správa hodnotí stav verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike v roku 2008 za celý poistný systém, v ktorom pôsobilo 6 zdravotných poisťovní. Rozhodnutím jediného akcionára o zrušení Európskej zdravotnej poisťovne, a.s. a jej vstupu do likvidácie dňom 2.5.2008 pôsobilo na poistnom trhu 5 zdravotných poisťovní. Z uvedeného dôvodu nie sú v niektorých ukazovateľoch zahrnuté údaje za EZP, nakoľko ich úrad nemal k dispozícii.

1.1.1. Makroekonomické prostredie

Makroekonomické ukazovatele, ktoré v roku 2008 ovplyvňovali systém verejného zdravotného poistenia sa vyvíjali priaznivo. Reálny rast hrubého domáceho produktu (ďalej len „HDP“), objem miezd v hospodárstve a ostatné ekonomické ukazovatele vytvárali podmienky pre rast zdrojov v systéme VZP. Je však potrebné upozorniť na fakt, že niektoré ukazovatele mali medziročný rast nižší ako v roku 2007.

Tabuľka č. 1 Vývoj vybraných makroekonomických ukazovateľov

Ukazovateľ	m. j.	Skutočnosť			
		2006	2007	2008	
HDP v bežných cenách	mld. Sk	1 636,3	1 851,8	2 028,4	
HDP reálny rast	%	8,3	10,4	6,4	
Priemerný rast zamestnanosti podľa VZPS *	%	3,8	2,4	3,5	
Priemerná mesačná mzda v hospodárstve	%	nominálny rast	8,0	7,2	8,1
		reálny rast	3,5	4,3	3,3
Priemerná mesačná mzda	Sk	18 761,0	20 146,0	21 782,0	
Priemerná ročná miera inflácie	%	4,5	2,8	4,6	
Objem miezd v ekonomike – ročný	mld. Sk	518,1	569,9	633,4	
Podiel miezd na HDP	%	31,6	30,8	31,2	
Počet zamestnaných v hospodárstve	tis. osôb	2 301,4	2 357,3	2 433,8	

* výkaz zisťovanie pracovných síl

Zdroj: Štatistická správa o základných vývojových tendenciách v hospodárstve SR v roku 2008

V roku 2008 malo zdravotníctvo k dispozícii zdroje plynúce z verejného zdravotného poistenia vo výške 97,9 mld. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2007 viac o 9,6 mld. Sk. Podiel verejných zdrojov na zdrojoch spolu predstavoval v roku 2008 77,1 %. V porovnaní s rokom 2007 nedošlo k výraznej zmene tohto podielu. V roku 2007 bol tento podiel 76,8%.

Z hľadiska štruktúry zdrojov najväčší nárast verejných zdrojov v porovnaní s rokom 2007 bol zaznamenaný u zdrojov plynúcich od poistencov štátu (nárast o 13,4 %).

Za tovary a služby nehradené z verejných zdrojov sa na základe štatistických údajov vynaložilo 30,2 mld. Sk. V porovnaní s rokom 2007 je to viac o 7,9 %. Tento nárast bol podstatne nižší ako v roku 2007 kedy predstavoval až 22,3% nárast, čo svedčí o určitej stabilizácii cien tovarov a služieb v zdravotníctve.

Celkové disponibilné zdroje zdravotníctva predstavovali v roku 2008 137,8 mld. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2007 viac o 14,3% (17,2mld. Sk).

V roku 2008 zostal zachovaný rovnaký podiel reálnych zdrojov financovania zdravotníctva na HDP, ako to bolo v roku 2007.

Tabuľka č. 2 Štruktúra disponibilných zdrojov zdravotníctva

Ukazovateľ	Skutočnosť 2007 *	Skutočnosť 2008*	Rozdiel 2007-2006	%
A. Zdroje verejného zdravotného poistenia spolu – zaplatené poistné	88,3	102,5	14,2	16,1
v tom štát ¹	26,9	29,8	2,9	10,8
B. Ostatné verejné zdroje ²	4,3	5,1	0,8	18,6
C. Verejné zdroje spolu (A+B)	92,6	107,6	15	16,2
D. Súkromné zdroje ³	28	30,2	2,2	7,9
E. Zdroje spolu (C+D)	120,6	137,8	17,2	14,3
Podiel reálnych zdrojov financovania na HDP	6,5	6,8	0,3	

¹ Štát v zákone vymedzených prípadoch (§11 ods. 1 písm. d) zákona č. 580/2004 Z. z.),

² Platby plynúce od MV SR, MDPT SR, MO SR MZ SR bez poistného plateného štátom a príspevku ZP,

³ Výdavky obyvateľstva za tovary a služby nehradené z verejných zdrojov (prepočet na základe vývoja v minulých rokoch a na základe štatistických údajov).

*) Údaje sú použité z podkladov MF SR.

1.1.2. Legislatívne prostredie

Systém verejného zdravotného poistenia v roku 2008 aj naďalej upravovalo 7 zákonov, ako aj nariadenia vlády, vyhlášky a MZ SR. Tieto zákony v priebehu roku 2008 prešli viacerými zmenami. Zmeny sa dotýkali týchto zákonov:

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z.z.“)

Jednu zo zmien priniesol zákon č. 662/2007 Z. z. a tou je úprava spôsobu určovania zdravotného obvodu pre lekárov prvého kontaktu. Obnovou „rajonizácie“ a určením zdravotného obvodu sa zabezpečuje právo každého občana na dostupnosť ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti. Tento zákon okrem iného doplnil ustanovenie o poskytovaní špecializovanej ambulantnej starostlivosti na základe odporúčania všeobecného lekára, aby nedochádzalo k zneužívaniu poskytovania zdravotnej starostlivosti u špecialistov.

Zákonom č. 489/2008 Z. z. sa poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti zadefinovalo ako služba vo všeobecnom hospodárskom záujme. Táto úprava vyplynula z potreby splnenia podmienky na poskytovanie finančnej pomoci v zdravotníctve z verejných zdrojov, ktoré sa riadi Rozhodnutím Európskej komisie z 28. novembra 2005 o uplatňovaní článku 86 ods. 2 Zmluvy o ES na štátnu pomoc vo forme náhrady za služby vo verejnom

záujme udeľovanej niektorým podnikom povereným poskytovaním služieb všeobecného hospodárskeho záujmu (2005/842/ES).

Zákon 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 (ďalej len „zákon č. 577/2004 Z.z.“)

S cieľom presadzovania prevencie a včasnej diagnostiky ochorení zákon č. 661/2007 Z. z. rozšíril preventívne prehliadky pre poistencov. Uvedený zákon taktiež zvýšil dostupnosť kúpeľnej starostlivosti pacientom presunom niektorých diagnóz z indikačnej skupiny B do skupiny A, v ktorej je spoluúčasť pacienta podstatne nižšia a zrušením indikačnej skupiny C a presunom jej diagnóz do indikačnej skupiny B. Zákon č. 661/2007 Z. z. zakladá zvýšené nároky na verejné financie zdravotných poisťovní.

Zákon č. 579/2004 Z.z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 579/2004 Z.z.“)

S účinnosťou od 1. 9. 2008 sa zákonom č. 284/2008 Z. z. upravila problematika záchranej zdravotnej služby, upresnila sa činnosť operačných stredísk záchranej zdravotnej služby a ich povinností, povinnosti poskytovateľov záchranej zdravotnej služby, činnosť ambulancií záchranej zdravotnej služby, ako aj problematika sankcií pri neplnení povinností operačného strediska.

Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z.z.“)

Zákonom č. 530/2007 Z. z. bola doplnená definícia verejného zdravotného poistenia, ako činnosti vo verejnom záujme, pri ktorej sa hospodári s verejnými prostriedkami, rešpektujúc existujúcu právnu úpravu (napr. zákon č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov). S účinnosťou od 1. 1.2008 sa taktiež upravila výška výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne na 3,5 % z ročného úhrnu poistného. Cieľom tejto novely bolo explicitné vymedzenie účelu založenia zdravotnej poisťovne ako subjektu verejnej správy, ktorému štát zveril povinnosť spravovať zdroje verejného zdravotného poistenia, ako aj zabezpečenie použitia pozitívneho hospodárskeho výsledku zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia.

Zákon č. 594/2007 Z. z. priniesol zjednodušenie ročného zúčtovania poistného tým, že sa zúžil okruh osôb, ktoré sú povinné podať ročné zúčtovanie poistného na verejné zdravotné poistenie. Taktiež sa zamedzila povinnosť vracať preplatky alebo nedoplatky do výšky 100 Sk, nakoľko vznikali prípady, kedy náklady na vrátenie prevýšili samotný preplatok, resp. nedoplatok.

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z.z.“)

Najdôležitejšie zmeny priniesol zákon č. 530/2007, ktorým bola zdravotným poisťovniam ustanovená povinnosť personálne aj organizačne oddeliť správu pre verejné zdravotné poistenie a individuálne poistenie. Zdravotná poisťovňa je tiež povinná viesť v účtovníctve analytickú evidenciu pre verejné zdravotné poistenie a prevádzkovú činnosť oddelene. V prípade dosiahnutia kladného hospodárskeho výsledku pri verejnom zdravotnom poistení tento môže byť použitý len na úhradu zdravotnej starostlivosti najneskôr do konca

kalendárneho roka nasledujúceho po kalendárnom roku, v ktorom sa kladný hospodársky výsledok dosiahol.

Zákon č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 140/2004 Z.z.“)

Zákonom č. 489/2008 Z. z. boli prebraté smernice Európskeho parlamentu a Rady o aproximácii právnych predpisov členských štátov o aktívnych implantovateľných zdravotníckych pomôckach a o uvádzaní biocídnych výrobkov na trh. Ďalej prebral články nariadenia Európskeho parlamentu a Rady o liekoch na inovatívnu liečbu. Zákon tiež upravil poskytovanie lekárenskej starostlivosti a doplnil nové činnosti Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv.

V roku 2008 bolo vydaných viacero opatrení MZ SR, ktorými sa ustanovil rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, ako aj zoznam liečiv a liekov, zoznam zdravotníckych pomôcok a zoznam dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia.

Prehľad právnych noriem, ktoré v roku 2008 upravovali a ovplyvňovali systém verejného zdravotného poistenia je v prílohe č. 1 a 2.

1.1.3. Regulačné prostredie

Ani v roku 2008 sa regulačné prostredie výraznejšie nezmenilo. Naďalej zostali regulované ceny pre záchrannú zdravotnú službu, ceny liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín.

1.2. Účastníci systému verejného zdravotného poistenia a vzťahy medzi nimi

Verejné zdravotné poistenie je činnosť, ktorá sa vykonáva vo verejnom záujme. Pri tejto činnosti sa hospodári s verejnými prostriedkami, ktoré možno použiť v súlade s osobitnými predpismi. Verejné zdravotné poistenie vykonávajú zdravotné poisťovne za podmienok ustanovených v zákone č. 581/2004 Z. z.

Účastníkmi systému verejného zdravotného poistenia sú:

- a) poistenec a platiteľ zdravotného poistenia,
- b) poskytovateľ zdravotnej starostlivosti,
- c) zdravotná poisťovňa.

Medzi účastníkmi VZP vznikajú vzájomné vzťahy, určené všeobecne platnými právnymi predpismi, z ktorých vyplývajú na jednej strane práva, ale na druhej strane i povinnosti zúčastnených strán.

Zákonom definované úlohy v danom systéme plní štát, reprezentovaný MZ SR, orgány vykonávajúce prenesený výkon štátnej správy a úrad.

Úrad v zmysle § 18 ods. 1 písmeno a 1) zákona 581/2004 Z. z. vykonáva dohľad nad verejným zdravotným poistením tým, že dohliada na dodržiavanie ustanovení tohto zákona a zákona č. 580/2004 Z. z. .

1.3. Plnenie nariadení Rady EHS v systéme verejného zdravotného poistenia

Slovenská republika ako členská krajina EÚ uplatňuje v zdravotnom poistení legislatívu EÚ, konkrétne nariadenie Rady EHS č. 1408/71 a nariadenie Rady EHS č. 574/72 (ďalej len „nariadenia“), ktoré stanovujú koordináciu systémov sociálneho zabezpečenia pre zamestnancov, samostatne zárobkovo činné osoby a ich rodinných príslušníkov. Tieto nariadenia sú nadradené národnej legislatíve.

Nariadenia priznávajú pre poistencov pri pobyte v inom členskom štáte EÚ nárok na nevyhnutné vecné dávky, ktoré sa majú poskytnúť v členskom štáte s prihliadnutím na ich povahu a očakávanú dĺžku pobytu poistenca tak, aby sa poistenc nemusel za poskytnutím vecných dávok vrátiť späť do SR skôr, ako zamýšľal.

V prípade bydliska poistenca v inom členskom štáte EÚ priznáva nariadenie nárok na vecné dávky v plnom rozsahu podľa legislatívy štátu bydliska poistenca.

Osobitnú skupinu tvoria vecné dávky poskytované so súhlasom zdravotnej poisťovne. V tomto prípade ide o plánované čerpanie zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte EÚ.

1.3.1. Porovnanie vývoja úhrad plánovanej zdravotnej starostlivosti v roku 2008 s rokom 2007 v členských krajinách EÚ

Zdravotné poisťovne v roku 2008 schvaľovali poistencom v SR úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte EÚ v prípade, ak:

- ochorenie nebolo možné diagnostikovať v SR,
- ochorenie nebolo možné liečiť v SR vo zvyčajnom termíne,
- sa vyčerpali všetky možnosti liečenia v SR.

V roku 2008 bolo podaných zdravotným poisťovniam v SR 736 žiadostí o udelenie súhlasu na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte EÚ. Oproti roku 2007, kedy bolo podaných 791 takýchto žiadostí, je to menej o 55 žiadostí. Z počtu podaných žiadostí bolo 685 žiadostí schválených (v roku 2007 bolo schválených 743 žiadostí). V percentuálnom vyjadrení predstavoval počet schválených žiadostí 93,1 %, čo je takmer rovnaký podiel ako v roku 2007, kedy tento ukazovateľ dosiahol hodnotu 93,9 %. Zamietnutých žiadostí v roku 2008 bolo 51, čo je viac v porovnaní s rokom 2007 o 11 žiadostí. Zo zamietnutých žiadostí v 34 prípadoch (v roku 2007 v 36 prípadoch) bolo možné poskytnúť požadovanú zdravotnú starostlivosť v medicínsky primeranom čase na území SR. V 17 prípadoch išlo o žiadosti na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je hrazená zo systému verejného zdravotného poistenia v SR. Tento dôvod sa vyskytol po prvýkrát práve v roku 2008, čo môže vyplývať zo zvýšeného povedomia poistencov o možnostiach liečby vo všeobecnosti ako aj o alternatívnych možnostiach liečby konkrétnych ochorení v inom členskom štáte EÚ.

Celkový objem úhrad za plánovanú zdravotnú starostlivosť poistencov SR v iných členských štátoch EÚ dosiahol v roku 2008 58,7 mil. Sk pričom v roku 2007 bol 57,7 mil. Sk, čo predstavovalo mierny nárast o 1,7 %.

Pokiaľ ide o jednotlivé zdravotné poisťovne z celkového objemu úhrad za plánovanú zdravotnú starostlivosť v roku 2008 pripadalo 51,0 % na VŠZP, 15,6 % na SZP, 9,3 % na Apollo, 22,1 % na Dôveru a 1,9 % na Union. V porovnaní s rokom 2007 došlo k výraznému nárastu úhrad u SZP o 143,8 %, Dôvery o 105,5 % a Apolla o 52,2 %, čo bolo spôsobené predovšetkým úhradou za zdravotnú starostlivosť čerpanú v minulých obdobiach. K poklesu úhrad za plánovanú zdravotnú starostlivosť došlo vo VŠZP.

Prehľad o počte čerpaní vecných dávok a o uplatnenej výške nákladov podľa jednotlivých zdravotných poisťovní je uvedený v prílohe č. 3.

1.3.2. Porovnanie vývoja nákladov na vecné dávky čerpaných podľa nariadenia

Celkové náklady na vecné dávky čerpané poistencami SR v EÚ vzrástli v roku 2008 v porovnaní s rokom 2007 o 26,5 % pričom medziročný rast rokov 2007 a 2006 bol 5,7 %.

Úrad aj v roku 2008 zabezpečoval refundáciu nákladov za poskytnuté vecné dávky. Refundácia na základe skutočných nákladov predstavovala podľa počtu a výšky predpisu pohľadávok alebo záväzkov SR najvýznamnejší objem. Ukazovatele o stave a vývoji tejto refundácie sú uvedené nižšie.

Tabuľka č. 3 Prehľad o počte prípadov čerpania vecných dávok a o uplatnenej výške nákladov

Ukazovateľ	2006	2007	2008	Rozdiel 2008 - 2007	%
Počet prípadov čerpania vecných dávok v EÚ poistencami SR	16 211	22 132	27 648	5 516	24,9
Uplatnená výška nákladov – predpis záväzkov SR voči EÚ (v tis. Sk)	271 944	282 601	352 500	69 899	24,7
Počet prípadov čerpania vecných dávok v SR poistencami EÚ	52 069	132 072	131 546	-526	-0,4
Uplatnená výška nákladov – predpis pohľadávok SR voči EÚ (v tis. Sk)	121 905	300 696	352 600	51 904	17,3
Priemerný náklad na poistenca SR v EÚ (v tis. Sk)	16,8	12,8	12,8	0,0	0,0
Priemerný náklad na poistenca EÚ v SR (v tis. Sk)	2,3	2,3	2,7	0,4	16,5

V roku 2008 v porovnaní s rokom 2007 došlo k nárastu počtu prípadov **čerpania vecných dávok v EÚ poistencami SR**, a to medziročne o 5 516 prípadov, čo predstavovalo 24,9 % nárast. Uplatnená výška nákladov podľa predpisu záväzku SR voči EÚ v roku 2008 oproti roku 2007 vzrástla o 69 899 tis. Sk, v pomernom vyjadrení bol zaznamenaný nárast o 24,7 %. Tieto ukazovatele vykazovali rovnomerné tempo rastu za roky 2006-2008.

Vývoj počtu prípadov **čerpania vecných dávok v SR poistencami EÚ** v roku 2008 oproti roku 2007 v absolútnom vyjadrení zaznamenal pokles o 526 prípadov, čo predstavovalo pokles o 0,4 %. Uplatnená výška nákladov podľa predpisu pohľadávok SR voči EÚ v roku 2008 oproti roku 2007 vzrástla o 17,3 %. Takýto vývoj ovplyvnilo pravdepodobne zvýšenie počtu poistencov EÚ, ktorí mali počas bydliska v SR nárok na zdravotnú starostlivosť v plnom rozsahu, pretože dňom 1.7.2007 resp. 1.1.2008 sa opakovane zaviedla registrácia nezaopatrených rodinných príslušníkov podľa čl. 19 ods. 2 nariadenia.

Hodnoty predpisu uplatnených nákladov - záväzkov SR voči EÚ a predpisu uplatnených nákladov - pohľadávok SR voči EÚ sa v roku 2008 takmer vyrovnali, keď v roku 2007 bolo kladné saldo v prospech SR v sume 18,1 mil. Sk. Ukazovatele za rok 2008 potvrdili jednorazový charakter situácie v roku 2007.

V roku 2008 boli priemerné náklady na čerpanie vecných dávok **poistencami SR v iných členských štátoch EÚ** vo výške 12 800 Sk, rovnako ako v roku 2007. Tento trend je možné očakávať aj v nasledujúcom období. Priemerné náklady, ktoré uhradili príslušné **inštitúcie z EÚ za poistencov EÚ čerpajúcich vecné dávky v SR** predstavovali 2 700 Sk. Za

predpokladu, že štruktúra čerpania vecných dávok je v EÚ porovnateľná, vychádza cenová úroveň zdravotnej starostlivosti v SR približne 4,7 krát nižšia, ako je priemer v členských štátoch EÚ, v ktorých poistenci čerpali zdravotnú starostlivosť.

Pri refundácii na základe paušálnych nákladov boli v roku 2008 uplatnené pohľadávky slovenských zdravotných poisťovní za 3 769 poistencov iných členských štátov EÚ s bydliskom v SR v hodnote 36 900 tis. Sk. Tieto refundácie sa týkali nákladov, ktoré vznikli v roku 2004 a 2005. V porovnaní s rokom 2007 bol zaznamenaný nárast prípadov o 15,4 %.

V roku 2008 predpis záväzkov slovenských zdravotných poisťovní refundovaných na základe paušálnych nákladov predstavoval sumu 26 800 tis. Sk a týkal sa 1 090 poistencov SR. V tomto prípade išlo o prípady týkajúce sa refundácie nákladov za roky 2004, 2005 a 2006.

K najväčším veriteľom SR v roku 2008 patrili:

- Česká republika (55,0 % podiel na celkovej výške záväzkov SR voči EÚ),
- Spolková republika Nemecko (12,6 % podiel na celkovej výške záväzkov SR voči EÚ),
- Rakúska republika (12,4 % podiel na celkovej výške záväzkov SR voči EÚ).

Možno konštatovať, že takáto situácia pretrváva od vstupu SR do EÚ a je podmienená najmä výraznými väzbami medzi Slovenskou republikou a Českou republikou, ako aj významným počtom slovenských študentov študujúcich v iných štátoch EÚ a vyslaných zamestnancov do uvedených členských štátov. Vyššie uvedené štáty zároveň patrili aj v roku 2008 k štátom EÚ, v ktorých čerpali slovenskí poistenci v najväčšom objeme finančne náročnú liečbu plánovanú, ako aj poskytnutú nad rámec plánovanej liečby.

Najvýznamnejšími dlžníkmi SR v roku 2008 boli:

- Česká republika (49,4 % podiel na celkovej výške pohľadávok SR voči EÚ),
- Maďarská republika (26,5 % podiel na celkovej výške pohľadávok SR voči EÚ),
- Rakúska republika (10,3 % podiel na celkovej výške pohľadávok SR voči EÚ).

Na tomto stave sa podieľali najmä slovenskí občania, ktorí migrovali do štátov EÚ za prácou, boli tam poistení, ale bydlisko mali spolu so svojimi nezaopatrenými rodinnými príslušníkmi v SR, kde čerpali zdravotnú starostlivosť v plnom rozsahu.

V roku 2008 bol zaznamenaný progresívny vývoj pohľadávok SR voči Írsku, Veľkej Británii a Taliansku, voči ktorým evidoval úrad v minulých obdobiach najvyššie pohľadávky po lehote splatnosti. Írsko a Veľká Británia uhradili do 31.12.2008 svoje záväzky z rokov 2005, 2006, 2007 a v prípade Veľkej Británie aj z roku 2008. Taliansko uhradilo do 31.12.2008 záväzky z roku 2004 a potvrdilo výšku úhrady záväzkov z roku 2005, 2006 a za 1. štvrtrok 2007.

2. Zdravotné poistenie

2.1. Rozdelenie poistného trhu

Zdravotné poisťovne sú akciové spoločnosti, založené za účelom vykonávania verejného zdravotného poistenia na základe povolenia vydaného úradom.

V roku 2008 vykonávalo v SR verejné zdravotné poistenie šesť zdravotných poisťovní. Dňom 2.5.2008 vstúpila EZP do likvidácie a celý jej poistný kmeň prevzala SZP.

V roku 2008 nebola úradu doručená žiadna žiadosť o vydanie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia pre ďalšiu novú zdravotnú poisťovňu.

K 1.1.2008 zmenilo zdravotnú poisťovňu celkom 232 191 poistencov. Najvyšší prírastok poistencov zaznamenala Dôvera a to 83 870 poistencov a EZP vo výške 55 788 poistencov. Jednalo sa prevažne o poistencov Union, u ktorej bol zaznamenaný najvyšší úbytok poistencov, a to vo výške 120 085 poistencov.

Podiel jednotlivých zdravotných poisťovní na poistnom trhu verejného zdravotného poistenia v roku 2008 uvádza tabuľka.

Tabuľka č. 4 Počet poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach

Ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	EZP	Union	Spolu
Počet poistencov k 31.12.2007	2 954 641	597 409	445 345	777 432	70 552	453 624	5 299 003
Počet poistencov k 31.12.2008	2 920 629	715 882	446 161	856 681		336 959	5 276 312
Podiel poistencov na celkovom počte poistencov k 31.12.2007 v %	55,7	11,3	8,4	14,7	1,3	8,6	100,0
Podiel poistencov na celkovom počte poistencov k 31.12.2008 v %	55,4	13,6	8,4	16,2		6,4	100,0

Zdroj: úrad

Pokiaľ ide o rozdelenie poistencov v roku 2008 podľa samosprávnych krajov, najvyšší počet je opätovne evidovaný v Prešovskom samosprávnom kraji a najnižší bol zaznamenaný v Trnavskom samosprávnom kraji. Najvyšší prírastok zaznamenal Banskobystrický samosprávny kraj vo výške 1,30 % a najnižší prírastok Nitriansky samosprávny kraj vo výške 0,21 %. Najvyšší úbytok bol zaznamenaný v Trenčianskom samosprávnom kraji vo výške 0,51%. Najstabilnejším krajom bol v roku 2008 Košický samosprávny kraj, kde došlo k úbytku poistencov vo výške 0,04 %. Vplyv na uvedené skutočnosti môže mať aj spresnenie identifikátora, t.j. PSČ, na základe ktorého je v prípade jeho absencie časť poistencov zaradená v skupine „neurčené“. V porovnaní s rokom 2007 došlo v tejto skupine k významnému zníženiu, t.j. k spresneniu bydliska poistencov a ich následného zatriedenia k jednotlivým samosprávnym krajom a to o 34 078 poistencov, čo predstavuje zníženie položky o 60,13 %. Bližšie informácie zobrazuje tabuľka č. 5 a príloha č. 4.

Tabuľka č. 5 Rozdelenie poistencov podľa samosprávnych krajov k 31. 12. príslušného roka

	2 006	2 007	2008	Rozdiel 2008 - 2007	%
BA	619 924	624 585	623 592	-993	-0,16
BB	626 794	628 059	636 241	8 182	1,30
KE	757 933	757 790	757 522	-268	0,04
NR	680 220	679 502	680 910	1 408	0,21
PO	769 376	770 762	769 938	-824	-0,11
TT	534 874	535 320	543 176	7 856	1,47
TN	585 434	582 969	579 981	-2 988	-0,51
ZA	662 704	663 343	662 357	-986	-0,15
Neurčené	66 857	56 673	22 595	-34 078	-60,13
Spolu	5 304 116	5 299 003	5 276 312	-22 691	-0,43

Zdroj: úrad

2.2. Organizácia, riadenie a vnútorná kontrola v zdravotných poisťovniach

2.2.1. Organizácia a riadenie v zdravotných poisťovniach

Organizácia a riadenie zdravotných poisťovní sa riadi Obchodným zákonníkom a zákonom č. 581/2004 Z. z.. V zmysle Obchodného zákonníka orgánmi zdravotných poisťovní sú valné zhromaždenie, dozorná rada a predstavenstvo, s právomocami a kompetenciami

vymedzenými v stanovách, štatúte a v príslušnej legislatíve SR. Vnútornú organizačnú štruktúru a organizačné členenie každej zdravotnej poisťovne upravuje jej organizačný poriadok.

V porovnaní s predchádzajúcim rokom nenastali v roku 2008 výrazné zmeny, čo do organizácie a počtu členov predstavenstva. Najvyšším orgánom zdravotných poisťovní je valné zhromaždenie. Štatutárnym orgánom zdravotných poisťovní je predstavenstvo, ktoré je prevažne zložené z troch členov, pričom predseda predstavenstva je zároveň aj vo výkonnej funkcii generálneho riaditeľa, okrem Apollo, v ktorej nie je funkcia generálneho riaditeľa ale prezidenta spoločnosti, ktorý nie je súčasne členom predstavenstva.

V prípade Dôvery tvorí predstavenstvo 5 členov. V prípade Union počet členov predstavenstva vzrástol oproti roku 2007 o jedného člena, na konečný počet 5.

Najvyšším kontrolným orgánom zdravotných poisťovní je dozorná rada. V závislosti od stanov, či štatútu tej ktorej zdravotnej poisťovne, je počet členov dozornej rady rôzny.

Tabuľka č. 6 Počet členov predstavenstva a dozornej rady jednotlivých zdravotných poisťovní v roku 2008

	VŠZP	SZP	Apollo	Dôvera	EZP	Union
predstavenstvo	3	3	3	5	3	5
dozorná rada	7	12	4	8	3	4
Výkonná funkcia / je súčasne predsedom, resp. členom predstavenstva poisťovne	Generálny riaditeľ áno	Generálny riaditeľ áno	Prezident spoločnosti nie	Generálny riaditeľ áno	Generálny riaditeľ áno	Generálny riaditeľ áno

Zdroj: ZP

Zdravotné poisťovne zabezpečujú vykonávanie verejného zdravotného poistenia pre svojich poistencov a platiteľov poisťovného prostredníctvom siete kontaktných miest, pobočiek, a expozítúr. Zdravotné poisťovne na pomoc svojim poistencom, platiteľom poisťovného či poskytovateľom zdravotnej starostlivosti prevádzkujú internetovú stránku a call centrum. V roku 2008 nedošlo k rozširovaniu siete kontaktných miest oproti predchádzajúcemu roku, naopak, vplyvom zrušenia EZP došlo k celkovému zníženiu o 18 kontaktných miest.

Tabuľka č. 7 Zdravotné poisťovne na poisťovnom trhu - vývoj 2006 až 2008

Ukazovateľ	2006	2007	2008	Rozdiel 2008 - 2007	Rozdiel v %
Priemerný počet poistencov	5 302 537	5 277 900	5 274 359	-3 541	-0,07
Priemerný evidenčný počet zamestnancov	3 698	3 982	3 591	-391	-9,82
Počet kontaktných miest	311	273	255	-18	-6,59
Počet poistencov na zamestnanca ZP	1 434	1 325	1 469	144	10,87
Počet poistencov na kontaktné miesto	19 951	17 050	20 684	3 634	21,31

Zdroj: ZP

Tento jav mal za následok zvýšenie počtu poistencov pri prepočte na jedného zamestnanca zdravotných poisťovní a zároveň aj na jedno kontaktné miesto.

2.2.2. Vnútorná kontrola v zdravotných poisťovniach

Zdravotné poisťovne majú zriadený útvar vnútornej kontroly a sú povinné vnútornú kontrolu aj efektívne vykonávať. Výber zamestnancov zdravotnej poisťovne oprávnených na výkon vnútornej kontroly schvaľuje dozorná rada zdravotnej poisťovne a na osobu zodpovednú za výkon vnútornej kontroly je potrebný predchádzajúci súhlas úradu.

Činnosť vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne sa zameriava hlavne na kontrolu dodržiavania zákonov a iných všeobecne záväzných právnych predpisov, vnútorných aktov riadenia a kontrolu činnosti zdravotnej poisťovne.

Útvar vnútornej kontroly vypracúva správu o činnosti zdravotnej poisťovne za predchádzajúci kalendárny rok, správu o výsledkoch kontrolnej činnosti za predchádzajúci kalendárny rok a o prijatých opatreniach na nápravu zistených nedostatkov v činnosti zdravotnej poisťovne, plán kontrolnej činnosti na nasledujúci kalendárny rok. Zároveň mesačne vypracúva protokol o správnosti údajov o výpočte minimálnej miery platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne a vysvetľujúcu správu a plní ďalšie úlohy v oblasti vnútornej kontroly určené zákonom č. 581/2004 Z. z. a stanovami zdravotnej poisťovne.

Zdravotné poisťovne na základe vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 768/2004 Z. z. o predkladaní údajov z účtovníctva, štatistickej evidencie a ďalších údajov zdravotnou poisťovňou vypracúvajú a predkladajú úradu Prehľadý o všetkých podnetoch, podaniach a sťažnostiach poistencov za predchádzajúci rok.

Podnety, podania a sťažnosti poistencov zdravotných poisťovní sa týkali tak ako v predchádzajúcich rokoch problematiky zmeny zdravotnej poisťovne. Poistenci poukazovali najmä na podozrenie z neoprávneného podania prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne v ich mene a zneužitia osobných údajov a na nedostatky v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poisťovne v roku 2008 celkovo riešili 474 podaní poistencov, z toho vyhodnotili 158 ako opodstatnených, čo z celkového počtu riešených podnetov predstavovalo 33,33 %.

Union riešila celkovo 167 podaní, ktoré sa týkali hlavne problematiky neoprávnené podaných prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne, ktoré poisťovňa riešila v 131 prípadoch, čo predstavuje 78,44 % z celkového počtu riešených prípadov. Sťažnosti poistencov na oblasť zdravotnej starostlivosti riešila v 10 prípadoch a taký istý počet riešila v súvislosti s prácou zamestnancov zdravotnej poisťovne. Zvyšných 16 prípadov boli rôzne podnety a sťažnosti, napr. nevydanie preukazu poistenca, nesúhlas s výsledkami kontroly u platiteľa, nezrovnalosti v osobných údajoch, nevyplatenie provízie a iné. Z celkového počtu 167 riešených prípadov zdravotná poisťovňa vyhodnotila 70 ako opodstatnených, čo činilo 41,92 %.

VŠZP riešila celkom 169 prípadov podaní svojich poistencov a zamestnancov. Podnety sa týkali oblasti zdravotnej starostlivosti v 88 prípadoch (napr. kúpeľná liečba, čakacie lehoty u odborných poskytovateľov, nepodpísanie zmluvy s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, nespokojnosť s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, úhrada za vyšetrenie u nezmluvného poskytovateľa, výmenné lístky a pod.), oblasti súvisiacej so zdravotným poistením v 71 prípadoch (napr. nesplnenie oznamovacích povinností, ročné zúčtovanie poistného, vrátenie preplatkov na poistnom, dlžné poistné a poplatky z omeškania,) a v 10 prípadoch boli podania smerované na činnosť zdravotnej poisťovne, napr. na správanie zamestnancov niektorých pobočiek poisťovne, alebo podania zamestnancov v súvislosti s ukončením pracovného pomeru, či obsadzovaním pracovných miest. Z celkového počtu riešených podaní zdravotná poisťovňa vyhodnotila 19 ako opodstatnených, čo predstavuje 11,24 %. VŠZP neriešila žiadne podanie v súvislosti so zmenou zdravotnej poisťovne.

Dôvera v roku 2008 riešila celkom 101 podaní od poistencov. Z celkového počtu vyhodnotila ako opodstatnených 64 prípadov, čo predstavuje 63,37 %. Poistenci podali podania, v súvislosti so zmenou zdravotnej poisťovne bez ich vedomia v počte 65, z čoho bolo vyhodnotených ako opodstatnených 59 prípadov, čo predstavuje 90,77 %. Zdravotná poisťovňa riešila 25 prípadov v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou, napr. nepodpísanie zmluvy s poskytovateľmi, nepreplácanie liekov, posunutie plánovanej hospitalizácie, nezaradenie na operáciu a pod. V 7 prípadoch riešila zdravotná poisťovňa podania v súvislosti s činnosťou zdravotnej poisťovne a jej zamestnancov a v 4 prípadoch podania v súvislosti s poistným.

Apollo v roku 2008 riešila 13 prípadov podnetov, podaní a sťažností poistencov, ktoré sa týkali rôznej problematiky. Najviac prípadov sa týkalo oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktoré riešila v 7 prípadoch. V 3 prípadoch sa poistenci sťažovali na nevhodné konanie zamestnancov zdravotnej poisťovne a v 3 prípadoch na oblasť zdravotného poistenia a platenia preddavkov. Z celkového počtu uznala 2 prípady ako opodstatnené, čo predstavovalo 15,38 %.

SZP riešila celkom 24 podaní poistencov. Podnety poistencov sa týkali hlavne oblasti kúpeľnej liečby a poskytovania zdravotnej starostlivosti spolu v počte 12 prípadov. V oblasti platieb poisťného a ročného zúčtovania v 9 prípadoch. V jednom prípade riešila neoprávnenú zmenu zdravotnej poisťovne a vo zvyšných 2 prípadoch riešila nepresnosti v registri poistencov a neposkytnutie požadovaných informácií poistencovi. Z celkového počtu riešených podnetov zdravotná poisťovňa vyhodnotila 3 prípady ako opodstatnené, čo predstavuje 12,5 %.

Oproti minulému roku zdravotné poisťovne vybavili menší počet podnetov týkajúcich sa zmeny zdravotnej poisťovne. Napriek tomu, tvorili najvyšší podiel na všetkých riešených podaniach s počtom 197 (41,6 %). Ďalšou skupinou s počtom 142 a podielom na celkových riešených podaniach 29,96 % boli podnety v oblasti zdravotnej starostlivosti.

2.3. Dodržiavanie platobnej schopnosti

Zdravotné poisťovne sú povinné počas svojej činnosti zabezpečovať a dodržiavať platobnú schopnosť a dodržiavanie mesačne preukazovať úradu výkazom, doloženým protokolom o správnosti výpočtu, vypracovaným odborom vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne.

Výkazy boli zdravotné poisťovne povinné predkladať úradu do 25. dňa v mesiaci za predchádzajúci kalendárny mesiac. Platobná schopnosť sa preukazovala podielom vlastných zdrojov na poisťnom po prerozdelení za predchádzajúcich 12 mesiacov. Minimálna miera musela dosiahnuť hodnotu 3 % z poisťného po prerozdelení za predchádzajúcich 12 mesiacov, najmenej vo výške 50 mil. Sk.

V roku 2008 všetky zdravotné poisťovne preukázali úradu skutočnú mieru platobnej schopnosti v termíne a v štruktúre určenej § 14 zákona č. 581/2004 z. z. v znení platných predpisov. Všetky zdravotné poisťovne požadované % minimálnej miery platobnej schopnosti v každom mesiaci roka 2008 dosiahli a zabezpečili svoju platobnú schopnosť. Bližšie údaje sú spracované v tabuľke v prílohe č. 6.

Miera platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne EZP je spracovaná len za obdobie január 2008 až apríl 2008, z dôvodu zrušenia tejto zdravotnej poisťovne dňom 2.5.2008.

2.4. Výber a prerozdelenie poisťného

2.4.1. Predpis poisťného

Predpis poisťného je hodnota, ktorú je platiteľ poisťného v zmysle zákona č. 580/2004 Z. z. povinný odviešť zdravotnej poisťovni.

Predpis poisťného v roku 2008 bol ovplyvnený zvýšeným vymeriavacím základom a percentom sadzby poisťného za poistencov štátu a tiež nárastom vymeriavacích základov za ekonomicky aktívnych poistencov. Medziročné zvýšenie predpisu poisťného dosiahlo výšku 9,6 %, čo v absolútnom vyjadrení predstavuje čiastku 8 589 mil. Sk. Zdravotné poisťovne pri vykazovaní výšky predpisu vychádzajú z údajov poskytnutými platiteľmi poisťného a vlastného odhadu výšky poisťného v prípade nepredložených výkazov preddavkov na

verejné zdravotné poistenie. Pre odhad výšky poistného neexistuje jednotná metodika. Zdravotné poisťovne na základe vlastných analýz a výpočtov pri odhadovaní predpisu poistného vychádzajú z rôznych vymeriavacích základov, preto údaj o odhadnutom predpise poistného je výrazne subjektívny.

Z hodnotenia vývoja predpisu poistného je zrejmé, že len v prípade Union došlo k zníženiu predpisu poistného oproti roku 2007. Dôvodom je zmena štruktúry poistného kmeňa, t. j. pokles ekonomicky aktívnych poistencov v zdravotnej poisťovni. Vo všetkých ďalších zdravotných poisťovniach predpis poistného medziročne rástol v rozpätí od 8,1 do 14,3 %.

2.4.2. Výber poistného

Zdravotné poisťovne v roku 2008 vykázali zaplatené poistné vo výške 95 968 mil. Sk, čo v porovnaní s rokom 2007 predstavuje nárast o 10,9 %. To znamená, že zdravotné poisťovne pre svojich poistencov v roku 2008 mali k dispozícii o 9 468 mil. Sk viac na úhradu zdravotnej starostlivosti.

2.4.3. Ročné zúčtovanie poistného

V roku 2008 sa vykonávalo ročné zúčtovanie poistného za rok 2007. Celkovým výsledkom ročného zúčtovania poistného je prínos 707,4 mil. Sk do systému verejného zdravotného poistenia za podmienky, že všetky preplatky a nedoplatky z ročného zúčtovania za rok 2007 budú finančne aj vysporiadané.

2.4.4. Úspešnosť výberu poistného

Úspešnosť výberu poistného je parameter, ktorým je preukázaná aj platobná disciplína platiteľov poistného. Výrazný vplyv na hodnotenie úspešnosti poistného má skutočnosť, s akou mierou presnosti a úplnosti zdravotné poisťovne pracujú pri vykazovaní dát vstupujúcich do výpočtu. V každej zdravotnej poisťovni je úspešnosť výberu skreslená vykázaným a zaplateným poistným za poistencov štátu, pretože predpis a úhrada poistného je rovná 100 %. Prejavuje sa to hlavne v zdravotných poisťovniach, ktoré majú vysoký podiel ekonomicky neaktívnych poistencov.

Zdravotné poisťovne vykázali 97,5 % úspešnosť výberu poistného V porovnaní s rokom 2007 ukazovateľ vzrástol o 1,2 %.

Tabuľka č. 8 Úspešnosť výberu poistného

Ukazovateľ	2006	2007*	2008*	Rozdiel 2008-2007	Rozdiel v %
Predpis poistného v tis. Sk	81 539 267	89 853 904	98 442 844	8 588 940	9,56
Výber poistného v tis. Sk	77 402 397	86 500 326	95 968 358	9 468 032	10,95
Úspešnosť výberu v %	94,93	96,27	97,49	1,22	x

Zdroj: ZP

* údaje sú vykázané na akruálnom princípe a nie sú v roku 2007 totožné s údajmi so správy za rok 2007, nakoľko došlo k ich korekcii

Podrobný prehľad o predpise, výbere a úspešnosti výberu poistného podľa zdravotných poisťovní je uvedený v prílohe č. 7.

V prehľadoch o predpise poistného, výbere poistného a úspešnosti výberu poistného nie je zahrnutá zaniknutá EZP, toho času v konkurze z dôvodu, že nebolo možné získať hodnoverné údaje a preto aj vykázané hodnoty za roky 2006 a 2007 boli za EZP pre objektívne prepočty a porovnania vyňaté.

2.4.5. Prerozdelenie poisťného

Mesačné prerozdelenie zaplatených preddavkov na poisťné

V rokoch 2006 až 2008 zdravotné poisťovne do mesačného prerozdelenia zahrňali 85% zaplatených preddavkov na poisťné. Za rok 2008 táto suma predstavovala finančný objem vo výške 81 744,7 mil. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2007 viac o 7 690 mil. Sk (nárast o 10,4 %).

Tabuľka č. 9 Vývoj výsledku mesačného prerozdelenia preddavkov poisťného
v tis. Sk

Zdravotná poisťovňa	2006	2007	2008	Rozdiel 2008-2007
VšZP	5 849 156	5 915 804	6 590 398	674 594
SZP	-3 872 824	-3 649 356	-3 791 441	-142 085
Dôvera	-694 835	-1 024 315	-871 635	152 680
Apollo	-1 315 281	-1 139 911	-1 353 343	-213 432
Sideria	36 037	0	0	0
EZP	-100	86 116	128 601	42 485
Union	-2 153	-188 338	-702 580	-514 242

Zdroj: ÚDZS

V roku 2008 z celkového objemu finančných prostriedkov, t. j. zo sumy 6 719 mil. Sk po prerozdelení získala VšZP 98,1 % a EZP 1,9 %. EZP vstúpila do likvidácie 2.5. 2008 a poisťný kmeň bol rozhodnutím úradu dočasne prevedený do SZP. Z uvedeného dôvodu finančné prostriedky získané z prerozdelenia pre poisťencov EZP za mesiace máj až december 2008 boli poukávané do SZP.

Sumu získanú z prerozdelenia poisťného pre VšZP a EZP uhradila SZP vo výške 56,4 %, Apollo 20,1 %, Dôvera 13,0 % a Union 10,5 %.

Ročné prerozdelenie poisťného

V roku 2008 bolo vykonané ročné prerozdelenie poisťného za rok 2007. Cieľom ročného prerozdelenia bolo dorovnávať sumy, ktoré prináležia zdravotným poisťovniam na základe vykázaného predpisu poisťného za účtovné obdobie roku 2007. Z celkovej sumy 601,5 mil. Sk po zohľadnení výsledkov mesačného prerozdelenia získali zdravotné poisťovne VšZP 83,4% (501,3 mil. Sk) a SZP 16,6 % (100,1 mil. Sk).

Uvedenú sumu uhradili Apollo 43,8%, Union 40,1 %, Dôvera 15 % a EZP 1,1%.

2.5. Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní

2.5.1. Príjmy zdravotných poisťovní

Za rok 2008 vykázali zdravotné poisťovne príjmy spolu v celkovom objeme po odpočítaní príjmov z prerozdelenia 98 693,4 mil. Sk. V porovnaní s rokom 2007 tieto príjmy vzrástli o 10,97 %, čo je v absolútnej hodnote viac o 9 757,0 mil. Sk. V údajoch za rok 2008 sú započítané aj príjmy EZP do obdobia jej vstupu do likvidácie vo výške 520,3 mil. Sk.

Tabuľka č. 10 Príjmy zdravotných poisťovní

v tis. Sk

Ukazovateľ	2006	2007	2008	Rozdiel	%
				2008 - 2007	
Daňové príjmy (a)	84 615 826	94 686 356	105 095 200	10 408 844	11,0
Nedaňové príjmy (b)	1 198 290	574 816	742 534	167 718	29,2
Granty a transfery (c)	3 899	3 618	8 379	4 761	131,6
Prijmy z prerozdelenia (d)	6320632	6 328 498	7 112 200	783 702	12,4
Príjmy spolu (a-d) + b + c = e	79 497 383	88 936 292	98 733 913	9 797 621	11,0

Vývoj štruktúry príjmov bol nasledovný:

- daňové príjmy, ktoré boli tvorené príjmami zdravotného poistenia dosiahli objem 105 095,2mil. Sk, čo predstavuje v percentuálnom vyjadrení nárastu 11,0 % a v absolútnom vyjadrení o 10 408,8 mil. Sk. V tomto objeme je zahrnutý aj príjem z prerozdelenia v objeme 7 112,0 mil. Sk po jeho zohľadnení boli daňové príjmy 97 983,0 mil. Sk. Dôvodom nárastu daňových príjmov bol nárast miezd v národnom hospodárstve a tým aj nárast vymeriavacieho základu ekonomicky aktívnych poistencov,
- nedaňové príjmy – tvoria príjmy z nakladania s vlastníctvom, administratívne poplatky, iné poplatky a platby, kapitálové príjmy, úroky z úverov, pôžičiek a vkladov, ážio a iné príjmy, v porovnaní s rokom 2007 vzrástli o 167,7 mil. Sk, čo predstavuje v percentuálnom vyjadrení 29,2 %,
- granty a transfery - oproti roku 2007 vzrástli o 0,5 mil. Sk. Tieto príjmy vykazovala VŠZP, ktorej ministerstvo zdravotníctva, uhrádza náklady na neodkladnú zdravotnú starostlivosť bezdomovcom.

2.5.2. Výdavky zdravotných poisťovní

V roku 2008 dosiahli výdavky spolu vrátane výdavkov z prerozdelenia výšku 109 684,2 mil. Sk. Po odpočítaní výdavkov z prerozdelenia v objeme 7 112,2 mil. Sk, zdravotné poisťovne vykázali výdavky vo výške 102 572,0 mil. Sk. V porovnaní s rokom 2007 bol nárast výdavkov spolu o 14 259,8 mil. Sk t.j. o 16,2 %. V údajoch za rok 2008 sú započítané aj výdavky EZP do obdobia jej vstupu do likvidácie vo výške 535,4 mil. Sk.

Tabuľka č. 11 Štruktúra výdavkov zdravotných poisťovní

v tis. Sk

	Ukazovateľ	2007	2008	Rozdiel	%	Podiel z celk. nákladov	
				2008 - 2007		2007	2008
A.1.	Lieky, zdravotnícke pomôcky	26 506 906	29 834 652	3 327 746	12,55	30,03	29,09
A.2.	Iné zdravotnícke výrobky	2 378 751	375 155	-2 003 596	-84,23	2,70	0,37
A.3.	Zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny	574 794	3 085 948	2 511 154	436,88	0,65	3,01
A4	Ambulantná ZS	30 181 235	36 383 624	6 202 389	20,55	34,19	35,47
	Všeobecná zdravotná starostlivosť	7 363 659	8 596 588	1 232 929	16,74	8,34	8,38
	Špecializovaná zdravotná starostlivosť	9 748 450	12 417 520	2 669 070	27,38	11,04	12,11
	Stomatologické služby	2 946 460	3 571 312	624 852	21,21	3,34	3,48
	Iná zdravotná starostlivosť	10 122 664	11 798 204	1 675 540	16,55	11,47	11,50
A.5.	Ústavná ZS	22 655 897	24 814 332	2 158 435	9,53	25,67	24,19
	Všeobecná nemocničná starostlivosť	16 671 720	17 919 160	1 247 440	7,48	18,89	17,47
	Špecializovaná nemocničná starostlivosť	5 118 813	5 763 343	644 530	12,59	5,80	5,62
	Služby medicínskych centier a pôrodníc	78 546	3 363	-75 183	-95,72	0,09	0,00
	Služby opatrovateľských domovov a zariadení	786 818	1 128 466	341 648	43,42	0,89	1,10
A.6.	Cudzinci, bezdomovci, EÚ	579 441	701 144	121 895	21,04	0,66	0,68
A.	Zdravotná starostlivosť spolu	82 877 024	95 194 855	12 318 023	14,86	93,90	92,81
B.	výdavky na správu	4 313 676	6 507 188	2 193 512	50,85	4,89	6,34
C.1	Odvod z prerozdelenia poisťného	6 334 176	7 112 200	825 272	13,03	7,18	6,93
C.2	Príspevok ZP na činnosť úradu	373 047	426 283	53 236	14,27	0,42	0,42
C.3	Príspevok ZP na činnosť operačných stredísk	223 233	249 962	26 729	11,97	0,25	0,24
C.4	Iné (pokuty, penále, poplatky, ...)	478 114	146 464	-331 650	-69,37	0,54	0,14
C.	Ostatné výdavky (iné ako zdravotná starostlivosť)	7 408 570	7 982 157	573 587	7,74	8,39	7,78
D.	Výdavky spolu (A + B + C - C.1)	88 265 094	102 572 000	14 259 850	16,16	100,00	100,00

Zdroj: ZP

Najvyšší podiel na výdavkoch predstavovali výdavky na zdravotnú starostlivosť 92,8 %, výdavky na správu 6,3 % (údaj obsahuje výdavky zdravotných poisťovní, ktoré nemajú špecifické zaradenie a preto sa vykazujú vo výdavkoch na správu), ostatné výdavky 0,8 %.

V porovnaní s rokom 2007 bol zaznamenaný nárast u všetkých kategórii výdavkov na zdravotnú starostlivosť okrem výdavkov na iné zdravotnícke výrobky, kde bol pokles o 84,2 %, u služieb medicínskych centier a pôrodníc bol pokles 95,7 %. V ostatných výdavkoch klesli oproti roku 2007 pokuty, penále a poplatky o 69,4 %.

V rámci výdavkov na zdravotnú starostlivosť najvyšší nárast v porovnaní s rokom 2007 zaznamenali výdavky na zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny. V ambulantnej zdravotnej starostlivosti najviac stúpili náklady na špecializovanú zdravotnú starostlivosť a v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti vzrástli náklady na všeobecnú nemocničnú starostlivosť.

2.6. Pohľadávky, záväzky a tvorba rezerv zdravotných poisťovní

2.6.1. Pohľadávky

V roku 2008 zdravotné poisťovne vykázali celkové pohľadávky po korekcii v sume 15 672,6 mil. Sk. Stav pohľadávok v porovnaní s rokom 2007 je vyšší o 2 277,9 mil. Sk, t. j. o 17,01 %.

V údajoch v tabuľke nie sú zahrnuté pohľadávky EZP, ktoré táto poisťovňa vykázala ku dňu svojho vstupu do likvidácie. V audítore overenej závierke EZP k 1.5.2008 vykazovala pohľadávky z VZP vo výške 176,3 mil. Sk, z toho voči poisteným 78,3 mil. Sk, voči PZS 14,1 mil. Sk, pohľadávky z prerozdelenia voči inej ZP 1,5 mil. Sk, voči úradu 1,8 mil. Sk. Zároveň vykazovala pohľadávky voči MZ SR vo výške 80,6 mil. Sk ako odhad poistného na ročné zúčtovanie so štátom za rok 2007 a obdobie 1- 4/2008.

Tabuľka č. 12 Štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní spolu po korekcii*

v tis. Sk

Pohľadávky	2006	2007	2008	Rozdiel 2008-2007	
				v Sk	v %
A.1 voči poisteným	10 196 740	11 155 013	12 735 416	1 580 403	14,2
A.2 voči PZS	457 536	522 778	730 889	208 111	39,81
A.3 voči inej ZP	1 401 970	1 140 020	1 503 219	363 199	31,86
A.4 voči úradu	284 757	361 693	366 470	4 777	1,32
A.5 voči MZ SR	439	1 151	0	-1 151	-100
A.6 voči sprostredkovateľom	28 707	6 476	3 232	-3 244	-50,09
A z verejného zdravotného poistenia spolu	12 370 149	13 187 131	15 339 226	2 152 095	16,3
B ostatné pohľadávky	634 604	207 573	276 774	69 201	33,34
C z upísaného základného imania	0	0	0	0	0
D Pohľadávky spolu A+B+C	13 004 753	13 394 704	15 616 000	2 221 296	16,6

Zdroj: ZP

* Korekciou pohľadávok sa rozumie úprava pohľadávok o oprávky a opravné položky.

Na celkovej výške pohľadávok sa pohľadávky z VZP v roku 2008 podieľali 98,2 %, čo je cca na úrovni roku 2007. Ostatné pohľadávky tvorili v roku 2008 1,8 % z objemu všetkých pohľadávok.

Pohľadávky z VZP vzrástli oproti roku 2007 o 16,3 %, čo je v absolútnej sume nárast o 2 152,1 mil. Sk. V rámci pohľadávok z verejného zdravotného poistenia s výnimkou pohľadávok voči MZ SR a sprostredkovateľom bol nárast vo všetkých ostatných druhoch pohľadávok. Najvyšší percentuálny nárast bol v pohľadávkach voči PZS, ktoré k 31.12.2008 predstavovali výšku 730,9 mil. Sk, čo je oproti roku 2007 viac o 208,1 mil. Sk. Okrem pohľadávok EZP, ktoré nie sú zahrnuté v tabuľke, žiadna iná poisťovňa v roku 2008 neevduje pohľadávky voči MZ SR. Dôvodom poklesu pohľadávok voči sprostredkovateľom bola skutočnosť, že v zmysle § 6 zákona 581/2004 Z. z. zdravotná poisťovňa nesmie vykonávať nábor poistencov na základe mandátnych zmlúv alebo zmlúv o sprostredkovaní s fyzickými osobami alebo právnickými osobami za peňažnú odplatu alebo za nepeňažnú odmenu.

Celkový objem pohľadávok za rok 2007 bol 13 394,7 mil. Sk namiesto pôvodných 13 826 436 tis. Sk uvedených v Správe o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007 (ďalej len „správa za rok 2007“). Dôvodom bola skutočnosť, že dňa 26.6.2008, t.j. tesne pred termínom odovzdania správy za rok 2007 na rokovanie vlády SR, bola schválená audítore overená účtovná závierka VŠZP, v rámci ktorej VŠZP znížila ostatné pohľadávky o sumu 431,7 mil. Sk.

Pokiaľ ide o jednotlivé zdravotné poisťovne, nárast pohľadávok spolu vykazuje VŠZP, a to o 2 165,8 mil. Sk, čo predstavuje zvýšenie o 24,3 %. Najvyšší nárast pohľadávok bol zaznamenaný u pohľadávok voči poisteným. Poisťovňa Dôvera vykázala nárast pohľadávok spolu o 276 mil. Sk (t. j. o 15,7 %), poisťovňa Apollo o 111,3 mil. Sk (t. j. o 9,4 %) a v SZP vzrástli pohľadávky spolu o 102,6 mil. Sk (t. j. o 18,9 %). Nárast pohľadávok bol rovnako ako v prípade poisťovne VŠZP zaznamenaný u pohľadávok voči poisteným, v prípade poisťovne Apollo bol zvýšený nárast pohľadávok zaznamenaný i u pohľadávok voči poskytovateľom.

Poistovňa Union zaznamenala pokles pohľadávok spolu o 296,7 mil. Sk (t. j. o 32,4 %), pričom najviac poklesli pohľadávky voči poisteným.

2.6.2. Závazky

K 31.12.2008 zdravotné poisťovne evidovali záväzky spolu vo výške 11 810,6 mil. Sk, z toho boli záväzky z verejného zdravotného poistenia vo výške 11 057 mil. Sk (93,62%) a ostatné záväzky vo výške 753,6 mil. Sk (6,38%).

V porovnaní s rokom 2007 sa záväzky spolu znížili o 1 385 mil. Sk, čo v percentuálnom vyjadrení predstavuje pokles o 10,50 %. Sk. Z toho sa záväzky z verejného zdravotného poistenia znížili o 1 300 mil. Sk, čo predstavuje pokles o 10,52 % a ostatné záväzky sa znížili o 85 mil. Sk, čo je pokles o 10,13 %.

Najvyššie medziročné zníženie vo finančnom vyjadrení bolo zaznamenané u záväzkov z verejného zdravotného poistenia, a to konkrétne u záväzkov voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, kde bolo evidované oproti roku 2007 zníženie o 1 675,3 mil. Sk, čo predstavuje pokles o 15,06 %.

Najvyššie medziročné zvýšenie záväzkov bolo zaznamenané u záväzkov z verejného zdravotného poistenia, a to konkrétne u záväzkov voči poisteným, kde bolo evidované zvýšenie oproti roku 2007 o 411,8 mil. Sk, čo predstavuje nárast o 52,17 %.

V údajoch v tabuľke č. 13 za rok 2008 nie sú zahrnuté záväzky EZP, ktoré vykázala ku dňu svojho vstupu do likvidácie.

V audítore overenej závierke k 01.05.2008 EZP vykazovala záväzky z verejného zdravotného poistenia vo výške 112,3 mil. Sk, z toho voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti 111,4 mil. Sk a voči úradu 0,9 mil. Sk. EZP k 1.5.2008 evidovala ostatné záväzky spolu vo výške 48,2 mil. Sk.

Tabuľka č. 13 Štruktúra záväzkov zdravotných poisťovní spolu

Z á v ä z k y		2006	2007	2008	v tis. Sk	
					Rozdiel 2008-2007	
					v Sk	v %
A.1.	voči poisteným	1 192 893	789 454	1 201 297	411 843	52,17
A.2.	voči PZS	9 913 515	11 122 980	9 447 683	-1 675 297	-15,06
A.3.	voči inej ZP	372 130	392 438	364 737	-27 701	-7,06
A.4.	voči úradu	78 948	52 112	43 233	-8 879	-17,04
A.5.	voči sprostredkovateľom	0	2	0	-2	-100,00
A.	z verejného zdravotného poistenia	11 557 486	12 356 986	11 056 950	-1 300 036	-10,52
B.1.	z daní	238 661	55 534	68 425	12 891	23,21
B.2.	zo sociál. a zdravot. poistenia	39 606	50 485	53 027	2 542	5,04
B.3.	iné ostatné	599 477	732 571	632 160	-100 411	-13,71
B.	ostatné záväzky spolu	877 744	838 590	753 612	-84 978	-10,13
A + B	záväzky spolu	12 435 230	13 195 576	11 810 562	-1 385 014	-10,50

Zdroj: ZP

Pokiaľ ide o jednotlivé zdravotné poisťovne, vývoj záväzkov v roku 2008 bol v porovnaní s rokom 2007 nasledovný:

VŠZP:

- A. záväzky z verejného zdravotného poistenia – nárast o 1 261,7 mil. Sk
z toho:
A.1. záväzky voči poisteným – nárast o 248,5 mil. Sk
A.2. záväzky voči PZS – nárast o 1 013,2 mil. Sk
B. ostatné záväzky spolu – pokles o 27,2 mil. Sk

SZP:

- A. záväzky z verejného zdravotného poistenia – nárast o 79,7 mil. Sk
z toho:
A.1. záväzky voči poisteným – nárast o 167,6 mil. Sk
A.2. záväzky voči PZS – pokles o 84,9 mil. Sk
B. ostatné záväzky spolu – pokles o 37,4 mil. Sk

Apollo:

- A. záväzky z verejného zdravotného poistenia – pokles o 872,7 mil. Sk
z toho:
A.1. záväzky voči poisteným – nárast o 3,3 mil. Sk
A.2. záväzky voči PZS – pokles o 927,7 mil. Sk
B. ostatné záväzky spolu – pokles o 27,5 mil. Sk

Dôvera:

- A. záväzky z verejného zdravotného poistenia – pokles o 1 366,2 mil. Sk
z toho:
A.2. záväzky voči PZS – pokles o 1 281,9 mil. Sk
B. ostatné záväzky spolu – nárast o 43 mil. Sk

Union:

- A. záväzky z verejného zdravotného poistenia – pokles o 235,4 mil. Sk
z toho:
A.1. záväzky voči poisteným – pokles o 7,6 mil. Sk
A.2. záväzky voči PZS – pokles o 227,1 mil. Sk
B. ostatné záväzky spolu – nárast o 8,9 mil. Sk

2.6.3. Tvorba rezerv

K 31.12.2008 zdravotné poisťovne vytvorili rezervy spolu v celkovej výške 7 124,7 mil. Sk, čo v porovnaní s rokom 2007 je viac o 25,51 % v hodnotovom vyjadrení o 1 448,1 mil. Sk.

Tabuľka č. 14 Výška rezerv vytvorených zdravotnými poisťovňami
v tis. Sk

Ukazovateľ	2006	2007	2008	Rozdiel 2008-2007	
				v tis. Sk	v %
TR* na poistné plnenia	4 694 011	4 666 310	6 468 849	1 802 539	38,63
Iné technické rezervy	0	594 481	294 410	-300 071	-50,48
TR spolu	4 694 011	5 260 791	6 763 259	1 502 468	28,56
Ostatné rezervy	317 328	415 882	361 489	-54 393	-13,08
Rezervy spolu	5 011 339	5 676 673	7 124 748	1 448 075	25,51

Zdroj: ZP

* technické rezervy

Tabuľka o tvorbe rezerv zdravotných poisťovní v údajoch za rok 2008 nezahŕňa rezervy vyčíslené EZP v jej účtovnej závierke zostavenej ku dňu jej vstupu do likvidácie.

Z celkového objemu rezerv, ktoré zdravotné poisťovne v roku 2008 vytvorili, rozhodujúci 90,8 % podiel dosiahli technické rezervy na poistné plnenia. Zdravotné poisťovne v roku 2008 v porovnaní s rokom 2007 zaznamenali nárast tvorby technických rezerv na poistné plnenia v absolútnom vyjadrení o 1 802,6 mil. Sk, čo predstavuje medziročný nárast o 38,6 %. Na náraste tvorby technických rezerv na poistné plnenia za sledované obdobie sa najviac podieľali poisťovňa Dôvera, u ktorej došlo k zvýšeniu objemu tvorby technických rezerv na poistné plnenia v roku 2008 oproti roku 2007 o 1 383,9 mil. Sk (202,5%) a poisťovňa Apollo, ktorá zvýšila objem tvorby tejto skupiny rezerv v roku 2008 oproti predchádzajúcemu roku o 553,7 mil. Sk (101,8%).

Pokiaľ ide o ďalšie zdravotné poisťovne vývoj tvorby technických rezerv na poistné plnenie v roku 2008 bol nasledovný:

- k poklesu tvorby technickej rezervy na poistné plnenia došlo vo VŠZP a to o 28,1 mil. Sk (2,7 %) a v poisťovni Union o 97,4 mil. Sk (17,04%)
- poisťovňa Union ako jediná zdravotná poisťovňa tvorí i iné technické rezervy ako rezervy na ročné prerozdelenie poistného, na mesačné prerozdelenie na mesiac november a december príslušného účtovného roka a na ročné zúčtovanie poistného so štátom. V roku 2008 v porovnaní s predchádzajúcim rokom Union znížila tvorbu aj v skupine týchto rezerv a to o 300,1 mil. Sk (50,5 %),
- k miernemu nárastu tvorby technickej rezervy na poistné plnenia došlo v SZP o 52,4 mil. Sk (2,9%).

V prípade ostatných rezerv bol v roku 2008 zaznamenaný pokles ich tvorby v porovnaní s rokom 2007 iba v poisťovni Union, a to o 103,9 mil. Sk t.j. o 96,7 %. U ostatných zdravotných poisťovní došlo v roku 2008 v porovnaní s rokom 2007 k nárastu tvorby ostatných rezerv a to: v Apolle o 13,9 mil. Sk (13,7 %), vo VŠZP o 19,5 mil. Sk (10,9 %) a v Dôvere o 16,1 mil. Sk (56,7 %).

Najvyšší podiel na vytvorených rezervách spolu v roku 2008 mala SZP a Dôvera, ktoré z celkového objemu vytvorili spolu 55,4 %. Poisťovňa VŠZP vytvorila 16,7 %, Apollo 17,02 % a poisťovňa Union vytvorila 10,8 % z celkového objemu vytvorených rezerv spolu.

2.7. Výsledok hospodárenia zdravotných poisťovní

Hospodárenie zdravotných poisťovní

Pri spracovaní správy za rok 2007 úrad mal k dispozícii riadne účtovné závierky neoverené audítormi. Následne po vypracovaní správy predložili zdravotné poisťovne audítované závierky. U VŠZP došlo k zmene výsledku hospodárenia za účtovné obdobie roka 2007. Z pôvodne vyčísleného kladného hospodárskeho výsledku 1 810 tis. Sk bol definitívny hospodársky výsledok vyčíslený ako strata vo výške 429 922 tis. Sk. Dôvodom bolo zvýšenie dane z príjmov z bežnej činnosti z 2 888 tis. Sk, ktorá bola uvádzaná v predbežných účtovných výkazoch, na sumu 441 938 tis. Sk.

Za rok 2008 úrad vychádzal z riadnych účtovných závierok zdravotných poisťovní, len v prípade Union boli k dispozícii údaje z audítormi overenej účtovnej závierky. Tabuľka o vývoji vybraných ukazovateľov z výkazu ziskov a strát za zdravotné poisťovne za rok 2008 zahŕňa údaje za EZP podľa jej audítovanej účtovnej závierky zostavenej k 1.5.2008.

Tabuľka č. 15 Výsledky hospodárenia zdravotných poisťovní na základe vybraných ukazovateľov výkazu ziskov a strát

v tis. Sk

Vybrané ukazovatele z výkazu ziskov a strát	2006	2007	2008	Rozdiel 2008 - 2007	%
poistné v hrubej výške	81 539 413	89 720 497	98 072 713	8 352 216	9,31
ostatné technické výnosy	7 841 009	9 248 110	10 889 099	1 640 989	17,74
zmena stavu TR na poistné plnenie v hrubej výške	75 227 299	84 022 180	95 370 968	11 348 788	13,51
zmena stavu iných TR	-1 719	595 267	-299 382	-894 649	-150,29
správna réžia	3 827 852	4 229 153	4 040 021	-189 132	-4,47
ostatné technické náklady	8 344 113	9 362 559	9 421 051	58 492	0,62
výsledok technického účtu k neživotnému poisteniu	1 982 877	759 448	429 154	-330 294	-43,49
výsledok hospodárenia z bežnej činnosti	1 226 346	3 932	91 960	88 028	2 238,76
výsledok hospodárenia za účtovné obdobie	1 226 674	5 140	92 588	87 448	1 701,32

Zdroj: ZP

Zdravotné poisťovne vykázali v roku 2008 poistné v hrubej výške 98 072,7 mil. Sk, čo v porovnaní s rokom 2007 predstavovalo zvýšenie o 8 352,2 mil. Sk (nárast o 9,31 %).

Zmena stavu technických rezerv ovplyvnila výsledok technického účtu k neživotnému poisteniu v roku 2008 sumou 95 371,0 mil. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2007 viac o 11 348,8 mil. Sk (nárast o 13,51 %).

Zdravotné poisťovne vykázali v roku 2008 výsledok technického účtu k neživotnému poisteniu vo výške 429,2 mil. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2007 menej o 330,3 mil. Sk (pokles o 43,49 %).

Výsledok hospodárenia zdravotných poisťovní z bežnej činnosti vykázaný vo výkaze ziskov a strát v roku 2008 predstavoval 92,0 mil. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2007 nárast o 88,0 mil. Sk.

Hospodárenie zdravotných poisťovní za účtovné obdobie roku 2008 skončilo kladným hospodárskym výsledkom vo výške 92,6 mil. Sk.

Podrobný prehľad o vybraných ukazovateľov z výkazu ziskov a strát je uvedený v prílohe č. 8.

2.8. Dohľad nad verejným zdravotným poistením

Úrad vykonáva dohľad nad verejným zdravotným poistením v zmysle § 18 ods. 1 písmeno a 1) zákona 581/2004 Z. z. tým, že dohliada na dodržiavanie ustanovení tohto zákona a zákona č. 580/2004 Z. z..

Úrad v priebehu roka 2008 realizoval v oblasti verejného zdravotného poistenia celkom 40 dohľadov. Z uvedeného počtu bolo 28 dohľadov vykonaných na diaľku (70%) a 12 dohľadov na mieste (30 %).

Dohľady v sledovanom období boli zamerané najmä na proces prepoistenia poistencov, uplatňovanie a vymáhanie pohľadávok na poistnom, ročné zúčtovanie poistného, financovanie reklamnej kampane, plnenie oznamovacích povinností, výdavky zdravotných poisťovní na prevádzkovú činnosť, úhradu záväzkov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, kontrolu a úhradu výsledkov mesačných prerozdeľovaní. Dohľadom boli

získavané aj podklady pre analytickú činnosť ako aj vypracovanie aktuálnych informácií o hospodárení a činnosti zdravotných poisťovní.

Z uvedeného počtu k 31.12.2008 nebolo ukončených celkom 11 dohládov, z toho 7 dohládov na diaľku a 4 dohľady na mieste. Pri neukončených dohládach prebiehal proces pripomienkovania protokolov zdravotnými poisťovňami, resp. vyhodnocovanie predložených pripomienok k protokolom.

K 31.12.2008 bolo ukončených 29 dohládov. Z tohto počtu bolo pochybenie zdravotnej poisťovne zistené v jednom dohľade, v 9 prípadoch nebolo zistené pochybenie, 10 dohládov nebolo zameraných na dodržiavanie platných predpisov, ale na získanie údajov pre analýzu a vyhodnotenie výsledkov ročného zúčtovania poistného. Päť dohládov nebolo vyhodnotených, nakoľko sa čakalo na právne stanovisko k niektorým nejednoznačne definovaným ustanoveniam zákona. V dvoch prípadoch boli dohľady na diaľku ukončené a ďalej realizované formou dohľadu na mieste. V dvoch prípadoch boli dohľady uzatvorené, ale vzhľadom na vstup EZP do likvidácie zanikol subjekt, s ktorým by bolo možné prerokovať závery protokolu a dohľad ukončiť v zmysle platných predpisov.

3. Nákup zdravotnej starostlivosti

3.1. Zmluvné vzťahy

3.1.1. Uzatváranie zmlúv zdravotnými poisťovňami s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

V roku 2008 zdravotné poisťovne uzatvárali zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti na základe splnenia zvolených kritérií pre uzatváranie zmlúv. Zvolili kritériá vzťahujúce sa na dostupnosť zdravotnej starostlivosti, personálne zabezpečenie a materiálo-technické vybavenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a na indikátory kvality. Zdravotné poisťovne pripisovali splneniu jednotlivých kritérií rozdielnu váhu. Percentuálne váhy jednotlivých kritérií v závislosti od zdravotnej poisťovne uvádza tabuľka č 16.

Tabuľka č. 16 Váhy kritérií na uzatváranie zmlúv zdravotných poisťovní s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v roku 2008

kritérium na uzatváranie zmlúv	Zdravotná poisťovňa						
	VšZP	SZP	Dôvera (okrem ÚZS)	Dôvera (ÚZS)	Apollo (okrem ÚZS)	Apollo (ÚZS)	Union
dostupnosť zdravotnej starostlivosti	30%	30%	25%	20%	40%	20%	
personálne zabezpečenie	30%	30%	25%	20%	15%	20%	45%
materiálo-technické vybavenie	30%	30%	25%	10%	15%	10%	45%
indikátory kvality - nariadenie vlády	10%	10%			30%	50%	10%
vlastné indikátory kvality			25%	50%			
minimálna váha všetkých kritérií	90%	90%	75%	75%	65%	75%	90%

Zdroj: ZP

Rozdielna bola aj celková minimálna percentuálna váha splnenia všetkých kritérií, ktorej dosiahnutie bolo podmienkou uzatvorenia zmluvného vzťahu. Zdravotná poisťovňa Union nezradila dostupnosť medzi kritériá na uzatváranie zmlúv aj napriek tomu, že pri uzatváraní zmlúv postupovala v súlade s ustanoveniami o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Všetky zdravotné poisťovne stanovili naplnenie kritérií personálneho zabezpečenia a materiálo-technického vybavenia v rozsahu splnenia minimálnych požiadaviek stanovených všeobecne záväznými právnymi predpismi.

Najvýraznejšie rozdiely medzi zdravotnými poisťovňami boli v stanovovaní a hodnotení kritéria „Indikátory kvality“. Najväčšiu váhu tomuto kritériu pripisujú zdravotné poisťovne Dôvera a Apollo. Nakoľko v roku 2008 nebolo vydané nariadenie vlády, ktorým sa ustanovujú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti, niektoré zdravotné poisťovne (Dôvera, Apollo) uprednostnili hodnotenie poskytovateľov prostredníctvom vlastných indikátorov kvality. Apollo pristupovala pri hodnotení plnenia tohto kritéria diferencovane, zatiaľ čo v ambulantnej zdravotnej starostlivosti hodnotila poskytovateľov prostredníctvom indikátorov kvality stanovených v poslednom vydanom nariadení vlády, poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti hodnotila aj vlastnými indikátormi kvality. Union pre legislatívny nedostatok nehodnotila indikátory kvality vôbec a uvedené kritérium považovala pri všetkých poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti za splnené.

V nižšie uvedenej tabuľke sú uvedené počty novo uzatvorených, ukončených a neuzatvorených zmluvných vzťahov na základe splnenia resp. nesplnenia kritérií na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi vybraných foriem zdravotnej starostlivosti.

Tabuľka č. 17 Počet novo uzatvorených, ukončených a neuzatvorených zmluvných vzťahov na základe splnenia resp. nesplnenia kritérií na uzatváranie zmlúv

ZP		ŠAS	SVLZ	ADOS	ÚZS	PLK	DZS	Spolu
VŠZP	uzatvorené	111	6	6	9	0	0	132
	ukončené	2	0	1	5	0	2	10
	neuzatvorené	129	5	16	8	0	12	170
SZP	uzatvorené	89	8	4	1	0	1	103
	ukončené	0	0	0	0	0	0	0
	neuzatvorené	73	8	9	2	0	1	93
Apollo	uzatvorené	251	14	5	2	0	0	272
	ukončené	1	0	0	0	0	0	1
	neuzatvorené	72	4	10	1	0	3	90
Dôvera	uzatvorené	91	4	5	0	0	1	101
	ukončené	36	1	22	8	0	14	81
	neuzatvorené	79	13	20	6	1	5	124
Union	uzatvorené	201	10	10	0	0	0	221
	ukončené	0	0	0	0	0	0	0
	neuzatvorené	11	2	0	0	0	0	13

Zdroj: ZP

Kľúčovým kritériom pri výbere nových poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bola dostupnosť zdravotnej starostlivosti. V prípade VŠZP a SZP bolo naplnenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov jediným kritériom pri zamietnutí žiadosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na uzatvorenie zmluvného vzťahu. Nesplnenie kritéria personálneho zabezpečenia bolo príčinou neuzatvorenia zmluvného vzťahu najmä pri poskytovateľoch ADOS a SVLZ (Apollo, Union). Celkovo zdravotné poisťovne v roku 2008 zamietli 490 žiadostí o uzatvorenie nového zmluvného vzťahu.

Kritérium „Indikátory kvality“ bolo hodnotené rozdielnou percentuálnou váhou v závislosti na zdravotnej poisťovni. Zdravotné poisťovne, ktoré hodnotili indikátory kvality stanovené nariadením vlády (nariadenie vlády vydané na zber indikátorov kvality za rok 2006), vytvorili na základe výsledkov hodnotenia poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a vyhodnotili poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v troch úrovniach (vysoká, stredná, nízka). Väčšina poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bola vyhodnotená v strednej úrovni:

- 63,08 % - 100% VŠZP
- 85,11% - 100% SZP
- 89,70% - 100% Apollo (v závislosti od indikátora).

Zber a hodnotenie indikátorov kvality sprevádzali porovnateľné ťažkosti ako v predchádzajúcich rokoch. Počet nehodnotiteľných údajov ako aj vymožitelnosť dávok od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bol v trende predchádzajúceho roka (nehodnotiteľnosť údajov v prípade indikátora „riešenie sťažností“ dosiahla úroveň 63,7%).

VŠZP a SZP vyhodnotili 944 poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na základe štatistickej významnej odchýlky v indikátoroch (VŠZP 871, SZP 73). VŠZP vykonala z toho v 9 prípadoch kontroly kvality a v jednom prípade pre závažnosť zistených nedostatkov uložila sankciu.

Poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na základe vyhodnotenia indikátorov kvality a záverov kontrol kvality nemalo vplyv na rozviazanie ani uzatvorenie zmluvného vzťahu.

Vyššiu váhu kritériu „Indikátory kvality“ prikladali zdravotné poisťovne, ktoré hodnotili poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vlastnými indikátormi kvality (Dôvera, Apollo). Dôvera hodnotila poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vo všetkých formách zdravotnej starostlivosti zvolenými kritériami efektivity a kvality. Vyhodnotenie zvolených kritérií významnou mierou ovplyvnili zmluvné vzťahy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (úprava zmluvných podmienok – cena a rozsah zdravotnej starostlivosti až rozviazanie zmluvného vzťahu). Apollo hodnotila vlastnými indikátormi kvality poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti (dotazník spokojnosti hospitalizovaných pacientov), avšak ich vyhodnotenie neovplyvnilo zmluvné vzťahy.

Rok 2008 výrazne prispel k zmene legislatívneho prostredia v oblasti hodnotenia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V závere roku bola novelou zákona o zdravotných poisťovniach zrušená povinnosť každoročného vydávania národnej sady indikátorov kvality. Pracovná skupina pri MZ SR vypracovala nové znenie Nariadenia vlády, ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktoré vstúpilo do platnosti od 1. 3. 2009.

3.1.2. Kontrakčná činnosť zdravotných poisťovní

Kontrakčná činnosť zdravotných poisťovní je vyjadrením ich politiky v oblasti úhrad za realizované zdravotné výkony. Zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti sa preto v jednotlivých zdravotných poisťovniach odlišujú v ich počte, zmluvných cenách a osobitných podmienkach. Zmluvy medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi musia mať povinné náležitosti, ktoré vyplývajú zo zákona č. 581/2004 Z. z. a v rámci kontraktačnej činnosti sledoval úrad aj naplnenie verejnej minimálnej siete podľa Nariadenia vlády č. 751/2004 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (ďalej len „nariadenie vlády“) platnom v roku 2008. Ostatné dojednania v zmluve sú výsledkom dohodovacieho konania poskytovateľa a zdravotnej poisťovne, sú dobrovoľným aktom zúčastnených strán a riadia sa podľa Obchodného zákonníka.

Úrad nemá zákonnú kompetenciu sankcionovať zdravotnú poisťovňu za porušovanie zmluvných povinností, ktoré nevyplývajú zo zákona č. 581/2004 Z. z., ale zo zmluvy uzatvorenej podľa Obchodného zákonníka.

Výsledkom kontraktačnej činnosti by mala byť optimalizácia cien výkonov pri dodržaní kvality a efektivity poskytovanej starostlivosti. V praxi sa však ukázalo, že dopad trhového mechanizmu aplikovaný v zdravotníctve, zrušenie cenovej regulácie a následná voľná cenová kalkulácia spôsobuje rozdiely zmluvných cien výkonov v jednotlivých poisťovniach i u poskytovateľov.

Do rokovaní o zmluvných podmienkach a cenách čoraz viac vstupujú aj profesijné a odborné spoločnosti (komory, asociácie, združenia a pod.), ktoré zastupujú svojich členov. Na týchto rokovaníach zastupujú poskytovateľov, ktorých činnosť je ekonomicky závislá na finančných tokoch a jeho plynulosti zo zdravotných poisťovní. Ochota a ústretovosť zdravotných

poisťovní rokovať o zmluvných podmienkach so samotnými poskytovateľmi a ich zástupcami je rôzna, napriek tomu, že sa jedná o verejné finančné zdroje.

Úrad preto vyžiadala podklady od zdravotných poisťovní o počte rokovaní so zástupcami odborných a profesijných spoločností v roku 2008. Ich prehľad je uvedený v tabuľke č. 18 .

Tabuľka č. 18 Počet rokovaní so zástupcami odborných a profesijných spoločností v roku 2008

Zdravotná poisťovňa	SZP	Dôvera	Apollo	VšZP	Union
Počet rokovaní v r.2008	9	19	23	23	19

Zdroj: ZP

Najviac rokovaní zdravotné poisťovne uskutočnili s Asociáciou nemocníc SR v počte 20, so Slovenskou lekárskou komorou a Asociáciou súkromných lekárov Zdravita o. z. rokovali zhodne po 15-krát.

Z uvedených údajov sa však nedá posúdiť, či počet uskutočnených rokovaní jednotlivých spoločností so zdravotnými poisťovňami je aj odrazom ich záujmu obhajovať záujmy svojich členov. Údaje nevytvádzajú o počte navrhovaných, ale neuskutočnených stretnutí.

Počet zmlúv, ktoré uzatvorili jednotlivé zdravotné poisťovne v roku 2008 s poskytovateľmi vybraných foriem zdravotnej starostlivosti je uvedený v tabuľke č. 19 :

Tabuľka č. 19 Počet zmlúv zdravotných poisťovní s vybranými PZS

Typ PZS	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Union
NsP všeobecné (okrem fakultných)	76	67	62	57	60
FN, FNsP	12	17	12	13	13
Národné ústavy	4	7	7	7	6
Psychiatrické nemocnice	5	5	5	5	5
Psychiatrické liečebne	5	9	4	9	5
Odborné liečebné ústavy	11	10	10	7	3
LDCH	4	3	8	11	9
Stacionár	6	13	19	60	72
Kúpele	26	27	26	27	22
ADOS	141	113	98	101	134
LSPP	27	73	30	143	143
Nápravno-výchovné ústavy	-	17	0	0	1
Ozdravovne	2	3	3	4	7
Hospic	4	13	5	10	9
Dopravná ZS	28	50	34	90	39
Vysokošpecializované odborné ústavy	13	11	3	6	7
Dialyzačné strediská	20	37	16	30	14
Stomatológovia	2 148	1961	1701	1944	1735
Odborný lekár - špecialista	2 911	2717	2574	2705	2669
Všeobecný lekár pre dospelých	2 210	1884	1914	1837	1752
Všeobecný lekár pre deti a dospelých	1 280	1074	904	1028	980
Gynekológ	638	473	434	449	438
SVLZ	151	182	145	102	110
Lekárne	1 612	1627	1479	1540	1565
Výdajne ZP	174	161	94	151	117
Optiky	285	303	130	274	146
Iné	20	346	15	576	610
SPOLU	11 813	11 203	9 732	11 186	10 671

Zdroj: ZP

Z uvedenej tabuľky vyplýva, že najväčší počet zmlúv s poskytovateľmi vybraných typov zdravotnej starostlivosti mala VŠZP. VŠZP mala tiež najviac zazmluvnených všeobecných nemocníc.

Podľa nariadenia vlády boli všetky zdravotné poisťovne povinné zazmluvniť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti uvedených v zozname jeho prílohy č. 5.

Zdravotné poisťovne sú povinné uzatvoriť podľa tohto nariadenia vlády zmluvy s dvanástimi fakultnými nemocnicami. Dôvera uzatvorila zmluvu aj s trinástou fakultnou nemocnicou. SZP uviedla sedemnášť zmlúv s fakultnými nemocnicami so spresnením, že štyri samostatné zmluvy má s jednotlivými pracoviskami Fakultnej nemocnice s poliklinikou Bratislava (pracoviská Ružinov, Kramáre, Antolská a Staré mesto). V pôsobnosti MZ SR je dvanásť fakultných nemocníc. Fakultná nemocnica s poliklinikou Milosrdní bratia v Bratislave je neštátnym zdravotníckym zariadením.

Union mala medzi zdravotnými poisťovňami najvyšší počet zmlúv zaradených v riadku „Iné“, nakoľko sú v tomto počte priradené zariadenia poliklinického typu, zariadenia poskytujúce jednotňovú zdravotnú starostlivosť (JZS) a kombinované zariadenia (napr. VAS+ŠAS, JZS+ŠAS, ŠAS+stacionár a pod.).

Výrazne najviac stacionárov mala zazmluvnených Dôvera (60 zmlúv). Dôvera a Union mala zazmluvnený najvyšší počet poskytovateľov LSPP (143).

Najviac zmluvných poskytovateľov SVLZ vykazovala SZP (182).

Najmenej zazmluvnených všeobecných lekárov pre dospelých (1752) mala Union a všeobecných lekárov pre deti a dorast (904) malo Apollo.

Union mala zazmluvnených najmenej dialyzačných stredísk (14).

V ostatných typoch zdravotníckych zariadení neboli výrazné rozdiely v počte uzatvorených zmlúv medzi jednotlivými poisťovňami.

Počet uzatvorených zmlúv s poskytovateľmi lekárenskej starostlivosti (v tabuľke ako „lekárne“) bol u jednotlivých poisťovní rozdielny z toho dôvodu, že mnohé lekárne majú pobočky so samostatne uzatvorenou zmluvou a kódom PZS. Počet úradom vydaných kódov PZS na lekárne - aktuálne platných k 31.12.2008 bolo 1740. Toto číslo je však len orientačné, nakoľko napr. VÚC nie sú povinné v rámci platnej legislatívy zasielať úradu rozhodnutia o povolení poskytovať lekárenskú starostlivosť. V databáze úradu sa nachádza aj určitý počet lekární, ktoré už boli zrušené, ale úradu táto skutočnosť nebola ohlásená.

V priebehu roku 2008 úrad vyžiadal od jednotlivých zdravotných poisťovní podklady na vykonanie analýzy zmluvných cien u vybraných PZS.

Úrad vykonal analýzu zmluvných cien výkonov za ukončenú hospitalizáciu vo fakultných a všeobecných nemocniciach vo vybraných odboroch za jednotlivé zdravotné poisťovne. Ďalej bola sledovaná aj dynamika ukazovateľov porovnaním s rovnakou analýzou, ktorá bola vykonaná za rok 2007. Výsledky sú uvedené v tabuľkách Prílohy 9/1 a 9/2.

V roku 2008 bol najväčší rozptyl medzi maximálnou a minimálnou cenou za ukončenú hospitalizáciu vo fakultných nemocniciach 658,4%, a to medzi VŠZP (minimálna cena) a Union (maximálna cena) v odbore traumatológia.

K najväčšiemu navýšeniu priemernej zmluvnej ceny vo fakultných nemocniciach v roku 2008 došlo v odbore anesteziológia a intenzívna medicína, a to o 29 691,- Sk. Vo všetkých

ostatných sledovaných odboroch bolo zaznamenané zvýšenie zmluvnej ceny za ukončenú hospitalizáciu od 2 276,- Sk (vnútorné lekárstvo) po 7 965,- Sk (traumatológia).

Vo všeobecných nemocniciach bol v roku 2008 najväčší rozptyl medzi maximálnou a minimálnou cenou za ukončenú hospitalizáciu 1 066,2%, a to medzi Apollo (minimálna) a Union (maximálna cena) v odbore anesteziológia a intenzívna medicína. K najväčšiemu navýšeniu priemernej zmluvnej ceny za ukončenú hospitalizáciu vo všeobecných nemocniciach došlo v odbore anesteziológia a intenzívna medicína, a to o 3 606,- Sk. Vo všetkých ostatných sledovaných odbornostiach došlo v roku 2008 k zvýšeniu priemernej zmluvnej ceny oproti roku 2007 od 474,- Sk (gynekológia a pôrodnictvo) po 1 558,- Sk (ortopédia).

Analýza cien v roku 2008 v porovnaní s rovnakou analýzou z roku 2007 poukazuje na skutočnosť, že na rozdiel od roku 2007, kedy bol zaznamenaný pokles priemernej ceny v niektorých odboroch, v roku 2008 všetky odbory zaznamenali nárast priemernej ceny za ukončenú hospitalizáciu, bez ohľadu na to, či išlo o fakultnú alebo všeobecnú nemocnicu. Druhým zistením je, že v roku 2007 sa nepotvrdili výhodnejšie zmluvné ceny za ukončené hospitalizácie pre fakultné nemocnice oproti všeobecným (dokonca v niektorých odboroch mali všeobecné nemocnice v roku 2007 vyššie ceny ako fakultné). Analýza roku 2008 však už konštatuje pre všetky odbory vyššie priemerné ceny vo fakultných nemocniciach ako vo všeobecných nemocniciach.

3.1.3. Vedenie zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti

V zmysle § 6 ods. 1 písm. o) a ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z. je zdravotná poisťovňa povinná vytvoriť a viesť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“).

Úrad vypracoval Metodické usmernenie č. 24/1/2005 z decembra 2006, ktoré nadobudlo účinnosť 01. 01. 2007. Metodické usmernenie presne definuje rozsah a frekvenciu zasielania dát. Zdefinovalo dátové rozhrania dávky č. 518 (typ dávky) – Zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Zasielanie údajov v elektronickej podobe sa stanovilo za každý kalendárny mesiac najneskôr do 20. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca. Dávku 518 budú zdravotné poisťovne zasielať po tom, ako bude účinný vykonávací predpis Ministerstva zdravotníctva SR k zoznamom poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Tento všeobecne záväzný právny predpis vydá Ministerstvo zdravotníctva v zmysle § 6 ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z.

Všeobecne záväzný právny predpis by mal definovať podrobnosti tvorby a vedenia zoznamov, ktoré sú nevyhnutné aj pre vyhodnocovanie zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti úradom, pre ich analýzu a prípadnú možnosť hodnotenia činnosti zdravotných poisťovní.

Nakoľko ani v roku 2008 nevyšiel všeobecne záväzný právny predpis, jednotlivé zdravotné poisťovne pristúpili k individuálnym spôsobom vedenia týchto zoznamov a určili si vnútorné pravidlá v zmysle § 2 ods. 9 písm. b) bodu 6. Vyhlášky MZ SR č. 766/2004 Z. z. o spôsobe preukazovania splnenia podmienok na vydanie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia v neskoršom znení a na túto skutočnosť sa odvolávajú všetky zdravotné poisťovne.

Do vydania všeobecne záväzného právneho predpisu úrad sleduje na internetových stránkach jednotlivých zdravotných poisťovní aj naplnenie § 6 ods. 4 písm. f) zákona č. 581/2004 Z. z.

Úrad si v zmysle § 6 ods. 3 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. vyžiadal podklady z jednotlivých zdravotných poisťovní.

Pre porovnateľnosť vybraných ukazovateľov úrad požiadal zdravotné poisťovne o uvedenie desiatich najčastejšie sa vyskytujúcich diagnóz, na ktoré sa čaká na zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

1. VŠZP

Pri tvorbe a vedení zoznamu VŠZP postupuje v zmysle § 6 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a platného metodického pokynu VŠZP, ktorý je schválený generálnou riaditeľkou VŠZP. Pri navrhovaní poistenca na zaradenie do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti postupuje poskytovateľ podľa uzavretých zmluvných podmienok a navrhuje do zoznamu poistencov, ktorí majú čakať na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti viac ako 6 mesiacov od dátumu odporúčenia plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom.

Zároveň poskytovateľ navrhuje podľa svojej odbornosti zmluvnej pobočke VŠZP zaradenie poistenca do zoznamu len poistencov pre vybrané skupiny ochorení. Prehľad o vedení zoznamu poistencov VŠZP čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v roku 2008 bol nasledovný

- počet poistencov zaradených na zozname k 31.12.2008 – 5 990,
- počet poistencov zaradených na zozname – 14 192,
 - z toho vyradených – 9 187,
- počet poistencov čakajúcich dlhšie ako 12 mesiacov – 0,
- prvých 10 najčastejšie sa vyskytujúcich dg na zoznamoch je uvedených v nižšie uvedenej tabuľke.

Tabuľka č. 20 Počet poistencov VŠZP k jednotlivým dg za rok 2008

kód dg.	H25	I25	I20	M16	J35	M17	I06	I70	H26	I83
počet poistencov	4 640	2 487	1 355	1 236	1 486	1 191	353	335	306	255

Zdroj: VŠZP

2. SZP

Prehľad o vedení zoznamu SZP za rok 2008 bol nasledovný:

- počet poistencov zaradených na zozname k 31.12.2008 – 105,
- počet poistencov zaradených na zozname – 675, z toho vyradených – 460,
- počet poistencov čakajúcich dlhšie ako 12 mesiacov – 36,
- prvých 10 najčastejšie sa vyskytujúcich dg na zoznamoch je uvedených v nižšie uvedenej tabuľke.

Tabuľka č. 21 Počet poistencov SZP k jednotlivým dg za rok 2008

kód dg	M16	I25	H25	I83.9	K40	K80	M17	Z47	G47.3	G80
počet poistencov	157	132	120	94	42	40	33	25	16	15

Zdroj: SZP

3. Apollo

- počet poistencov zaradených na zozname k 31. 12. 2008 - 366
- počet poistencov zaradených na zozname za rok 2008 – 611
- počet poistencov vyradených zo zoznamu za rok 2008 - 245
- počet poistencov čakajúcich dlhšie ako 12 mesiacov - 0
- prvých 10 najčastejšie sa vyskytujúcich dg na zoznamoch je uvedený v tabuľke

Tabuľka č. 22 Počet poistencov Apollo k jednotlivým dg za rok 2008

Kód dg	M16	M16.0	M17	M17.0	I25.0	M17.1	M16.1	H25.1	M43,I25.9,I25.2	M17.5
počet poistencov	118	63	62	38	27	19	13	6	4	2

Zdroj: Apollo

4. Union

Union nemala v roku 2008 zmluvne stanovené limity na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Preto úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli realizované priebežne

5. Dôvera

Zdravotná poisťovňa nevedla zoznamy podľa § 6 ods. 2 až 12 zákona č. 581/2004 Z. z. .

Zdravotná poisťovňa pri schvaľovaní hospitalizácií používa program HospiCOM. Ide o aplikáciu slúžiacu na evidenciu hospitalizácií u vybraných poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti a manažment poskytovania zdravotnej starostlivosti. Jej používanie je upravené výlučne na základe zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. HospiCOM nie je aplikácia slúžiacia na vedenie zoznamov podľa § 6 ods. 2 až 12 zákona č. 581/2004 Z. z.,. Nie je vylúčené, že po vydaní potrebného vykonávacieho predpisu bude HospiCOM slúžiť ako základ pre vytvorenie novej aplikácie slúžiacej na vedenie zoznamu.

Z prehľadu je možné konštatovať, že každá zdravotná poisťovňa pristúpila k naplneniu povinnosti viesť zoznam podľa svojho vnútorného pokynu. Všeobecne sa naďalej čaká na vykonávací predpis MZ SR, ktorý prispeje k riešeniu problému transparentnosti vedenia zoznamov a zabezpečenia poradia poistencov v nich. Všeobecne záväzný právny predpis, sa stane podkladom aj pre činnosť úradu pri výkone dohľadu nad touto činnosťou zdravotných poisťovní v zmysle § 6 zákona č. 581/2004 Z. z.

3.1.4. Dispenzárna starostlivosť

V zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. je zdravotnej poisťovni ustanovená povinnosť zaraďovať poistencov na dispenzarizáciu na základe návrhu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, viesť zoznam týchto poistencov, ktorý obsahuje aj dĺžku dispenzarizácie a zasielať ho v pravidelných mesačných intervaloch úradu.

Dispenzárna starostlivosť je aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu osoby, u ktorej je predpoklad zhoršenia zdravotného stavu, jej vyšetrenie a sledovanie. Obsah dispenzárnej starostlivosti, čiže manažovanie zdravotného stavu pacientov s chronickým ochorením, je jednou z náplní zdravotnej starostlivosti vo všetkých krajinách Európskej únie.

V roku 2008 si v procese zaraďovania a nahlasovania do zoznamu dispenzarizovaných neplnili svoje povinnosti voči zdravotnej poisťovni všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v zákonom stanovenom rozsahu. Súčasný spôsob zaraďovania do dispenzárnej starostlivosti v zákonom stanovenom rozsahu považujú poskytovatelia ako aj zdravotné poisťovne výlučne len za evidenčnú funkciu. Pri absencii legislatívy, ktorá by presnejšie upravovala tieto oblasti, sú súčasné údaje z oznamovacej povinnosti zdravotných poisťovní voči úradu nekompletné. Vydaniu všeobecne záväzného právneho predpisu, by mali predchádzať komplexné stanovenia dispenzarizovaných ochorení, náplne, frekvencie dispenzárných prehľadok, dĺžka dispenzarizácie, meno príslušného lekára zodpovedného za dispenzarizáciu.

Stanoviskom úradu je, že vykonávanie kvalitnej a efektívnej dispenzárnej starostlivosti z medicínskeho hľadiska jednoznačne hovorí v prospech zachovania dispenzarizácie ako

jednej z foriem poskytovania zdravotnej starostlivosti a mala by byť nedeliteľnou súčasťou zdravotnej politiky štátu.

K 31. 12. 2008 úrad evidoval spolu 258 445 dispenzarizovaných poistencov z celkového počtu 5 276 315 poistencov, čo predstavuje 4,89%. Oproti roku 2007 tento ukazovateľ nezaznamenal žiadnu podstatnú zmenu.

Počet dispenzarizovaných poistencov z celkového počtu poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní je disproporcionálny a pohybuje sa od 0,2 do 6,99 % vo vzťahu k celkovému počtu poistencov.

Je potrebné zdôrazniť, že k 2. 5. 2008 prestala pôsobiť na trhu verejného zdravotného poistenia EZP číselné údaje v tabuľkách sú uvedené k dátumu jej vstupu do likvidácie.

Celkový počet poistencov EZP zaradených do dispenzárnej starostlivosti do tohto obdobia je 1 051 poistencov t. j. 0,4 % z celkového počtu dispenzarizovaných poistencov a 0,02 % z celkového počtu poistencov všetkých zdravotných poisťovní.

Tabuľka č. 23 Porovnanie počtu poistencov zaradených do dispenzárnej starostlivosti podľa jednotlivých zdravotných poisťovní k 31. 12. príslušného roka a podiel dispenzarizovaných v % z celkového počtu poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne.

	2007			2008		
	Počet poistencov	Počet dispenzarizovaných poistencov	Podiel dispenzariz. poistencov z celkového počtu poistencov v %	Počet poistencov	Počet dispenzarizovaných poistencov	Podiel dispenzarizovaných poistencov z celkového počtu poistencov v %
VšZP	2 954 641	204 551	6,92	2 920 631	201 026	6,88
SZP	597 409	39 989	6,99	589 860	34 300	5,81
Apollo	445 345	9 863	2,20	446 161	9 639	2,15
Dôvera	777 432	5 206	0,66	856 681	6 472	0,75
Union	453 624	1 156	0,25	336 959	5 957	1,76
EZP	70 552	3 080	4,36	126 023	1 051	0,83
Spolu	5 299 003	257 674	4,86	5 276 315	258 445	4,89

Zdroj: ZP

Podiel dispenzarizovaných poistencov v % ako i reálnych číslach z celkového počtu poistencov v porovnaní rokov 2007 a 2008 nezaznamenal žiadnu podstatnú zmenu. Najvyšší počet dispenzarizovaných poistencov v % eviduje VšZP (6,88%) najnižší Dôvera (0,75%).

Tabuľka č. 24 Prehľad najfrekvencovanejších diagnóz a počet dispenzarizovaných poistencov k 31. 12. 2008

a) podľa jednotlivých zdravotných poisťovní

VšZP		SZP		Apollo		Dôvera		Union	
Kód									
Dg.*	PDP**	Kód Dg.	PDP	Kód Dg.	PDP	Kód Dg.	PDP	Kód Dg.	PDP
J30	2 503	J30	695	E11	753	E11	775	J45	472
Z30	870	I10	475	J45	560	J45	342	E11	486
H40	1 281	J45	321	I10	438	Z30	245	Z30	326
J45	1 406	E11	280	I25	453	I10	421	J44	245
H40	1 281	E78	357	H40	378	J44	249	I10	325
H36	476	Z30	213	E78	429	E10	100	J44	245
E10	383	I25	263	N60	23	I25	281	E11	486
E11	2 221	H40	148	I11	312	H90	127		
I11	912	N60	125		614	H40	284		
J44	669	I11	100		542	I11	218		

Zdroj ZP

*diagnóza podľa MKCH10,

**počet dispenzarizovaných poistencov

b) podľa diagnostického kódu zo všetkých zdravotných poisťovní v SR

Kód dg	J 30	E 11	I 10	Z 30	I 25	H 40	J 44	E 78	J 45
Dg slovom	Vazomotorická a alergická nádcha	Diabetes mellitus nezávislý na inzulíne	Esenciálna hypertenzia	Usmernenie antikoncepcie	ischemická choroba srdca	Glaukóm	Obštrukčná choroba pľúc	Poruchy metabolizmu	Astma
Počet	4 222	4 515	3 257	2 196	3 420	2 333	1 523	2 744	3 101

Zdroj ZP

Najvyšší počet dispenzarizovaných poistencov vykazujú ZP u pacientov s diagnózou E 11 - diabetes mellitus nezávislý na inzulíne, J 30 – vazomotorická a alergická nádcha a I 25 – ischemická choroba srdca. Najnižší počet dispenzarizovaných poistencov vykazujú ZP u pacientov s diagnózou J 44 – obštrukčná choroba pľúc. V celkovom počte dispenzarizovaných poistencov podľa diagnostického kódu sú započítaní aj poistenci EZP.

3.1.5. Zabezpečenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov

V súlade s § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. je zdravotná poisťovňa povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov, stanovenej nariadením vlády. V roku 2008 boli pre zdravotné poisťovne záväzné normatívy podľa prepočtu k pomeru počtu poistencov v príslušnej zdravotnej poisťovni.

Verejná minimálna sieť poskytovateľov je v § 5 zákona č. 578/2004 Z. z. definovaná 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 s prihliadnutím na

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

Minimálna sieť sa nevzťahuje na poskytovateľov, ktorí prevádzkujú ambulancie záchrannej zdravotnej služby a poskytovateľov, ktorí poskytujú lekárenskú starostlivosť.

Podľa nariadenia vlády je verejná minimálna sieť vyjadrená pre poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti ako minimálny počet pracovných miest zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich zdravotnícke povolanie v príslušnom odbore prepočítaný na ustanovený týždenný pracovný čas a pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti ako minimálny počet lôžok určených na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v príslušnom špecializačnom odbore.

Všeobecná ambulantná starostlivosť (VAS)

V rámci VAS je prepočet určeného normatívu v špecializovanom odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých 1919,25 lekárskeho miest (ďalej „LM“) a v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo pre deti a dorast 1035,04 LM v Slovenskej republike.

Tabuľka č. 25 uvádza počet zmluvných LM vo VAS pre dospelých a Tabuľka č. 26 počet zmluvných LM vo VAS pre deti a dorast v SR.

Tabuľka č. 25 Počet zmluvných LM vo VAS pre dospelých v SR v r. 2008

	SZP	Dôvera	Apollo	VšZP	Union
VAS-dospelí	2 468	2 349	1 955	2 247	2 449

Tabuľka č. 26 Počet zmluvných LM vo VAS pre deti a dorast v SR v r. 2008

	SZP	Dôvera	Apollo	VšZP	Union
VAS-deti a dorast	1 298	1 262	965	1 128	1 363

Analýzou úrad zistil naplnenie verejnej minimálnej siete vo VAS na počet poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní v Slovenskej republike i v jednotlivých krajoch.

Pretrvávajúcim nedostatkom nariadenia vlády pri zabezpečení siete VAS bola nepresná definícia, ktorá jasne nestanovovala vekovú kategóriu poistencov (možnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti dorastu od 15 do 25 rokov veku vo VAS pre dospelých aj vo VAS pre deti a dorast).

Špecializovaná ambulantná starostlivosť (ŠAS)

Nakoľko v roku 2008 boli pre zdravotné poisťovne záväzné rovnaké normatívy nariadenia vlády ako v roku 2007, pretrvávala prakticky rovnaká situácia v rámci naplnenia a hodnotenia verejnej minimálnej siete v ŠAS (do verejnej minimálnej siete boli v ŠAS v jednotlivých samosprávnych krajoch zaradené i vysoko špecializované medicínske odbory viazané lokalitou na špecializované pracoviská - letecké lekárstvo, audiológia, materno-fetálna medicína, popáleninové a iné).

Podobne ako v minulosti, aj v roku 2008 prepočet minimálnej siete v ŠAS v jednotlivých krajoch podľa nariadenia vlády v niektorých medicínskych odboroch nezohľadňoval vyššie uvedené kritériá počtu obyvateľov, geografickej dostupnosti zdravotnej starostlivosti, vekovej štruktúry, chorobnosti, či úmrtnosti (gerontopsychiatria len v Bratislavskom, Nitrianskom a Žilinskom kraji; nukleárna medicína len v Žilinskom a Nitrianskom kraji; audiológia len v Žilinskom, Prešovskom a Košickom kraji).

Tabuľka č. 27 Počet zmluvných LM v ŠAS v r. 2008 v SR

	SZP	Dôvera	Apollo	VšZP	Union
ŠAS	9 671,55	9 568,91	7 916,34	8 068,49	8 078,31

Analýzou verejnej minimálnej siete úrad zistil, že v rámci celej Slovenskej republiky nemali žiadne LM zazmluvnené:

- Apollo v odbore gerontopsychiatria (normatív 0,05 LM podľa prepočtu poistencov),
- Union v odbore medicínska informatika a bioštatistika (normatív 0,19 LM podľa prepočtu poistencov).

Nenaplnenie verejnej minimálnej siete ŠAS na počet poistencov v rámci celej Slovenskej republiky úrad zistil vo VŠZP v odboroch audiológia, korektívna dermatológia, materno-fetálna medicína, medicínska informatika a bioštatistika, sexuológia a telovýchovné lekárstvo.

V niektorých špecializačných odboroch ŠAS v jednotlivých krajoch nebolo naplnených niekoľko normatívov. Jednou z príčin je skutočnosť, že PZS v rámci ŠAS nie je v súlade s platnou legislatívou povinný uzatvárať zmluvu s každou zdravotnou poisťovňou. V prípade, že jeho služby využíva málo poistencov konkrétnej zdravotnej poisťovne, PZS nemá záujem zmluvu so zdravotnou poisťovňou uzatvoriť; ďalšou z príčin nezazmluvnenia ŠAS alebo nenaplnenia siete je neprítomnosť alebo nedostatok lekárov s príslušnou špecializáciou v kraji.

Ide napríklad o tieto medicínske odbory:

- v Bratislavskom kraji korektívna dermatológia, medicínska informatika a bioštatistika,
- v Trnavskom kraji neurochirurgia, klinické pracovné lekárstvo a toxikológia, materno-fetálna medicína,
- v Trenčianskom kraji korektívna dermatológia,
- v Nitrianskom kraji materno-fetálna medicína, medicínska informatika a bioštatistika, klinické pracovné lekárstvo a toxikológia, nukleárna medicína,
- v Žilinskom kraji gerontopsychiatria,
- v Banskobystrickom kraji telovýchovné lekárstvo,
- v Prešovskom kraji materno-fetálna medicína, ortopedická protetika,
- v Košickom kraji materno-fetálna medicína, korektívna dermatológia.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť (DOS)

Prepočet stanovenej minimálnej siete poskytovateľov domácej ošetrovateľskej starostlivosti na územie Slovenskej republiky je 603 sesterných miest (ďalej „SM“).

Splnenie normatívov nariadenia vlády v počte SM DOS na prepočet svojich poistencov v rámci celého Slovenska deklarovali všetky zdravotné poisťovne.

Tabuľka č. 28 uvádza počet SM u zmluvných poskytovateľov DOS v r. 2008 v Slovenskej republike.

Tabuľka č. 28 Počet SM u zmluvných poskytovateľov DOS v r. 2008 v SR

	SZP	Dôvera	Apollo	VŠZP	Union
SM v DOS	223	360	216	348	529

Ústavná zdravotná starostlivosť (ÚZS)

Verejná minimálna sieť v ÚZS v roku 2008 bola vyhodnotená podľa normatívov Nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 504/2007 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády.

Analýzou verejnej minimálnej siete v ÚZS úrad okrem iného zistil, že v lôžkovej ÚZS nemali zazmluvnené lôžka v krajoch:

- Bratislavskom
 - v odbore algeziológia - SZP, Dôvera, Apollo, Union,
 - v odbore doliečovacie, liečba alkoholizmu a iných toxikománií, paliatívna starostlivosť - Apollo,
 - v odbore ošetrovateľské – Apollo, Dôvera,
- Trnavskom a Trenčianskom
 - v odbore gerontopsychiatria a ošetrovateľstvo - SZP, Dôvera, Apollo
 - v odbore paliatívna starostlivosť - SZP,
- Nitrianskom
 - v odbore ošetrovateľské - SZP, Dôvera, Apollo, Union
 - v odbore maxilofaciálna chirurgia – Dôvera, Apollo,
 - v odbore gerontopsychiatria – Union,
 - v odbore paliatívna starostlivosť – Apollo,
- Žilinskom
 - v odbore geriatria - SZP, Dôvera, Apollo, Union,
 - v odbore gerontopsychiatria - SZP, Dôvera, Apollo,
 - v odbore liečba alkoholizmu a iných toxikománií – Apollo,
 - v odbore ošetrovateľské – Dôvera,
- Banskobystrickom
 - v odbore ošetrovateľské - SZP, Dôvera, Union,
 - v odbore liečba alkoholizmu a iných toxikománií – Apollo,
 - v odbore paliatívna starostlivosť – Apollo, Union,
- Prešovskom
 - v odbore gerontopsychiatria - Dôvera, Apollo, Union,
 - v odbore kardiológia - Dôvera, Apollo,
 - v odbore ošetrovateľské – SZP, Union,
- Košickom
 - v odboroch algeziológia a gerontopsychiatria - SZP, Dôvera, Apollo, Union,
 - v odbore nukleárna medicína - SZP, Dôvera, Union,
 - v odbore liečba alkoholizmu a iných toxikománií – Apollo,
 - v odbore ošetrovateľské – Dôvera, Union,

napriek tomu, že podľa prepočtu poistencov boli v súlade s normatívmi nariadenia vlády povinné vyššie uvedené zdravotné poisťovne lôžka v daných medicínskych odboroch zazmluvniť.

Normatívy nariadenia vlády nenaplnila v ÚZS VŠZP v Trnavskom kraji v odboroch anesteziológia a intenzívna medicína, geriatria, gerontopsychiatria, gynekológia a pôrodnictvo, v Trenčianskom kraji v odbore geriatria a v Žilinskom kraji v odbore anesteziológia a intenzívna medicína.

Analýza verejnej minimálnej siete podľa stanovených normatívov poukázala v r. 2008 na rovnaké problémy, ako tomu bolo pri ich aplikácii v praxi v roku 2007:

- nemožnosť objektívneho posúdenia skutočnej dostupnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti obyvateľom Slovenskej republiky z dôvodu nezohľadnenia kritérií počtu obyvateľov, geografickej dostupnosti, vekovej štruktúry, chorobnosti, či úmrtnosti,
- prelínanie poskytovania zdravotnej starostlivosti dorastu od 15 do 25 rokov veku vo VAS pre dospelých aj vo VAS pre deti a dorast,
- zaradenie vysoko špecializovaných medicínskych odborov v ŠAS, viazaných lokalitou na špecializované pracoviská,
- prepočet normatívov na počty poistencov zdravotných poisťovní,

- v ÚZS nákup objemu zdravotných výkonov resp. počtu ukončených hospitalizácií podľa počtu poistencov zdravotných poisťovní (ale nie nákup počtu lôžok).

Niektoré z vyššie uvedených problémových oblastí by mohlo už v roku 2009 riešiť Nariadenie vlády č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktoré nadobudlo účinnosť 1. januára 2009.

Pozn.: Analýza verejnej minimálnej siete za rok 2008 bola vykonaná z údajov poskytnutých zdravotnými poisťovňami a z údajov centrálného registra poistencov k 31. 12. 2008.

3.2. Kontrolná a revízná činnosť zdravotných poisťovní

Zdravotné poisťovne vykonávajú v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. kontrolnú činnosť zameranú na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov VZP, rozsah a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

V prostredí rastúcich nákladov na zdravotnú starostlivosť na jednej strane a obmedzených finančných zdrojov na druhej strane majú revízni lekári, revízni farmaceuti a revízni asistenti nezastupiteľnú úlohu pri vytváraní postupov na efektívne využívanie zdrojov. Pri kontrole využívajú poznatky všetkých medicínskych odborov a na základe medicínskeho, právneho a ekonomického poznania posudzujú vo vzťahu k VZP odôvodnenosť, odbornú úroveň a kvalitu zdravotnej starostlivosti, objektivitu vykázaných výkonov a plnenie zmluvne stanovených platobných podmienok.

V roku 2008 bolo vo všetkých ZP obsadených priemerne 436 miest revíznokontrolnými pracovníkmi, z nich malo subšpecializáciu v odbore revízne lekárstvo alebo revízne lekárstvo 23%. Jeden pracovník vykonával činnosti priemerne pre 12 900 poistencov. Medzi ZP boli značné rozdiely, počet poistencov pripadajúcich na jedného pracovníka sa pohyboval od 6 100 do 18 400.

Kontrolná činnosť sa zameriava najmä na rozsah poskytnutej ZS, liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s ohľadom na zdravotný stav poistenca, či PZS vykázané výkony skutočne poistencovi poskytol a zaznamenal v zdravotnej dokumentácii, či boli dodržané všetky podmienky poskytovania, vykazovania a uhrádzania ZS stanovené vo všeobecne právne záväzných predpisoch a vo vzájomnej zmluve. Kontrola sa vykonáva nepriamou revíznou činnosťou, či už nastavenými automatickými kontrolami alebo posudzovaním pracovníkmi v informačných systémoch ZP a priamou revíznou činnosťou u PZS alebo niekedy aj u poistenca.

Tabuľka č. 29 Prehľad kontrolnej činnosti ZP

Ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Union	Spolu
celková kontrolovaná suma v tis. Sk	38 202 892	12 144 006	7 467 859	12 982 351	1 568 330	72 365 438
priama revíz. činnosť-úspora v tis.Sk	1 183 046	369 795	523 529	610 219	118 855	2 805 444
nepriama revíz. činnosť- úspora v %	3,1	3,0	7,0	4,7	7,6	3,9
priama revíz. činnosť - počet kontrol	3 685	653	510	1 731	601	7 180
priama revízná činnosť - úspora v tis. Sk	148 819	122 940	7 476	34 323	24 211	337 769
priemerný počet revíznych prac.	159	86	99	57	35	436
počet kontrol pripadajúcich na prac.	23,2	7,6	5,2	30,4	17,2	16,5
celková úspora v tis. Sk z revíznej činnosti	1 331 865	492 735	531 005	644 542	143 066	3 143 213
celková úspora z revíz. činnosti v %	3,5	4,1	7,1	5,0	9,1	4,3

Zdroj: ZP

Celkový finančný efekt kontrolnej činnosti ZP v roku 2008 predstavoval úsporu viac ako 3 143,2 mil. Sk. Pracovníci vykonali celkom 7 180 priamych kontrol, čo predstavuje priemerne skoro 17 kontrol na jedného pracovníka a rok.

Revízní pracovníci okrem kontrolnej činnosti zabezpečujú v stanovenom rozsahu schvaľovaciú a povoľovaciú činnosť a spolupracujú pri manažovaní poistencov v 59 kontaktných miestach. V roku 2008 posudzovali:

- 1 515 prípadov mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti v celkovej sume 202 miliónov Sk
- žiadosti o úhradu 22 225 balení neregistrovaných liekov v sume viac ako 45 miliónov Sk
- 3 124 požiadaviek o výnimku podľa § 42 zákona č. 577/2004 Z. z.
- 64 092 návrhov na kúpeľnú starostlivosť, z ktorých zamietli 3,45%
- 664 žiadostí o plánovanú zahraničnú liečbu.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti poukazujú na nejednotnosť výkladu jestvujúcich legislatívnych noriem, predpisov a postupov v jednotlivých ZP. V praxi napríklad chýbajú štandardné diagnostické a liečebné protokoly pre často sa vyskytujúce choroby a nákladné liečebné postupy v ambulantnej a nemocničnej starostlivosti, ktoré môžu prispieť k štandardnej kvalite poskytovanej starostlivosti rovnakej na celom území SR, pri zohľadnení účinnosti liečby a nákladovej efektivity. Jednoznačné postupy prispievajú nielen k manažovaniu poistencov, ale aj k lepšej kontrole nákladov.

Revíznú činnosť limitujú aj finančné náklady. Úprava vnútorných procesov v ZP, zvýšenie prácnosti a potreba rozsiahlych úprav informačných systémov vedie k zvýšeniu výdavkov na správu. Vyššie administratívne zaťaženie (napriek predpokladaným úsporám) nie je možné financovať z dosiahnutých úspor vzhľadom na zákonom stanovený limit výdavkov na prevádzkové činnosti. Znižovanie výdavkov môže viesť ku zníženiu služieb poistencom, zhoršenie podmienok na kontrolnú činnosť a zníženie počtu alebo kvalifikácie zamestnancov.

3.3. Úhrada zdravotnej starostlivosti

Financovanie zdravotnej starostlivosti zdravotné poisťovne aj v roku 2008 uskutočňovali na základe uzatvorených zmlúv o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Pri nákupe zdravotnej starostlivosti vychádzali z potrieb svojich poistencov a z reálnych možností v závislosti na disponibilných finančných zdrojoch a schváleného rozpočtu.

Zdravotné poisťovne v roku 2008 dohodli zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi v súlade so zákonom a vydaným opatrením k cenovej regulácii ministerstvom zdravotníctva.

Zdravotná starostlivosť bola poskytovaná formou ambulantnej, ústavnej a lekárenskej starostlivosti, a to na odbornej úrovni, plynule, sústavne a tak, aby bola dostupná pre všetkých poistencov.

V roku 2008 zdravotné poisťovne **evidenčne** uznali výkony spolu vo výške 94 971 mil. Sk, čo je oproti roku 2007 nárast o 9 604 mil. Sk (11,3 %).

Evidenčne (medicínsky) uznané výkony sú tie výkony, ktoré poskytovatelia zdravotnej starostlivosti predložili na zúčtovanie zdravotnej poisťovni, prešli kontrolou (automatickou, revíznymi lekármi), boli akceptované a sú zaznamenané v informačnom systéme zdravotnej poisťovne.

V roku 2008 zdravotné poisťovne zúčtovali - **finančne** uznali - výkony v hodnote 92 500 mil. Sk, čo predstavuje oproti roku 2007 nárast o 9 208 mil. Sk (11,1%). Finančne uznané (zúčtované) výkony sú výkony, ktoré zdravotné poisťovne v súlade s platnou zmluvou akceptovali v príslušnom zúčtovacom období a následne ich uhradili.

Z porovnania evidenčne uznaných výkonov s finančne uznanými výkonmi vyplynul rozdiel „**nadlimitné výkony**“. Existencia nadlimitných výkonov poukázala na skutočnosť, že zdravotné poisťovne aj v roku 2008 objednávali zdravotnú starostlivosť vo finančných objemoch, ktoré boli spravidla nižšie ako medicínsky uznané výkony.

V roku 2008 boli vykázané nadlimitné výkony vo výške 2 471 mil. Sk, čo v porovnaní s rokom 2007 je viac o 19,1 %.

Tabuľka č. 30 Prehľad o použití finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť v mil. Sk

Obdobie	2006			2007			2008 *			Rozdiel	
	Formy ZS spolu	ZS inde nezahrnutá	ZS spolu	Formy ZS spolu	ZS inde nezahrnutá	ZS spolu	Formy ZS spolu	ZS inde nezahrnutá	ZS spolu	ZS spolu v Sk	ZS Spolu v %
Evidenčne uznané výkony	73 341	183	73 524	85 082	285	85 367	94 665	324	94 971	9 604	11,3
Finančne uznané výkony	70 996	183	71 179	83 008	285	83 292	92 195	324	92 500	9 208	11,1
Rozdiel - nadlimitné výkony	2 345	0	2 345	2 075	0	2 075	2 470	0	2 471	396	19,1
Úhrady v bežnom roku za výkony bežného roka	61 505	54	61 559	71 309	158	71 467	77 011	194	77 185	5 718	8,0
Plnenie finančne uznaných výkonov vrátane úhrad za výkony bežného roka v %	86,6	29,5	86,5	85,9	55,4	85,8	83,5	59,9	83,4		-2,4
Úhrady v bežnom roku za výkony predchádzajúceho obdobia	11 819	165	11 984	11 127	246	11 372	17 154	301	17 420	6 048	53,2
Úhrady spolu v príslušnom roku (za výkony bežného roka a za výkony predchádzajúceho obdobia)	73 324	219	73 543	82 436	403	82 839	94 165	495	94 606	11 767	14,2
Plnenie finančne uznaných výkonov vrátane úhrad spolu v %	103,3	119,7	103,3	99,3	140,7	99,5	102,1	152,8	102,3		2,8

Zdroj: ZP

SZP v stĺpci „Formy ZS spolu“ má zahrnutú aj liečbu cudzincov, z toho dôvodu už stĺpec „ZS inde nezahrnutá“ nie je započítaný v stĺpci „ZS spolu“.

Úhrady zdravotných poisťovní za zdravotnú starostlivosť dosiahli v roku 2008 sumu 94 606 mil. Sk. Oproti roku 2007 je to viac o 11 767 mil. Sk (14,2%).

Zdravotné poisťovne v roku 2008 uhradili 83,4 % z finančne uznaných výkonov. Po zohľadnení výkonov poskytnutých v roku 2007, ale uhradených v roku 2008, bolo percento úhrady finančne uznaných výkonov vo výške 102,3 %.

Zdravotné poisťovne financujú aj výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej bezdomovcom, utečencom, neodkladnú zdravotnú starostlivosť osobám, ktoré nemajú prihlášku na verejné zdravotné poistenie, poistencom liečeným v cudzine a cudzincom. Tieto výkony sú v tabuľke č. 14 uvedené v stĺpci zdravotná starostlivosť inde nezahrnutá.

Tabuľka č. 31 Prehľad evidenčne uznaných, finančne uznaných a nadlimitných zdravotných výkonov v členení podľa formy zdravotnej starostlivosti

v mil. Sk

Forma ZS	2006	2007	2008	Rozdiel 2008-2007	
				v mil. Sk	v %
Evidenčne uznané výkony					
Lekárska starostlivosť	28 400	30 495	32 998	2 503	8,2
Ambulantná starostlivosť	26 340	31 976	35 018	3 042	9,5
Ústavná starostlivosť	18 600	22 611	26 649	4 038	17,9
Zdravotné výkony spolu	73 341	85 082	94 665	9 583	11,3
Finančne uznané výkony					
Lekárska starostlivosť	28 400	30 492	32 995	2 503	8,2
Ambulantná starostlivosť	24 785	30 567	33 274	2 707	8,9
Ústavná starostlivosť	17 810	21 948	25 926	3 978	18,1
Zdravotné výkony spolu	70 996	83 008	92 195	9 188	11,1
Nadlimitné výkony					
Lekárska starostlivosť	0	3	3	0	0,0
Ambulantná starostlivosť	1 555	1 409	1 744	335	23,8
Ústavná starostlivosť	789	663	723	60	9,0
Zdravotné výkony spolu	2 345	2 075	2 470	395	19,0
% podiel nadlimitných výkonov na evidenčne uznaných výkonoch	3,20	2,44	2,61		

Zdroj: ZP

Podrobný prehľad štruktúry výkonov v členení podľa jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti je uvedený v prílohe č. 10/1 až 10/4.

Pokiaľ ide o štruktúru evidenčne uznaných, finančne uznaných a nadlimitných výkonov, možno konštatovať tieto závery:

- V roku 2008 najvyšší podiel na celkových zdravotných výkonoch bol v ambulantnej zdravotnej starostlivosti - 37% z celku. Druhou najväčšou skupinou boli lekáreň, ktoré dosiahli podiel 34,9% z celkových výkonov.
- V roku 2008 v porovnaní s rokom 2007 najviac rástli výkony v ústavnej zdravotnej starostlivosti, a to o 17,9 %.
- K najvýraznejšiemu nárastu nadlimitných výkonov došlo v ambulantnej zdravotnej starostlivosti, a to o 23,8 %.
- Tzv. nadlimitné výkony, ktoré boli poisťovňou poskytnuté a zdravotné poisťovne ich odsúhlasili, ale poskytovateľom neuhradili, naďalej zostávajú nedoriešené.

Vychádzajúc z chorobnosti obyvateľstva úrad vykonal z vlastnej iniciatívy analýzu úhrad ŠAS vo vybraných medicínskych odboroch.

V Prílohe č. 11 je uvedený celkový počet uhradených výkonov ŠAS na počet unikátnych rodných čísiel (ďalej len „URČ“) ošetrovaných v ŠAS v roku 2008 za jednotlivé poisťovne v 9 vybraných odboroch. V tabuľke sú údaje o finančne uznaných výkonoch a údaje o počte URČ ošetrovaných poisťencov v roku 2008 za jednotlivé poisťovne vo vybraných odbornostiach: vnútorné lekárstvo, kardiológia, alergológia a klinická imunológia, chirurgia, ortopédia, urológia, diabetológia, gynekológia a onkológia. V odbore gynekológia a urológia sú započítané aj výkony preventívnych prehliadok.

V počte URČ je uvedený počet poisťencov evidovaných podľa rodného čísla, pričom v každej ambulancii sa každé rodné číslo počíta iba raz.

Apollo finančne uznané výkony v podrobnom členení na úrovni medicínskeho odboru nesleduje, nakoľko vo svojom informačnom systéme aplikuje objednávanie zdravotnej starostlivosti na úrovni poskytovateľa a celých faktúr na celú škálu výkonov, ktoré poskytovateľ vykonáva v celom zúčtovacom období. Z pohľadu poskytovateľa je teda možné čerpať z celkového dohodnutého finančného objemu a prerozdeľovať ho v rámci zúčtovacieho obdobia medzi jednotlivými typmi zdravotnej starostlivosti podľa aktuálnej potreby. Z uvedeného dôvodu nemohla byť Apollo v tejto časti porovnávaná s inými ZP.

Podľa očakávania, vzhľadom na počet jej poistencov, najviac ošetrovaných poistencov na unikátne rodné číslo vo všetkých sledovaných odboroch vykazovala VŠZP (od 63% v odbore chirurgia až po 86% v odbore diabetológia).

Najvyššia suma za výkony v prepočte na URČ vo vybraných odboroch bola uhradená v odbore klinická onkológia.

V roku 2008 bol najväčší rozptyl medzi maximálnou a minimálnou úhradou za výkon v prepočte na jedno URČ 4 949,- Sk, a to medzi VŠZP (minimálna) a SZP (maximálna) v odbore klinická onkológia. Z celkového počtu ošetrovaných v odbore klinická onkológia zo všetkých zdravotných poisťovní však bolo 81% URČ poistencov VŠZP.

4. Platitelia poistného a poistenci

4.1. Zabezpečenie práv a povinností poistencov vo vzťahu k zdravotnému poisteniu

Práva a povinnosti poistenca vyplývajú z jeho účasti na verejnom zdravotnom poistení, ktorú realizuje prostredníctvom svojej zdravotnej poisťovne. Medzi práva poistenca patrí napr.:

- právo výberu poisťovne,
- právo na úhradu zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom zákonom,
- právo na úhradu nákladov zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi v cudzine,
- právo podieľať sa na kontrole poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- právo domáhať sa ochrany práv a právom chránených záujmov.

Poistenec zároveň s priznanými právami má aj povinnosti. Medzi povinnosti poistenca patrí napr.:

- povinnosť platiť poistné,
- povinnosť uhradiť poskytnutú zdravotnú starostlivosť v prípade preukázaného porušenia liečebného režimu,
- povinnosť vykonať ročné zúčtovanie poistného, odviešť nedoplatok na poistnom.

Z hľadiska výkonu verejného zdravotného poistenia sú významné aj oznamovacie povinnosti poistenca, ktorými sú napr.:

- povinnosť oznámiť zánik verejného zdravotného poistenia a vrátiť poisťovní preukaz poistenca,
- povinnosť oznámiť akékoľvek zmeny, ktoré majú vplyv na vznik, zánik povinnosti platiť poistné, na stanovenie základu pre výpočet poistného a ďalšie skutočnosti ovplyvňujúce vzťah poistenca a poisťovne.

Povinnosti poistencov a platiteľov vo vzťahu k zdravotným poisťovniam sú obsiahnuté vo viacerých ustanoveniach zákona č. 580/2004 Z. z.

4.2. Analýza dodržiavania právnych predpisov poistencami a platiteľmi poistného

V roku 2008 sa vyskytli najčastejšie tieto porušenia povinností **poistencami**:

- nevrátenie preukazu poistenca pri zmene zdravotnej poisťovne a pri odchode do zahraničia na dobu dlhšiu ako šesť mesiacov (58 854 nevrátených preukazov),
- neoznámenie zmeny platiteľa poistného zdravotnej poisťovni (takmer 12 000 porušení povinnosti). Išlo napr. o neoznámenie ukončenia živnosti a nenahlásenie kategórie tzv. samoplatiteľa, ukončenie kategórie tzv. samoplatiteľa a uzatvorenie pracovného pomeru, alebo ukončenie zaradenia do evidencie uchádzačov o zamestnanie a uzatvorenie pracovného pomeru, príp. získanie živnostenského oprávnenia,
- neoznámenie skutočnosti rozhodujúcej pre vznik povinnosti štátu platiť za poistenca poistné (6 505 porušení povinnosti). Išlo o neoznámenie zaradenia poistenca do evidencie uchádzačov o zamestnanie, nakoľko okamihom zaradenia povinnosť odvádzať preddavky prechádza na štát.

Najčastejšími porušeniami **povinností zo strany platiteľov** poistného bolo, že riadne a včas neodviedli preddavky na poistné príslušnej zdravotnej poisťovni a porušenie povinnosti predkladania výkazov poistného príslušnej zdravotnej poisťovni (takmer 209 000 porušení povinnosti).

4.3. Ukladanie sankcií

Úrad v roku 2008 uložil celkovo **5 224 právoplatných pokút** poistencom a platiteľom poistného, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotným poisťovňami. Z toho poistencom a platiteľom poistného úrad uložil 5 134 právoplatných pokút, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti 89 právoplatných pokút a zdravotným poisťovňami 1 právoplatnú pokutu.

V roku 2008 predstavovala **celková výška pokút** uložených ústredím a pobočkami úradu **17,8 mil. Sk.** Z toho poistencom a platiteľom poistného výška uložených pokút predstavovala sumu 10,5 mil. Sk, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti výška uložených pokút predstavovala sumu 7,1 mil. Sk a zdravotným poisťovňami výška uložených pokút predstavovala sumu 190 tis. Sk.

Z celkovej výšky uložených pokút bolo uhradených 10,7 mil. Sk (60,1 %), a to nasledovne:

- poistenci a platitelia poistného uhradili 4,1 mil. Sk,
- poskytovatelia zdravotnej starostlivosti uhradili 6,4 Sk,
- zdravotné poisťovne uhradili 0,2 mil. Sk.

4.4. Vymáhanie pohľadávok na poistnom

Úrad v súlade so zákonom č. 581/2004 Z. z. vydáva rozhodnutia v správnom konaní platobným výmerom o pohľadávkach na poistnom na zdravotné poistenie a o pohľadávkach na preddavkoch na poistné na verejné zdravotné poistenie. Prehľad vedených správnych konaní v roku 2008 možno zhrnúť takto:

úrad v roku 2008 evidoval **77 450** podaných návrhov na vydanie rozhodnutí platobným výmerom, z toho vydal **34 933** platobných výmerov.

Celkové finančné vyčíslenie správnych konaní pri vydávaní PV predstavovalo celkovú sumu **2 330 mil. Sk**, z toho istina (dlžné poistné, resp. preddavky) **1 390 mil. Sk**, úrok/poplatok z omeškania **940 mil. Sk**.

Úrad eviduje za rok 2008 celkom 704 druhostupňových správnych konaní vo veci vydania rozhodnutia platobným výmerom.

Podľa zákona č. 581/2004 Z. z. úrad dokončuje právoplatne neskončené správne konania zdravotných poisťovní do ich transformácie na akciové spoločnosti.

V roku 2008 úrad dokončoval 17 právoplatne neskončených správnych konaní vo veci vydania rozhodnutia platobným výmerom postúpených zo zdravotných poisťovní.

5. Záver

Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2008 podáva ucelený obraz o vývoji zdrojov zdravotníctva a o ich použití v minulom roku v porovnaní s rokom 2007. I napriek zmenám, ktoré priniesla legislatíva úrad sa aj naďalej stretával s viacerými problémami, ktoré sťažujú využitie jeho právomocí v praxi. Z uvedeného dôvodu by bolo vhodné legislatívne upraviť niektoré oblasti systému verejného zdravotného poistenia.

Makroekonomické ukazovatele sa v roku 2008 vyvíjali priaznivo, hoci niektoré mali medziročný rast nižší ako v roku 2007. Podiel verejných zdrojov na celkových zdrojoch verejného zdravotného poistenia bol v podstate udržaný na úrovni roka 2007 (pokles o 0,3%). Z hľadiska štruktúry zdrojov najväčší nárast bol zaznamenaný v príjmoch poistného za poistencov štátu. Ani v roku 2008 sa regulačné prostredie výrazne nezmenilo, naďalej zostali regulované ceny pre záchrannú zdravotnú službu, ceny liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín.

Úrad aj v roku 2008 zabezpečoval ako styčný orgán refundáciu nákladov za poskytnuté vecné dávky, najvýznamnejší objem tvorila refundácia na základe skutočných nákladov. V roku 2008 došlo k nárastu počtu prípadov čerpania vecných dávok v EÚ poistencami SR, čerpanie vecných dávok poistencami EÚ v SR zaznamenal naopak pokles. K najväčším veriteľom patrila Česká republika, Spolková republika Nemecko a Rakúska republika. Pre budúce obdobie bude žiaduce stanoviť jednotlivé kritérium pre plánovanú liečbu v EÚ a v cudzine, jednotné postupy poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ v SR a zintenzívniť represívne opatrenia pri nesplnení si povinností poistencov.

Prínosom pre riadenie systému by bolo legislatívne zadefinovanie termínu predkladania návrhu rozpočtu a obchodno-finančného plánu zdravotných poisťovní a povinná štruktúra návrhu rozpočtu a obchodno-finančného plánu. Súčasne je potrebné stanoviť povinnosť oznamovať MZ SR, MF SR a úradu zmeny rozpočtu a obchodno-finančného plánu a stanoviť termín a formu spôsobu pre vyhodnotenie ich plnenia.

Ďalším okruhom problémov je jednoznačné definovanie základne pre výpočet výdavkov na prevádzkové činnosti, príspevok na činnosť úradu, príspevok na činnosť operačných stredísk tak, aby výška základne bola kontrolovateľná. Preto je potrebné jednoznačne definovať sumu poistného, na ktorú má zdravotná poisťovňa právo po prerozdelení poistného za kalendárny rok.

V rámci zabezpečenia reálnosti údajov v Správe sa javí potreba posunúť termín na predkladanie správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia na rokovanie

vlády SR tak, aby mal úrad v čase spracovania správy k dispozícii ročné závierky zdravotných poisťovní overené audítorm.

Vzhľadom na nejednoznačný postup pri zániku zdravotnej poisťovne je potrebné zdefinovať jednotlivé etapy pri zániku zdravotnej poisťovne s cieľom zabezpečiť nielen práva zdravotnej poisťovne, ale najmä jej povinnosti vyplývajúce z verejného zdravotného poistenia (úhrada faktúr poskytovateľom ZS, vrátenie preplatkov z ročného zúčtovania a iné).

V roku 2008 všetky zdravotné poisťovne preukázali úradu skutočnú mieru platobnej schopnosti v stanovenom termíne a štruktúre, všetky požadované percento minimálnej miery platobnej schopnosti v každom mesiaci dosiahli. Vzhľadom k tomu, že od 1.1.2009 bol zmenený spôsob vykazovania bude potrebné usmerniť metodickým usmernením v súčinnosti s MZ SR postup zdravotných poisťovní pri posudzovaní platobnej schopnosti.

Predpis poistného v roku 2008 bol ovplyvnený zvýšeným vymeriavacím základom a percentom sadzby poistného za poistencov štátu a tiež nárastom vymeriavacích základov za ekonomicky aktívnych poistencov. Zdravotné poisťovne pri odhadovaní predpisu poistného vychádzajú z rôznych metodík, čím je údaj o odhadnutom predpise výrazne subjektívny. Pre zrealizovanie údajov a jednotný postup je preto potrebné zdefinovať jednotlivé položky, tvoriace základňu pre ročné prerozdelenie poistného. V súvislosti s tým je žiaduce stanoviť jednotnú metodiku, ktorá v prípade nepredloženia výkazu o preddavkoch na poistné a neuhradenia preddavku zo strany platiteľa poistného, určí zdravotnej poisťovni postup stanovenia predpisu poistného pre zabezpečenie reálneho vykazovania pohľadávok.

V oblasti pohľadávok zdravotných poisťovní voči neplatičom poistného bol dosiahnutý výrazný posun na úrovni ich vymáhania v súčinnosti s úradom. Bolo by však vhodné stanoviť časový úsek, v ktorom bude zdravotná poisťovňa povinná vymáhať pohľadávky tak, aby čo najmenej strácali na bonite.

K zjednodušeniu vymáhania pohľadávok zdravotných poisťovní z verejného zdravotného poistenia a pohľadávok na poistnom a poplatkoch z omeškania je potrebné doplniť možnosť doručovania platobných výmerov len prostredníctvom verejnej vyhlášky v prípade, že platiteľovi poistného nie je možné doručiť platobný výmer v zmysle ustanovení správneho poriadku. Tiež je potrebné umožniť rozhodnúť o odvolaní platiteľa poistného, resp. zdravotnej poisťovne prvostupňovým orgánom v prípade, že čiastočne alebo úplne vyhovie odvolaniu bez povinnosti získania súhlasu s odvolaním druhým účastníkom konania.

Úrad vykonával dohľady v sledovanom období s dôrazom na proces prepoistenia poistencov, uplatňovanie a vymáhanie pohľadávok, plnenie oznamovacích povinností, výdavky zdravotných poisťovní na prevádzkovú činnosť, mesačné prerozdelenie a ročné zúčtovanie poistného i na získanie podkladov pre analytickú činnosť a vypracovanie aktuálnych informácií o činnosti a hospodárení zdravotných poisťovní.

V oblasti zmluvných vzťahov v roku 2008 zdravotné poisťovne uzatvárali zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti na základe splnenia zvolených kritérií, vzťahujúcich sa na dostupnosť zdravotnej starostlivosti, personálne zabezpečenie, materiálno-technické vybavenie a indikátory kvality, pričom pripisovali splneniu jednotlivých kritérií rozdielnu váhu. Kľúčovým kritériom pri výbere nových poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bola dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Do rokovania o zmluvných podmienkach a cenách čoraz viac vstupujú aj profesijné a odborové spoločnosti (komory, asociácie, združenia a pod.), zastupujúce svojich členov. Ochota a ústretovosť zdravotných poisťovní rokovať o zmluvných podmienkach so samotnými poskytovateľmi a ich zástupcami je na rôznej úrovni napriek tomu, že sa jedná o verejné zdroje a nastavenie parametrov by malo byť vyvážené v celom systéme verejného zdravotného poistenia.

Pretrvávajúcim nedostatkom v roku 2008 bola absencia všeobecne záväzného právneho predpisu v oblasti definovania podrobností tvorby a vedenia zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Tým pretrvával stav z minulých rokov, kedy si zoznamy viedli zdravotné poisťovne na základe svojich kritérií. Súčasne tým nebola úradu daná možnosť účinného dohľadu nad zdravotnými poisťovňami v tejto oblasti ich činnosti.

Podobne v oblasti dispenzárnej starostlivosti naďalej absentuje legislatíva pre jednotný spôsob zaraďovania do dispenzárnej starostlivosti v zákonom stanovenom rozsahu. Každá poisťovňa zaraďuje na dispenzarizáciu a vedie zoznam dispenzarizovaných pacientov svojím spôsobom, a preto majú tieto údaje len evidenčný, a aj to neúplný charakter. Úrad z medicínskeho hľadiska podporuje jednotný spôsob zaraďovania do dispenzarizácie, ktorá by mala byť nedeliteľnou súčasťou zdravotnej politiky štátu.

Analýza verejnej minimálnej siete podľa stanovených noriem poukázala na rovnaké problémy ako v roku 2007. Ide predovšetkým o nemožnosť objektívneho posúdenia skutočnej dostupnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti z dôvodu nezohľadnenia kritérií počtu obyvateľov, geografickej dostupnosti, vekovej štruktúry, chorobnosti alebo úmrtnosti.

Revízia – kontrolná činnosť revíznych lekárov, revíznych farmaceutov a revíznych asistentov, ktorí posudzujú odôvodnenosť, odbornú úroveň a kvalitu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejných zdrojov zdravotného poistenia, má v prostredí rastúcich nákladov na zdravotnú starostlivosť na jednej strane a obmedzených finančných zdrojov na druhej strane nezastupiteľnú úlohu pri vytváraní postupov na ich efektívne využívanie.

Úrad v záujme zvyšovania bezpečnosti pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vydal v roku 2006 Metodické usmernenie o zavádzaní systémov hlásení v ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci stratégie bezpečnosti pacienta, ktorého cieľom bolo zaviesť u poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti dobrovoľné systémy hlásení chýb, omylov a nežiaducich udalostí, ktoré vznikajú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Doterajšie skúsenosti úradu ukázali, že dobrovoľné hlásenia zo strany ÚZZ sú neefektívne (nedodané, zle alebo neúplne vyplnené) a tým strácajú svoj cieľ. Úrad nemá zákonnú kompetenciu stanoviť ÚZZ povinnosť podávať hlásenie v zmysle metodického usmernenia. Z uvedeného dôvodu by bolo vhodné túto kompetenciu postúpiť na MZ SR pri zavádzaní stratégie bezpečnosti pacienta v SR v rámci štátnej zdravotnej politiky, resp. ju zveriť úradu zákonom.

Príloha č. 1**Zákony upravujúce systém verejného zdravotného poistenia a ich zmeny v roku 2008**

Číslo zákona	Názov zákona	Zmena	Účinnosť
576/2004	Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“)	518/2007 662/2007 489/2008	01.01.2008 01.01.2008 21.12.2008
577/2004	Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 577/2004 Z. z.“)	661/2007	01.01.2008
578/2004	Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 578/2004 Z. z.“)	330/2007 284/2008	01.01.2008 01.09.2008
579/2004	Zákon o záchranej zdravotnej službe a o zmene niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 579/2004 Z. z.“)	284/2008	01.09.2008
580/2004	Zákon o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“)	518/2007 530/2007 594/2007	01.01.2008 01.01.2008 01.01.2008
581/2004	Zákon o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“)	330/2007 530/2007 594/2007 232/2008 297/2008	01.01.2008 01.01.2008 01.01.2008 01.07.2008 01.09.2008
140/1998	Zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach	489/2008	21.12.2008

Príloha č. 2

Zmeny právnych predpisov ovplyvňujúcich systém verejného zdravotného poistenia v roku 2008

Číslo právneho predpisu	Názov právneho predpisu	Zmena	Účinnosť
239/2006	Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a o povinnostiach pri ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie	161/2008	01.05.2008
	Výnos Ministerstva zdravotníctva SR č. 25208/2007-OL, ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2008		15.12.2007
	Opatrenie z 19. marca 2008 č. OPD0108-07127/2008-OL, ktorým sa vydáva Zoznam dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia.		01.04.2008
	Opatrenie z 19. marca 2008 č. OPP0108-07524/2008-OL, ktorým sa vydáva Zoznam zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia.		01.04.2008
	Opatrenie z 19. marca 2008 č. OPL0108-07629/2008-OL, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia.		01.04.2008
	Opatrenie z 11. júna 2008 č. OPL0208-13444/2008-OL, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia.		01.07.2008
	Opatrenie z 11. júna 2008 č. OPP0208-12611/2008-OL, ktorým sa vydáva Zoznam zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia.		01.07.2008
	Opatrenie z 11. júna 2008 č. OPD0208-12619/2008-OL, ktorým sa vydáva Zoznam dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia.		01.07.2008

Príloha č. 3

Náklady na vecné dávky v EÚ

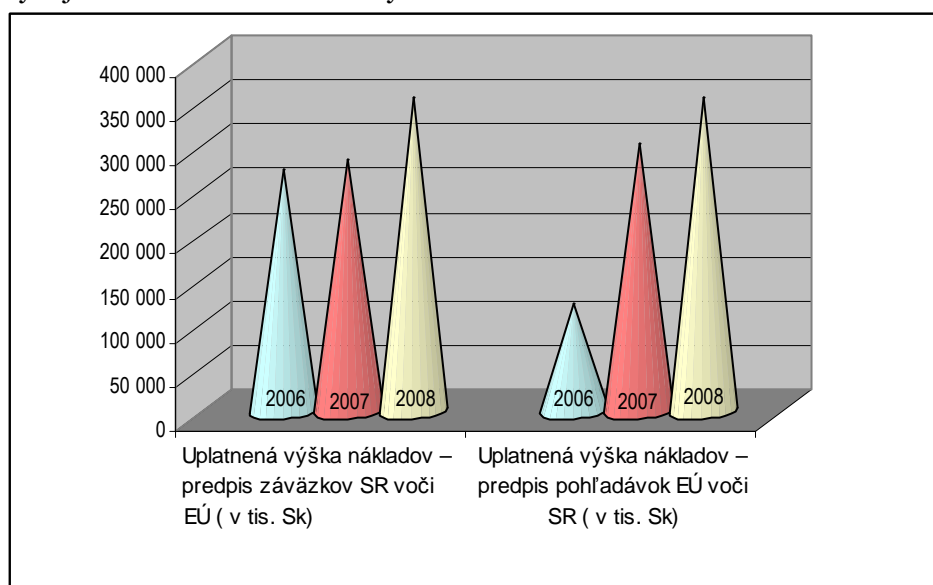
Počty prípadov čerpania vecných dávok a výška nákladov podľa jednotlivých poisťovní

Rok 2008	Počet prípadov čerpania vecných dávok v EÚ poisťencami SR	Uplatnená výška nákladov – predpis záväzkov SR voči EÚ (v tis. Sk)	Počet prípadov čerpania vecných dávok v SR poisťencami EÚ	Uplatnená výška nákladov – predpis pohľadávok SR voči EÚ (v tis. Sk)
VšZP	16 426	189 500	93 480	259 100
SZP	2 885	37 800	4 957	12 900
Apollo	2 089	26 900	13 649	36 800
Dôvera	4 121	71 300	15 001	39 200
EZP	599	5 100	328	1 300
Union	1 528	21 900	4 131	3 300
Spolu	27 648	352 500	131 546	352 600

Priemerný náklad na prípad čerpania vecných dávok v EÚ poisťencami SR a v SR poisťencami EÚ podľa jednotlivých poisťovní v %

	EÚ (poisťencami SR)				SR (poisťencami EÚ)			
	Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Zmena v%	Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Zmena v%
VšZP	17,0	13,3	11,5	-13,5	2,8	2,3	2,8	+21,7
SZP	13,8	10,9	13,5	+20,1	2,2	2,3	2,6	+13,0
Apollo	15,3	11,4	12,9	+13,2	1,7	2,7	2,7	0,0
Dôvera	18,1	12,5	17,3	+38,4	2,6	2,0	2,6	+30,0
Sideria	19,5				2,1			
EZP		7,7	8,5	+10,4		3,7	3,9	+5,4
Union		14,6	14,3	-2,1		1,9	0,8	-57,9
Priemer	16,8	12,8	12,8	0,0	2,0	2,3	2,7	17,4

Vývoj nákladov na vecné dávky



Príloha č. 4

Rozdelenie poisťného trhu

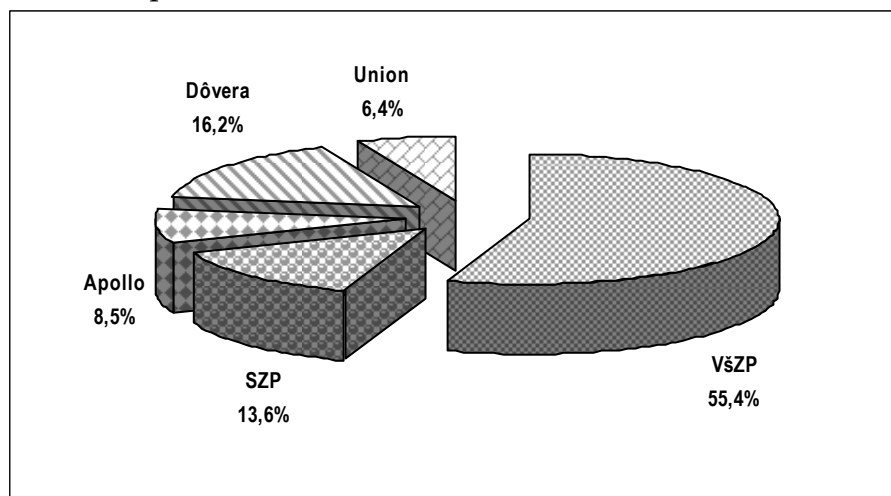
Počet poistencov podľa zdravotných poisťovní a podľa samosprávnych krajov k 31. 12. 2007

kraj	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Union	EZP	Spolu
BA	335 994	132 508	60 106	67 936	25 777	2 264	624 585
BB	320 521	64 892	25 692	132 190	80 786	3 978	628 059
KE	277 315	114 145	35 387	204 912	101 393	24 638	757 790
NR	378 754	42 635	80 880	112 300	57 911	7 022	679 502
PO	436 364	59 073	26 969	139 425	84 754	24 177	770 762
TT	365 619	42 732	60 889	31 993	31 605	2 482	535 320
TN	378 709	42 181	90 929	33 514	36 112	1 524	582 969
ZA	430 193	91 697	56 812	49 505	30 857	4 279	663 343
Neurčené	31 172	7 546	7 681	5 657	4 429	188	56 673
Spolu	2 954 641	597 409	445 345	777 432	453 624	70 552	5 299 003

Počet poistencov podľa zdravotných poisťovní a podľa samosprávnych krajov k 31. 12. 2008

kraj	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Union	EZP	Spolu
BB	322 288	75 678	26 088	157 063	55 124		636 241
BA	330 390	138 028	60 323	70 949	23 902		623 592
KE	273 903	154 023	35 302	225 069	69 225		757 522
NR	376 985	56 369	81 891	117 218	48 457		680 910
PO	430 388	94 673	26 073	164 644	54 160		769 938
TN	376 969	44 619	92 570	34 786	31 037		579 981
TT	369 097	49 442	62 909	34 375	27 353		543 176
ZA	429 976	98 610	56 506	51 128	26 137		662 357
Neurčené	10 636	4 450	4 499	1 449	1 564		225 95
Spolu	2 920 632	715 882	446 161	856 681	336 959		5 276 315

Rozdelenie poisťného trhu v roku 2008



Príloha č. 5

Podania poistencov riešené v zdravotných poisťovniach

Podnety a sťažnosti poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach riešené v roku 2007

Počet podnetov a sťažností poistencov	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Union	EZP	spolu
opodstatnené	25	5	3	33	2 146	0	2 212
v riešení alebo riešenie so súčinnosťou	0	0	0	5	0	0	5
neopodstatnené	193	35	16	41	1 148	1 095	2 528
spolu	218	40	19	79	3 294	1 095	4 745

Podnety a sťažnosti poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach riešené v roku 2008

Počet podnetov a sťažností poistencov	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Union	EZP	spolu
opodstatnené	19	3	2	64	70		158
v riešení alebo riešenie so súčinnosťou	0	0	0	0	0		0
neopodstatnené	150	21	11	37	97		316
spolu	169	24	13	101	167		474

Príloha č. 6

Platobná schopnosť ZP

Platobná schopnosť zdravotných poisťovní v roku 2008 na základe doručených výkazov zdravotnými poisťovňami (za december sú údaje z výkazov PS, ktoré mal úrad k dispozícii ako najaktuálnejšie)

ZP	Rok 2008 – jednotlivé mesiace											
	I.	II.	III.	IV	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
VšZP	3,05	3,52	3,48	3,35	3,45	3,42	3,29	3,40	3,24	3,23	3,29	3,18
SZP	13,53	15,65	12,10	10,47	13,84	11,55	10,66	13,25	10,68	12,84	15,36	9,73
Apollo	22,56	22,96	23,48	24,23	22,23	23,10	22,64	22,78	22,15	22,13	21,53	20,34
Dôvera	27,86	27,06	26,02	21,06	20,75	22,57	21,98	22,48	22,59	22,76	7,19	6,79
Union	27,20	22,40	21,34	20,89	20,09	19,37	18,51	18,21	18,45	19,94	20,55	17,31
EZP	10,94	8,43	7,98	7,29								

Príloha č. 7
Výber poistného

Prehľad o úspešnosti výberu poistného

Zdravotná poisťovňa		2006	2007*	2008*	Rozdiel 2008-2007	%
VšZP	predpis poistného	48 097 147	48 423 964	52 353 739	3 929 775	8,1
	výber poistného	45 287 197	46 464 533	50 685 541	4 221 008	9,1
	úspešnosť výberu	94,2	96,0	96,8	0,9	x
SZP	predpis poistného	14 120 170	13 852 691	16 183 814	2 331 123	16,8
	výber poistného	13 694 049	13 603 672	15 996 905	2 393 233	17,6
	úspešnosť výberu	97,0	98,2	98,8	0,6	x
Apollo	predpis poistného	8 113 767	8 500 724	9 349 572	848 848	10,0
	výber poistného	7 813 036	8 364 140	9 193 036	828 896	9,9
	úspešnosť výberu	96,3	98,4	98,3	-0,1	x
Dôvera	predpis poistného	11 207 805	13 254 380	15 153 629	1 899 249	14,3
	výber poistného	10 605 345	12 626 083	14 904 841	2 278 758	18,0
	úspešnosť výberu	94,6	95,3	98,4	3,1	x
Union	predpis poistného	378	5 822 145	5 402 090	-420 055	-7,2
	výber poistného	2 770	5 441 898	5 188 035	-253 863	-4,7
	úspešnosť výberu	732,8	93,5	96,0	2,6	x
Spolu	predpis poistného	81 539 267	89 853 904	98 442 844	8 588 940	9,6
	výber poistného	77 402 397	86 500 326	95 968 358	9 468 032	10,9
	úspešnosť výberu	94,9	96,3	97,5	1,2	x

Zdroj: zdravotné poisťovne

* údaje sú vykázané na aktuálnom princípe

Príloha č. 8

Hospodárenie zdravotných poisťovní

Prehľad o hospodárení jednotlivých ZP v roku 2007

v tis. Sk

Výkaz ziskov a strát k 31.12. 2007	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	EZP	Union	spolu
poistné v hrubej výške	46 643 077	14 172 784	8 805 530	13 263 594	798 448	6 037 064	89 720 497
ostatné technické výnosy	8 576 488	120 019	47 099	143 489	90 728	270 287	9 248 110
náklady na poistné plnenie	0	0	0	0	0	0	0
zmena stavu TR na poistné plnenie v hrubej výške	51 416 895	9 241 569	6 664 927	10 803 867	905 797	4 989 125	84 022 180
zmena stavu iných TR	0	786	0	0	0	594 481	595 267
správna réžia	2 001 643	482 248	452 796	658 295	204 526	429 645	4 229 153
ostatné technické náklady	1 896 545	4 293 884	1 410 132	1 333 810	14 660	413 528	9 362 559
výsledok technického účtu	-95 518	274 316	324 774	611 111	-235 807	-119 428	759 448
výsledok hospodárenia z bežnej činnosti	-429 922	206 214	228 161	465 881	-234 087	-232 315	3 932
výsledok hospodárenia za účtovné obdobie	-429 922	206 214	228 161	466 945	-233 943	-232 315	5 140

Prehľad o hospodárení jednotlivých ZP v roku 2008

Výkaz ziskov a strát k 31.12. 2008	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	EZP	Union	spolu
poistné v hrubej výške	51 469 555	16 013 203	9 566 986	15 073 478	600 498	5 348 993	98 072 713
ostatné technické výnosy	9 961 075	551 239	29 336	254 679	38 216	54 554	10 889 099
náklady na poistné plnenie	0	0	0	0	0	0	0
zmena stavu TR na poistné plnenie v hrubej výške	58 403 825	11 729 773	7 300 472	12 972 048	542 891	4 421 959	95 370 968
zmena stavu iných TR	0	689	0	0	0	-300 071	-299 382
správna réžia	1 998 044	473 790	432 870	549 773	63 495	522 049	4 040 021
ostatné technické náklady	1 020 704	4 327 769	1 792 622	1 186 324	18 379	1 075 253	9 421 051
výsledok technického účtu	8 057	32 421	70 358	620 012	13 949	-315 643	429 154
výsledok hospodárenia z bežnej činnosti	904	2 942	35 773	488 489	-109 669	-326 479	91 960
výsledok hospodárenia za účtovné obdobie	904	2 942	35 773	489 140	-109 692	-326 479	92 588

Rozdiel (2008-2007)

	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	EZP	Union	spolu
poistné v hrubej výške	4 826 478	1 840 419	761 456	1 809 884	-197 950	-688 071	8 352 216
ostatné technické výnosy	1 384 587	431 220	-17 763	111 190	-52 512	-215 733	1 640 989
náklady na poistné plnenie	0	0	0	0	0	0	0
zmena stavu TR na poistné plnenie v hrubej výške	6 986 930	2 488 204	635 545	2 168 181	-362 906	-567 166	11 348 788
zmena stavu iných TR	0	-97	0	0	0	-894 552	-894 649
správna réžia	-3 599	-8 458	-19 926	-108 522	-141 031	92 404	-189 132
ostatné technické náklady	-875 841	33 885	382 490	-147 486	3 719	661 725	58 492
výsledok technického účtu	103 575	-241 895	-254 416	8 901	249 756	-196 215	-330 294
výsledok hospodárenia z bežnej činnosti	430 826	-203 272	-192 388	22 608	124 418	-94 164	88 028
výsledok hospodárenia za účtovné obdobie	430 826	-203 272	-192 388	22 195	124 251	-94 164	87 448

Príloha č. 9 /1

Zmluvné ceny výkonov za ukončenú hospitalizáciu vo fakultných nemocniciach k
31. 12. 2008 v SR v Sk

Odbornosť	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena	Rozdiel	% rozdielu	ZP s	
						min. cenou	max. cenou
vnútorné lekárstvo	17 930	13 860	25 171	11 311	81,61	VšZP	Apollo
neuroológia	19 703	14 244	29 962	15 718	110,35	Apollo	Apollo
pediatria	19 295	11 179	31 315	20 136	180,12	Apollo	Apollo
gynekológia a pôrodnictvo	16 511	13 326	23 827	10 501	78,80	VšZP	Union
chirurgia	23 034	14 438	37 200	22 762	157,65	VšZP	SZP, Union
ortopédia	26 749	18 600	43 100	24 500	131,72	Union	SZP
uroológia	19 079	14 648	29 010	14 362	98,05	VšZP	Dôvera
traumatológia	27 969	17 288	131 115	113 827	658,42	VšZP	Union
anesteziológia a IM	160 556	85 300	245 000	159 700	187,22	SZP	Dôvera

Porovnanie zmluvných cien – rozdiel s rokom 2007 v Sk

Odbornosť	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena
vnútorné lekárstvo	2 276	3 333	1 269
neuroológia	2 730	4 109	1 135
pediatria	3 037	3 144	6 739
gynekológia a pôrodnictvo	2 292	5 723	-5 998
chirurgia	4 074	3 238	-2 026
ortopédia	4 184	3 210	-3 878
uroológia	3 098	4 551	10
traumatológia	7 965	5 163	93 063
anesteziológia a IM	29 691	16 830	1 313

Príloha č. 9 /2

Zmluvné ceny výkonov za ukončenú hospitalizáciu vo všeobecných nemocniciach k 31.12.2008 v SR v Sk

Odbornosť	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena	Rozdiel	% rozdielu	ZP s	
						min. cenou	max. cenou
vnútorné lekárstvo	11 596	8 500	16 900	8 400	98,82	Apollo	Union
neuroológia	12 176	7 430	18 586	11 156	150,15	Apollo	Apollo
pediatria	10 748	5 808	18 400	12 592	216,8	Apollo	Dôvera
gynekológia a pôrodnictvo	10 284	4 000	15 500	11 500	287,5	SZP	Dôvera
chirurgia	12 766	4 900	20 500	15 600	318,37	SZP	Dôvera
ortopédia	18 970	5 390	27 988	22 598	419,26	SZP	Apollo
uroológia	12 284	5 587	17 200	11 613	207,86	Apollo	Dôvera
traumatológia	14 751	11 600	22 000	10 400	89,66	SZP	SZP
anesteziológia a IM	67 809	16 292	190 000	173 708	1 066,22	Apollo	Union

Porovnanie zmluvných cien - rozdiel s rokom 2007 v Sk

Odbornosť	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena
vnútorné lekárstvo	549	1 039	-13 600
neuroológia	478	1 930	-11 414
pediatria	485	926	-11 800
gynekológia a pôrodnictvo	474	0	-12 000
chirurgia	925	0	-9 000
ortopédia	1 558	-6 148	-7 512
uroológia	819	891	-9 800
traumatológia	913	4 600	-9 000
anesteziológia a IM	3 606	14 292	-35 442

Príloha č. 10/1**Prehľad štruktúry výkonov podľa jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti**

Prehľad evidencie uznaných zdravotných výkonov podľa foriem ZS v rokoch 2006, 2007 a 2008 v mil. Sk a %

Formy zdravotnej starostlivosti v jednotlivých druhoch zdravotníckych zariadení	Evidenčne (medicinsky) uznané výkony					
	v mil.			% podiel z celku		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Lekárska starostlivosť	28 400	30 495	32 998	38,7	35,8	34,9
v tom: lekárne (pozn. lieky na recepty)	25 723	27 531	29 731	35,1	32,4	31,4
výdajne a optiky (pozn. zdrav. pomôcky, optiky)	2 677	2 964	3 267	3,7	3,5	3,5
Ambulantná starostlivosť:	26 341	31 976	35 018	35,9	37,6	37,0
v tom: všeobecná ambulantná starostlivosť vrátane kapitácie a výkonov	5 313	6 596	7 061	7,2	7,8	7,5
V tom: pre dospelých	1 819	2 250	2 624	2,5	2,6	2,8
pre deti a dorast	1 192	1 438	1 521	1,6	1,7	1,6
LSPP (pozn. paušál, doprava, výkony vrátane stomatologickej LSPP)	318	398	328	0,4	0,5	0,3
ZSS vrátane leteckej a vodnej (pevná cena vozidla v prevádzke podľa podielu poistencov+ cena dopravy za km a pod.)	1 983	2 510	2 588	2,7	3,0	2,7
špecializovaná ambulantná starostlivosť	21 028	25 072	27 499	28,7	29,5	29,0
v tom: ŠAS vrátane A liekov (pozn. všetky odb. amb. vrátane gynekolog. ale okrem stomatolog., dialýzy, JZS, mob hospic, SVLZ, ÚPS)	7 012	9 155	9 659	9,6	10,8	10,2
dialýzy	1 874	2 081	2 253	2,6	2,4	2,4
JZS	218	298	430	0,3	0,3	0,5
stacionárne - denné a nočné spolu (pobyt kratší ako 24 hod.)	166	215	119	0,2	0,3	0,1
mobilný hospic	0	0	1	0,0	0,0	0,0
stomatológia (pozn. bez LSPP)	2 594	3 096	3 479	3,5	3,6	3,7
SVLZ	7 905	9 152	10 408	10,8	10,8	11,0
ADOS	200	240	277	0,3	0,3	0,3
ÚPS (poskytovaná v odb. ambulanciách)	114	126	151	0,2	0,1	0,2
doprava (pozn. bez LSPP)	687	708	721	0,9	0,8	0,8
iné (napr.: kombinov. PZS, Dôvera - polikliniky)	260	308	458	0,4	0,4	0,5
Ústavná starostlivosť (pozn. lôžkové oddelenia ÚZZ):	18 600	22 611	26 649	25,4	26,6	28,2
v tom: vš. nemocnice (NsP, FN, DFN, FNsP, DFNSP)	13 670	16 535	18 321	18,6	19,4	19,4
špec. nemocnice (vysokošpec. odbor. ústavy, psych. nemocnica, CPLDZ, OLÚ)	3 523	4 127	5 263	4,8	4,9	5,6
z toho: vysokošpecializované odborné ústavy	2 890	3 029	3 591	3,9	3,6	3,8
liečebňa (LDCH, geriatr. centrum, psych. liečebňa, sanatórium, ozdravovňa)	228	332	327	0,3	0,4	0,3
domy ošetrovateľskej starostlivosti	6	8	18	0,0	0,0	0,0
hospic	7	12	17	0,0	0,0	0,0
prírodné liečebné kúpele	622	863	1 134	0,8	1,0	1,2
iné (napr. zariaden. biomed. výskumu, ZÚS kombin.)	544	735	1 568	0,7	0,9	1,7
Formy ZS v jednotlivých druhoch zdrav. zariadení S P O L U	73 341	85 082	94 665	100,0	100,0	100,0

Príloha č. 10/2

Prehľad finančne uznaných zdravotných výkonov podľa foriem ZS v rokoch 2006, 2007 a 2008 v mil. Sk a %

Formy zdravotnej starostlivosti v jednotlivých druhoch zdravotníckych zariadení	Finančne uznané výkony					
	v mil.			% podiel z celku		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Lekárska starostlivosť	28 400	30 492	32 995	40,0	36,7	35,8
v tom: lekárne (pozn. lieky na recepty)	25 723	27 528	29 728	36,2	33,2	32,2
výdajne a optiky (pozn. zdrav. pomôcky, optiky)	2 677	2 964	3 267	3,8	3,6	3,5
Ambulantná starostlivosť:	24 785	30 567	33 274	34,9	36,8	36,1
v tom: všeobecná ambulantná starostlivosť vrátane kapitácie a výkonov	5 311	6 592	7 057	7,5	7,9	7,7
V tom: pre dospelých	1 819	2 249	2 622	2,6	2,7	2,8
pre deti a dorast	1 192	1 437	1 521	1,7	1,7	1,6
LSPP (pozn. paušál, doprava, výkony vrátane stomatologickej LSPP)	317	397	327	0,4	0,5	0,4
ZZS vrátane leteckej a vodnej (pevná cena vozidla v prevádzke podľa podielu poistencov+ cena dopravy za km a pod.)	1 983	2 509	2 587	2,8	3,0	2,8
špecializovaná ambulantná starostlivosť	19 474	23 683	25 759	27,4	28,5	27,9
v tom: ŠAS vrátane A liekov (pozn. všetky odb. amb. vrátane gynekológ .ale okrem stomatológ. dialýzy, JZS, mob .hospic, SVLZ, ÚPS)	6 408	8 637	8 992	9,0	10,4	9,8
dialýzy	1 873	2 081	2 253	2,6	2,5	2,4
JZS	203	282	400	0,3	0,3	0,4
stacionárne - denné a nočné spolu (pobyt kratší ako 24 hod.)	159	200	114	0,2	0,2	0,1
mobilný hospic	0	0	1	0,0	0,0	0,0
stomatológia (pozn. bez LSPP)	2 525	3 030	3 421	3,6	3,7	3,7
SVLZ	7 149	8 465	9 507	10,1	10,2	10,3
ADOS	165	206	238	0,2	0,2	0,3
ÚPS (poskytovaná v odb. ambulanciách)	106	119	138	0,1	0,1	0,2
doprava (pozn. bez LSPP)	634	665	695	0,9	0,8	0,8
iné (napr.: kombinov. PZS, Dôvera - polikliniky)	252	292	458	0,4	0,4	0,5
Ústavná starostlivosť (pozn. lôžkové oddelenia ÚZZ):	17 811	21 948	25 926	25,1	26,4	28,1
v tom: vš. nemocnice (NsP, FN, DFN, FNsP, DFNsP)	13 087	16 055	17 848	18,4	19,3	19,4
špec. nemocnice (vysokošpec. odbor. ústavy, psych. nemocnica, CPLDZ, OLÚ)	3 354	3 979	5 068	4,7	4,8	5,5
z toho: vysokošpecializované odborné ústavy	2 741	2 910	3 416	3,9	3,5	3,7
liečebňa (LDCH,geriatr. centrum, psych. liečebňa, sanatórium, ozdravovňa)	220	324	317	0,3	0,4	0,3
domy ošetrovateľskej starostlivosti	5	8	18	0,0	0,0	0,0
hospic	6	11	16	0,0	0,0	0,0
prírodné liečebné kúpele	622	863	1 134	0,9	1,0	1,2
iné (napr. zariad. biomed. výskumu, ZÚS kombin.)	517	708	1 524	0,7	0,9	1,7
Formy ZS v jednotlivých druhoch zdrav. zariadení S P O L U	70 996	83 008	92 195	100,0	100,0	100,0

Príloha č. 10/3

Prehľad tzv. nadlimitných zdravotných výkonov podľa foriem ZS v rokoch 2006, 2007 a 2008 v mil. Sk a %

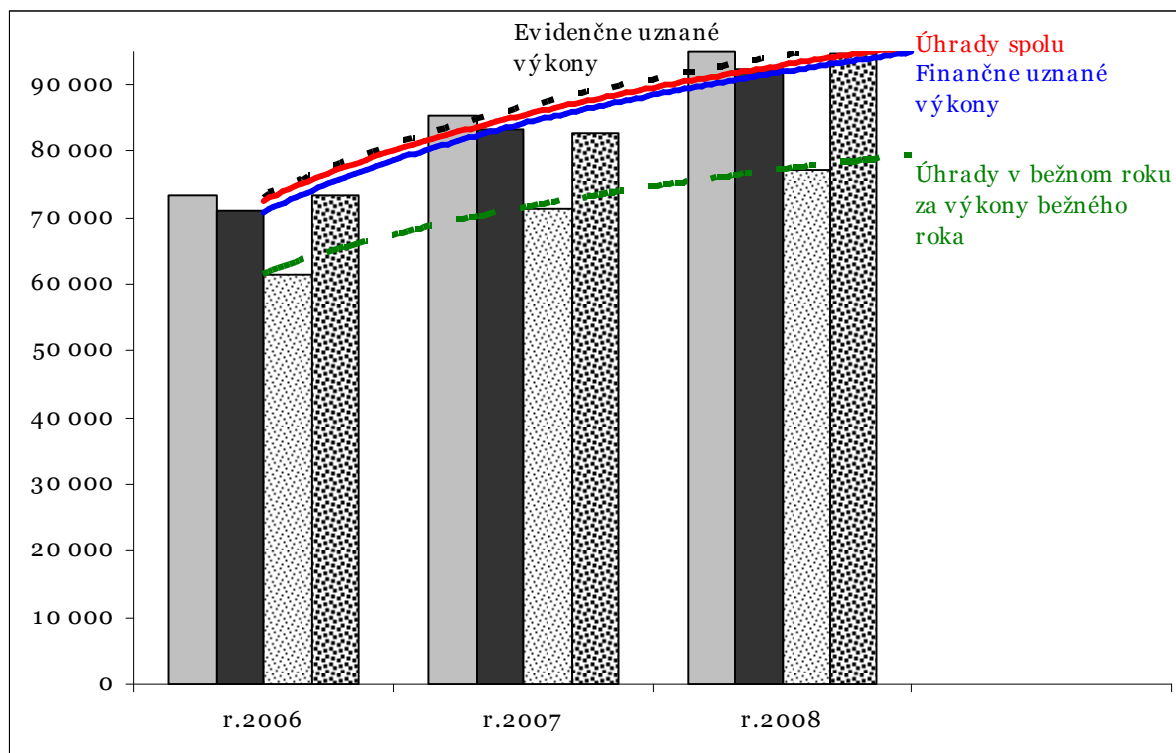
Formy zdravotnej starostlivosti v jednotlivých druhoch zdravotníckych zariadení	Nadlimitné výkony					
	v mil.			% podiel z celku		
	2006	2007	2008	2 006	2 007	2 008
Lekárska starostlivosť	0	2	3	0,0	0,1	0,1
v tom: lekárne (pozn. lieky na recepty)	0	2	3	0,0	0,1	0,1
výdajne a optiky (pozn. zdrav. pomôcky, optiky)	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Ambulantná starostlivosť:	1 556	1 409	1 744	66,3	67,9	70,6
v tom :všeobecná ambulantná starostlivosť vrátane kapitácie a výkonov	1	4	4	0,1	0,2	0,2
V tom: pre dospelých	0	1	3	0,0	0,1	0,1
pre deti a dorast	0	0	0	0,0	0,0	0,0
LSPP (pozn. paušál, doprava , výkony vrátane stomatologickej LSPP)	1	1	1	0,0	0,1	0,1
ZZS vrátane leteckej a vodnej (pevná cena vozidla v prevádzke podľa podielu poistencov+ cena dopravy za km a pod.)	0	2	0	0,0	0,1	0,0
špecializovaná ambulantná starostlivosť	1 554	1 389	1 740	66,3	66,9	70,4
v tom: ŠAS vrátane A liekov (pozn. všetky odb. amb. vrátane gynekológ. ale okrem stomatológ. dialýzy, JZS ,mob. hospic, SVLZ, ÚPS)	603	518	667	25,7	25,0	27,0
dialýzy	1	1	0	0,0	0,0	0,0
JZS	15	15	30	0,7	0,7	1,2
stacionárne - denné a nočné spolu (pobyt kratší ako 24 hod.)	7	15	6	0,3	0,7	0,2
mobilný hospic	0	0	0	0,0	0,0	0,0
stomatológia (pozn. bez LSPP)	69	66	58	2,9	3,2	2,4
SVLZ	756	688	901	32,2	33,1	36,5
ADOS	35	35	39	1,5	1,7	1,6
ÚPS (poskytovaná v odb. ambulanciách)	8	8	12	0,3	0,4	0,5
doprava (pozn. bez LSPP)	53	44	26	2,3	2,1	1,1
iné (napr.: kombinov. PZS, Dôvera - polikliniky)	8	16	0	0,3	0,8	0,0
Ústavná starostlivosť (pozn. lôžkové oddelenia ÚZZ):	789	663	723	33,7	32,0	29,3
v tom: vš. nemocnice (NsP, FN, DFN, FNsP, DFNsP)	583	480	473	24,9	23,1	19,1
špec. nemocnice(vysokošpec. odbor. ústavy, psych. nemocnica, CPLDZ, OLÚ)	169	148	195	7,2	7,1	7,9
z toho: vysokošpecializované odborné ústavy	149	119	174	6,4	5,7	7,1
liečebňa (LDCH, geriatr. centrum, psych. liečebňa, sanatórium, ozdravovňa)	9	7	10	0,4	0,3	0,4
domy ošetrovateľskej starostlivosti	0	0	0	0,0	0,0	0,0
hospic	1	1	1	0,1	0,0	0,1
prírodné liečebné kúpele	0	0	0	0,0	0,0	0,0
iné (napr. zariad. biomed. výskumu, ZÚS kombin.)	27	27	44	1,2	1,3	1,8
Formy ZS v jednotlivých druhoch zdrav. zariadení S P O L U	2 345	2 075	2 471	100,0	100,0	100,0

Poznámky:

- 1) Evidenčne (medicínsky) uznané výkony sú všetky výkony, ktoré predložil poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v r. 2006 na zúčtovanie a v informačnom systéme zdravotnej poisťovne prešli kontrolou (automatickou, revíznymi lekármi).
- 2) Finančne uznané (zúčtované) výkony sú výkony, ktoré zdravotné poisťovne v súlade s platnou zmluvou akceptovali v príslušnom zúčtovacom období a uhradili ich.
- 3) Nadlimitné výkony predstavujú rozdiel medzi evidenčne uznanými a finančne uznanými výkonmi.

Príloha č. 10/4

Vývoj evidenčne uznaných, finančne uznaných výkonov a ich úhrada v roku 2008



Príloha č. 11

Počet uhradených výkonov ŠAS na počet URČ

Názov odbornosti	Kód odbornosti	ZP	Počet URČ	Finančne uznané výkony v Sk	Prepočet na 1 URČ
vnútorné lekárstvo	001	VšZP	1 198 848	337 340 851	281
		SZP	140 386	78 676 080	560
		Apollo	83 735	0	0
		Dôvera	137 890	92 913 124	674
		Union	87 990	24 982 906	284
		ZP spolu	1 648 849	533 912 961	324
kardiológia	049	VšZP	484 099	202 857 493	419
		SZP	48 092	49 125 687	1 021
		Apollo	31 117	0	0
		Dôvera	46 628	58 600 097	1 257
		Union	23 272	13 573 528	583
		ZP spolu	633 208	324 156 805	512
klinická imunológia a alergológia	040	VšZP	747 490	331 969 978	444
		SZP	86 778	105 667 845	1 218
		Apollo	56 845	0	0
		Dôvera	83 145	99 308 536	1 194
		Union	63 240	39 484 344	624
		ZP spolu	1 037 498	576 430 703	556
chirurgia	010	VšZP	829 986	308 878 641	372
		SZP	122 918	74 906 791	609
		Apollo	91 555	0	0
		Dôvera	136 941	98 160 288	717
		Union	131 430	43 910 185	334
		ZP spolu	1 312 830	525 855 904	401
ortopédia	011	VšZP	805 545	207 571 476	258
		SZP	90 646	47 177 087	520
		Apollo	57 721	0	0
		Dôvera	93 160	60 061 040	645
		Union	63 484	20 023 530	315
		ZP spolu	1 110 556	334 833 133	302
urológia	012	VšZP	517 442	150 599 114	291
		SZP	51 813	35 017 890	676
		Apollo	34 585	0	0
		Dôvera	45 090	33 684 972	747
		Union	28 014	9 064 764	324
		ZP spolu	676 944	228 366 740	337
diabetológia	050	VšZP	681 319	124 038 693	182
		SZP	33 780	22 937 525	679
		Apollo	25 236	0	0
		Dôvera	37 352	25 127 121	673
		Union	17 182	6 552 116	381
		ZP spolu	794 869	178 655 454	225
gynekológia a pôrodnictvo	009	VšZP	1 995 666	668 649 238	335
		SZP	168 901	153 979 543	912
		Apollo	139 600	0	0
		Dôvera	141 866	194 646 986	1 372
		Union	167 488	98 965 819	591
		ZP spolu	2 613 521	1 116 241 586	427
klinická onkológia	019	VšZP	227 971	623 755 920	2 736
		SZP	14 607	112 254 624	7 685
		Apollo	10 405	0	0
		Dôvera	21 221	140 450 005	6 618
		Union	7 274	27 027 132	3 716
		ZP spolu	281 478	903 487 681	3 210

