vestník číslo 3/2008 – júl 2008

úradu pre
dohľad nad
zdravotnou
starostlivosťou

SPRÁVA O STAVE VYKONÁVANIA VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA ZA ROK 2007

júl 2008

www.udzs.sk

Úvod

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“), predkladá Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) správu o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007 (ďalej len „správa“).
Správa sa zaoberá zhodnotením stavu verejného zdravotného poistenia za 2007. Má 4 časti, súhrn a záver, obsahuje 10 príloh.
Prvá časť informuje o systéme verejného zdravotného poistenia, druhá časť sa zaoberá zdravotným poistením, popisuje organizáciu a riadenie zdravotných poisťovní, rozdelenie poistného trhu predpis a výber poistného, prerozdeľovanie poistného, príjmy a výdavky zdravotných poisťovní.
Tretia časť sa zaoberá poskytovaním zdravotnej starostlivosti – uzatváraním zmlúv so zdravotnými poisťovňami, zabezpečením úhrad zdravotnej starostlivosti, zmluvnými poskytovateľmi, indikátormi kvality, úhradou finančne uznaných výkonov ako aj regionálnou analýzou nákladov zdravotných poisťovní.
Štvrtá časť je venovaná problematike zabezpečenia práv a povinností pacienta vo vzťahu k zdravotnej poisťovni.
Záver obsahuje zhrnutie ako aj konkrétne odporúčania do budúcna. Správa je doplnená tabuľkami a grafmi.
Predložená správa bola v súlade s § 27 ods.1 písm. c) zákona prerokovaná Dozornou radou úradu na zasadnutí dňa 26. júna 2008 a prijala uznesenie č.204, zároveň odporučila Správnej rade úradu správu schváliť.
Správna rada úradu v súlade s § 25 ods.1 písm. b) zákona schválila správu na zasadnutí dňa 26. júna 2008.
Správa bola predložená na rokovanie vlády SR dňa 30. júna 2008. Správu vláda prerokovala a zobrala na vedomie dňa 9. júla 2008.

Zoznam skratiek

Apollo	Apollo zdravotná poisťovňa, a. s.
CRP	Centrálny register poistencov
DOS	Domáca ošetrovateľská starostlivosť
Dôvera	Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s.
EHS	Európske hospodárske spoločenstvo
EÚ	Európska únia
EZP	Európska zdravotná poisťovňa, a. s.
HDP	Hrubý domáci produkt
LM	Lekárske miesto
m. j.	merná jednotka
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
MF SR	Ministerstvo financií Slovenskej republiky
PZS	Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
Sideria	Sideria zdravotná poisťovňa, a. s.
SVLZ	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
SZP	Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s.
ŠAS	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
ŠN	Špecializovaná nemocnica
TR	Technická rezerva
úrad	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS)
Union	Union zdravotná poisťovňa, a. s.
VAS	Všeobecná ambulantná starostlivosť
VšZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.
VZP	Verejné zdravotné poistenie
ZP	Zdravotná poisťovňa
ZS	Zdravotná starostlivosť

OBSAH

Zoznam tabuliek **4**
Zoznam príloh **5**
1.Verejné zdravotné poistenie v Slovenskej republike **6**
1.1 Vplyv prostredia na verejné zdravotné poistenie v roku 2007 6
1.2 Účastníci systému verejného zdravotného poistenia 8
1.3 Dohľad nad verejným zdravotným poistením 9
1.4 Plnenie nariadení Rady EHS v systéme verejného zdravotného poistenia 10
2. Zdravotné poistenie **13**
2.1 Organizácia, riadenie a vnútorná kontrola v zdravotných poisťovniach 14
2. 2 Dodržiavanie platobnej schopnosti 17
2. 3 Poistné na verejné zdravotné poistenie 17
2.4 Prerozdelenie poistného 18
2.5 Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní 19
2.6 Pohľadávky a záväzky zdravotných poisťovní 21
2. 7 Tvorba rezerv 23
2.8 Hospodárenie zdravotných poisťovní 24
2.9 Dohľad nad verejným zdravotným poistením 25
3. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti **26**
3. 1 Uzatváranie zmlúv so zdravotnými poisťovňami 26
3.2 Úhrada zdravotnej starostlivosti 23
3.3 Zabezpečenie zdravotnej starostlivosti 31
3.4 Dohľad nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti 37
4. Zabezpečenie práv a povinností poistenca **39**
4.1 Práva a povinnosti poistencov vo vzťahu k zdravotnej poisťovni 39
5. Záver **41**

Zoznam tabuliek

Tabuľka č.1 Vývoj vybraných makroekonomických ukazovateľov 6

Tabuľka č.2 Štruktúra disponibilných zdrojov zdravotníctva 7

Tabuľka č.3 Prehľad o počte prípadov čerpania vecných dávok a o uplatnenej výške nákladov 11

Tabuľka č.4 Počet poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach 13

Tabuľka č.5 Rozdelenie poistencov podľa samosprávnych krajov k 31. 12. príslušného roka 14

Tabuľka č.6 Vybrané ukazovatele zdravotných poisťovní..... 15

Tabuľka č.7 Úspešnosť výberu poistného..... 18

Tabuľka č.8 Vývoj výsledku mesačného prerozdeľovania preddavkov poistného v tis. Sk 19

Tabuľka č.9 Príjmy zdravotných poisťovní 19

Tabuľka č.10 Štruktúra výdavkov zdravotných poisťovní.....21

Tabuľka č.11 Štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní spolu po korekcii 22

Tabuľka č.12 Štruktúra záväzkov zdravotných poisťovní spolu 23

Tabuľka č.13 Tvorba rezerv zdravotnými poisťovňami..... 24

Tabuľka č.14 Prehľad o použití finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť 29

Tabuľka č.15 Prehľad evidenčne uznaných, finančne uznaných a nadlimitných zdravotných výkonov v členení podľa formy zdravotnej starostlivosti..... 30

Tabuľka č.16 Počet zmluvných LM vo VAS pre dospelých a VAS pre deti a dorast.....31

Tabuľka č.17 Počet zmluvných LM v ŠAS..... 32

Tabuľka č.18 Počet SM u zmluvných poskytovateľov DOS..... 32

Tabuľka č.19 Porovnanie počtu poistencov zaradených do dispenzárnej starostlivosti podľa zdravotných poisťovní k 31. 12., podiel dispenzarizovaných.....35

Tabuľka č.20 Prehľad najfrekventovanejších diagnóz a počet dispenzarizovaných.....36

Tabuľka č.21 Porovnanie ukončených dohľadov na mieste 37

Tabuľka č.22 Prehľad ukončených podnetov podaných v súvislosti so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti 38

Tabuľka č.23 Vývoj vybraných podaní z pohľadu ich predmetu..... 38

Zoznam príloh

Príloha č. 1 Prehľad zákonov (a ich noviel) pre systém verejného zdravotného poistenia.....37

Príloha č. 2 Zmeny v ostatných právnych predpisoch ovplyvňujúcich systém verejného zdravotného poistenia v roku 2007.....38

Príloha č. 3 Náklady na vecné dávky v EÚ.....39

Príloha č. 4 Rozdelenie poistného trhu..... 40

Príloha č. 5 Podania poistencov riešené v zdravotných poisťovniach.....41

Príloha č. 6 Platobná schopnosť ZP.....42

Príloha č. 7 Výber poistného.....43

Príloha č. 8 Hospodárenie zdravotných poisťovní.....44

Príloha č. 9/1 Vývoj zmluvných cien za ukončenú hospitalizáciu v roku 2007 vo fakultných nemocniciach.....46

Príloha č. 9/2 Vývoj zmluvných cien za ukončenú hospitalizáciu v roku 2007 vo všeobecných nemocniciach 47

Príloha č. 10/1 Prehľad štruktúry výkonov podľa jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti.....48

Príloha č. 10/2 Prehľad finančne uznaných zdravotných výkonov podľa foriem ZS v rokoch 2005, 2006, 2007 v Sk a %.....49

Príloha č. 10/3 Prehľad tzv. nadlimitných zdravotných výkonov podľa foriem ZS v rokoch 2005, 2006, 2007 v Sk a %.....50

Príloha č. 10/4 Vývoj evidenčne uznaných, finančne uznaných a ich úhrada v roku 2007.....51

Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007

1. Verejné zdravotné poistenie v Slovenskej republike

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 2007 (ďalej len „správa“).

Správa hodnotí stav verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike v roku 2007 za celý poistný systém, v ktorom pôsobilo 6 zdravotných poisťovní.

1.1 Vplyv prostredia na verejné zdravotné poistenie v roku 2007

Makroekonomické prostredie

V roku 2007 makroekonomické ukazovatele relevantné pre financovanie zdravotníctva sa vyvíjali priaznivo. Reálny rast HDP, rast objemu miezd spolu s ostatnými ekonomickými faktormi vytvorili predpoklady pre rast zdrojov aj pre sektor zdravotníctva, osobitne pre rast zdrojov verejného zdravotného poistenia.

Tabuľka č. 1 Vývoj vybraných makroekonomických ukazovateľov

Ukazovateľ		m. j.	Skutočnosť	
			2006	2007
HDP v bežných cenách		mld. Sk	1 636,3	1 851,8
HDP reálny rast		%	8,3	10,4
Priemerný rast zamestnanosti podľa VZPS *		%	3,8	2,4
Priemerná mesačná mzda v hospodárstva	nominálny rast	%	8,0	7,2
	reálny rast		3,5	4,3
Priemerná mesačná mzda		Sk	18 761,0	20 146,0
Priemerná ročná miera inflácie		%	4,5	2,8
Objem miezd v ekonomike – ročný		mld. Sk	518,1	569,9
Podiel miezd na HDP		%	31,6	30,8
Počet zamestnaných v hospodárstve		tis. osôb	2301,4	2357,3

* výkazu zisťovania pracovných síl

Zdroj: Štatistická správa o základných vývojových tendenciách v hospodárstve SR v roku 2007.

V roku 2007 malo zdravotníctvo k dispozícii zdroje plynúce z verejného zdravotného poistenia vo výške 88,3 mld. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2006 viac o 9,0 mld. Sk. Podiel verejných zdrojov na zdrojoch spolu predstavoval v roku 2007 76,8 %. V porovnaní s rokom 2006 nedošlo k výraznej zmene tohto podielu.

Z hľadiska štruktúry zdrojov najväčší nárast verejných zdrojov v porovnaní s rokom 2006 bol zaznamenaný u zdrojov plynúcich od poistencov štátu (nárast o 15,0 %) v dôsledku zmeny percenta sadzby poistného v prvých štyroch mesiacoch roka ako aj dôsledkom rastu základne pre výpočet poistného.

Za tovary a služby nehradené z verejných zdrojov sa na základe štatistických údajov vynaložilo 28,0 mld. Sk. V porovnaní s rokom 2006 je to viac o 22,3 %. Tento nárast bol

čiastočne spôsobený v dôsledku zmeny cien niektorých tovarov a služieb ako aj v dôsledku rastu dopytu.

Celkové disponibilné zdroje zdravotníctva predstavovali v roku 2007 120,6 mld. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2006 viac o 12,7%.

V roku 2007 zostal zachovaný rovnaký podiel reálnych zdrojov financovania zdravotníctva na HDP, ako to bolo v roku 2006.

Tabuľka č. 2 Štruktúra disponibilných zdrojov zdravotníctva

v mld. Sk

Ukazovateľ	Skutočnosť 2006 *	Skutočnosť 2007 *	Rozdiel 2007-2006	%
A. Zdroje verejného zdravotného poistenia spolu – zaplatené poistné	79,3	88,3	9,0	111,3
v tom štát[1]	23,4	26,9	3,5	115,0
B. Ostatné verejné zdroje[2]	4,8	4,3	-0,5	89,6
C. Verejné zdroje spolu (A+B)	84,1	92,6	8,5	110,1
D. Súkromné zdroje[3]	22,9	28,0	5,1	122,3
E. Zdroje spolu (C+D)	107,0	120,6	13,6	112,7
Podiel reálnych zdrojov financovania na HDP	6,5	6,5	0,0	

[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.

Legislatívne prostredie

Systém verejného zdravotného poistenia v roku 2007 upravovalo 7 zákonov, ako aj nariadenia vlády, vyhlášky a opatrenia ministerstva zdravotníctva. Tieto zákony v priebehu roku 2007 prešli viacerými zmenami. Zmeny sa dotýkali týchto zákonov:

Zákon č.578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotných pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Úpravy vykonané v tomto zákone sa dotýkali najmä povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vypracovať plán zavádzania systému kvality vrátane termínov ich vypracovania. Ďalšou úpravou bolo doplnenie a spresnenie tejto povinnosti. Významnou zmenou bola úprava vo vzťahu k záchrannej zdravotnej službe. Novela zákona upravila najmä postup pri vydávaní povolení na zmenu typu ambulancie záchrannej zdravotnej služby. Súčasne došlo aj k spresneniam pri výkone zdravotníckeho povolania občanov členských štátov EÚ, Islandu, Lichtenštajnska, Nórska a Švajčiarska.

Zákon č.580/2004 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

Cieľom vykonaných úprav tohto zákona bolo zabezpečiť potrebné finančné zdroje pre zdravotníctvo. Naplnenie tohto cieľa bolo realizované úpravou sadzby poistného (zo 4 %

na 5 %) u kategórie poistencov, za ktorých platiteľom poistného je štát. Táto úprava mala ohraničenú platnosť a platila prvé štyri mesiace v roku 2007. Zároveň boli tiež vykonané zmeny v lehotách na vykonanie a podávanie ročného zúčtovania poistného ako aj lehoty na ročné prerozdeľovanie poistného.

Zákon č.581/2004 o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zásadnou zmenou bola úprava, ktorá mala za cieľ vytvoriť priestor pre efektívne vynakladanie verejných zdrojov a zabezpečiť ich využitie na úhradu zdravotnej starostlivosti. Týmto zámerom boli vykonané úpravy – vymedzenie výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne a určenie hranice výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne v príslušnom kalendárnom roku do výšky 4 % z ročného úhrnu poistného. Ďalšie úpravy sa týkali stanovenia podmienok pre nábor poistencov a tiež zákazu poskytovania akýchkoľvek výhod poistencovi za prijatie a potvrdenie prihlášky na verejné zdravotné poistenie.

Zákon č.140/1998 o liekoch a zdravotníckych pomôckach

V prípade tohto zákona došlo k zosúladeniu zákona so smernicou EÚ vo väzbe na predkladanie povinných dokumentov pri registrácii lieku na území SR.

V roku 2007 nastali zmeny aj **v nariadeniach vlády SR, vo vyhláškach ako aj v opatreniach vydaných ministerstvom zdravotníctva.**

Rozsah zmien možno zhrnúť takto:

- určenie zoznamu poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorí zabezpečujú poskytovanie štátom garantovanej zdravotnej starostlivosti,
- určenie výšky poplatku za vydanie európskeho preukazu zdravotného poistenia,
- určenie rozsahu regulácie cien v oblasti zdravotníctva, zoznam liečiv a liekov, zoznam zdravotníckych pomôcok, zoznam dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia.

V prílohe č. 1 a 2 je uvedený zoznam právnych noriem platných v roku 2007 ako aj vykonané zmeny v roku 2007.

Regulačné prostredie

Regulačné prostredie v roku 2007 sa výraznejšie nemenilo. Cenová regulácia ostala naďalej zachovaná v záchrannej zdravotnej službe.

1.2 Účastníci systému verejného zdravotného poistenia

Verejné zdravotné poistenie je poistenie, ktoré sa vzťahuje na všetkých poistencov taxatívne vymedzených v osobnom rozsahu verejného zdravotného poistenia, čo znamená, že je zo zákona povinne určený okruh poistencov.

Verejné zdravotné poistenie v Slovenskej republike je založené na základnom princípe, ktorým je solidarita zdravých občanov s chorými občanmi.

Účastníkom systému verejného zdravotného poistenia je:

a) poistenec - osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená,
b) poskytovateľ zdravotnej starostlivosti,
c) zdravotná poisťovňa.

Medzi jednotlivými účastníkmi systému verejného zdravotného poistenia vznikajú vzájomné vzťahy, a to medzi poistencom a zdravotnou poisťovňou, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a poistencom a medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotnou poisťovňou.

Poistenec je na jednej strane povinný platiť zdravotné poistenie a na druhej strane má právo na úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný poskytnúť zdravotnú starostlivosť poistencovi v zákonom vymedzenom rozsahu a zároveň má právo na úhradu tejto zdravotnej starostlivosti od zdravotnej poisťovne na základe uzatvorenej zmluvy.

Zdravotná poisťovňa je povinná zabezpečiť pre poistenca poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rozsahu stanovenom zákonom. Dostupnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti je zabezpečená definovaním verejnej minimálnej siete nariadením vlády.

Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvoriť zmluvu vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti s poskytovateľom, ktorý má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti najmenej s jedným jej poistencom.

V špecializovanej ambulantnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti je zdravotná poisťovňa povinná uzatvoriť zmluvu najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete.

V prípade lekárenskej starostlivosti a záchrannej zdravotnej starostlivosti je zdravotná poisťovňa povinná uzatvoriť zmluvu s každým poskytovateľom. Opísaný spôsob zabezpečuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti všetkým poistencom verejného zdravotného poistenia.

1.3 Dohľad nad verejným zdravotným poistením

Dohľad nad vykonávaním verejného zdravotného poistenia zdravotnými poisťovňami a nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytovateľmi je zverený zákonom do kompetencie úradu.

V zákone vymedzené kompetencie v roku 2007 umožnili, aby úrad vykonával nepretržitý dohľad nad dodržiavaním štandardov verejného zdravotného poistenia ako aj nad rozsahom a kvalitou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pod štandardmi sa rozumie predovšetkým dodržiavanie podmienok týkajúcich sa udržiavania permanentnej platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne pri plnení záväzkov poisťovne voči poisteným, zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, úradu a iným subjektom v súlade so zákonom.

Okrem uvedeného úrad dohliadal aj na:

- plnenie povinností týkajúcich sa platenia poistného zo strany platiteľov verejného zdravotného poistenia,
- plnenie povinností zo strany poistencov,
- prerozdeľovanie poistného na verejné zdravotné poistenie.

V rámci výkonu dohľadu nad verejným zdravotným poistením úrad plnil v roku 2007 najmä tieto úlohy:

- rozhodoval o uložení sankcií a opatrení v prípadoch porušenia zákona,
- realizoval výkon rozhodnutí o pohľadávkach na poistnom,
- rozhodoval o pokutách pri porušení povinností vyplývajúcich zo zákona o poisťovníctve.

Úrad ako orgán dohľadu má významné postavenie aj z hľadiska vedenia evidencie a registrov. Vedie centrálny register poistencov, register podaných prihlášok na verejné zdravotné poistenie a poskytuje poisťovniam informáciu o podaní prihlášky na verejné zdravotné poistenie v inej zdravotnej poisťovni. Vedie tiež zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zoznam kódov lekárov ako aj ďalšie zoznamy.

Okrem týchto kompetencií úrad dohliada nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti v súlade so zákonom.

Úrad je styčným orgánom vo vzťahu k určeným orgánom na komunikáciu medzi príslušnými zdravotnými poisťovňami v členských štátoch Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska a plní tiež záväzky SR vyplývajúce z medzinárodných dohôd. Plnenie úloh vyplývajúcich z tejto činnosti za rok 2007 je hodnotené v nasledujúcej podkapitole tejto Správy.

1.4 Plnenie nariadení Rady EHS v systéme verejného zdravotného poistenia

SR ako členská krajina EÚ uplatňuje v zdravotnom poistení legislatívu Európskej únie, 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 poistenec nemusel za poskytnutím vecných dávok vrátiť späť do Slovenskej republiky 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.

Porovnanie vývoja úhrad plánovanej zdravotnej starostlivosti v roku 2007 s rokom 2006 v členských krajinách EÚ

Zdravotné poisťovne v roku 2007 schvaľovali poistencom v Slovenskej republike úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte EÚ v prípade, ak:

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

V roku 2007 bolo podaných zdravotným poisťovniam v Slovenskej republike 791 žiadostí o udelenie súhlasu na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom

štáte EÚ. Oproti roku 2006, kedy bolo podaných 679 takýchto žiadostí je to viac o 112 žiadostí. Z počtu podaných žiadostí bolo 743 žiadostí schválených (v roku 2006 bolo schválených 640 žiadostí). V porovnaní s rokom 2006 došlo k nárastu schválených žiadostí o 103. Zamietnutých žiadostí v roku 2007 bolo 40, čo je viac v porovnaní s rokom 2006 o 9 žiadostí. Rovnako ako v roku 2006 aj v roku 2007 o 8 žiadostiach nebolo rozhodnuté do 31. 12. 2007.

Zo zamietnutých žiadostí v 36 prípadoch (v roku 2006 30 prípadov) bolo možné poskytnúť požadovanú zdravotnú starostlivosť v medicínsky primeranom čase na území Slovenskej republiky.

Celkový objem úhrad za plánovanú zdravotnú starostlivosť poistencov Slovenskej republiky v iných členských štátoch EÚ predstavoval v roku 2007 57,7 mil. Sk (v roku 2006 60,0 mil. Sk, čo je o menej o 2,3 mil. Sk).

Pokiaľ ide o jednotlivé zdravotné poisťovne z celkového objemu úhrad za plánovanú zdravotnú starostlivosť v roku 2007 pripadalo 76,3 % na VšZP, 6,5 %, na SZP, 6,2 % na Apollo a 11,0 % na Dôveru. V porovnaní s rokom 2006 došlo k výraznejšiemu nárastu žiadostí u VšZP o 6,8 percentuálneho bodu a u Apollo o 4,5 percentuálneho bodu. K poklesu úhrad za plánovanú zdravotnú starostlivosť došlo v SZP.

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

Porovnanie vývoja nákladov na vecné dávky čerpaných podľa nariadenia

V roku 2007 v prípade vývoja nákladov na vecné dávky čerpané podľa nariadenia nepokračoval trend rokov 2005 a 2006. Náklady na vecné dávky v roku 2007 vzrástli v porovnaní s rokom 2006 o 5,7 % (medziročný rast rokov 2005 a 2006 bol 18 %).

Úrad aj v roku 2007 zabezpečoval refundáciu nákladov za poskytnuté vecné dávky. Refundácia na základe skutočných nákladov predstavovala podľa počtu a výšky predpisu pohľadávok alebo záväzkov Slovenskej republiky 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	2005	2006	2007	Rozdiel 2007 - 2006	Rozdiel v %
Počet prípadov čerpania vecných dávok v EÚ poistencami SR	7 135	16 211	22 132	5 921	36,5
Uplatnená výška nákladov – predpis záväzkov SR voči EÚ (v tis. Sk)	129 691	271 944	282 601	10 657	3,9
Počet prípadov čerpania vecných dávok v SR poistencami EÚ	26 966	52 069	132 072	80 003	253,6
Uplatnená výška nákladov – predpis pohľadávok EÚ voči SR (v tis. Sk)	54 483	121 905	300 696	178 791	246,7
Priemerný náklad na poistenca SR v EÚ (v tis. Sk)	18,2	16,8	12,8	-4	-23,8
Priemerný náklad na poistenca EÚ v SR (v tis. Sk)	2,0	2,3	2,3	0	0,0

V roku 2007 v porovnaní s rokom 2006 došlo k nárastu počtu prípadov **čerpania vecných dávok v EÚ poistencami Slovenskej republiky,** a to medziročne o 5 921 prípadov, čo predstavuje 36,5 % rast. Uplatnená výška nákladov podľa predpisu záväzku Slovenskej republiky voči EÚ v roku 2007 oproti roku 2006 vzrástla o 10 657 tis. Sk, čo je 3,9 % nárast.
Vývoj počtu prípadov **čerpania vecných dávok v Slovenskej republike poistencami EÚ** v roku 2007 oproti roku 2006 v absolútnom vyjadrení zaznamenal nárast o 80 003

prípadov, čo je nárast o 253,6 %. Finančné vyjadrenie tohto nárastu predstavuje v roku 2007 v porovnaní s rokom 2006 246,7 %.

Rozdiel predpisu uplatnených nákladov - záväzkov Slovenskej republiky voči EÚ a predpisu uplatnených nákladov - pohľadávok EÚ voči Slovenskej republike je 18,1 mil. Sk v prospech Slovenskej republiky. Z dlhodobého hľadiska sa nepredpokladá zachovanie tohto stavu skôr ide o jednorazový stav, ktorý je dôsledkom rastu záväzkov vo VšZP z dôvodu uplatňovania refundácií v roku 2007, ktoré sa vzťahovali k minulým obdobiam.

V roku 2007 boli priemerné náklady na čerpanie vecných dávok **poistencami Slovenskej republiky v iných členských štátoch EÚ** vo výške 12 800 Sk. Priemerné náklady, ktoré uhrádzali príslušné **inštitúcie z EÚ za poistencov EÚ čerpajúcich vecné dávky v Slovenskej republike** predstavovali 2 300 Sk. Za predpokladu, že štruktúra čerpania vecných dávok je v EÚ porovnateľná, vychádza cenová úroveň zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike približne 5,6 krát nižšia, ako je priemer v členských štátoch EÚ, v ktorých poistenci čerpali zdravotnú starostlivosť.

Pri refundácii na základe paušálnych nákladov boli v roku 2007 uplatnené pohľadávky slovenských zdravotných poisťovní za 3 266 poistencov iných členských štátov EÚ s bydliskom v Slovenskej republike v hodnote 26,4 mil. Sk. Tieto refundácie sa týkali nákladov, ktoré vznikli v roku 2004. V porovnaní s rokom 2006 bol zaznamenaný nárast prípadov o 780 %, čo nereflektovalo zvýšenie počtu nezaopatrených rodinných príslušníkov a dôchodcov s bydliskom v Slovenskej republike. Je to ale reálny obraz, ktorý pravdepodobne bude predstavovať štandardný stav aj v budúcom období.

V roku 2007 predpis záväzkov slovenských zdravotných poisťovní refundovaných na základe paušálnych nákladov predstavoval sumu 17,3 mil. Sk a týkal sa 945 poistencov Slovenskej republiky. V tomto prípade išlo o prípady týkajúce sa refundácie nákladov za roky 2004 a 2005.

K najväčším veriteľom Slovenskej republiky v roku 2007 podľa stavu k 31. 12. 2007 patrili:

- Česká republika (47,1 % podiel na celkovej výške záväzkov Slovenskej republiky voči EÚ),
- Spolková republika Nemecko (15,6 % podiel na celkovej výške záväzkov Slovenskej republiky voči EÚ),
- Rakúska republika (14,0 % podiel na celkovej výške záväzkov Slovenskej republiky voči EÚ).

Možno konštatovať, že takáto situácia pretrváva od vstupu Slovenskej republiky 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 k štátom EÚ, v ktorých čerpali slovenskí poistenci v najväčšom objeme finančne náročnú liečbu plánovanú ako aj poskytnutú nad rámec plánovanej liečby.

Najvýznamnejšími dlžníkmi Slovenskej republiky v roku 2007 boli:

- Česká republika (53,2 % podiel na celkovej výške pohľadávok Slovenskej republiky voči EÚ),
- Maďarská republika (26,5 % podiel na celkovej výške pohľadávok Slovenskej republiky voči EÚ),
- Rakúska republika (8,9 % podiel na celkovej výške pohľadávok Slovenskej republiky voči EÚ).

Na tomto stave sa podieľajú najmä slovenskí občania, ktorí migrovali do štátov EÚ za prácou, sú tam poistení, ale bydlisko majú spolu s rodinnými príslušníkmi v Slovenskej republike.

V roku 2007 došlo aj k významnému nárastu pohľadávok Slovenskej republiky vo vzťahu k Veľkej Británii - 700 % zvýšenie pohľadávok. V tomto prípade takmer 90 % nákladov tvorili náklady na čerpanie vecných dávok občanmi Slovenskej republiky pracujúcimi vo Veľkej Británii.

2. Zdravotné poistenie

Rozdelenie poistného trhu

V roku 2007 vykonávalo v Slovenskej republike verejné zdravotné poistenie šesť zdravotných poisťovní. Oproti roku 2006 došlo k zníženiu ich počtu o jednu poisťovňu v dôsledku zlúčenia zdravotnej poisťovne Sideria so zdravotnou poisťovňou Dôvera k 1. 1. 2007.

V roku 2007 úrad nevydal žiadne povolenie na vykonávanie verejného zdravotného poistenia a rovnako nebola úradu doručená žiadna žiadosť o vydanie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia.

K 31. 12. 2007 zdravotné poisťovne evidovali 5 299 003 poistencov. K 1. 1. 2007 zmenilo zdravotnú poisťovňu celkom 716 467 poistencov. Najvyšší prírastok poistencov zaznamenala poisťovňa Union 462 075. Nárast spôsobilo predovšetkým preregistrovanie poistencov VšZP, kde bol zaznamenaný najvyšší úbytok 437 028 poistencov. Rozdelenie poistného trhu medzi jednotlivé poisťovne je uvedené v tabuľke.

Tabuľka č. 4 Počet poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach

Ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
Počet poistencov k 31.12.2006	3 400 632	680 957	472 690	351 119	398 514	7	197	5 304 116
Počet poistencov k 31.12.2007	2 954 641	597 409	445 345	777 432		70 552	453 624	5 299 003
Podiel poistencov na celkovom počte poistencov k 31.12.2006	64,1	12,8	8,9	6,6	7,5	0,0	0,0	100,0
Podiel poistencov na celkovom počte poistencov k 31.12.2006	55,8	11,3	8,4	14,7	0,0	1,3	8,6	100,0

Pokiaľ ide o rozdelenie poistencov v roku 2007 podľa samosprávnych krajov, možno konštatovať, že najviac poistencov je v Prešovskom samosprávnom kraji, najmenej v Trnavskom samosprávnom kraji. V porovnaní s rokom 2006 došlo k najvyššiemu úbytku poistencov v Trenčianskom samosprávnom kraji, k najvyššiemu prírastku v Bratislavskom samosprávnom kraji. Skupinu neurčené predstavujú poistenci, ktorých z dôvodu chýbajúceho identifikátora (PSČ) nebolo možné priradiť k niektorému samosprávnemu kraju.

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

	2 005	2 006	2007	Rozdiel 2007 - 2006	%
BA	617 874	619 924	624 585	4 661	0,8
BB	628 312	626 794	628 059	1 265	0,2
KE	759 463	757 933	757 790	-143	0,0
NR	682 737	680 220	679 502	-718	-0,1
PO	769 084	769 376	770 762	1 386	0,2
TT	534 628	534 874	535 320	446	0,1
TN	587 772	585 434	582 969	-2 465	-0,4
ZA	663 399	662 704	663 343	639	0,1
Neurčené	67 151	66 857	56 673	-10 184	-15,2
Spolu	**5 310 420**	**5 304 116**	**5 299 003**	**-5 113**	**-0,1**

Zdroj: ÚDZS

Rozdelenie poistencov podľa samosprávnych krajov za jednotlivé poisťovne je uvedené v prílohe 4.

2.1 Organizácia, riadenie a vnútorná kontrola v zdravotných poisťovniach

Organizácia a riadenie v zdravotných poisťovniach

Zdravotné poisťovne sú akciové spoločnosti založené za účelom vykonávania verejného zdravotného poistenia na základe povolenia, ktoré vydáva úrad.

Činnosť zdravotných poisťovní sa riadi Obchodným zákonníkom a zákonom č. 581/2004 Z. z. Najvyšším orgánom zdravotných poisťovní je valné zhromaždenie, ktoré rozhoduje o zásadných otázkach smerovania zdravotnej poisťovne. Štatutárnym orgánom je predstavenstvo, ktoré riadi činnosť poisťovne a koná v jej mene. Predseda predstavenstva je zároveň aj generálnym riaditeľom poisťovne s výnimkou jednej poisťovne (Apollo), kde je na čele prezident, ktorý nie je členom predstavenstva. Na plnenie podnikateľskej činnosti a na výkon predstavenstva dohliada dozorná rada.

Úrad vydáva predchádzajúci súhlas na voľbu osôb navrhovaných za členov predstavenstva a členov dozornej rady zdravotnej poisťovne, menovanie prokuristov poisťovne, ustanovenie za vedúcich zamestnancov v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva a osôb zodpovedných za výkon vnútornej kontroly poisťovne.

Zdravotné poisťovne zabezpečujú výkon verejného zdravotného poistenia pre poistencov prostredníctvom siete kontaktných miest, expozitúr a pobočiek. Zároveň všetky zdravotné poisťovne majú k dispozícii pre poistencov, platiteľov poistného a pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti internetovú stránku a tzv. call centrá.

V roku 2007 nedošlo oproti roku 2006 k rozsiahlejšiemu rozširovaniu siete kontaktných miest. K zmenám došlo iba v prípade poisťovne Dôvera v dôsledku zlúčenia so Sideriou a v prípade EZP, kde si zmenu vyžiadal prírastok poistencov od 1. 1. 2007.

Tabuľka č. 6 Vybrané ukazovatele zdravotných poisťovní

Ukazovateľ	2005	2006	2007	Rozdiel 2007 - 2006	Rozdiel v %
Priemerný počet poistencov	5 346 995	5 302 537	5 277 900	-24 637	-0,5
Priemerný evidenčný počet zamestnancov ZP	3 514	3 698	3 982	284	7,7
Počet kontaktných miest	268	311	273	-38	-12,2
Počet poistencov na zamestnanca ZP	1 522	1 434	1 325	-108	-7,6
Počet poistencov na kontaktné miesto	19 951	17 050	19 333	2 283	13,4

Počet poistencov pripadajúcich na zamestnanca poisťovne má klesajúci trend. Je to spôsobené medziročným rastom zamestnancov a zároveň aj medziročným poklesom priemerného stavu poistencov.

Vnútorná kontrola v zdravotných poisťovniach

Pre zdravotné poisťovne zo zákona vyplýva povinnosť efektívne vykonávať vnútornú kontrolu. Za týmto účelom v rámci organizačnej štruktúry majú zriadený útvar vnútornej kontroly. Výber zamestnancov zdravotnej poisťovne oprávnených na výkon vnútornej kontroly schvaľuje dozorná rada zdravotnej poisťovne. Na určenie osoby zodpovednej za výkon vnútornej kontroly je potrebný predchádzajúci súhlas úradu.

Činnosť útvarov vnútornej kontroly v zdravotnej poisťovni bola v roku 2007 zameraná na kontrolu dodržiavania zákonov a iných všeobecne záväzných právnych predpisov, vnútorných aktov riadenia a na kontrolu činnosti zdravotnej poisťovne.

Útvary vnútornej kontroly zdravotných poisťovní vypracovali v roku 2007:

- správu o činnosti zdravotnej poisťovne,
- správu o výsledkoch kontrolnej činnosti a o prijatých opatreniach na nápravu zistených nedostatkov v činnosti zdravotnej poisťovne,
- plán kontrolnej činnosti na rok 2008,
- protokol o správnosti údajov výpočtu minimálnej miery platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne a vysvetľujúcu správu k tomuto protokolu.

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 predkladajú úradu aj prehľady o všetkých podnetoch, podaniach a sťažnostiach poistencov.

V roku 2007 celkový počet podaní smerovaných na zdravotné poisťovne predstavoval spolu 4 745. Z tohto počtu bolo 2 212 kvalifikovaných ako opodstatnených (46,6 %), ako neopodstatnených 2 528 a riešenie piatich podaní presiahlo rok 2007. V porovnaní s rokom 2006 došlo k zníženiu počtu podnetov a sťažností poistencov o 54,2 %.

Okrem VšZP a SZP všetky zdravotné poisťovne riešili aj podania poistencov týkajúce sa zmeny zdravotnej poisťovne od 1. 1. 2007. Z celkového počtu 4 745 podnetov až 4 259 sa týkalo zmeny zdravotnej poisťovne od 1. 1. 2007 vykonanej bez vedomia poistenca, alebo podaním prihlášky na základe zavádzajúcich a nepravdivých informácií. Tieto prípady predstavovali až 89,8 %.

Podrobný prehľad o riešených podaniach podľa jednotlivých poisťovní je uvedený v prílohe č. 5.

Na základe vykonanej analýzy podaných podnetov, a sťažností možno zovšeobecniť tieto závery:

Podania poistencov zaslané zdravotným poisťovniam sa týkali prevažne problematiky náboru nových poistencov do zdravotných poisťovní Union a EZP. Poistenci upozorňovali hlavne na podozrenie z neoprávneného podania prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne, zneužitie ich osobných údajov (falšovanie údajov a podpisov na prihláškach) ako aj na podanie prihlášok na základe zavádzajúcich informácií.

Z obsahu podaní smerovaných na jednotlivé zdravotné poisťovne je možné konštatovať nasledovné:

Union riešil problematiku neoprávnene podaných prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne až v 3 147 prípadoch, čo je 95,5 % z celkového počtu, v 103 prípadoch sa poistenci sťažovali na klamlivé a zavádzajúce informácie a v 7 prípadoch sa sťažnosti týkali zmlúv uzatvorených medzi poisťovňou a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. V 37 prípadoch išlo o sťažnosti zamerané napr. na nevydanie preukazu poistenca, nepreplatenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, nespokojnosť so službami zdravotnej poisťovne, nevyplatenie provízie. Z celkového počtu 3 294 riešených prípadov zdravotná poisťovňa vyhodnotila 2 146 ako opodstatnených, čo činilo 65,2 %.

VšZP riešila celkom 218 prípadov podaní poistencov. Najviac z nich, 101 (46,3 %) sa týkalo poskytovania zdravotnej starostlivosti, v 86 prípadoch (39,5%) zdravotného poistenia a zvyšných 31 prípadov (14,2 %) sa týkalo rôznych oblastí činnosti zdravotnej poisťovne. Z celkového počtu riešených podnetov zdravotná poisťovňa vyhodnotila 25 ako opodstatnených, čo predstavuje 11,5 %.

Dôvera riešila celkom 79 podaní od poistencov. Poistencami podané podania sa týkali nedoručenia preukazu poistenca, neposkytnutia poukážok v súvislosti s reklamou zdravotnej poisťovne, odmietnutia vyplatenia provízie, žiadosti o anulovanie dlhu na poistnom, sťažnosti na kontrolórov poisťovne, na činnosť pobočiek poisťovne - postupu a činnosti pracovníkov a otváracích hodín celkom 41 (51,9 %). Ďalších 15 podaní súviselo so zmenou zdravotnej poisťovne a 23 podaní sa týkalo poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Dôvera vyhodnotila 33 prípadov ako opodstatnených, čo z celkového počtu riešených podaní predstavuje 41,8 %.

EZP riešila celkom riešila 1 095 podaní. Všetky sa týkali zmeny zdravotnej poisťovne a boli zdravotnou poisťovňou vyhodnotené ako neopodstatnené. Okrem uvedeného počtu EZP v prehľade uviedla, že za obdobie od 2. 11. 2006 do 30. 9. 2007 bolo doručených ďalších 2 764 podaní, ktoré riešila v súlade s platnými právnymi predpismi, pričom každé bolo vybavené osobne, telefonicky alebo písomne. Bližšie údaje týkajúce sa týchto podaní EZP neuviedla.

Apollo riešilo celkom 19 podaní poistencov, ktoré sa týkali rôznej problematiky. Najviac - v 10 prípadoch (52,6 %) podania poukazovali na neplnenie povinností vyplývajúcich zo zákona o zdravotnej starostlivosti, napr. nečinnosť vo veci vydania zdravotného preukazu, nepreplatenia vecných dávok pri ošetrení v zahraničí, vrátenia preddavku na zdravotné poistenie, odmietnutia uviesť titul poistenca na európskom preukaze zdravotného poistenia, neposkytnutia zdravotnej starostlivosti v požadovanom rozsahu, neoprávneného vykazovania výkonov. Štyri riešené podnety sa týkali nevhodného až drzého správania sa zamestnancov. V počte dva boli podané podnety na prešetrenie neoprávneného prepoistenia a na neochotu poisťovne uzavrieť zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Apollo riešilo aj jednu anonymnú sťažnosť na neoprávnené vykazovanie výkonov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Z celkového počtu uznalo 3 prípady ako opodstatnené, čo predstavovalo 15,8 %.

SZP riešila celkom 40 podaní poistencov. Podnety poistencov sa týkali hlavne kúpeľnej liečby v 10 prípadoch, platieb poistného a ročného zúčtovania v 8 prípadoch. Z celkového počtu riešených podnetov bolo zdravotnou poisťovňou vyhodnotených ako opodstatnených 5 prípadov, čo predstavuje 12,5 %. SZP neriešila žiadny podnet v súvislosti s neoprávnenou zmenou zdravotnej poisťovne od 1. 1. 2007.

2. 2 Dodržiavanie platobnej schopnosti

Zdravotné poisťovne sú povinné počas svojej činnosti zabezpečovať a dodržiavať platobnú schopnosť. Dodržiavanie minimálnej miery platobnej schopnosti poisťovne preukazovali mesačne do 25. dňa nasledujúceho po mesiaci, ktorého sa preukázanie minimálnej miery platobnej schopnosti týkalo. Poisťovne preukazovali úradu dodržiavanie minimálnej miery platobnej schopnosti predložením predpísaného výkazu spolu s protokolom o správnosti výpočtu vypracovaným odborom vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne. Na základe posúdenia predložených dokumentov v roku 2007 úrad skonštatoval, že všetky zdravotné poisťovne preukázali skutočnú mieru platobnej schopnosti v termíne a v štruktúre určenej zákonom. Všetky zdravotné poisťovne v každom mesiaci v roku 2007 požadované % minimálnej miery platobnej schopnosti dosiahli.

Prehľad platobnej schopnosti zdravotných poisťovní v roku 2007 je uvedený v prílohe 6.

2. 3 Poistné na verejné zdravotné poistenie

Predpis poistného

Zdravotná poisťovňa odhaduje ročnú výšku poistného na základe údajov od platiteľov poistného (mesačne predkladaných), na základe údajov z ročného zúčtovania, na základe vlastného odhadu výšky poistného v prípade nepredložených výkazov o preddavkoch na verejné zdravotné poistenie a po zohľadnení výšky poistného plateného za poistencov štátu.

Zdravotné poisťovne v roku 2007 na základe vyššie uvedeného postupu stanovili ročnú výšku poistného - predpis poistného vo výške 90 671, 9 mil. Sk, čo predstavuje 11,2 % nárast oproti roku 2006.

Medziročný nárast predpisu poistného poukazuje na rast vymeriavacieho základu, na zmenu sadzby poistného a na presnejší odhad očakávanej výšky poistného zdravotnými poisťovňami. V roku 2007 všetky poisťovne s výnimkou SZP vykazujú medziročný nárast predpisu poistného. SZP pokles predpisu poistného zdôvodnila znížením počtu ekonomicky aktívnych poistencov v roku 2007 v porovnaní s rokom 2006.

Z hodnotenia vývoja predpisu poistného v jednotlivých poisťovniach vyplýva, že v prípade zdravotnej poisťovne Dôvera z dôvodu zlúčenia sa so zdravotnou poisťovňou Sideria a v prípade zdravotnej poisťovne Union a EZP, ktoré mali v roku 2006 veľmi nízky počet poistencov, sú údaje za rok 2007 neporovnateľné s údajmi za rok 2006.

Zaplatené poistné - výber poistného

V roku 2007 zdravotné poisťovne vykázali v evidencii zaplatené poistné vo výške 87 273,2 mil. Sk, čo v porovnaní s rokom 2006 predstavovalo nárast o 9 132, 6 mil. Sk t. j. o 12,8 %. Z uvedeného vyplýva, že nárast výberu poistného ovplyvnil okrem zlepšenej platobnej disciplíny platiteľov aj priaznivý vývoj makroekonomického prostredia, ktorý sa prejavil rastom objemu miezd a tým aj vymeriavacieho základu pre platenie poistného.

Ročné zúčtovanie poistného

V roku 2007 sa druhýkrát uplatnil inštitút ročného zúčtovania poistného. Skutočná výška výberu poistného z ročného zúčtovania poistného za rok 2006 vykonaného v roku 2007 predstavovala 945,4 mil. Sk, čo je v porovnaní s predchádzajúcim rokom menej o 0,6 mil. Sk.

Úspešnosť výberu poistného

Úspešnosť výberu poistného poukazuje na platobnú disciplínu platiteľov poistného, presnosť a stav spracovania predpisu poistného ako aj na prístup jednotlivých zdravotných poisťovní k vymáhaniu pohľadávok na poistnom. Úspešnosť výberu poistného je skreslená zaplateným poistným za poistencov štátu z dôvodu, že v tomto prípade zdravotné poisťovne majú zo zákona zabezpečené pravidelné platenie poistného (preddavkov).

Tabuľka č. 7 Úspešnosť výberu poistného

Ukazovateľ	2005	2006	2007	Rozdiel 2007-2006	Rozdiel v %
Predpis poistného tis. Sk	70 978 660	81 539 413	90 671 973*	9 132 560	11,2
Výber poistného v tis .Sk	71 249 906	77 403 540	87 273 225*	9 869 685	12,3
Úspešnosť výberu v %	100,4	94,9	96,3	1,3	x

Zdroj: zdravotné poisťovne * na základe aktuálneho princípu

Zdravotné poisťovne v roku 2007 vykázali 96,3 % úspešnosť výberu poistného. V porovnaní s rokom 2006 tento ukazovateľ vzrástol o 1,3 percentuálneho bodu.

Hodnotenie úspešnosti výberu poistného podľa jednotlivých zdravotných poisťovní je uvedené v prílohe č. 7.

2.4 Prerozdelenie poistného

Na zabezpečenie solidarity s poistencami s vysokými nákladmi na zdravotnú starostlivosť sa zaviedol mechanizmus prerozdelenie poistného. Princíp prerozdeľovania poistného zabezpečuje pre zdravotnú poisťovňu s väčším počtom rizikových poistencov presun finančných prostriedkov od poisťovní s relatívne zdravými poistencami.

Mesačné prerozdeľovanie zaplatených preddavkov na poistné

Zdravotné poisťovne do mesačného prerozdeľovania zahŕňajú 85 % zaplatených preddavkov na poistné. Za rok 2007 táto suma predstavovala finančný objem vo výške 74 057,9 mil. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2006 viac o 8 180 mil. Sk (v percentuálnom vyjadrení ide o nárast vo výške 12,4 %).

Vyšší nárast prostriedkov zahrnutých do mesačného prerozdeľovania bol zaznamenaný z dôvodu vyššieho výberu poistného. Veková štruktúra poistného kmeňa a pohlavie v zdravotných poisťovniach a s tým súvisiaci index rizika nákladov na jednotlivé skupiny poistencov výrazne ovplyvňovali výšku výsledku mesačného prerozdeľovania. Údaje o výsledkoch mesačného prerozdeľovania za rok 2006 sú odlišné oproti údajom uvedeným v správe o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2006 z dôvodu, že došlo k obnove konania vo veci mesačného prerozdeľovania preddavkov na poistné za obdobie november a december 2006.

Vývoj výsledku mesačného prerozdeľovania preddavkov poistného v jednotlivých rokoch je uvedený nižšie.

Tabuľka č. 8 Vývoj výsledku mesačného prerozdeľovania preddavkov poistného v tis. Sk

Zdravotné poisťovne	2005	2006	2007	Rozdiel 2007- 2006
VšZP	5 407 149	5 849 156	5 915 804	66 648
SZP	-3 640 514	-3 872 824	-3 649 356	223 468
Dôvera	-615 504	-694 835	-1 024 315	-365 517
Apollo	-1 201 505	-1 315 281	-1 139 911	175 370
Sideria	50 374	36 037	0	0
EZP	x	-100	86 116	86 216
Union	x	-2 153	-188 338	-186 185

Zdroj: ÚDZS

V roku 2007 z celkového objemu finančných prostriedkov, t. j. zo sumy 6 001, mil. Sk po prerozdelení získala VšZP 98,6 % a EZP 1,4 %.

Získanú sumu prostriedkov z prerozdelenia poistného uhradila SZP vo výške 60,8 % , Dôvera 17,1 %, Apollo 19,0 % a Union 3,1 %.

Ročné prerozdeľovanie poistného

Zdravotné poisťovne v roku 2007 vykonali ročné prerozdeľovanie poistného za rok 2006. Cieľom ročného prerozdeľovania bolo dorovnávať sumy, ktoré prináležia zdravotným poisťovniam na základe vykázaného predpisu poistného za účtovné obdobie roku 2006. Z celkovej sumy 200,6 mil. Sk po zohľadnení výsledkov mesačného prerozdeľovania získali zdravotné poisťovne VšZP 98,9 % (198, 4 mil. Sk) a Union 1, 1 % (2,2 mil. Sk).

Uvedenú sumu uhradili SZP 37,8 %, Dôvera - po zohľadnení výsledku z ročného prerozdeľovania aj za Sideriu 26,4 %, a Apollo 35,8 %. Výška uhradenej sumy EZP sa pre jej nízku hodnotu nevyhodnotila.

2.5 Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní

Príjmy

V roku 2007 zdravotné poisťovne vykázali príjmy spolu v sume 88 936,3 mil. Sk. V porovnaní s rokom 2006 príjmy spolu zaznamenali nárast o 12 % , čo je 9 439,0 mil. Sk.

Tabuľka č. 9 Príjmy zdravotných poisťovní

Druh príjmu	2005	2006	2007	Rozdiel 2007 – 2006	Rozdiel v %
Daňové príjmy (a)	75 997 666	84 615 826	94 686 356	10 070 530	11,9
Nedaňové príjmy (b)	882 269	1 198 290	574 816	-623 474	-52,0
Granty a transfery (c)	2 661	3 899	3 618	-281	-7,2
Príjmy z prerozdelenia (d)	4 812 757	6 320 632	6 328 498	7 866	0,1
Príjmy spolu (a - d) + b + c = e	**72 069 839**	**79 497 383**	**88 936 292**	**9 438 909**	**11,9**

Zdroj: zdravotné poisťovne

Pokiaľ ide o štruktúru príjmov, ich vývoj bol nasledovný:

- daňové príjmy, ktoré boli tvorené príjmami zo zdravotného poistenia dosiahli objem 94 686,5 mil. Sk. V tejto sume je však zahrnutý príjem z prerozdelenia v objeme 6 328, 5 mil. Sk. Daňové príjmy vrátane príjmov z prerozdeľovania v porovnaní s rokom 2006 vzrástli o 10 070 mil. Sk, t. j. o 11,9 %. Dôvodom tohto nárastu bol predovšetkým nárast miezd v hospodárstve, vrátane zvýšenia minimálnej mzdy a tým nárast priemerného vymeriavacieho základu ekonomicky aktívneho poistenca,
- nedaňové príjmy - príjmy z nakladania s vlastníctvom, administratívne poplatky, iné poplatky a platby, kapitálové príjmy, úroky z úverov, pôžičiek a vkladov, ážio a iné príjmy, poklesli v roku 2007 oproti predchádzajúcemu roku o 623,5 mil. Sk,
- granty a transfery zo štátneho rozpočtu poklesli o 0,3 mil. Sk.

Výdavky

V roku 2007 dosiahli výdavky spolu vrátane výdavkov z prerozdelenia výšku 94 599,2 mil. Sk. Po odpočítaní výdavkov z prerozdelenia v objeme 6 334,1 mil. Sk, zdravotné poisťovne vykázali výdavky spolu vo výške 88 265,0 mil. Sk. V porovnaní s rokom 2006 bol nárast výdavkov spolu o 8 994,7 mil. Sk, t. j. o 11,3 %.

Najvyšší podiel na výdavkoch spolu predstavovali výdavky na zdravotnú starostlivosť - 93,9 %. Výdavky na správu predstavovali 4,9 % a ostatné výdavky 1,2 %.

V porovnaní s rokom 2006 bol zaznamenaný u všetkých kategórií výdavkov nárast s výnimkou výdavkov na správu, kde bol zaznamenaný pokles o 18,2 %. Nárast výdavkov na zdravotnú starostlivosť ovplyvnila predovšetkým zdravotnými poisťovňami uplatňovaná obchodná politika v dôsledku prijatých zmien v legislatíve ako aj uplatňovanie cenovej politiky v rámci obchodnej stratégie.

Tabuľka č. 10 Štruktúra výdavkov zdravotných poisťovní

v tis. Sk

	Ukazovateľ	2005	2006	2007	Rozdiel 2007 - 2006	Rozdiel v %
A.1.	Lieky, zdravotnícke pomôcky	**24 929 338**	**26 442 232**	**26 506 906**	**64 674**	**0,2**
A.2.	Iné zdravotnícke výrobky	**28 758**	**0**	**2 378 751**	**2 378 751**	
A.3.	Zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny	**2 249 289**	**2 765 334**	**574 794**	**-2 190 540**	**-79,2**
A.4.	**Ambulantná ZS**	**21 927 997**	**26 505 540**	**30 181 235**	**3 675 695**	**13,9**
	Všeobecná zdravotná starostlivosť	4 581 264	6 214 523	7 363 659	1 149 136	18,5
	Špecializovaná zdravotná starostlivosť	8 562 498	7 926 921	9 748 450	1 821 529	23,0
	Stomatologické služby	2 192 358	2 572 674	2 946 460	373 786	14,5
	Iná zdravotná starostlivosť	8 784 234	9 791 421	10 122 664	331 243	3,4
A.5.	**Ústavná ZS**	**16 635 193**	**17 036 222**	**22 655 897**	**5 619 675**	**33,0**
	Všeobecná nemocničná starostlivosť	14 123 081	13 347 570	16 671 720	3 324 150	24,9
	Špecializovaná nemocničná starostlivosť	1 591 239	3 070 362	5 118 813	2 048 451	66,7
	Služby medicínskych centier a pôrodníc	0	0	78 546	78 546	
	Služby opatrovateľských domov a zotavovní	920 873	618 290	786 818	168 528	27,3
A.6.	**Cudzinci, bezdomovci, EÚ**	**200 751**	**347 336**	**579 441**	**232 105**	**66,8**
A.	**Zdravotná starostlivosť spolu**	**65 942 568**	**73 096 664**	**82 877 024**	**9 780 360**	**13,4**
B.	**Výdavky na správu**	**2 911 278**	**5 271 412**	**4 313 676**	**-957 736**	**-18,2**
C.1	Odvod z prerozdelenia poistného	4 823 573	6 323 388	6 334 176	10 788	0,2
C.2	Príspevok ZP na činnosť úradu	661 891	335 328	373 047	37 719	11,2
C.3	Príspevok ZP na činnosť operačných stredísk	56 834	200 107	223 233	23 126	11,6
C.4	Iné (pokuty, penále, poplatky, ...)	181 500	366 805	478 114	111 309	30,3
C.	**Ostatné výdavky (iné ako zdravotná starostlivosť)**	**5 723 798**	**7 225 628**	**7 408 570**	**182 942**	**2,5**
D.	**Výdavky spolu (A + B + C - C.1)**	**69 754 071**	**79 270 316**	**88 265 094**	**8 994 778**	**11,3**

Zdroj: zdravotné poisťovne

V rámci výdavkov na zdravotnú starostlivosť v roku 2007 v porovnaní s rokom 2006 najvyšší nárast výdavkov bol zaznamenaný u výdavkov na ústavnú zdravotnú starostlivosť o 33,0 % , ale aj v prípade výdavkov na cudzincov a bezdomovcov o 67,5 % .

V roku 2007 mierne vzrástol podiel výdavkov na lieky a výrazne na zdravotnícke pomôcky vrátane dietetických potravín.

V rámci ambulantnej starostlivosti najviac stúpol podiel výdavkov na špecializovanú zdravotnú starostlivosť.

V rámci výdavkov na ústavnú zdravotnú starostlivosť sa zvýšil podiel výdavkov na špecializovanú nemocničnú starostlivosť a na služby opatrovateľských domov a zotavovní.

2.6 Pohľadávky a záväzky zdravotných poisťovní

Pohľadávky

Zdravotné poisťovne v roku 2007 vykázali celkové pohľadávky po korekcii[1] v sume 13 826,4 mil. Sk. Stav pohľadávok v porovnaní s rokom 2006 je vyšší o 821,7 mil. Sk, t. j. o 6,3 %. Na raste pohľadávok z pohľadu ich štruktúry najvyšší nárast zaznamenali pohľadávky

[1] Korekciou pohľadávok sa rozumie úprava pohľadávok o oprávky a opravné položky

z verejného zdravotného poistenia a v rámci týchto pohľadávok konkrétne pohľadávky voči ministerstvu zdravotníctva, úradu, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a poisteným.

Na druhej strane v porovnaní s rokom 2006 došlo k výraznému poklesu pohľadávok voči inej zdravotnej poisťovni a voči sprostredkovateľom.

Výška pohľadávok voči poisteným v jednotlivých zdravotných poisťovniach je obrazom ich práce pri vymáhaní pohľadávok.

Tabuľka č. 11 Štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní spolu po korekcii[1]

v tis. Sk

Pohľadávky		2005	2006	2007	Rozdiel 2007 - 2006	
					v Sk	v %
A.1.	voči poisteným	7 516 601	10 196 740	11 155 013	958 273	9,40
A.2.	voči PZS	1 760 714	457 536	522 778	65 242	14,26
A.3.	voči inej ZP	1 072 888	1 401 970	1 140 020	- 261 950	- 18,68
A.4.	voči úradu	102 725	284 757	361 693	76 936	27,02
A.5.	voči MZ SR	2 475	439	1 151	712	162,19
A.6	voči sprostredkovateľom	0	28 707	6 476	-22 231	- 77,44
A.	**z verejného zdravotného poistenia spolu**	**10 455 403**	**12 370 149**	**13 187 131**	**816 982**	**6,60**
B.	ostatné pohľadávky	1 154 008	634 604	639 305	4 701	0,74
C.	z upísaného základného imania	301 500	0	0	0	0,00
D	**Pohľadávky spolu A+B+C=D**	**11 910 911**	**13 004 753**	**13 826 436**	**821 683**	**6,32**

Zdroj: zdravotné poisťovne

Pokiaľ ide o jednotlivé poisťovne, nárast pohľadávok spolu vykazuje poisťovňa Dôvera, a to o 322,9 mil. Sk, čo predstavuje zvýšenie o 22,5 %. Nárast pohľadávok bol zaznamenaný u pohľadávok voči poisteným.

Poisťovňa Apollo vykázala nárast pohľadávok spolu o 174 ,8 mil. Sk (o 17,4 %), EZP o 62,3 mil. Sk (o 329,7 %) a v zdravotnej poisťovni Union vzrástli pohľadávky spolu o 901,7 mil. Sk. Nárast pohľadávok bol rovnako ako v prípade poisťovne Dôvera zaznamenaný u pohľadávok voči poisteným.

Pokles pohľadávok spolu bol zaznamenaný u VšZP – o 398,1 mil. Sk (4,1 %), pričom najviac poklesli pohľadávky voči inej zdravotnej poisťovni.

SZP zaznamenala pokles pohľadávok spolu o 241,9 mil. Sk (o 30,8 %), pričom najviac poklesli pohľadávky voči poisteným.

Najvyšší podiel na raste pohľadávok voči poisteným vykázala poisťovňa Union, ktorá pôsobí na poistnom trhu od roku 2006 (medziročný nárast o 818,0 mil. Sk).

Zdravotné poisťovne aj v roku 2007 evidovali pohľadávky voči sprostredkovateľom poistného z titulu vyplatenia provízií za stornované prihlášky na zdravotné poistenie vo výške 6,5 mil. Sk. Oproti roku 2006 došlo u tohto druhu pohľadávky k poklesu o 77,4 %.

Záväzky

K 31. 12. 2007 zdravotné poisťovne evidovali záväzky spolu vo výške 13 195,6 mil. Sk, z toho záväzky z verejného zdravotného poistenia 12 357,0 mil. Sk. V porovnaní s rokom 2006

záväzky spolu vzrástli o 6,11%, čo v hodnotovom vyjadrení predstavuje celkový nárast o 760,3 mil. Sk, z toho záväzky z verejného zdravotného poistenia o 6,9 %.

Najvyšší medziročný nárast záväzkov bol zaznamenaný u záväzkov z verejného zdravotného poistenia, konkrétne u záväzkov voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a to o 12,2 %. Dôvodom tohto nárastu bolo neuhradenie faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Na druhej strane v roku 2007 bol zaznamenaný pokles záväzkov voči poisteným medziročne o 33,8 %.

Tabuľka č. 12 Štruktúra záväzkov zdravotných poisťovní spolu

v tis. Sk

Záväzky		2005	2006	2007	Rozdiel 2007-2006	
					v Sk	v %
A.1.	voči poisteným	299 708	1 192 893	789 454	-403 439	-33,82
A.2.	voči PZS	7 575 635	9 913 515	11 122 980	1 209 465	12,20
A.3.	voči inej ZP	313 291	372 130	392 438	20 308	5,46
A.4.	voči úradu	40 030	78 948	52 112	-26 836	-33,99
A.5.	voči sprostredkovateľom	0	0	2	2	0
A.	**z verejného zdravotného poistenia**	**8 228 664**	**11 557 486**	**12 356 986**	**799 500**	**6,92**
B.1.	z daní	13 080	238 661	55 534	-183 127	-76,73
B.2.	zo soc. a ZP	44 285	39 606	50 485	10 879	27,47
B.3.	iné ostatné	614 587	599 477	0	-599 477	-100,00
B.	**ostatné záväzky spolu**	**671 952**	**877 744**	**838 590**	**-39 154**	**-4,46**
A + B	**Záväzky spolu**	**8 900 616**	**12 435 230**	**13 195 576**	**760 346**	**6,11**

Zdroj: zdravotné poisťovne

Pokiaľ ide o jednotlivé poisťovne vývoj záväzkov v roku 2007 v porovnaní s rokom 2006 bol nasledovný:

- VšZP - nárast záväzkov voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v hodnotovom vyjadrení o 385,0 mil. Sk (5,0 %),
- SZP - nárast záväzkov voči poskytovateľom ZS o 107,8 mil. Sk (639,0 %),
- Apollo - nárast záväzkov o 106, 8 mil. Sk (12,4 %),
- EZP - nárast záväzkov voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v hodnotovom vyjadrení o 166,9 mil. Sk ,
- Union - nárast záväzku voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v hodnotovom vyjadrení o 535,8 mil. Sk,
- Dôvera - pokles záväzkov voči poskytovateľom ZS o 92, 6 mil. Sk (6,6 %).

2. 7 Tvorba rezerv

K 31. 12. 2007 zdravotné poisťovne vytvorili rezervy spolu v celkovej výške 5 676,7 mil. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2006 viac o 13,3 %, v hodnotovom vyjadrení o 665,3 mil. Sk.

Tabuľka č . 13 Tvorba rezerv zdravotnými poisťovňami

v tis. Sk

Rezervy	2005	2006	2007	Rozdiel 2007- 2006	
				v Sk	v %
Technické rezervy na poistné plnenia	6 438 748	4 694 011	4 666 310	- 27 701	- 0,59
Iné technické rezervy	0	0	594 481	594 481	0
Technické rezervy spolu	**6 438 748**	**4 694 011**	**5 260 791**	**566 780**	**12,07**
Ostatné rezervy	320 317	317 328	415 882	98 554	31,05
Rezervy spolu	**6 759 065**	**5 011 339**	**5 676 673**	**665 334**	**13,28**

Zdroj: zdravotné poisťovne

V štruktúre rezerv spolu rozhodujúci druh rezervy predstavovali technické rezervy. Ich podiel na rezervách spolu predstavoval 85,2 %.

Zdravotné poisťovne vytvorili v roku 2007 v porovnaní s rokom 2006 technické rezervy spolu viac o 566,8 mil. Sk (12,1%).

V štruktúre technických rezerv spolu rozhodujúcu časť tvorili technické rezervy na poistné plnenia, ktoré v porovnaní s rokom 2006 poklesli o 0,6 %.

V roku 2007 boli vytvorené iné technické rezervy vo výške 594 ,5 mil. Sk, ktoré v minulých rokoch neboli tvorené.

Vytvorené ostatné rezervy medziročne vzrástli o 31,1 %.

Vývoj tvorby technickej rezervy spolu podľa jednotlivých zdravotných poisťovní bol nasledovný:

- k poklesu tvorby technickej rezervy na poistné plnenia došlo vo VšZP o 807,9 mil. Sk a v SZP o 410,8 mil. Sk,
- k nárastu tvorby technickej rezervy na poistné plnenia došlo v poisťovni Apollo o 265,4 mil. Sk a v poisťovni Dôvera o 292,0 mil. Sk,
- poisťovňa Union vykazovala okrem technickej rezervy na poistné plnenia vo výške 571,6 mil. Sk aj iné technické rezervy vo výške 594,5 mil. Sk na ročné prerozdelenie poistného a mesačné prerozdelenie poistného na mesiac november a december 2007.

V prípade ostatných rezerv bol zaznamenaný pokles tvorby vo VšZP o 39,5 mil. Sk a v poisťovni Dôvera o 29,2 mil. Sk. Naopak poisťovňa Apollo vykázala nárast tvorby ostatných rezerv o 63,0 mil. Sk z dôvodu vytvorenia rezervy na daňové riziká na základe prijatého opatrenia po daňovej kontrole a z dôvodu zvýšenia tvorby rezervy na ročné zúčtovanie poistného.
Rast tvorby ostatných rezerv ovplyvnila aj tvorba rezervy na súdne trovy a na odchodné. Poisťovňa Union zvýšila tvorbu ostatných rezerv v sledovanom období o 104,3 mil. Sk. Rozhodujúcu položku tvorili rezervy na riziká vyplývajúce zo súdnych sporov, z dôvodu nárastu počtu prípadov súvisiacich so zahájením vykonávania zdravotného poistenia v roku 2006 a so zvýšenou pravdepodobnosťou povinnosti zabezpečiť finančné vyrovnanie po ukončení súdnych sporov v roku 2007.
V roku 2007 z vytvorených rezerv spolu vo výške 75 % najvyšší podiel vytvorili 3 poisťovne (SZP, VšZP a Union).

2.8 Hospodárenie zdravotných poisťovní

Zdravotné poisťovne na základe vybraných ukazovateľov výkazu ziskov a strát v roku 2007 vykázali tieto výsledky:

v tis. Sk

Vybrané ukazovatele z výkazu ziskov a strát	2006	2007	Rozdiel 2007 - 2006	%
poistné v hrubej výške	81 539 413	89 720 497	8 181 084	10,0
ostatné technické výnosy	7 841 009	9 248 110	1 407 101	17,9
zmena stavu TR na poistné plnenie v hrubej výške	75 227 299	84 022 180	8 794 881	11,7
zmena stavu iných TR	-1 719	595 267	596 986	34 628,7
správna réžia	3 827 852	4 229 153	401 301	10,5
ostatné technické náklady	8 344 113	9 362 559	1 018 446	12,2
výsledok technického účtu k neživotnému poisteniu	1 982 877	759 448	-1 223 429	-61,7
výsledok hospodárenia z bežnej činnosti	**1 226 346**	**435 664**	**-790 682**	**-64,5**
výsledok hospodárenia za účtovné obdobie	**1 226 674**	**436 872**	**-789 802**	**-64,4**

Zdroj: zdravotné poisťovne

Zdravotné poisťovne vykázali poistné v hrubej výške 89 720,5 mil. Sk, čo v porovnaní s rokom 2006 predstavovalo viac o 8 181, 1 mil. Sk (nárast o 10 %).

Zmena stavu technických rezerv ovplyvnila výsledok technického účtu k neživotnému poisteniu sumou 84 022,2 mil. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2006 viac o 8 794,9 mil. Sk (nárast o 11,7 %).

Zdravotné poisťovne vykázali v roku 2007 výsledok technického účtu k neživotnému poisteniu vo výške 759,4 mil. Sk, čo je v porovnaní s rokom 2006 menej o 1 223,4 mil. Sk.

Výsledok hospodárenia zdravotných poisťovní **z bežnej činnosti** vykázaný vo výkaze ziskov a strát v roku 2007 predstavoval 435,7 mil. Sk. V porovnaní s rokom 2006 je to menej o 790,7 mil. Sk.
Hospodárenie zdravotných poisťovní spolu za **účtovné obdobie roku 2007** skončilo kladným hospodárskym výsledkom vo výške 436,9 mil. Sk.

Prehľad o hospodárení jednotlivých zdravotných poisťovní v účtovnom období roku 2007 je uvedený v prílohe č. 8.

2.9 Dohľad nad verejným zdravotným poistením

V roku 2007 úrad v rámci výkonu dohľadu nad zdravotným poistením začal na základe plánu dohľadov, z vlastnej iniciatívy a na základe doručených podnetov spolu 19 dohľadov. Z uvedeného počtu dohľadov bol v 9 prípadoch vykonaný dohľad na mieste a v 10 prípadoch dohľad na diaľku.

Výkon dohľadu bol zameraný na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, plnenie oznamovacích povinností a ďalších povinností zdravotných poisťovní. V rámci dohľadu nad verejným zdravotným poistením dohľad bol osobitne zameraný na dodržiavanie zákonom stanovených podmienok pri zmene zdravotnej poisťovne, konkrétne na oneskorene doručené potvrdenia o prijatí prihlášok na verejné zdravotné poistenie poistencom, na dodržanie termínov doručenia preukazu poistenca, na prijaté prihlášky na verejné zdravotné poistenie od neoprávnenej osoby.

Úrad vykonal aj dohľad na mieste zameraný na dodržanie plnenia oznamovacej povinnosti zdravotnej poisťovne z dôvodu nesplnenia zákonom stanovenej lehoty oznamovacej povinnosti zdravotnej poisťovne pri preukazovaní minimálnej miery platobnej schopnosti. Úradom vykonaný dohľad bol zameraný aj na plnenie povinnosti zdravotnej poisťovne predložiť v zákonom stanovenej lehote podklady pre mesačné prerozdeľovanie poistného v správnej výške.

V rámci plnenia ďalších povinností zdravotných poisťovní bol súbežne vo viacerých poisťovniach vykonaný dohľad zameraný na uplatňovanie a vymáhanie pohľadávok, na správnosť preukazovania minimálnej miery platobnej schopnosti, na tvorbu a použitie technických rezerv a na realizáciu úhrad poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Cieľom týchto dohľadov bolo zistiť dodržiavanie jednotného postupu pri určovaní základu pre výpočet príspevku na činnosť úradu a postupu pri ročnom prerozdeľovaní poistného. Tento dohľad bol vykonaný formou dohľadu na diaľku.

Z celkového počtu 19 začatých dohľadov bolo k 31. 12. 2007 ukončených 12 dohľadov. V tomto počte sú zahrnuté aj 3 dohľady, ktoré boli riadne ukončené, ale začaté správne konanie nebolo k tomuto dátumu skončené.
Z počtu 12 ukončených dohľadov úrad v 4 prípadoch neuložil žiadnu sankciu, v 3 prípadoch uložil prijať nápravné opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov. Úrad uložil za nedostatky zistené dohľadmi 5 pokút v celkovom finančnom objeme 1,8 mil. Sk.

K 31. 12. 2007 zdravotné poisťovne uhradili z uložených pokút za rok 2007 vrátane pokút uložených v predchádzajúcom období (spolu 4 pokuty) sumu 1,6 mil. Sk. Zdravotné poisťovne predložili v termíne stanovenom na základe rozhodnutia úradu aj všetky opatrenia prijaté na odstránenie nedostatkov zistených dohľadom. Nedostatky sa týkali nesprávnych údajov k prerozdeleniu poistného v súvislosti s procesom zmeny zdravotnej poisťovne.

V priebehu roka 2007 bolo v rámci dohľadu nad verejným zdravotným poistením, okrem vyššie uvedených dohľadov, riešených 2 044 podnetov poistencov, predmetom ktorých bol postup zdravotných poisťovní pri zmene zdravotnej poisťovne. Podrobné podklady k riešeniu podnetov boli od zdravotných poisťovní vyžiadané a podnety riešené formou dohľadu na diaľku.

Použitie verejných zdrojov ovplyvňuje obchodná politika uplatňovaná so zdravotnými poisťovňami pri zabezpečovaní nákupu zdravotnej starostlivosti. Úrad v roku 2007 vykonával v rámci svojej pôsobnosti dohľad nad nákupom zdravotnej starostlivosti, t. j. nad dodržiavaním zákonných podmienok v zmluvných vzťahoch medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami. Zároveň dohliadal aj nad úhradou zdravotnej starostlivosti z verejných zdrojov poisťovňami.

Úrad v priebehu roku 2007 prijal 562 podaní v oblasti nákupu zdravotnej starostlivosti, z ktorých najväčší počet sa týkal vyberania poplatkov poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti za poskytovanú zdravotnú starostlivosť, nepreplácania výkonov, liekov, zdravotníckych pomôcok, kúpeľnej starostlivosti, zmlúv poskytovateľov so zdravotnou poisťovňou, odloženia poskytnutia zdravotného výkonu (operácie) a iné.

Úrad prijaté podania riešil dohľadmi na diaľku a na mieste. V šiestich prípadoch uložil sankcie (administratívne a finančné).

3. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti

3. 1 Uzatváranie zmlúv so zdravotnými poisťovňami

Zdravotné poisťovne nákupom zdravotnej starostlivosti, najmä od zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zabezpečujú efektívnu, dostupnú, plynulú, sústavnú a odbornú zdravotnú starostlivosť na základe vlastných manažérskych a strategických rozhodnutí. Zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti sa preto v jednotlivých zdravotných poisťovniach odlišujú v počte uzavretých zmlúv s poskytovateľmi a v dohodnutých zmluvných cenách.

Na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti sa vzťahuje Obchodný zákonník, ak nie je ustanovené inak. V pôsobnosti úradu je dohliadať na povinné náležitosti zmlúv vyplývajúcich z ustanovení zákona č. 581/2004 Z. z.

V priebehu roku 2007 úrad vykonal z vyžiadaných podkladov od zdravotných poisťovní analýzu zmluvných cien u vybraných poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti - fakultné nemocnice a všeobecné nemocnice – vo vybraných odboroch (vnútorné lekárstvo, neurológia, pediatria, gynekológia a pôrodníctvo, chirurgia, ortopédia, urológia, úrazová chirurgia, anestéziológia a intenzívna medicína). Analýza bola vykonaná porovnaním zmluvných cien výkonov za ukončenú hospitalizáciu v jednotlivých zdravotných poisťovniach.

Analýza podkladov poukázala nielen na rozdiely v zmluvných cenách výkonov za ukončenú hospitalizáciu medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami, ale aj na rozdiely zmluvných cien výkonov v rámci poisťovne. Rozdiely možno hodnotiť ako dopad pôsobenia trhu v zdravotníctve ako aj dopad zrušenia cenovej regulácie a tým vytvorenia priestoru pre voľnú cenovú kalkuláciu jednotlivých zložiek výkonov ukončenej hospitalizácie.

Vývoj zmluvných cien výkonov vo vybraných medicínskych odboroch je v prílohe č. 9/1 a č. 9/2.

Vo fakultných nemocniciach sa rozptyly v minimálnych a maximálnych cenách za ukončenú hospitalizáciu v rámci vybraných odborností medziročne zväčšili.

K zníženiu priemernej zmluvnej ceny došlo v 7 sledovaných odbornostiach (najviac anestéziológia - zníženie o 5 326 Sk, v ostatných odbornostiach zníženie od 59 do 677 Sk). Zvýšenie priemernej ceny bolo zaznamenané v 2 odbornostiach (urológia a pediatria od 149 Sk do 566 Sk).

Vo všeobecných nemocniciach priemerné zmluvné ceny boli znížené v troch zo sledovaných odborností (zníženie od 1 do 63 Sk), v ostatných odbornostiach došlo k zvýšeniu priemernej zmluvnej ceny (od 10 Sk do 956 Sk).

Analýza nepotvrdila výhodnejšie zmluvné ceny za výkony ukončenej hospitalizácie pre fakultné nemocnice v porovnaní so všeobecnými nemocnicami. Naopak v niektorých odbornostiach boli podstatne vyššie zmluvné ceny vo všeobecných nemocniciach ako vo fakultných nemocniciach.

Stratégia zdravotných poisťovní pri uzatváraní zmlúv v roku 2007 oproti roku 2006 sa zásadným spôsobom nezmenila. Pozitívnym ukazovateľom bol nárast počtu realizovaných výkonov v jednodňovej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „JZS“) v roku 2007 v porovnaní s rokom 2006 o 45 %, t. j. o 11 508.

Ukazovateľ	2006		2007		Nárast/pokles JZS r. 2007 oproti r. 2006 o %	
	Počet výkonov	Náklady v Sk	Počet výkonov	Náklady v Sk	Počtu výkonov	Nákladov
gynekológia	3 047	18 005 273	6 724	41 865 621	121	133
chirurgia*	4 992	38 867 750	7 731	62 809 925	55	62
urológia	297	2 128 187	703	4 557 219	137	114
ORL	1 956	10 508 948	3 437	20 554 188	76	96
oftalmológia	14 824	128 608 505	17 560	155 399 597	18	21
stomatochirurgia**	142	762 520	321	1 850 836	126	143
gastroenterológia	53	289 720	343	489 121	547	69
Spolu	**25 311**	**199 170 903**	**36 819**	**287 526 507**	**45**	**44**

* všeobecná, úrazová, ortopédia,
** vrátane maxilofaciálnej a dentoveolárnej chirurgie.

Najviac výkonov JZS bolo vykonaných v odbore oftalmológia 47,7 % z celkových JZS a najmenej v odbore stomatochirurgia 0,9 %. Vo finančnom vyjadrení z prostriedkov verejného zdravotného poistenia boli výkony JZS uhradené v celkovej výške 287,5 mil. Sk, čo oproti roku 2006 predstavuje nárast o 44 %. Najviac výkonov JZS bolo realizovaných pre poistencov SZP.

Jednodňová zdravotná starostlivosť svojím pôsobením šetrí verejné zdroje. Ďalšou výhodou je skutočnosť, že pacient strávi v zdravotníckom zariadení kratší čas (do 24 hodín), čím sa znižujú náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť a zároveň sa znižuje riziko pooperačných komplikácií (nozokomiálnej infekcie).

V deregulovanom cenovom prostredí bez presného určenia štruktúry položiek cien pri kalkulácii druhov výkonov a bez jednotného určenia položiek, ktoré sa môžu zahrnúť do ceny výkonu, nie je možné prakticky vykonať objektívnu analýzu. Vhodným riešením by bolo určiť ceny jednotlivých druhov výkonov tak, aby zohľadňovali potreby konkrétneho medicínskeho odboru a zároveň aby tieto ceny prihliadali na typ zdravotníckeho zariadenia. Vyššie uvedený postup by umožnil vytvorenie podmienok pre objektívne analýzy ako aj pre dohľad nad tokom finančných prostriedkov pochádzajúcich z verejných zdrojov.

3. 2 Úhrada zdravotnej starostlivosti

Jednou z podmienok pre efektívne poskytovanie zdravotnej starostlivosti je zabezpečenie plynulého toku finančných prostriedkov na úhradu rozsahu a objemu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Pri úhrade zdravotnej starostlivosti v roku 2007 zdravotné poisťovne postupovali v súlade so zákonom a ministerstvom zdravotníctva vydaným opatrením k cenovej regulácii.

Zdravotné poisťovne použili v roku 2007 finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti pre poistencov, ktorá bola poskytovaná na základe uzatvorenej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotnou poisťovňou.

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 2007 zdravotné poisťovne **evidenčne** uznali výkony spolu vo výške 85 367 mil. Sk, čo je oproti roku 2006 nárast o 11 843 mil. Sk (16,1 %).

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 2007 zdravotné poisťovne zúčtovali - **finančne** uznali - výkony v hodnote 83 292 mil. Sk, čo predstavuje oproti roku 2006 nárast o 12 113 mil. Sk (17,0%).

Finančne uznané (zúčtované) výkony sú výkony, ktoré zdravotné poisťovne v súlade s platnou zmluvou akceptovali v príslušnom zúčtovacom období a následne ich uhradia.

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 2007 objednávali zdravotnú starostlivosť vo finančných objemoch, ktoré boli spravidla nižšie ako medicínsky uznané výkony.

V roku 2007 boli vykázané nadlimitné výkony vo výške 2 075 mil. Sk, čo v porovnaní s rokom 2006 je menej o 11,5 %.

Tabuľka č. 14 Prehľad o použití finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť

v mil. Sk

Obdobie	2005*			2006			2007			Rozdiel 2007 -2 006	
Ukazovateľ	Formy ZS spolu	ZS inde nezahr nutá	ZS spolu	Formy ZS spolu	ZS inde nezahr nutá	ZS spolu	Formy ZS spolu	ZS inde nezahr nutá	ZS spolu	ZS spolu v Sk	ZS Spolu v %
Evidenčne uznané výkony	65 457	173	**65 631**	73 341	183	**73 524**	85 082	285	**85 367**	**11 843**	16,1
Finančne uznané výkony	64 694	173	**64 868**	70 996	183	**71 179**	83 008	285	**83 292**	**12 113**	17,0
Rozdiel - nadlimitné výkony	763	0	**763**	2 345	0	**2 345**	2 075	0	**2 075**	**- 270**	-11,5
Úhrady v bežnom roku za výkony bežného roka	**58 482**	**152**	**58 634**	**61 505**	**54**	**61 559**	**71 309**	**158**	**71 467**	**9 908**	**16,1**
Plnenie finančne uznaných výkonov vrátane úhrad za výkony bežného roka v %	90,4	87,9	**90,4**	86,6	29,5	**86,5**	85,9	55,4	**85,8**	**- 0,7**	
Úhrady v bežnom roku za výkony predchádzajúceho obdobia	**7 293**	**23**	**7 316**	**11 819**	**165**	**11 984**	**11 127**	**246**	**11 372**	**- 612**	**- 5,1**
Úhrady spolu v príslušnom roku (za výkony bežného roka a za výkony predchádzajúceho obdobia)	**65 775**	**175**	**65 950**	**73 324**	**219**	**73 543**	**82 436**	**403**	**82 839**	**9 296**	**12,6**
Plnenie finančne uznaných výkonov vrátane úhrad spolu v %	101, 7	101,2	**101,7**	103,3	119,7	**103,3**	99,3	140,7	**99,5**	**- 3,8**	

Zdroj: Zdravotné poisťovne

* Podrobný prehľad o použití finančných prostriedkov podľa jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti zdravotné poisťovne neposkytli.

Zdravotné poisťovne v roku 2007 uhradili 85,8 % z finančne uznaných výkonov. Po zohľadnení výkonov poskytnutých v roku 2006, ale uhradených v roku 2007 bolo percento úhrady finančne uznaných výkonov vo výške 99,5 %. V porovnaní s rokom 2006 je to viac o 12,6 %.

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

v mil. Sk

Forma ZS	2005	2006	2007	Rozdiel 2007-2006	
				v mil. Sk	v %
Evidenčne uznané výkony					
Lekárenská starostlivosť	25 567	28 400	30 495	2 095	7,4
Ambulantná starostlivosť	23 026	26 340	31 976	5 636	21,4
Ústavná starostlivosť	16 864	18 600	22 611	4 011	21,6
Zdravotné výkony spolu	**65 457**	**73 341**	**85 082**	**11 741**	**16,1**
Finančne uznané výkony					
Lekárenská starostlivosť	x	28 400	30 492	2 092	7,4
Ambulantná starostlivosť	x	24 785	30 567	5 782	23,3
Ústavná starostlivosť	x	17 810	21 948	4 183	23,2
Zdravotné výkony spolu	**64 694**	**70 996**	**83 008**	**12 012**	**16,9**
Nadlimitné výkony					
Lekárenská starostlivosť	x	0	2	2	0,0
Ambulantná starostlivosť	x	1 555	1 409	-146	- 9,4
Ústavná starostlivosť	x	789	663	-126	-16,0
Zdravotné výkony spolu	**762**	**2 345**	**2 075**	**-270**	**-11,5**

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Poznámka: Zdravotné poisťovne v roku 2005 neposkytli finančne uznané výkony v požadovanej štruktúre, ale len v sumári.

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

V roku 2007 v porovnaní s rokom 2006 najviac rástli evidenčne uznané výkony v ústavnej zdravotnej starostlivosti, a to o 21,6 %.

Finančne uznané výkony zaznamenali najvyšší nárast v ambulantnej zdravotnej starostlivosti, a to o 23,3 %.

K najvýraznejšiemu poklesu nadlimitných výkonov došlo v ústavnej zdravotnej starostlivosti, a to o 16 %.
Pozitívne možno hodnotiť vývoj nadlimitných výkonov, ktoré medziročne poklesli o 11,5 %, čo odzrkadľuje postupy zdravotných poisťovní pri uzatváraní zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Zmluvné objemy (limity) výkonov môžu mať okrem funkcie zabezpečiť vyrovnaný rozpočet zdravotnej poisťovne aj regulačnú funkciu pre objem výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Pri objektívnom stanovení zmluvných objemov sú nadlimitné výkony zároveň signálom pre revíznu činnosť zdravotných poisťovní u poskytovateľov.

V súčasnosti platná legislatíva neurčuje ako povinnú súčasť zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti určenie spôsobu úhrady nadlimitných výkonov, ktoré boli na základe kontroly evidenčne (medicínsky) opodstatnené v tých prípadoch, keď sú dohodnuté zmluvné finančné objemy (tzv. limity).

V záujme zabezpečenia vyššej transparentnosti pri úhrade nadlimitných výkonov v budúcnosti by bolo vhodné pripraviť jednotné pravidlá a postupy pre zdravotné poisťovne v tejto oblasti.

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

3. 3 Zabezpečenie zdravotnej starostlivosti

Zabezpečenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov

V súlade so zákonom 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 č. 751/2004 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov (ďalej len „ nariadenie vlády“).

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 definovaná 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 1 919,25 lekárskych miest (ďalej len „LM“) a v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo pre deti a dorast 1 035,04 LM v Slovenskej republike.

Tabuľka. č. 16 Počet zmluvných LM vo VAS pre dospelých a VAS pre deti a dorast

Rok 2007	SZP	Dôvera	Apollo	VšZP	EZP	Union
VAS-dospelí	2 294,4	1 875,8	1 952,0	2 229,3	1 680,7	2 448,8
VAS-deti a dorast	1 258,9	996,5	902,0	1 172,9	794,2	1 363,1

Pretrvávajúcim nedostatkom, ktorý evidoval úrad pri zabezpečení siete VAS je nepresná definícia v nariadení vlády, ktorá jasne nestanovuje vekovú kategóriu poistencov, čo má za následok možnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti dorastu od 15 do 28 rokov veku vo VAS pre dospelých aj vo VAS pre deti a dorast, čím dochádza ku skresleniam vo vykazovaní.

Špecializovaná ambulantná starostlivosť (ŠAS)

V rámci ŠAS nariadenie vlády stanovuje prepočet minimálnej siete ambulancií na poskytovanie špecializovanej zdravotnej starostlivosti na počet obyvateľov Slovenska a príslušných samosprávnych krajov celkove pre 54 medicínskych odborov.

Celkový počet a konkrétne jednotlivé medicínske odbory, zaradené do minimálnej siete ŠAS v jednotlivých samosprávnych krajoch, sa líšia (v Bratislavskom – 51, Trnavskom – 38, Trenčianskom – 40, Nitrianskom – 46, Žilinskom – 45, Banskobystrickom – 46, Prešovskom – 43, Košickom – 47 medicínskych odborov) z toho dôvodu, že do verejnej minimálnej siete v ŠAS sú zaradené aj vysoko špecializované medicínske odbory viazané lokalitou na špecializované pracoviská (letecké lekárstvo, audiológia, materno-fetálna medicína, popáleninové a iné).

Na druhej strane je potrebné poukázať aj na skutočnosť, že prepočet minimálnej siete v ŠAS v jednotlivých krajoch podľa nariadenia vlády v niektorých medicínskych odboroch nezohľadňuje vyššie uvedené kritériá počtu obyvateľov, geografickej dostupnosti zdravotnej starostlivosti, vekovej štruktúry, chorobnosti, a úmrtnosti (napr. v minimálnej sieti je zaradená gerontopsychiatria len v Bratislavskom, Nitrianskom a Žilinskom kraji; nukleárna medicína len v Žilinskom a Nitrianskom kraji; audiológia len v Žilinskom, Prešovskom a Košickom kraji).

Úradom vykonaná analýza minimálnej siete v ŠAS definovanej podľa nariadenia vlády poukázala na výskyt nereálneho normatívu v počte lekárskych miest (napr. v Trnavskom kraji telovýchovné lekárstvo a v Prešovskom kraji korektívna dermatológia po 0,02 LM, čomu zodpovedá 40 minút z týždňového pracovného času lekára, v Banskobystrickom kraji klinická farmakológia 0,03 LM so 60 minútami z týždňového pracovného času lekára).

Tabuľka č. 17 Počet zmluvných LM v ŠAS

Rok 2007	SZP	Dôvera	Apollo	VšZP	EZP	Union
ŠAS	10 075,79	8 027,79	7 850,52	7 548,27	6 886,70	8 077,90

Analýzou verejnej minimálnej siete bolo zistené, že ani jedna zdravotná poisťovňa nemala uzatvorenú zmluvu na poskytovanie ŠAS v:

- Trenčianskom kraji v odbore korektívna dermatológia (normatív 0,34 LM),
- Nitrianskom kraji v odbore klinické pracovné lekárstvo a toxikológia (normatív 0,21 LM),
- Žilinskom kraji v odbore gerontopsychiatria (normatív 0,21 LM),
- Banskobystrickom kraji v odbore telovýchovné lekárstvo (normatív 0,77 LM).

V niektorých špecializačných odboroch ŠAS nebolo naplnených niekoľko normatívov. Jednou z príčin je skutočnosť, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v rámci ŠAS nie je podľa platnej legislatívy povinný uzatvárať zmluvu s každou zdravotnou poisťovňou. V prípade, že jeho služby využíva málo poistencov konkrétnej zdravotnej poisťovne, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemá záujem zmluvu so zdravotnou poisťovňou uzatvoriť. Ďalšou z príčin nenaplnenia siete je neprítomnosť lekára s príslušnou špecializáciou v kraji.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť (DOS)

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

Splnenie normatívov nariadenia vlády v počte SM DOS na celkový počet obyvateľov Slovenska deklaroval len Union. V prepočte na počet poistencov tento normatív pre Slovenskú republiku splnili aj ostatné zdravotné poisťovne.

Tabuľka č. 18 Počet SM u zmluvných poskytovateľov DOS

Rok 2007	SZP	Dôvera	Apollo	VšZP	EZP	Union
SM v DOS	163	444	110	496	100	603

Ústavná zdravotná starostlivosť (ÚZS)

Verejná minimálna sieť v ÚZS v roku 2007 bola vyhodnotená podľa normatívov nariadenia vlády platných do 14. novembra 2007 a podľa jeho novely účinnej od 15. 11. 2007 s novými smernými číslami pre lôžka ÚZS.

Analýzou verejnej minimálnej siete v ÚZS v súlade s normatívmi platnými do 14. 11. 2007 úrad zistil za rok 2007 podobne ako vo VAS a ŠAS, v niektorých špecializačných odboroch lôžkovej ÚZS nenaplnenie verejnej minimálnej siete zdravotnou poisťovňou na počet obyvateľov, ale naplnenie na počet jej poistencov, naplnenie siete v Slovenskej republike, ale nenaplnenie v niektorých krajoch. V niektorých špecializačných odboroch (napr. klinická farmakológia, klinická imunológia, nefrológia, intenzívna starostlivosť v pediatrii a. i.) nebola naplnená verejná minimálna sieť ani na počet poistencov. Podľa novely účinnej od 15. 11. 2007 mali zdravotné poisťovne uzatvoriť zmluvy na lôžka v ÚZS podľa nariadenia vlády č. 751/2004 Z. z.

Ďalšie hodnotenie minimálnej siete pre lôžka poskytovateľov ÚZS v príslušných špecializačných odboroch je v skutočnosti bezpredmetné, nakoľko všetky zdravotné poisťovne nenakupujú od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti počet lôžok, ale objem poskytnutých zdravotných výkonov resp. počet ukončených hospitalizácií.

Analýza verejnej minimálnej siete za rok 2007 bola vykonaná z údajov poskytnutých zdravotnými poisťovňami a z údajov centrálneho registra poistencov k 31. 12. 2007.

Zhrnutie

Analýza verejnej minimálnej siete podľa stanovených normatívov poukázala na ich súčasnú neaplikovateľnosť v praxi z týchto dôvodov:

- z normatívov nariadenia vlády nemožno vyvodiť skutočnú dostupnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti obyvateľom Slovenskej republiky,
- prelínanie poskytovania zdravotnej starostlivosti dorastu od 15 do 28 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 (letecké lekárstvo, audiológia, materno-fetálna medicína, popáleninové a iné),
- nezohľadnenie kritérií počtu obyvateľov, geografickej dostupnosti zdravotnej starostlivosti, vekovej štruktúry, chorobnosti, či úmrtnosti (napr. vyššie uvedená gerontopsychiatria v ŠAS),
- normatívy nariadenia vlády sú prepočítané na počet obyvateľov Slovenskej republiky a jednotlivých krajov; pri pluralite vo výkone verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike ale zdravotné poisťovne prepočítavajú normatívy na počty svojich poistencov, pričom tento ich postup nie je upravený v žiadnom právnom predpise,
- zdravotné poisťovne nenakupujú od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti počet lôžok v ÚZS, ale objem poskytnutých zdravotných výkonov resp. počet ukončených hospitalizácií podľa počtu svojich poistencov.

Indikátory kvality

V roku 2007 rovnako ako aj v roku 2006 boli jedným z kritérií na hodnotenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvného vzťahu indikátory kvality, ktoré každoročne schvaľuje vláda nariadením. Dané kritériá hodnotili jednotlivé zdravotné poisťovne rozličnou váhou (od 10% do 30%).

V roku 2007 zdravotné poisťovne nevykonávali kontroly kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti v prípadoch výskytu štatisticky významných odchýlok v indikátoroch kvality za hodnotiace obdobie roku 2006. Rovnako zdravotné poisťovne neuplatnili možnosť rozviazania, resp. neuzatvorenia zmluvného vzťahu s poskytovateľom na základe výsledkov kontroly kvality pri zistení štatisticky významných odchýlok v indikátoroch kvality. Uzatváranie nových zmluvných vzťahov v roku 2007 v konečnom dôsledku neovplyvnilo poradie poskytovateľov zostavované na základe hodnotenia úrovní indikátorov kvality za rok 2006.

Napriek skutočnosti, že zber a hodnotenie indikátorov kvality vydávaných každoročne nariadením vlády patrí medzi zákonom ustanovené povinnosti zdravotných poisťovní, pri ich zbere a vyhodnocovaní za hodnotené obdobie roku 2007 postupovali zdravotné poisťovne nejednotne. VšZP, SZP a Apollo postupovali podľa metodického pokynu ministerstva zdravotníctva z apríla 2007 a hodnotili indikátory kvality stanovené nariadením vlády na rok 2006. Dôvera a Union za rok 2007 indikátory kvality nehodnotili, nakoľko nebol stanovený rozsah indikátorov kvality platných pre hodnotiace obdobie roku 2007.

Zdravotné poisťovne, ktoré hodnotili indikátory kvality za hodnotené obdobie roku 2007, vyhodnocovali 3 úrovne indikátora kvality (nízka, štandardná a vysoká úroveň). Údaje pre hodnotenie indikátorov kvality pochádzali z údajov zdravotných poisťovní pri 17 indikátoroch a z osobitných dávok zasielaných poskytovateľmi pri 8 indikátoroch. Vyhodnotili v priemere viac ako 90 % poskytovateľov v štandardnej úrovni (VšZP 84,7 %, SZP 93,4 %, Apollo 97,2 %), v priemere 1 % v úrovni vysokej (VšZP 0,9 %, SZP 2,03 %, Apollo 1,06 %) a 4 % v nízkej úrovni (VšZP 5,31 %, SZP 4,62 %, Apollo 1,17 %). Tieto výsledky sa v porovnaní s rokom 2006 líšia len minimálne. Vzrástol však podiel nehodnotiteľných údajov, ktoré pochádzali takmer výlučne z údajov zasielaných od poskytovateľov (v priemere 26 % nehodnotiteľných údajov – VšZP). Zber údajov komplikovala aj úroveň získavania údajov od poskytovateľov, ktorá sa pohybovala na úrovni 77 %-88 % (VšZP).

Osobitným indikátorom je indikátor B 2.1. (hodnotenie poskytovanej zdravotnej starostlivosti pacientom), ktorý odzrkadľuje subjektívne hodnotenie poskytovateľa pacientom.

VšZP ako jediná vykonala v roku 2007 kontroly kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti na základe štatisticky významných odchýlok v indikátoroch kvality za hodnotiace obdobie prvého polroku 2007. Zdravotná poisťovňa v 14 % takto vykonaných kontrol zistila nedostatky. Výsledky kontrol však nemali vplyv na rozviazanie zmluvného vzťahu s poskytovateľom.

Ostatné zdravotné poisťovne, ktoré hodnotili indikátory kvality v roku 2007, nevyužili ich výsledky v zmluvných vzťahoch s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Pri zbere údajov indikátorov kvality sa zdravotné poisťovne opakovane stretávali s neplnením zákonnej povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri zasielaní údajov potrebných na ich výpočet a hodnotenie. Nízka validita zozbieraných údajov ako aj nie vždy správna voľba indikátora na hodnotenie danej oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti má negatívny vplyv na hodnotenie indikátorov kvality a vedie k zníženiu vierohodnosti poradia poskytovateľov zostavovaných na základe takéhoto hodnotenia.

Dispenzárna starostlivosť

Dispenzarizácia je aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu poistenca, u ktorého je predpoklad zhoršenia zdravotného stavu jeho vyšetrenie a liečba.

Podľa 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 a zasielať v pravidelných mesačných intervaloch úradu.

V roku 2007 proces zaraďovania a nahlasovania do zoznamu dispenzarizovaných na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nebol v plnej miere funkčný. Dôležitým dôvodom neúplnej funkčnosti nahlasovania poistencov do zoznamu dispenzarizovaných poistencov je absencia všeobecne záväzného právneho predpisu, ktorý by definoval jednotný spôsob vedenia zoznamu dispenzarizovaných chorôb.

Ďalším z dôvodov, pokiaľ ide o plnenie povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti hlásiť zdravotnej poisťovni poistencov, ktorí sú zaradení do dispenzárnej starostlivosti v súvislosti s používaním nových kódov lekárov bola skutočnosť, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti hlásili zaradenie iba nových poistencov. Z dôvodu chýbajúceho prepojenia informačných systémov nebolo možné automaticky priradiť zoznamy poistencov k novým kódom poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Povinnosť hlásiť zdravotnej poisťovni poistencov zaradených do dispenzárnej starostlivosti neplnia všetci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v zákonom stanovenom rozsahu, a to napriek urgenciám. Súčasný spôsob zaraďovania poistencov považujú zdravotné poisťovne výlučne len za evidenčnú funkciu. K náprave môže dôjsť len vtedy, ak budú vydané jednoznačné pravidlá a ak tieto pravidlá budú zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti dodržiavané. V roku 2007 nebol vydaný všeobecne záväzný právny predpis, ktorý by definoval jednotný spôsob vedenia zoznamu dispenzarizovaných chorôb.

K 31. 12. 2007 úrad evidoval 448 707 dispenzarizovaných poistencov. Oproti roku 2006 tento ukazovateľ má klesajúci trend (v roku 2006 počet dispenzarizovaných poistencov bol 578 749). Takýto vývoj môže byť spôsobený aj nedôsledným nahlasovaním dispenzarizovaných poistencov podľa jednotlivých chorôb zo strany špecializovanej ambulantnej starostlivosti príslušnej zdravotnej poisťovni. Dopad popísaných príčin nefunkčnosti dispenzarizácie je najvýraznejší v prípade poisťovne Dôvera, kde bol vykázaný takmer rovnaký počet dispenzarizovaných poistencov v oboch rokoch napriek tomu, že celkový počet poistencov sa v roku 2007 viac ako zdvojnásobil.

Tabuľka č. 19 Porovnanie počtu poistencov zaradených do dispenzárnej starostlivosti podľa jednotlivých zdravotných poisťovní k 31.12. príslušného roka a podiel dispenzarizovaných v % z celkového počtu poistencov

Ukazovateľ	VšZP		SZP		Dôvera		Apollo		EZP		Union		Spolu	
	2006	**2007**	2006	**2007**	2006	**2007**	2006	**2007**	2006	**2007**	2006	**2007**	2006 (aj Sideria)	**2007**
Počet poistencov	3409	2942	682	590	348	860	466	447	-	126	-	334	5302	5299
Počet poistencov zaradených na dispenzarizácie	402	311	85	42	32	32	59	62	-	0,3	-	1,5	578	449
Podiel dispenzarizovaných poistencov z celkového počtu poistencov v %	11,8	**10,6**	12,5	**7,1**	9,2	**3,7**	12,7	**13,9**	-	**0,3**	-	**0,56**	10,9	**8,5**

Zdroj zdravotné poisťovne

Podiel dispenzarizovaných poistencov na celkovom počte poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní je disproporciálny a pohybuje sa od 0,25 % do 13,97 %. Je potrebné zdôrazniť, že EZP a Union pôsobia na trhu verejného zdravotného poistenia len 1 rok.

Tabuľka č. 20 Prehľad najfrekventovanejších diagnóz a počet dispenzarizovaných poistencov

a) podľa jednotlivých zdravotných poisťovní

P. č.	VšZP		SZP		Apollo		Dôvera		Union		EZP	
	Kód dg*	PDP**	Kód dg	PDP	Kód dg	PDP	Kód dg	PDP	Kód dg	PDP	Kód dg	PDP
1.	J30	20 567	J30	6 596	E11	5 340	E11	870	J45	189	Z30	26
2.	Z30	10 620	I10	4 272	J45	3 826	J45	356	E11	125	J45	25
3.	H40	10 278	J45	2 991	I10	2 684	Z30	318	Z30	80	E11	10
4.	J45	24 510	E11	2 918	I25	2 389	I10	235	J44	54	I25	9
5.	H40	15 951	E78	2 885	H40	1 846	J44	247	I10	54	I10	7
6.	H36	6 297	Z30	2 315	E 78	1 643	E10	112	J44	43	E10	7
7.	E10	8189	I25	2 201	N60	1 625	I25	136	E11	40	E78	6
8.	E11	5 969	H40	1 364	I11	1 446	H90	229	0	0	J30	5
9.	I11	5 627	N60	1064	0	0	H40	201	0	0	0	0
10.	J44	4 850	I11	837	0	0	I11	141	0	0	0	0

* diagnóza
** počet dispenzarizovaných poistencov

b) podľa diagnostického kódu vo všetkých zdravotných poisťovniach

Kód dg	J 30	E 11	I 10	Z 30	I 25	J 45	H 40	J 44	E 78
Dg slovom	Vazo-motorická a alergická nádcha	Diabetes melitus nezávislý na inzulíne	Esenc. Hypertenzia	Usmernenie antikoncepcie	Ischem. choroba srdca	Astma	Glaukóm	Obštr. choroba pľúc	Poruchy metabolizmu
Počet	**36 126**	**35 577**	**31 078**	**28 831**	**27 566**	**26 306**	**17 315**	**9 419**	**8195**

Vedenie zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

V súlade so zákonom 581/2007 Z. z. bola zdravotná poisťovňa v roku 2007 povinná vytvoriť a viesť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na skutočnosť, že nebol vydaný všeobecne záväzný právny predpis upravujúci podrobnosti o vedení zoznamov poistencov čakajúcich na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, postupovali zdravotné poisťovne a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nejednotne.

Každá zdravotná poisťovňa mala vypracovanú vlastnú metodiku zberu údajov s vlastným metodickým postupom podľa obsahovej náplne zoznamu poistencov čakajúcich na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

S cieľom stanoviť jasné pravidlá pri vyhodnocovaní vedenia zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti úrad v metodickom usmernení presne zadefinoval rozsah a frekvenciu zasielania potrebných údajov. Realizácia postupu definovaného v metodickom usmernení bude možná až potom, keď ministerstvo zdravotníctva vydá vykonávací predpis upravujúci podrobnosti tvorby a vedenia zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.

Chýbajúci všeobecne záväzný predpis neumožňuje vyhodnocovanie zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti úradom, ich analýzu a zhodnotenie postupu zdravotných poisťovní v tejto oblasti.

Je potrebné rozlišovať medzi zaradením poistenca na čakaciu listinu zdravotnou poisťovňou z ekonomického dôvodu a zaradením pacienta poskytovateľom zdravotnej starostlivosti z kapacitných dôvodov.

Riešenie problému transparentnosti vedenia zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou a dodržanie poradia ich zaradenia je základnou podmienkou pre vytvorenie spoľahlivých kontrolných mechanizmov zo strany zdravotných poisťovní vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. K naplneniu tohto cieľa je potrebné určenie pravidiel v súlade so zákonom.

3.4 Dohľad nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Úrad v roku 2007 v rámci svojej pôsobnosti vymedzenej zákonom č. 581/2004 Z. z. dohliadal u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

V roku 2007 bolo vykonaných 675 dohľadov na mieste, z toho 566 (83,9 %) bolo ukončených v roku 2007 a posúdených v 130 prípadoch (23 %) ako opodstatnených, v 423 prípadoch (76,3 %) ako neopodstatnených a v 4 prípadoch boli ukončené z dôvodu späťvzatia podania pisateľom.

Dohľad na diaľku sa vykonáva v prípadoch, keď je dostupná kompletná zdravotná dokumentácia od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a nie je potrebné dohľad vykonať na mieste (napr. prípady druhostupňového šetrenia postupu pobočiek pri opakovanom podaní alebo v prípade klinicky jednoduchších prípadov, bez účasti prizvanej osoby).

Tabuľka č. 21 Porovnanie ukončených dohľadov na mieste

Ukazovateľ	Ukončené dohľady	Opodstatnené	%	Neopodstatnené	%	Ad acta	%
2007	566	130	23	432	76,3	4	0,7
2006	525	176,5	33,6	346,5	66,4		

Predmet dohľadu na mieste aj na diaľku je najčastejšie v súvislosti s úmrtím, nespokojnosťou s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou, postupom pri liečbe.

Úrad v rámci dohľadu nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti prijal v roku 2007 **1 249** podaní, z toho:

- 989,5 (t. j. 79,2 %) bolo ukončených v roku 2007,
- 259,5 (t. j. 20,8 %) zostalo v riešení.

Z celkového počtu podaní v roku 2007 riešili pobočky úradu 1 060 podaní, t. j. 85 %. Z celkového počtu 1 249 podaní bolo 23 sťažností a 1 226 podnetov. V porovnaní s rokom 2006 došlo k poklesu sťažností a nárastu podnetov.

V záujme zabezpečenia maximálnej objektivity, nestrannosti a odbornosti úrad zabezpečil k podnetom a sťažnostiam, ktoré sa týkali poskytovania zdravotnej starostlivosti odborné stanoviská externé ako aj interné.

Z 23 doručených sťažností bolo 21 vyriešených - 1 sťažnosť bola riešená úradom a týkala sa správneho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Sťažnosť bola posúdená ako neopodstatnená. Iné orgány – samosprávne kraje, SLK, zdravotnícke zariadenia, sociálna poisťovňa riešili 19 úradom odstúpených sťažností. Dôvodom na odstúpenie bol ich obsah, z ktorého bolo zrejmé, že ich riešenie nie je v kompetencii úradu. Jedna sťažnosť bola odložená ad acta.

Z doručených podnetov v roku 2007 v počte 1 226 bolo vyriešených 968,5 (t. j. 79 %). Z vyriešených podnetov bolo 676,5 (69,9 %) podnetov riešených úradom a týkali sa správneho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Neopodstatnených podnetov bolo 530,5 (78,4 %), opodstatnených 146 (21,6 %).

Na základe podnetov úrad vykonal dohľad u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a zistil porušenia zákona č. 576/2004, v týchto oblastiach:

- zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, neboli vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby, alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy,
- vedenia zdravotnej dokumentácie,
- poučenia a informovaného súhlasu,
- ďalšieho porušenia povinností poskytovateľov zdravotnej starostlivosti - nedostatočný rozsah údajov v anamnéze, nedostatky v údajoch o rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, nedostatky pri identifikácii údajov poskytovateľa, neúplnosť v údajoch o chorobe, priebehu, výsledkoch vyšetrení a ďalších okolností súvisiacich so zdravotným stavom osoby.

Z celkového počtu vyriešených opodstatnených podnetov v roku 2007 boli porušenia zistené v 52 prípadoch, čo predstavuje 36 % .

V roku 2007 v porovnaní s rokom 2006 sa znížil podiel opodstatnených podnetov, ktoré boli úradom šetrené v súvislosti so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti, o 6,5 %.

Tabuľka č. 22 Prehľad ukončených podnetov podaných v súvislosti so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Ukazovateľ	Podnety spolu	Opodstatnené	%	Neopodstatnené	%
2007	676,5	146	21,6	530,5	78,4
2006	745	209,5	28,1	535,5	71,9

V roku 2007 úrad z prijatých podnetov spolu v počte 220,5 (22,8%) odstúpil z dôvodu, že svojím obsahom prekročili kompetencie úradu na ďalšie konanie – riešenie samosprávnym krajom (93 podnetov), zdravotníckym zariadeniam (40,5 podaní), stavovským organizáciám (19,5 podaní) a iným inštitúciám – ministerstvám, sociálnej poisťovni (67,5 podaní).

Na základe úradom vykonanej analýzy predmetu podania a sťažnosti v roku 2007 možno konštatovať, že prevládali podania a sťažnosti, ktorých obsahom bola nespokojnosť s postupom pri liečbe (46,6 %), úmrtie poistenca(28,3 %), poškodenie zdravia poistenca (4,6 %), neetický prístup zdravotníckeho pracovníka k poistencovi (4,6 %). Porovnanie vývoja podaní podľa predmetu je uvedené v tabuľke.

Tabuľka č. 23 Vývoj vybraných podaní z pohľadu ich predmetu

	rok 2007		rok 2006	
Predmet podania	počet	%	počet	%
nespokojnosť s postupom pri liečbe	582	46,6	505	48,5
v súvislosti s úmrtím	353	23,8	194	20,7

Na základe zistení porušení v zákone ustanovených povinností úrad v roku 2007 uložil poskytovateľom zdravotnej starostlivosti tieto druhy sankcií:

- návrh na uloženie pokuty v 22 prípadoch – uloženie pokuty bude realizovať ministerstvo zdravotníctva alebo samosprávny kraj,
- návrh na začatie disciplinárneho konania v 1 prípade,
- priame uloženie pokuty úradom poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v 92 prípadoch (správne konanie nebolo vo všetkých prípadoch k 31. 12. 2007 ukončené),
- návrh nápravného opatrenia,
- oznámenie orgánom činným v trestnom konaní.

Z pohľadu obsahu porušenia bolo v roku 2007 najviac uložených pokút poskytovateľom za pochybenia v medicínskych odboroch chirurgia 41, všeobecné lekárstvo 10, gynekológia a vnútorné lekárstvo - oba po 9, traumatológia 8, pediatria 4.

V roku 2007 bolo podaných 42 návrhov na prijatie nápravných opatrení. Týkali sa opatrení odborne organizačného charakteru, napr. vedenia zdravotnej dokumentácie v súlade so zákonom, doškoľovania zamestnancov, realizovania seminárov, preškolenia zdravotníckych pracovníkov v ošetrovateľskej starostlivosti.

Úrad v roku 2007 postúpil orgánom činným v trestnom konaní 9 podnetov, z toho 8 sa týkalo správneho poskytovania zdravotnej starostlivosti a 1 prípad sa týkal nesúladu klinickej a pitevnej diagnózy a príčin nejasných okolností úmrtia poistenca.

Celkový počet trestných oznámení, ktoré podal úrad v roku 2006, bol 30, čo znamená, že počet trestných oznámení v roku 2007 (9) klesol o 70 %.

4. Zabezpečenie práv a povinností poistenca

4.1 Práva a povinnosti poistencov vo vzťahu k zdravotnej poisťovni

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

- právo výberu poisťovne,
- právo na úhradu zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom v príslušnom zákone,
- právo na úhradu nákladov zdravotnej starostlivosti poskytnutej 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, odviesť nedoplatok na poistnom.

Z hľadiska výkonu verejného zdravotného poistenia sú významné aj oznamovacie povinnosti poistenca. Medzi tieto patrí napr.:

- povinnosť oznámiť zánik verejného zdravotného poistenia a vrátiť poisťovni 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.

V roku 2007 sa vyskytli tieto porušenia:
najčastejšie vyskytujúcimi sa porušeniami **povinností poistencov** bolo:

- nevrátenie preukazu poistenca pri zmene zdravotnej poisťovne a pri odchode do zahraničia na dobu dlhšiu ako šesť mesiacov (takmer 106 000 nevrátených preukazov),
- neoznámenie zmeny platiteľa poistného zdravotnej poisťovni (takmer 19 000 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 (takmer 10 500 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.

Ukladanie sankcií

Úrad v roku 2007 uložil celkovo **6 240 právoplatných pokút** poistencom a platiteľom poistného, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotným poisťovniam. Z toho poistencom a platiteľom poistného úrad uložil 6 143 právoplatných pokút, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti 81 právoplatných pokút a zdravotným poisťovniam 16 právoplatných pokút.

V roku 2007 predstavovala **celková výška pokút** uložených ústredím a pobočkami úradu **28,3 mil. Sk**. Z toho poistencom a platiteľom poistného výška uložených pokút predstavovala sumu 10,0 mil. Sk, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti výška uložených pokút predstavovala sumu 12,3 mil. Sk a zdravotným poisťovniam výška uložených pokút predstavovala sumu 5,9 mil. Sk.

Z celkovej výšky uložených pokút 28,3 mil. Sk bolo uhradených 22,1 mil. Sk (78,3 %), a to nasledovne:

- poistenci a platitelia poistného uhradili 5,7 mil. Sk,
- poskytovatelia zdravotnej starostlivosti uhradili 10,4 mil. Sk,
- zdravotné poisťovne uhradili 5,9 mil. Sk.

Vymáhanie pohľadávok na poistnom

Úrad v súlade so zákonom č. 581/2004 Z. z. vydáva rozhodnutia v správnom konaní platobným výmerom (ďalej len PV) o pohľadávkach na poistnom na zdravotné poistenie a o pohľadávkach na preddavkoch na poistné na verejné zdravotné poistenie. Prehľad vedených správnych konaní v roku 2007 možno zhrnúť takto:

úrad v roku 2007 evidoval **27 993** podaných návrhov na vydanie rozhodnutí platobným výmerom, z toho vydal **17 172** platobných výmerov.

Celkové finančné vyčíslenie správnych konaní pri vydávaní PV predstavovalo celkovú sumu **911,0 mil**. **Sk**, z toho istina (dlžné poistné, resp. preddavky) **446,9 mil.** Sk, úrok/poplatok z omeškania **464,1 mil. Sk**.

Úrad eviduje za rok 2007 celkom 200 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 2007 úrad dokončoval 153 právoplatne neskončených správnych konaní vo veci vydania rozhodnutia platobným výmerom postúpených zo zdravotných poisťovní.

5. Záver

Predkladaná správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia v SR podáva ucelenú informáciu o fungovaní systému verejného zdravotného poistenia. V kontexte predchádzajúcich správ od vzniku úradu podáva obraz o vývojových tendenciách v makroekonomických ukazovateľoch, ale aj o tendenciách vývoja v oblasti samotného zdravotného poistenia a jeho koordinácii s vonkajším prostredím v rámci plnenia nariadenia Rady EHS. Rozdelenie poistného trhu, organizácia a riadenie v zdravotných poisťovniach a ich hospodárenie sú determinované platnými právnymi normami, ktoré bude potrebné v rámci legislatívnych iniciatív naďalej koordinovať a prispôsobovať potrebám praxe pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti.

Ťažiskovým problémom je nákup a poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rámci dostupných disponibilných zdrojov a riešenie podnetov pri nedodržaní zásad správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V tomto smere je existencia úradu nezastupiteľná a potvrdená praxou. Aj v roku 2007 došlo k potvrdeniu dôvery občanov – poistencov – pacientov v schopnosť úradu objektívne a zodpovedne posúdiť zabezpečenie ich oprávnených nárokov.

S cieľom naďalej zdokonaľovať systém verejného zdravotného poistenia bude úrad i naďalej predkladať legislatívne, organizačné a odborné návrhy Ministerstvu zdravotníctva SR i ostatným kompetentným orgánom.

Prílohy k Správe o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007

Príloha č. 1

Prehľad zákonov, ktorými sa riadil systém verejného zdravotného poistenia a ich novelizácie

Tabuľka č. 1 Zákony ovplyvňujúce systém verejného zdravotného poistenia a ich zmeny v roku 2007

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.“)		
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.“)		
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.“)	282/2006 18/2007 272/2007 464/2007 653/2007	01. 01. 2007 12. 01. 2007 01. 07. 2007 20. 10. 2007 30. 12. 2007
579/2004	Zákon o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 351/2005 Z. z. (ďalej len „zákon č. 579/2004 Z. z.“)		
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. 581/2004 Z. z.“)	522/2006 673/2006 358/2007 518/2007 530/2007 594/2007	01. 01. 2007 01. 01. 2007 01. 10. 2007
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.“)	522/2006 12/2007 215/2007 309/2007 358/2007 330/2007 530/2007 594/2007	01. 01. 2007 15. 01. 2007 01. 09. 2007 01. 09. 2007 01. 10. 2007
140/1998	Zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 140/1998 Z. z.“)	270/2007	01. 07. 2007

Príloha č. 2

Tabuľka č. 2 Zmeny v ostatných právnych predpisoch ovplyvňujúcich systém verejného zdravotného poistenia v roku 2007

Číslo právneho predpisu	Názov právneho predpisu
751/2004	Nariadenie vlády SR o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov
548/2005	Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR o poplatku za vydanie európskeho preukazu zdravotného poistenia v znení vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 504/2007 Z. z.
239/2006	Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a povinnostiach pri ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie v znení vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 177/2007 Z. z.
	Výnos Ministerstva zdravotníctva SR č. 24791/2006-OL, ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2007
	Opatrenie Ministerstva zdravotníctva SR č. OPL0307-20174/2007-OK z 19. septembra 2007, ktorým sa vydáva zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia
	Opatrenie Ministerstva zdravotníctva SR č. OPP0307-20169/2007-OK z 19. septembra 2007, ktorým sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia
	Opatrenie Ministerstva zdravotníctva SR č. OPD0307-20848/2007-OK z 19. septembra 2007, ktorým sa vydáva zoznam dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia
	Opatrenie Ministerstva zdravotníctva SR č. 21992-19/2007-OL z 19. septembra 2007, ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov

Príloha č. 3

Náklady na vecné dávky v EÚ

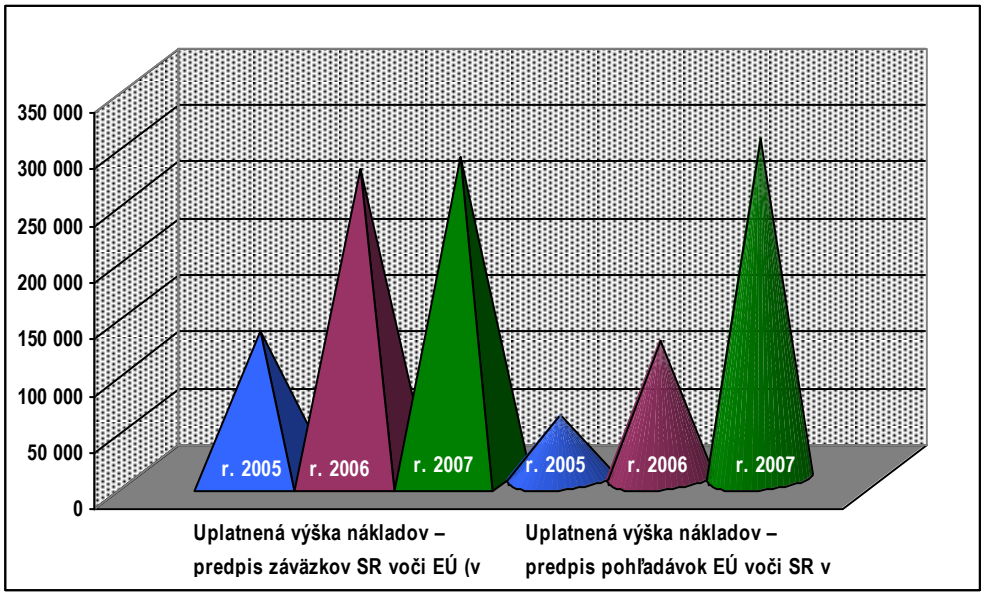
Tabuľka č. 3 Počty prípadov čerpania vecných dávok a výška nákladov podľa jednotlivých poisťovní

Rok 2007	Počet prípadov čerpania vecných dávok v EÚ poistencami SR	Uplatnená výška nákladov – predpis záväzkov SR voči EÚ (v tis. Sk)	Počet prípadov čerpania vecných dávok v SR poistencami EÚ	Uplatnená výška nákladov – predpis pohľadávok SR voči EÚ (v tis. Sk)
VšZP	14 392	192 036	100 896	228 716
SZP	2 693	29 247	4 928	11 392
Apollo	1650	18 815	10 805	28 779
Dôvera	3 167	39 703	15 701	30 709
EZP	82	632	145	536
Union	148	2 168	304	564
Spolu	22 132	282 601	132 072	300 696

Tabuľka č. 4 Priemerný náklad na prípad čerpania vecných dávok v EÚ poistencami SR a v SR poistencami EÚ podľa jednotlivých poisťovní v %

	EÚ (poistencami SR)				**SR** (poistencami EÚ)			
	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007	Zmena v%	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007	Zmena v%
VšZP	17,1	17,0	13,3	-21,80	2,4	2,8	2,3	-17,9
SZP	20,7	13,8	10,9	-21,00	2,2	2,2	2,3	+4,5
Apollo	15,3	15,3	11,4	-25,50	1,3	1,7	2,7	+58,8
Dôvera	23,1	18,1	12,5	-30,90	2,2	2,6	2,0	-23,1
Sideria	22,8	19,5			1,8	2,1		
EZP			7,7				3,7	
Union			14,6				1,9	
Priemer	18,2	16,8	12,8		2,0	2,3	2,3	

Graf č. 1 Vývoj nákladov na vecné dávky



Príloha č. 4

Rozdelenie poistného trhu

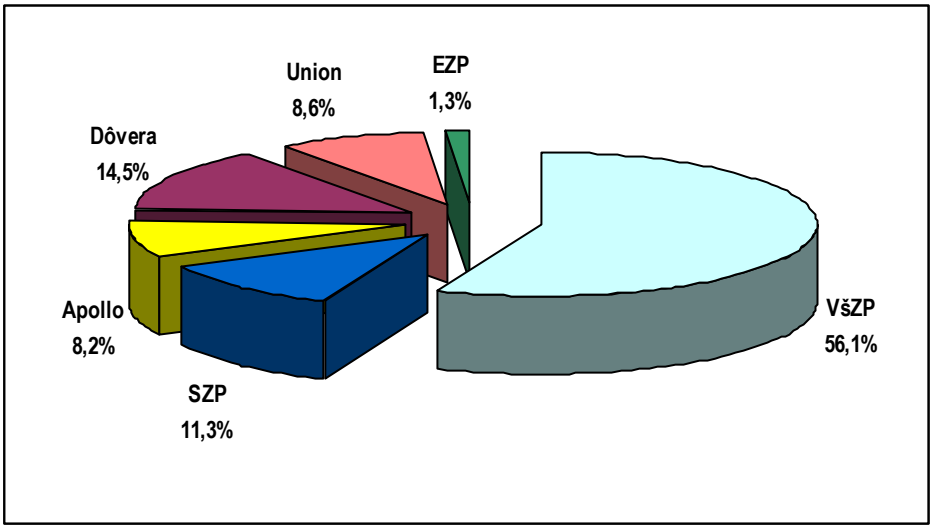
Tabuľka č. 5 Počet poistencov podľa zdravotných poisťovní a podľa samosprávnych krajov k 31. 12. 2006

kraj	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	Union	EZP	Spolu
BA	359 328	143 183	61 704	55 142	502	62	3	619 924
BB	386 550	76 773	28 954	43 071	91 432	14		626 794
KE	363 613	137 388	38 865	78 779	139 267	20	1	757 933
NR	433 637	48 998	86 784	84 924	25 853	24		680 220
PO	526 337	72 086	30 569	33 631	106 714	37	2	769 376
TT	398 992	46 069	62 962	16 369	10 470	12		534 874
TN	419 500	48 451	94 685	16 658	6 130	10		585 434
ZA	469 003	99 281	60 243	16 900	17 260	17		662 704
Neurčené	43 672	8 728	7 924	5 645	886	1	1	66 857
Spolu	3 400 632	680 957	472 690	351 119	398 514	197	7	5 304 116

Tabuľka č. 6 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

Graf č. 2 Rozdelenie poistného trhu v roku 2007



Príloha č. 5

Podania poistencov riešené v zdravotných poisťovniach

Tabuľka č. 7 Podnety a sťažnosti poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach riešené v roku 2006

Počet podnetov a sťažností poistencov	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	Union	EZP	spolu
opodstatnené	30	7	6	21	8	4 005	2 990	7 067
čiastočne opodstatnené		3	1	5				9
neopodstatnené	228	37	11	31	14	1 777	1 197	3 295
spolu	258	47	18	57	22	5 782	4 187	10 371

Tabuľka č. 8 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

Príloha č. 6

Platobná schopnosť ZP

Tabuľka č. 9 Platobná schopnosť zdravotných poisťovní v roku 2007 na základe doručených výkazov zdravotnými poisťovňami

ZP	Rok 2007 – jednotlivé mesiace											
	I.	II.	III.	IV	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
VšZP	5,55	5,08	5,03	4,77	3,92	4,48	4,13	3,95	3,86	3,83	4,50	4,28
SZP	13,34	18,23	17,05	17,80	17,01	16,74	17,03	15,37	20,36	16,16	18,23	12,60
Apollo	21,28	21,77	21,81	21,74	22,47	21,60	23,63	22,61	22,36	23,42	23,19	21,41
Dôvera	31,28	34,62	30,19	28,81	23,88	24,81	25,14	24,68	24,12	23,63	22,85	22,95
Union						75,70	59,12	48,97	40,97	35,09	29,31	29,10
EZP								29,14	22,93	20,93	13,96	10,62

Miera platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne Union v mesiacoch január až máj 2007 a poisťovne EZP v mesiacoch január až júl 2007 nie je v tabuľke uvedená napriek tomu, že obe zdravotné poisťovne výkazy úradu doručili. Dôvodom je skutočnosť, že obe poisťovne poistné z verejného zdravotného poistenia po prerozdelení za predchádzajúcich 12 mesiacov mali veľmi nízke, nakoľko začali svoju činnosť v roku 2006, ale vykonávali verejné zdravotné poistenie len pre nízky počet poistencov. Na základe uvedeného skutočná miera platobnej schopnosti vykázaná v percentách nebola porovnateľná s ostatnými zdravotnými poisťovňami. Obe zdravotné poisťovne v sledovanom období platobnú schopnosť zabezpečili v súlade s platnou legislatívou.

Príloha č. 7

Výber poistného

Tabuľka č. 10 Prehľad o úspešnosti výberu poistného

Zdravotná poisťovňa		2005	2006	2007	Rozdiel 2007-2006	%
VšZP	predpis poistného	40 903 511	48 097 147	48 423 964	326 817	0,7
	výber poistného	41 537 998	45 287 197	46 464 533	1 177 336	2,6
	úspešnosť výberu	101,6	94,2	96,0	1,8	x
SZP	predpis poistného	13 585 481	14 120 170	13 852 691	-267 479	-1,9
	výber poistného	13 463 252	13 695 049	13 603 672	-91 377	-0,7
	úspešnosť výberu	99,1	97,0	98,2	1,2	x
Apollo	predpis poistného	7 098 610	8 113 767	8 500 724	386 957	4,8
	výber poistného	6 958 664	7 813 036	8 364 140	551 104	7,1
	úspešnosť výberu	98,0	96,3	98,4	2,1	x
Dôvera	predpis poistného	4 621 621	5 548 020	13 254 380	7 706 360	138,9
	výber poistného	4 617 902	5 276 190	12 626 083	7 349 893	139,3
	úspešnosť výberu	99,9	95,1	95,3	0,2	x
Sideria	predpis poistného	4 769 437	5 659 785	x	-5 659 785	x
	výber poistného	4 672 090	5 329 155	x	-5 329 155	x
	úspešnosť výberu	98,0	94,2	x	x	x
Union	predpis poistného	x	378	5 822 145	5 821 767	1 540 149,9*
	výber poistného	x	2 770	5 441 898	5 439 128	196 358,4*
	úspešnosť výberu	x	732,8	93,5	-639,3	x
EZP	predpis poistného	x	146	818 069	817 923	560 221,4*
	výber poistného	x	143	772 899	772 756	540 388,7*
	úspešnosť výberu	x	97,9	94,5	-3,5	x
Spolu	predpis poistného	70 978 660	81 539 413	90 671 973*	9 132 560	11,2
	výber poistného	71 249 906	77 403 540	87 273 225*	9 869 685	12,8
	úspešnosť výberu	100,4	94,9	96,3	1,3	x

Poznámka: výška percenta nárastu uvedená pri zdravotnej poisťovni Union a EZP je nereálna, pretože obidve poisťovne v roku 2006 iba rozbiehali svoju činnosť.

* Údaje sú na akruálnom princípe

Príloha č. 8

Hospodárenie zdravotných poisťovní

Tabuľka č. 11 Prehľad o hospodárení jednotlivých ZP v roku 2006

Výkaz ziskov a strát k 31.12. 2006	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sidera	EZP	Union	spolu
poistné v hrubej výške	48 097 147	14 120 170	8 113 767	5 548 020	5 659 785	146	378	81 539 413
ostatné technické výnosy	7 464 540	94 557	61 712	107 013	112 459	0	728	7 841 009
náklady na poistné plnenie	0	0	0	0	0	0	0	0
zmena stavu TR na poistné plnenie v hrubej výške	51 598 260	9 251 948	5 691 047	3 927 310	4 758 391	19	324	75 227 299
zmena stavu iných TR	0	-1 719	0	0	0		0	-1 719
správna réžia	1 759 151	403 536	333 640	339 360	318 615	43 396	630 154	3 827 852
ostatné technické náklady	1 419 171	4 361 066	1 492 608	904 873	166 308	86	1	8 344 113
výsledok technického účtu	**785 105**	**199 896**	**658 184**	**483 490**	**528 930**	**-43 355**	**-629 373**	**1 982 877**
výsledok hospodárenia z bežnej činnosti	201 719	174 205	573 555	509 642	456 939	-46 008	-643 706	1 226 346
výsledok hospodárenia za účtovné obdobie	201 719	174 205	573 555	509 642	457 267	-46 008	-643 706	1 226 674

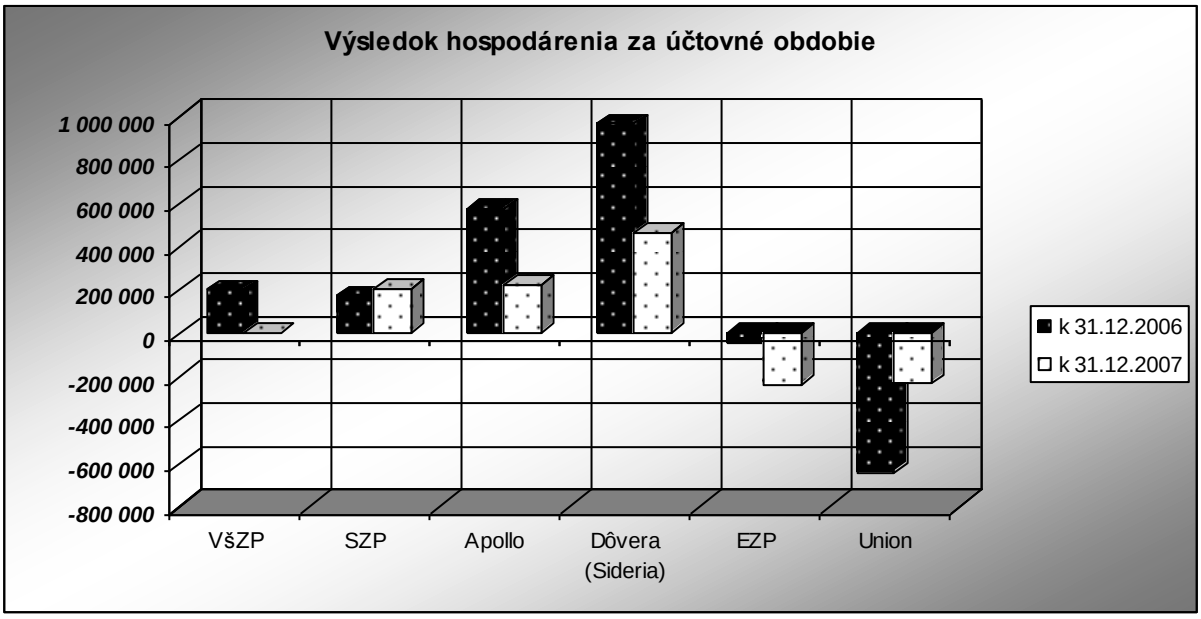
Tabuľka č. 12 Prehľad o hospodárení jednotlivých ZP v roku 2007

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			-594 481	-593 695
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	1 810	206 214	228 161	465 881	-234 087	-232 315	435 664
výsledok hospodárenia za účtovné obdobie	1 810	206 214	228 161	466 945	-233 943	-232 315	436 872

Tabuľka č. 13 Rozdiel (2007-2006)

	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	EZP	Union	spolu
poistné v hrubej výške	-1 454 070	52 614	691 763	7 715 574	798 302	6 036 686	8 181 084
ostatné technické výnosy	1 111 948	25 462	-14 613	36 476	90 728	269 559	1 407 101
náklady na poistné plnenie	0	0	0	0	0	0	0
zmena stavu TR na poistné plnenie v hrubej výške	-181 365	-10 379	973 880	6 876 557	905 778	4 988 801	8 794 881
zmena stavu iných TR	0	2 505	0	0	0	-594 481	-591 976
správna réžia	242 492	78 712	119 156	318 935	161 130	-200 509	401 301
ostatné technické náklady	477 374	-67 182	-82 476	428 937	14 574	413 527	1 018 446
výsledok technického účtu	**-880 623**	**74 420**	**-333 410**	**127 621**	**-192 452**	**509 945**	**-1 223 429**
výsledok hospodárenia z bežnej činnosti	-199 909	32 009	-345 394	-43 761	-188 079	411 391	-790 682
výsledok hospodárenia za účtovné obdobie	-199 909	32 009	-345 394	-42 697	-187 935	411 391	-789 802

Graf č. 3 Vývoj hospodárskeho výsledku v zdravotných poisťovniach v roku 2006 a 2007



Príloha č. 9/1

Vývoj zmluvných cien za ukončenú hospitalizáciu v roku 2007 vo fakultných nemocniciach

Tabuľka č. 14 Zmluvné ceny za ukončenú hospitalizáciu k 30. 6. 2007

Odbornosť	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena	Rozdiel	% rozdielu	ZP s	
						min. cenou	max. cenou
vnútorné lekárstvo	16 331	12 075	19 594	7 519	62,27	SZP	EZP
neurológia	17 296	10 607	24 444	13 837	130,45	Apollo	SZP
pediatria	15 692	10 000	18 900	8 900	89,00	SZP	Apollo
gynekológia a pôrodníctvo	14 585	11 000	29 825	18 825	171,14	SZP	EZP
chirurgia	19 292	8 267	39 226	30 959	374,49	EZP	EZP
ortopédia	22 927	18 566	50 000	31 434	169,31	EZP	EZP
urológia	15 832	4 825	26 357	21 532	446,26	EZP	EZP
traumatológia	20 064	15 873	32 613	16 740	105,46	Apollo	EZP
anestéziológia a intenzívna medicína	136 191	69 000	240 000	171 000	247,83	SZP	Union

Tabuľka č. 15 Zmluvné ceny za ukončenú hospitalizáciu k 31. 12. 2007

Odbornosť	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena	Rozdiel	% rozdielu	ZP s	
						min. cenou	max. cenou
vnútorné lekárstvo	15 654	10 527	23 902	13 375	127,05	Apollo	EZP
neurológia	16 973	10 135	28 827	18 692	184,43	Apollo	EZP
pediatria	16 258	8 035	24 576	16 541	205,86	Apollo	EZP
gynekológia a pôrodníctvo	14 219	7 603	29 825	22 222	292,28	Apollo	SZP, EZP
chirurgia	18 960	11 200	39 226	28 026	250,23	Apollo	SZP
ortopédia	22 565	15 390	46 978	31 588	205,25	Apollo	EZP
urológia	15 981	10 097	29 000	18 903	187,21	Apollo	EZP
traumatológia	20 004	12 125	38 052	25 927	213,83	Apollo	EZP
anestéziológia a intenzívna medicína	130 865	68 470	243 687	175 217	255,90	Apollo	EZP

Tabuľka č. 16 Rozdiel cien (k 31. 12. 2007 – k 30. 6. 2007)

Odbornosť	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena
vnútorné lekárstvo	-677	-1 548	4 308
neurológia	-323	-472	4 383
pediatria	566	-1 965	5 676
gynekológia a pôrodníctvo	-366	-3 397	0
chirurgia	-332	2 933	0
ortopédia	-362	-3 176	-3 022
urológia	149	5 272	2 643
traumatológia	-60	-3 748	5 439
anestéziológia a intenzívna medicína	-5 326	-530	3 687

Príloha č. 10/2

Vývoj zmluvných cien za ukončenú hospitalizáciu v roku 2007 vo všeobecných nemocniciach

Tabuľka č. 17 Zmluvné ceny za ukončenú hospitalizáciu k 30. 6. 2007

Odbornosť	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena	Rozdiel	% rozdielu	ZP s	
						min. cenou	max. cenou
vnútorné lekárstvo	11 036	7 461	30 500	23 039	308,79	Apollo	EZP
neurológia	11 674	5 500	30 000	24 500	445,45	Apollo	EZP
pediatria	10 249	4 882	30 200	25 318	518,60	Apollo	EZP
gynekológia a pôrodníctvo	9 811	6 157	27 500	21 343	346,65	Apollo	EZP
chirurgia	11 864	7 020	29 500	22 480	320,23	Apollo	EZP
ortopédia	16 456	8 557	35 500	26 943	314,87	Apollo	EZP
urológia	11 529	4 696	27 000	22 304	474,96	Apollo	EZP
traumatológia	13 425	7 000	31 000	24 000	342,86	Apollo	EZP
anestéziológia a intenzívna medicína	64 107	3 500	225 442	221 942	6 341,20	EZP	EZP

Tabuľka č. 18 Zmluvné ceny za ukončenú hospitalizáciu k 31. 12. 2007

Odbornosť	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena	Rozdiel	% rozdielu	ZP s	
						min. cenou	max. cenou
vnútorné lekárstvo	11 047	7 461	30 500	23 039	308,79	Apollo	EZP
neurológia	11 698	5 500	30 000	24 500	445,45	Apollo	EZP
pediatria	10 263	4 882	30 200	25 318	518,60	Apollo	EZP
gynekológia a pôrodníctvo	9 810	4 000	27 500	23 500	587,50	SZP	EZP
chirurgia	11 841	4 900	29 500	24 600	502,04	SZP	EZP
ortopédia	17 412	11 538	35 500	23 962	207,68	Apollo	EZP
urológia	11 465	4 696	27 000	22 304	474,96	Apollo	EZP
traumatológia	13 838	7 000	31 000	24 000	342,86	Apollo	EZP
anestéziológia a intenzívna medicína	64 203	2 000	225 442	223 442	11 172,10	EZP	EZP

Tabuľka č. 19 Rozdiel **cien** (k 31. 12. 2007-k 30. 6. 2007)

Odbornosť	Priemerná cena	Minimálna cena	Maximálna cena
vnútorné lekárstvo	11	0	0
neurológia	24	0	0
pediatria	14	0	0
gynekológia a pôrodníctvo	-1	-2 157	0
chirurgia	-23	-2 120	0
ortopédia	956	2 981	0
urológia	-64	0	0
traumatológia	413	0	0
anestéziológia a intenzívna medicína	96	-1 500	0

Príloha č. 11/1

Prehľad štruktúry výkonov podľa jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti

Tabuľka č. 20 Prehľad evidenčne uznaných zdravotných výkonov podľa foriem ZS v rokoch 2005, 2006, 2007 v Sk a %

Formy ZS	Evidenčne (medicínsky) uznané výkony					
	v mil.			% podiel z celku		
	2005	**2006**	**2007**	**2005**	**2006**	**2007**
Lekárenská starostlivosť	**25 567**	**28 400**	**30 495**	**39,1**	**38,7**	**35,8**
v tom: lekárne (pozn.: lieky na recepty)	23 255	25 723	27 531	35,5	35,1	32,4
výdajne a optiky (pozn.: zdrav. pomôcky, optiky)	2 312	2 677	2 964	3,5	3,7	3,5
Ambulantná starostlivosť:	**23 027**	**26 341**	**31 976**	**35,2**	**35,9**	**37,6**
v tom: VAS	**4 548**	**5 313**	**6 596**	**6,9**	**7,2**	**7,8**
v tom: pre dospelých	2 124	1 819	2 250	3,2	2,5	2,6
pre deti a dorast	921	1 192	1 438	1,4	1,6	1,7
LSPP	304	318	398	0,5	0,4	0,5
ZZS vrátane leteckej a vodnej	1 198	1 983	2 510	1,8	2,7	3,0
ŠAS	**18 478**	**21 028**	**25 072**	**28,2**	**28,7**	**29,5**
v tom:ŠAS vrátane A liekov (pozn. všetky odb. amb.)	6 415	7 012	9 155	9,8	9,6	10,8
dialýzy	1 615	1 874	2 081	2,5	2,6	2,4
JZS	174	218	298	0,3	0,3	0,4
stacionáre spolu	33	166	215	0,1	0,2	0,3
mobilný hospic	0	0	0	0,0	0,0	0,0
stomatológia	2 338	2 594	3 096	3,6	3,5	3,6
SVLZ	**7 104**	**7 905**	**9 152**	**10,9**	**10,8**	**10,8**
ADOS	173	200	240	0,3	0,3	0,3
ÚPS (poskytovaná v odb. ambul.)	55	114	126	0,1	0,2	0,1
doprava	583	687	709	0,9	0,9	0,8
iné (napr.: kombinov. PZS,Dôvera-polikliniky)	**141**	**260**	**307**	**0,2**	**0,4**	**0,4**
Ústavná starostlivosť (pozn. lôžkové oddelenia ÚZZ):	**16 864**	**18 600**	**22 611**	**25,8**	**25,4**	**26,6**
v tom: **vš. nemocnice** (NsP,FN, DFN,FNsP,DFNsP)	13 080	13 670	16 534	20,0	18,6	19,4
špec. nemocnice(VOÚ, PN, CPLDZ, OLÚ)	3 233	3 523	4 127	4,9	4,8	4,9
z toho: VOÚ	0	2 890	3 029	0,0	3,9	3,6
liečebňa (LDCH,GC, PC,sanatórium, ozdravovňa)	0	228	332	0,0	0,3	0,4
domy ošetrovateľskej starostlivosti	549	6	8	0,8	0,0	0,0
hospic	0	7	12	0,0	0,0	0,0
prírodné liečebné kúpele	0	622	863	0,0	0,8	1,0
iné (napr. zariad. biomed. výskumu ZÚS kombin.)	2	544	735	0,0	0,7	0,9
Spolu	**65 458**	**73 341**	**85 082**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Príloha č. 12/2

Tabuľka č. 21 Prehľad finančne uznaných zdravotných výkonov podľa foriem ZS v rokoch 2005, 2006, 2007 v Sk a %

Formy ZS	Finančne uznané výkony					
	v mil.			% podiel z celku		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Lekárenská starostlivosť	**X**	**28 400**	**30 492**	**X**	**40,0**	**36,7**
v tom: lekárne (pozn.: lieky na recepty)	X	25 723	27 528	X	36,2	33,2
výdajne a optiky (pozn.: zdrav. pomôcky, optiky)	X	2 677	2 964	X	3,8	3,6
Ambulantná starostlivosť:	**X**	**24 785**	**30 567**	**X**	**34,9**	**36,8**
v tom: VAS	**X**	**5 311**	**6 591**	**X**	**7,5**	**7,9**
v tom: pre dospelých	X	1 819	2 249	X	2,6	2,7
pre deti a dorast	X	1 192	1 437	X	1,7	1,7
LSPP	X	317	397	X	0,4	0,5
ZZS vrátane leteckej a vodnej	X	1 983	2 509	X	2,8	3,0
ŠAS	**X**	**19 474**	**23 683**	**X**	**27,4**	**28,5**
v tom: ŠAS vrátane A liekov (pozn. všetky odb. amb.)	X	6 408	8 636	X	9,0	10,4
dialýzy	X	1 873	2 081	X	2,6	2,5
JZS	X	203	282	X	0,3	0,3
stacionáre spolu	X	159	200	X	0,2	0,2
mobilný hospic	X	0	0	X	0,0	0,0
stomatológia	X	2 525	3 029	X	3,6	3,6
SVLZ	**X**	**7 149**	**8 464**	**X**	**10,1**	**10,2**
ADOS	X	165	205	X	0,2	0,2
ÚPS (poskytovaná v odb. amb.)	X	106	119	X	0,1	0,1
doprava	X	634	665	X	0,9	0,8
iné (napr.: kombinov. PZS, Dôvera-polikliniky)	**X**	**252**	**292**	**X**	**0,4**	**0,4**
Ústavná starostlivosť (pozn. lôžkové oddelenia ÚZZ):	**X**	**17 811**	**21 948**	**X**	**25,1**	**26,4**
v tom: **vš. nemocnice** (NsP,FN, DFN,FNsP,DFNsP)	X	13 087	16 055	X	18,4	19,3
špec. nemocnice (VOÚ, PN, CPLDZ, OLÚ)	X	3 354	3 978	X	4,7	4,8
z toho: VOÚ	X	2 741	2 910	X	3,9	3,5
liečebňa (LDCH,GC, PC, sanatórium, ozdravovňa)	X	220	324	X	0,3	0,4
domy ošetrovateľskej starostlivosti	X	5	8	X	0,0	0,0
hospic	X	6	11	X	0,0	0,0
prírodné liečebné kúpele	X	622	863	X	0,9	1,0
iné (napr. zariad. biomed. výskumu ZÚS kombin.)	x	517	708	X	0,7	0,9
Spolu	**64 694**	**70 996**	**83 007**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

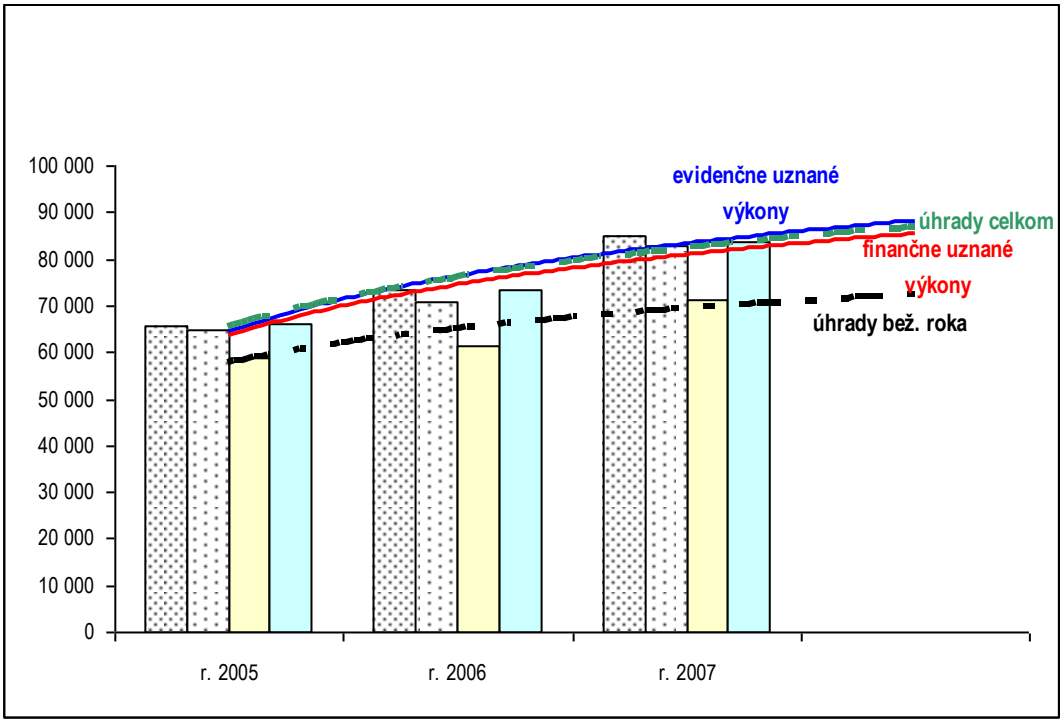
Príloha č. 13/3

Tabuľka č. 22 Prehľad tzv. nadlimitných zdravotných výkonov podľa foriem ZS v rokoch 2005, 2006, 2007 v Sk a %

Formy ZS	Rozdiel, tzv. nadlimitné výkony					
	v mil.			% podiel z celku		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Lekárenská starostlivosť	**X**	**0**	**2**	**X**	**0**	**0,1**
v tom: lekárne (pozn.: lieky na recepty)	X	0	2	X	0	0,1
výdajne a optiky (pozn.: zdrav. pomôcky, optiky)	X	0	0	X	0	0
Ambulantná starostlivosť:	**X**	**1 556**	**1 409**	**X**	**66,4**	**67,9**
v tom:VAS	**X**	**1**	**4 422**	**X**	**0**	**213,2**
v tom: pre dospelých	X	0	1 156	X	0	55,7
pre deti a dorast	X	0	0	X	0	0
LSPP	X	1	1 444	X	0	69,6
ZZS vrátane leteckej a vodnej	X	0	1 629	X	0	78,5
ŠAS	**X**	**1 554**	**1 388**	**X**	**66,3**	**66,9**
v tom:ŠAS vrátane A liekov (pozn. všetky odb. amb.)	X	603	518	X	25,7	25
dialýzy	X	1	529	X	0	25,5
JZS	X	15	15	X	0,6	0,7
stacionáre spolu	X	7	15	X	0,3	0,7
mobilný hospic	X	0	0	X	0	0
stomatologia	X	69	66	X	2,9	3,2
SVLZ	**X**	**756**	**688**	**X**	**32,2**	**33,2**
ADOS	X	35	35	X	1,5	1,7
ÚPS (poskytovaná v odb. amb.)	X	8	8	X	0,3	0,4
doprava	X	53	44	X	2,3	2,1
iné (napr.: kombinov. PZS, Dôvera-polikliniky)	X	**8**	**16**	**X**	**0,3**	**0,8**
Ústavná starostlivosť (pozn. lôžkové oddelenia ÚZZ):	**X**	**789**	**663**	**X**	**33,6**	**32**
v tom: **vš. nemocnice** (NsP,FN, DFN,FNsP,DFNsP)	X	583	479	X	24,9	23,1
špec. nemocnice(VOÚ, PN, CPLDZ, OLÚ)	X	169	148	X	7,2	7,1
z toho: VOÚ	X	149	119	X	6,4	5,7
liečebňa (LDCH,GC, PC, sanatórium, ozdravovňa)	X	9	7	X	0,4	0,3
domy ošetrovateľskej starostlivosti	X	0	0	X	0	0
hospic	X	1	1	X	0	0
prírodné liečebné kúpele	X	0	0	X	0	0
iné (napr. zariad. biomed. výskumu, ZÚS kombin.)	X	27	27	x	1,2	1,3
Spolu	**763**	**2 345**	**2 074**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Poznámka:

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 uhradia ich.
3) Nadlimitné výkony predstavujú rozdiel medzi evidenčne uznanými a finančne uznanými výkonmi.
4) V stĺpci prepočet na 1 poistenca vo všetkých riadkoch je uvedený údaj o evidenčne uznaných výkonoch a finančne uznaných výkonoch za všetky zdravotné poisťovne spolu, ktorý je vydelený priemerným počtom všetkých poistencov, okrem riadkov VAS pre dospelých a VAS pre deti a dorast, kde pri prepočte priemerné počty poistencov sme členili na dospelých a deti.

Príloha č. 14/4

Graf č. 4 Vývoj evidenčne uznaných, finančne uznaných a ich úhrada v roku 2007