

vestník

číslo 3/2007

- úradu pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

OBSAH:

**SPRÁVA
O STAVE VYKONÁVANIA
VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO
POISTENIA
ZA ROK 2006**

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 2006 (ďalej len „správa“).

Správa sa zaoberá zhodnotením stavu verejného zdravotného poistenia za 2006. Má 3 časti, súhrn a záver; obsahuje 11 príloh.

Prvá časť informuje o systéme verejného zdravotného poistenia, druhá časť sa zaoberá so 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.

Záver obsahuje zhrnutie ako aj konkrétne odporúčania do budúcnosti. 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 19. júna 2007 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 19. júna 2007 a prijala uznesenie č.27.

Správa bola predložená na rokovanie vlády SR dňa 27. júna 2007. Správu vláda prerokovala a zobrala na vedomie.

Zoznam skratiek

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

Zoznam skratiek zákonov

Číslo zákona	Názov zákona
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.“)
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. 580/2004 Z. z.“)
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.“)
140/1998	Zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 140/1998 Z. z.“).

Obsah

SÚHRN	7
Časť 1. Systém verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike	13
1.1. Makroekonomické, legislatívne, regulačné a kontrolné prostredie a postavenie verejného zdravotného poistenia v ňom	13
1.1.1. Makroekonomické prostredie	13
1.1.2. Legislatívne prostredie	16
1.1.3. Účastníci systému verejného zdravotného poistenia ich práva a povinnosti.....	17
1.1.3.1. Úrad vo vzťahu k účastníkom systému zdravotnej starostlivosti	19
1.1.3.2. Práva poistencov a platiteľov poistného vo vzťahu k zdravotnému poisteniu.....	19
1.1.3.3. Práva poistencov (pacientov) vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti	19
1.1.4. Kontrola, výkon dohľadu a sankcie	20
1.1.4.1. Kontrola	20
1.1.4.2. Výkon dohľadu	25
1.1.4.3. Sankcie	27
1.2. Plnenie nariadení Rady EHS v systéme verejného zdravotného poistenia.....	28
Časť 2. Zdravotné poistenie	33
2.1. Organizácia a riadenie v zdravotných poisťovniach.....	33
2.2. Rozdelenie poistného trhu	33
2.3. Dodržiavanie platobnej schopnosti zdravotných poisťovní	35
2.4. Predpis poistného výber poistného a prerozdelenie poistného	36
2.4.1. Predpis poistného.....	37
2.4.2. Výber poistného	37
2.4.3. Prerozdeľovanie poistného	39
2.5. Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní	40
2.5.1. Príjmy zdravotných poisťovní	40
2.5.2. Výdavky zdravotných poisťovní	41
2.5.3. Pohľadávky a záväzky vrátane rezerv	45
2.5.4. Tvorba rezerv.....	48
2.5.5. Hospodársky výsledok zdravotných poisťovní.....	49
Časť 3. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti.....	50
3.1. Uzatváranie zmlúv so zdravotnými poisťovňami, zabezpečenie a úhrada zdravotnej starostlivosti poisťovňami	50
3.1.1. Zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti	50
3.1.2. Verejná minimálna sieť	51
3.1.3. Indikátory kvality	51
3.1.4. Evidenčne uznané výkony, finančne uznané výkony a rozdiel medzi nimi	52
3.1.5. Úhrada finančne uznaných výkonov	54
3.1.6. Prehľad o zdravotnej starostlivosti inde nezahrnutej	56
3.1.7. Sumárny prehľad o zabezpečení poskytnutej zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia	57
3.2. Regionálna analýza nákladov zdravotných poisťovní na poistenca podľa štruktúry poistencov	58
3.3. Dispenzárna starostlivosť.....	61
3.4. Vedenie zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti	61
Záver	62

Zoznam tabuliek

Tabuľka č.1	Vývoj makroekonomických indikátorov relevantných pre financovanie zdravotníctva	13
Tabuľka č.2	Zdroje financovania zdravotníctva – ich podiel na HDP v %.....	14
Tabuľka č.3	Pomer verejných a súkromných zdrojov financovania zdravotníctva na celkových zdrojoch v rokoch 2005 a 2006 v %	14
Tabuľka č.4	Štruktúra zdrojov financovania zdravotníctva v mld. Sk	16
Tabuľka č.5	Prehľad o vykonaných priamych kontrolách jednotlivými zdravotnými poisťovňami v roku 2006	22
Tabuľka č.6	Prehľad o počte podaných podnetov, žiadostí a sťažností podľa jednotlivých zdravotných poisťovní a v členení podľa ich opodstatnenosti	22
Tabuľka č.7	Prehľad o následných finančných kontrolách a dozoroch vykonaných MZ SR u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	23
Tabuľka č.8	Prehľad o podaniach a sťažnostiach na MZ SR	23
Tabuľka č.9	Prehľad o priamych kontrolách vykonaných samosprávnymi krajmi u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	24
Tabuľka č.10	Prehľad podaní v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005.....	25
Tabuľka č.11	Prehľad všetkých podaní riešených úradom v roku 2006 a v roku 2005.....	25
Tabuľka č.12	Prehľad ukončených podaní k 31.12.2006	26
Tabuľka č.13	Pitvanosť v %	26
Tabuľka č.14	Prehľad o počte rozhodnutí o uložení pokuty vydaných na základe oznámení zdravotných poisťovní	27
Tabuľka č.15	Výška uložených pokút v Sk	27
Tabuľka č.16	Výška pokút uložených úradom v roku 2006 v Sk.....	28
Tabuľka č.17	Počty prípadov čerpania vecných dávok a výška nákladov.....	32
Tabuľka č.18	Priemerný náklad na prípad čerpania vecných dávok v EÚ poisťencami SR a v SR poisťencami EÚ v tis. Sk a v %	32
Tabuľka č.19	Postavenie zdravotných poisťovní na poistnom trhu v roku 2006.....	33
Tabuľka č.20	Počet členov predstavenstiev a dozorných rád jednotlivých.....	33
Tabuľka č.21	Počet poisťencov podľa zdravotných poisťovní a podľa samosprávnych krajov k 31.12.2006.....	34
Tabuľka č.22	Dozrievanie miery platobnej schopnosti v roku 2006.....	35
Tabuľka č.23	Štruktúra poistného kmeňa podľa typu platiteľa v %	36
Tabuľka č.24	Predpis poistného za rok 2006 a porovnanie vývoja s rokom 2005.....	37
Tabuľka č.25	Priemerný predpis poistného na poistenca v roku 2006 a porovnanie vývoja s rokom 2005 v Sk.....	37
Tabuľka č.26	Výber poistného v roku 2005 a 2006 v tis. Sk	37
Tabuľka č.27	Priemerný výber poistného na poistenca v rokoch 2006 a porovnanie s rokom 2005.....	38
Tabuľka č.28	Porovnanie predpisu a výberu poistného v roku 2006 na poistenca.....	38
Tabuľka č.29	Úspešnosť výberu poistného v roku 2006 v a roku 2005	38
Tabuľka č.30	Prehľad o výsledku prerozdelenia preddávok na.....	39
Tabuľka č.31	Skutočne dosiahnuté príjmy v roku 2004 až 2006 , ich medziročný rast v Sk a v % a prepočet na poistenca	40
Tabuľka č.32	Štruktúra výdavkov zdravotných poisťovní v rokoch 2004, 2005 a 2006.....	42
Tabuľka č.33	Podiel jednotlivých druhov ZS na výdavkoch na ZS v roku 2005 a 2006	43
Tabuľka č.34	Podiel výdavkov na ZS, ostatných výdavkov a výdavkov na správu.....	43
Tabuľka č.35	Správna réžia zdravotných poisťovní a jej percentuálny rast alebo pokles v roku 2006.....	44
Tabuľka č.36	Výška pohľadávok zdravotných poisťovní po ich korekcií	45
Tabuľka č.37	Štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní po ich korekcií za rok	45
Tabuľka č.38	Štruktúra záväzkov zdravotných poisťovní za rok 2006	47
Tabuľka č.39	Priemerná výška záväzkov na poistenca	47

Tabuľka č.40	Výška rezerv vytvorených zdravotnými poisťovňami v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005.....	48
Tabuľka č.41	Výsledok hospodárenia zdravotných poisťovní v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005.....	49
Tabuľka č.42	Percentuálne vyjadrenie váhy kritérií na uzatváranie zmlúv o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti.	50
Tabuľka č.43	Prehľad evidenčne uznaných, finančne uznaných a tzv. nadlimitných zdravotných výkonov podľa foriem zdravotnej starostlivosti v roku 2006 v mil. Sk a v prepočte na poistenca	52
Tabuľka č.44	Prehľad evidenčne uznaných, finančne uznaných a tzv. nadlimitných zdravotných výkonov celkom v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 a 2004 v Sk a v %	53
Tabuľka č.45	Úhrada finančne uznaných výkonov v roku 2006	55
Tabuľka č.46	Sumárny prehľad o použití finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rokoch 2004 a 2005.....	57

Zoznam grafov

Graf č.1	Náklady na vecné dávky v EÚ.....	30
Graf č.2	Podiel zdravotných poisťovní na poistnom trhu podľa počtu poistencov k 31.12.2006	34
Graf č.3	Skutočné príjmy dosiahnuté v roku 2004 až 2006	41
Graf č.4	Vývoj evidenčne uznaných zdravotných výkonov podľa foriem zdravotnej starostlivosti v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005	54
Graf č.5	Úhrady a zápočty týkajúce a finančne uznaných zdravotných výkonov v rokoch 2004, 2005 a 2006	55
Graf č.6	Prehľad o poskytnutej ZS inde nezahrnutej ZS v Sk	56
Graf č.7	Grafické znázornenie použitia finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rokoch 2004 a 2005	58
Graf č.8	Porovnanie priemerných nákladov ZP na poistenca v Sk a indexov rizikovosti poistného kmeňa v členení podľa zdravotných poisťovní	59
Graf č.9	Porovnanie priemerných nákladov ZP na poistenca v Sk a indexov rizikovosti poistencov v členení podľa jednotlivých krajov v SR.....	60

Zoznam príloh

Príloha č.1	Prehľad zákonov ktorými sa riadil systém verejného zdravotného poistenia a ich novelizácie v roku 2006	67
Príloha č.2	Vzájomné väzby medzi jednotlivými účastníkmi systému verejného zdravotného poistenia ..	68
Príloha č.3	Prehľad zabezpečenia práv poistencov a platiteľov poistného vo vzťahu k zdravotnému poisteniu a zabezpečenie práv poistencov vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti.	70
Príloha č.4	Prehľad podaní riešených úradom v roku 2006.....	73
Príloha č. 5	Výdavky na poistenca.....	75
Príloha č. 6	Štruktúra pohľadávok.....	77
Príloha č. 7	Indikátory kvality	78
Príloha č. 8	Evidenčne uznané výkony, finančne uznané výkony a rozdiel medzi nimi	81
Príloha č. 9	Regionálna analýza nákladov zdravotných poisťovní na poistenca podľa štruktúry poistencov.....	84
Príloha č. 10	Dispenzárna starostlivosť	86
Príloha č. 11	Vedenie zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti	89

Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2006

Súhrn

1. SYSTÉM VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Výšku zdrojov financovania zdravotníctva v roku 2006 ovplyvňoval vývoj ekonomiky. Podiel nominálnych zdrojov financovania zdravotníctva na HDP v roku 2006 predstavoval 6,2%; po zohľadnení miery inflácie podiel reálnych zdrojov financovania na HDP bol 5,7%. Tieto hodnoty poukazujú na zaostávanie nielen v porovnaní s niektorými okolitými krajinami, ale aj s krajinami EÚ 15, kde % z HDP, ktoré sa použilo na financovanie zdravotníctva predstavovalo v roku 2004¹ v priemere 8,1%.

V roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 podiel nominálnych zdrojov financovania zdravotníctva na HDP poklesol o 0,4 percentuálnych bodov. Dôvodom tohto poklesu je skutočnosť, že ostatné verejné zdroje, ktoré sa v roku 2005 dostávali do zdravotného systému a boli založené na administratívnom opatrení (oddľžovanie prostredníctvom spoločnosti Veriteľ a.s.), sa v roku 2006 už nerealizovali. Ďalším dôvodom je pokles kapitálových zdrojov a pokles participácie obyvateľstva na zdravotnej starostlivosti (zrušenie resp. zníženie poplatkov za niektoré služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti).

V roku 2006 celkové zdroje (verejné a súkromné) predstavovali 101,2 mld. Sk. Verejné zdroje tvorili 80,8 % celkových zdrojov. V roku 2006 bol prvýkrát uplatnený aj inštitút ročného zúčtovania poistného prostredníctvom ktorého získalo zdravotníctvo 1,5 mld. Sk (podľa jednotlivých poisťovní takto: Všeobecná zdravotná poisťovňa 574,0 mil. Sk, Spoločná zdravotná poisťovňa 331,0 mil. Sk, Apollo 239,0 mil. Sk, Dôvera 357,0 mil. Sk).

Priaznivý vývoj ekonomiky vytváral priestor na to, aby sa do zdravotníctva dostali zdroje, ktorých výška je porovnateľná s krajinami s podobnou dynamikou rastu ekonomiky. Rast ekonomiky sa prejavil rastom miezd, čo znamenalo rast poistného vybraného prostredníctvom poistného systému od ekonomicky aktívnych poistencov, ale aj rastom poistného plateného za poistencov štátu.

Zásadnou zmenou, ktorá sa vzťahovala k financovaniu zdravotníctva v roku 2006 bolo zrušenie a zníženie úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Zdroje zdravotníctva ovplyvnili aj zmeny, ktoré boli prijaté v oblasti regulácie cien - zrušenie väčšiny úradne určených cien výkonov zdravotnej starostlivosti s účinnosťou od 1.5.2006, ako aj prijaté zmeny v kategorizácii liekov a zdravotníckych pomôcok. Prijatá novela zákona o dani z pridanej hodnoty v roku 2006 ovplyvní zdroje zdravotníctva v roku 2007.

V roku 2006 priniesla novela zákona o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov s účinnosťou od 1. 1. 2006 zmeny, ktoré sa dotýkali najmä vymedzenia osobného rozsahu zdravotného poistenia, spresnenia vymedzenia subjektov, za ktoré je štát platiteľom poistného, zavedenia inštitútu ročného zúčtovania poistného, úpravy úhrady služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a rozsah činností a povinností zdravotných poisťovní.

Postavenie jednotlivých účastníkov v systéme zdravotného poistenia a ich vzájomné vzťahy upravujú právne normy.

¹ Štatistika WHO rok 2004.

Zabezpečenie práv poistencov a platiteľov poistného vo vzťahu k zdravotnému poisteniu je garantované zákonom o zdravotnom poistení, vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti Európskou chartou práv pacientov, ktorá je priamo aplikovaná zákonom o zdravotnej starostlivosti a o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Dodržiavanie právnych predpisov upravujúcich oblasť zdravotníctva podlieha kontrole. Do systému kontroly boli v roku 2006 zapojené viaceré inštitúcie – zdravotné poisťovne, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, úrad, samosprávne kraje a stavovské organizácie. Ich hlavným cieľom bolo odhaľovanie nedostatkov a dohľad nad dodržiavaním zákonov a ostatných právnych predpisov upravujúcich pravidlá fungovania systému verejného zdravotného poistenia.

V roku 2006 úrad prvýkrát v plnom rozsahu vykonával svoju činnosť. Úrad sa dostal do povedomia občanov ako nezávislá a nestranná inštitúcia, ktorá chráni ich práva a záujmy, čo sa prejavilo aj na zvýšenom počte podaní. Úrad prijal o 84% podaní viac ako v roku 2005. Najčastejším predmetom podaní bolo poukázanie na nezákonné prepoistenie, nespokojnosť s liečbou a úmrtie v súvislosti s nesprávne poskytnutou zdravotnou starostlivosťou.

Úrad na základe zistení ukladal pri porušení platných právnych predpisov sankcie poistencom, platiteľom, zdravotným poisťovňám a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Rok 2006 znamenal pre slovenské zdravotníctvo prakticky prvý rok, v ktorom sa naplno popri národnej legislatíve uplatňovala aj legislatíva EÚ, ktorá je národnej legislatíve nadradená.

V súlade s právnymi predpismi sa poistencom verejného zdravotného poistenia SR garantuje nárok na zdravotnú starostlivosť (vecné dávky) pri pobyte alebo bydlisku v inom členskom štáte EÚ podľa právnych predpisov platných v danom členskom štáte, pričom tieto dávky musia byť poskytované v rámci verejného zdravotného systému. Osobitnú skupinu tvorili vecné dávky, súvisiace s úhradou plánovanej liečby poskytnutej v inom členskom štáte EÚ na základe súhlasu zdravotnej poisťovne.

V roku 2006 bolo schválených 640 žiadostí o udelenie súhlasu čerpať vecné dávky v iných členských štátoch EÚ. Slovenskí poistenci čerpali vecné dávky v iných členských štátoch EÚ v súvislosti s náročnou liečbou po medicínskej i finančnej stránke. Celkový objem úhrad predstavoval 60,0 mil. Sk.

Úrad plnil úlohu styčného orgánu pre vecné dávky a zároveň pre refundáciu nákladov za poskytnuté vecné dávky. V rámci systému refundácie boli prvýkrát v roku 2006 uplatnené pohľadávky slovenských zdravotných poisťovní na základe paušálnych nákladov v hodnote 3,1 mil. Sk za 371 poistencov iných členských štátov EÚ s bydliskom v SR.

Aj v roku 2006 bola migrácia zo SR do EÚ významnejšia ako migrácia z EÚ do SR. Záväzky slovenských zdravotných poisťovní na základe paušálnych nákladov predstavovali objem 11, 7 mil. Sk za 721 poistencov SR – všetky prípady sa týkali nákladov za rok 2004.

Slovenskí poistenci mohli využívať aj možnosti vyplývajúce z rozsudkov Európskeho súdneho dvora založené na voľnom pohybe služieb čo znamená, že môžu vycestovať za plánovanou zdravotnou starostlivosťou aj bez súhlasu svojej zdravotnej poisťovne. Náklady na zdravotnú starostlivosť v takomto prípade musí uhradiť v plnej výške poistenec, pričom môže využiť aj služby súkromného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri limitovanej úhrade z verejných zdrojov.

2. ZDRAVOTNÉ POISTENIE

V roku 2006 pôsobilo v Slovenskej republike sedem zdravotných poisťovní

- Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len VŠZP),
- Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len SZP),
- Apollo zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len Apollo),
- Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len Dôvera),
- Sideria zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len Sideria),
- Európska zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len EZP),
- Union zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len Union).

Reálne zahájenie činnosti nových zdravotných poisťovní - EZP a Union v roku 2006 neovplyvnilo výsledok rozdelenia poistného trhu oproti roku 2005.

V roku 2006 boli zdravotné poisťovne akciovými spoločnosťami. Svoju činnosť vykonávali podľa 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.“). Na činnosť zdravotnej poisťovne sa vzťahoval aj Obchodný zákonník.

Orgány zdravotnej poisťovne tvorí valné zhromaždenie, predstavenstvo a dozorná rada, ktorých kompetencie a činnosť vymedzujú právne normy, štatút a stanovy poisťovne. Štatutárnym orgánom je predstavenstvo, ktoré riadi činnosť poisťovne a koná v jej mene. Dozorná rada dohliada na výkon predstavenstva a činnosť zdravotnej poisťovne.

Zdravotná poisťovňa je povinná počas svojej činnosti zabezpečovať platobnú schopnosť, ktorú preukazuje mesačne v zákone stanoveným spôsobom. V roku 2006 úrad mesačne kontroloval dodržiavanie miery platobnej schopnosti so záverom, že vo všetkých zdravotných poisťovniach bola dodržaná v súlade so zákonom.

Ku koncu roku 2006 najnižšiu mieru platobnej schopnosti vykazovala VŠZP vo výške 4,2% a najvyššiu Dôvera 35,3%.

Poistné na zdravotné poistenie platia zamestnanci, samostatne zárobkovo činné osoby, zamestnávateľia, štát a samoplatitelia. Predpis poistného je poistné, ktoré je platiteľ povinný odviesť zdravotnej poisťovni v danom roku. Za rok 2006 vykázali poisťovne predpis poistného vo výške 81,4 mld. Sk, čo znamená nárast oproti roku 2005 o 14,7%, v absolútnom vyjadrení o 10,4 mld. Sk.

Výber poistného je skutočne zaplatené poistné za daný rok, ktorý sa viaže k predpisu poistného bežného roka. V roku 2006 výber poistného predstavoval celkom 77,4 mld. Sk, oproti roku 2005 stúpol o 8,6%. Úspešnosť výberu poistného dosiahla úroveň 95,1%.

Prerozdeľovanie poistného ktoré zabezpečuje solidaritu medzi poistencami v roku 2006 prešlo rôznymi zmenami. Hlavným kritériom bolo prerozdeľovanie poistného na základe indexu rizika nákladovosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rámci príslušnej vekovej štruktúry a pohlavia poistencov.

Celkové príjmy zdravotných poisťovní dosiahli v roku 2006 objem 85,8 mld. Sk oproti roku 2005 vzrástli o 8,9 mld. Sk, čo znamená nárast o 11,6%. Reálne príjmy po zohľadnení výsledku prerozdeľovania poistného dosiahli v roku 2006 výšku 79,5 mld. Sk.

Celkové výdavky zdravotných poisťovní v roku 2006 boli 85,6 mld. Sk, z čoho výdavky na zdravotnú starostlivosť predstavovali 73,1 mld. Sk (údaj zahŕňa len výdavky na zdravotnú

starostlivosť podľa jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti). Výdavky na zdravotnú starostlivosť vzrástli v porovnaní s rokom 2005 o 6,9 mld. Sk; ich podiel na celkových výdavkoch však poklesol o 3% v dôsledku zvýšenia ostatných výdavkov.

V roku 2006 bolo na zabezpečenie správy zdravotných poisťovní vynaložených 5,3 mld. Sk, čo predstavuje 6,2% z celkových výdavkov. Reálne výdavky po zohľadnení výsledku prerozdelenia poistného v roku 2006 boli vo výške 79,3 mld. Sk. Rozdiel medzi reálnymi príjmami a výdavkami predstavoval 0,2 mld. Sk.

Zdravotné poisťovne vykazovali k 31.12.2006 celkové pohľadávky brutto 21,2 mld. Sk. Po korekcii pohľadávok vo výške 8,2 mld. Sk - cez opravné položky – boli reálne pohľadávky vo výške 13,0 mld. Sk.

K 31.12.2006 evidovali zdravotné poisťovne celkové záväzky vo výške 12,4 mld. Sk. Záväzky z verejného zdravotného poistenia boli vo výške 11,6 mld. Sk, oproti roku 2005 sa zvýšili o 3,3 mld. Sk, čo predstavuje nárast záväzkov o 40%. Najväčšiu časť záväzkov z verejného zdravotného poistenia predstavovali záväzky voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vo výške 9,9 mld. Sk, čo je oproti roku 2005 nárast o 2,3 mld. Sk. Rozdiel medzi vykázanými pohľadávkami a záväzkami bol 600,0 mil. Sk.

Zdravotné poisťovne vytvorili k 31.12.2006 technické rezervy vo výške 4,7 mld. Sk a ostatné rezervy vo výške 317,3 mil. Sk. V porovnaní s rokom 2005 znížili poisťovne výšku technických rezerv o 1,7 mld. Sk. Zníženie tvorby technických rezerv malo dopad na výsledok hospodárenia zdravotných poisťovní v roku 2006.

Zdravotné poisťovne vykázali kladný výsledok hospodárenia v celkovej výške 1,2 mld. Sk; táto suma zahŕňa aj vplyv záporného výsledku hospodárenia v objeme 0,7 mld. Sk (výsledok hospodárenia Union ZP, a. s. a EZP, a. s.).

Všetky údaje, ktoré sú uvedené v tejto časti správy vychádzajú z auditovaných účtovných závierok zdravotných poisťovní.

3. POSKYTOVANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Zdravotná starostlivosť pre poistencov bola v roku 2006 v prevažnej miere poskytovaná na základe zmluvy poskytovateľa zdravotnej starostlivosti so zdravotnými poisťovňami. Počet poskytovateľov, ktorých úrad evidoval bol 12 785. Počet uzatvorených zmlúv zdravotných poisťovní s poskytovateľmi k 31. 12. 2006 bol v rozsahu od 9 589 do 10 480 zmlúv (okrem Union a EZP). Zdravotné poisťovne sú povinné v súlade so zákonom uzatvárať zmluvy so všetkými poskytovateľmi všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ak má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti aspoň s jedným poistencom), s každým poskytovateľom lekárenskej starostlivosti a s každým poskytovateľom, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulantnej záchrannej služby. Táto povinnosť však nie je daná poskytovateľom. Všetky zdravotné poisťovne evidujú najvyšší počet zmlúv v špecializovanej ambulantnej starostlivosti.

Zdravotné poisťovne sú povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu určenej verejnej minimálnej siete poskytovateľov. K 31.12.2006 všetky zdravotné poisťovne deklarovali naplnenie tejto podmienky vo všetkých formách poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Pre zdravotné poisťovne v roku 2006 po prvýkrát platila povinnosť uzatvárať zmluvy podľa vopred zverejnených kritérií vzťahujúcich sa na personálne, materiálne – technické vybavenie a indikátory kvality. Zdravotné poisťovne boli povinné hodnotiť vybrané oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa indikátorov kvality ustanovených nariadením vlády. Indikátory

kvality boli vypracované na hodnotenie piatich oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti: dostupnosti zdravotnej starostlivosti, efektívnosti využitia zdrojov, účinnosti a primeranosti zdravotnej starostlivosti, vnímania poskytnutej zdravotnej starostlivosti osobou, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje a výsledkov zdravotnej starostlivosti. Podľa pôvodného zámeru tvoreu zákona indikátory kvality majú slúžiť zdravotným poisťovniam pre výber najvhodnejších zmluvných poskytovateľov.

V roku 2006 boli medicínsky akceptované a uznané výkony v objeme 73,3 mld. Sk, čo predstavuje v porovnaní s rokom 2005 nárast o 12%. Finančne uznané výkony vzrástli o 9,7% na 71,0 mld. Sk. Rozdiel medzi evidenčne (medicínsky) a finančne uznanými výkonmi - nadlimitné výkony - poukazuje na to, že zdravotné poisťovne aj v roku 2006 objednávali zdravotnú starostlivosť v nižších objemoch, ako bola v skutočnosti poskytnutá. Výška nadlimitných výkonov v roku 2006 dosiahla 2,3 mld. Sk, čo je oproti roku 2005 nárast o 1,6 mld. Sk. Príčinou zvýšenia je pravdepodobne nepresný odhad zdravotnej poisťovne pri stanovení zmluvných podmienok (cena, finančný objem).

Priemerné náklady na poistenca boli porovnávané aj podľa vekovej štruktúry a pohlavia poistencov v členení podľa jednotlivých zdravotných poisťovní a podľa krajov v SR. Členenie podľa regiónov je na základe príslušnosti poistencov k regiónom, nie podľa miesta poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Podľa priemerných nákladov na poistenca najnákladovejší boli poistenci Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Rozdiely nákladov na poistenca podľa zdravotných poisťovní sú významné a korelujú s rozdielnou štruktúrou poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní.

Najvyššie priemerné náklady na poistenca sú v Bratislavskom kraji, najnižšie v Nitrianskom kraji, rozdiel medzi maximálnou a minimálnou výškou nákladov je 20%. Priemerné náklady v jednotlivých krajoch nesúvisia len s rizikovosťou štruktúry poistencov, ale ovplyvňuje ich aj počet a štruktúra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Dispenzarizácia je aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu osoby, u ktorej je predpoklad zhoršovania zdravotného stavu, jej vyšetrenie a liečba. Zdravotná poisťovňa má povinnosť zaraďovať poistencov na dispenzarizáciu na základe návrhu poskytovateľa, viesť zoznam takýchto poistencov a zasielať na úrad.

V dispenzarnej starostlivosti nedošlo k právnym úpravám v porovnaní s rokom 2005. V dôsledku zlepšenia evidencie v roku 2006 bol zaznamenaný vzostup počtu dispenzarizovaných poistencov ktoré úrad evidoval. Oproti 193 494 poistencov v roku 2005 sa počet dispenzarizovaných poistencov k 31.12.2006 zvýšil na 578 719.

Podľa zákona je zdravotná poisťovňa povinná tvoriť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť technické rezervy na úhradu za plánovanú zdravotnú starostlivosť pre poistencov zaradených v zozname, pričom tieto rezervy môže použiť výhradne na tento účel. Počet poistencov zaradených do zoznamu čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti k 31.12.2006 bol viac ako 28 tisíc poistencov.

Štruktúra diagnóz je v jednotlivých zdravotných poisťovniach veľmi podobná, i keď s rozdielnou frekvenciou. Predmetom zaradenia poistenca do zoznamu nie je len diagnóza, ale zdravotný (obvyčajne liečebný) výkon - napríklad operačný zákrok.

Podrobné hodnotenie vykonávania verejného zdravotného poistenia v roku 2006 v rovnakej štruktúre ako je popísaný súhrn, je obsahom správy, ktorá sa skladá z troch častí:

- systém verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike,

- zdravotné poistenie,
- poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

V závere správy je zhrnutý súčasný stav vykonávania verejného zdravotného poistenia a návrhy odporúčaní, ktoré by po ich realizácii v budúcnosti mohli viesť k stabilizácii systému a jeho sprehľadneniu.

Časť 1. Systém verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike

1.1. Makroekonomické, legislatívne, regulačné a kontrolné prostredie a postavenie verejného zdravotného poistenia v ňom

1.1.1. Makroekonomické prostredie

Výšku zdrojov financovania zdravotníctva v roku 2006 ovplyvňoval vývoj reálnej ekonomiky. V roku 2006 ekonomika zaznamenala rast, čo sa prejavilo reálnym rastom HDP. Rast HDP bol podporovaný kombináciou rastu produktivity práce a rastu zamestnanosti.

Tabuľka č.1 Vývoj makroekonomických indikátorov relevantných pre financovanie zdravotníctva

Ukazovateľ		m. j.	Skutočnosť		Prognóza		
			2005	2006	2007	2008	2009
HDP v bežných cenách 1)		mld. Sk	1 471,1	1 636,3	1 809,4	1 941,0	2 074,0
HDP reálny rast 1)		%	6,0	8,3	8,1	5,6	5,1
Priemerný rast zamestnanosti 2) podľa VZPS		%	2,1	3,8	1,6	0,8	0,8
Počet zamestnaných v hospodárstve 3)		v tis. osôb	2 216,2	2 301,4	2 338,2	2 356,9	2 375,8
Priemerná mesačná mzda v hospodárstve 4)	nominálny rast	%	9,2	8,0	6,6	6,0	6,2
	reálny rast		6,3	3,5	4,3	4,0	3,7
Priemerná mesačná mzda 5)		Sk	17 274,0	18 761,0	19 999,2	21 199,2	22 513,6
Priemerná ročná miera inflácie 6)		%	2,7	4,5	3,1	2,0	2,4
Objem miezd v ekonomike 7)		mld. Sk	459,4	518,1	561,1	599,6	641,8
Podiel miezd na HDP		%	31,2	31,6	31,0	30,9	30,9

Zdroj :

- 1) Ministerstvo financií SR , Inštitút finančnej politiky, Makroekonomické prognózy, január 2007
- 2) SŠÚ skutočnosť rok 2005 a 2006, roky 2007 – 2009 odhad
- 3) Skutočnosť rok 2005 a 2006 podľa SŠÚ roky 2007-2009 vypočítaný na základe priemerného rastu zamestnanosti podľa VZPS
- 4) Ministerstvo financií SR –Inštitút finančnej politiky, január 2007
- 5) SŠÚ skutočnosť 2005 a 2006, roky 2007 -2009 vypočítané na základe priemerného nominálneho rastu priemernej mzdy
- 6) Ministerstvo financií SR, Konvergenčný program 2006 -2010 prognóza
- 7) Vypočítaný na základe rastu priemernej mesačnej mzdy a rastu zamestnanosti

Úroveň financovania zdravotníctva

Základným ukazovateľom relatívnej úrovne financovania zdravotníctva je podiel zdrojov zdravotníctva na HDP. Tento ukazovateľ indikuje absolútny a relatívny objem disponibilných zdrojov pre zdravotníctvo.

Vývoj financovania zdravotníctva v roku 2006

V roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 vzrástol objem miezd v ekonomike o 12,8% (zároveň došlo aj k miernemu zvýšeniu podielu miezd na HDP). Tento rast spolu s ostatnými faktormi vytvoril predpoklad pre rast zdrojov pre zdravotníctvo.

Pred rokom 2006 okrem poistného vyberaného prostredníctvom poistného systému, príjmy zdravotníctva – disponibilné zdroje - ovplyvňovali aj prijaté nesystémové opatrenia, ktoré boli založené na princípe oddĺženia bez toku hotovosti. Takýto princíp sa uplatňoval pri vysporiadaní pohľadávok akciovou spoločnosťou Veriteľ a. s.. V roku 2006 sa tento princíp neuplatňoval.

Pre úplnosť posudzovania je potrebné uviesť, že nominálny nárast zdrojov v zdravotníctve neznamená automaticky aj vyššie reálne zdroje financovania zdravotníctva. Pre účely hodnotenia sa preto nominálne zdroje financovania zdravotníctva upravili o vplyv inflácie.

Tabuľka č.2 Zdroje financovania zdravotníctva – ich podiel na HDP v %

Ukazovateľ	m. j.	2005	2006
Podiel reálnych zdrojov na HDP	%	6,1	5,7
Podiel nominálnych zdrojov na HDP	%	6,6	6,2
Podiel reálnych zdrojov bez zdrojov od Veriteľa a.s. na HDP	%	6,0	5,7
Podiel nominálnych zdrojov bez zdrojov od Veriteľa a.s. na HDP	%	6,5	6,2

Vysvetlivky: reálne zdroje = nominálne zdroje prepočítané na úroveň cien r. 2004 (2004=100) .

V roku 2006 podiel nominálnych zdrojov financovania zdravotníctva na HDP predstavoval 6,2% . V porovnaní s rokom 2005 bol zaznamenaný pokles o 0,4 percentuálne body; po vylúčení zdrojov od Veriteľa a.s. o 0,3 percentuálne body).

K zníženiu podielu nominálnych zdrojov financovania došlo najmä z dôvodu poklesu ostatných verejných zdrojov teda zdrojov, ktoré sa dostávali do zdravotného systému prostredníctvom spoločnosti Veriteľ a. s., z dôvodu poklesu kapitálových zdrojov, ako aj z dôvodu poklesu participácie obyvateľstva na zdravotnej starostlivosti .

Z makroekonomického hľadiska je zaujímavým ukazovateľom pomer verejných a súkromných zdrojov na financovaní zdravotníctva vo vzťahu k HDP.

Prijatie právnych noriem, s ktorými bola začatá reforma zdravotníctva malo za následok zmenu pomeru financovania zdravotníctva. Z tabuľky č.3 je zrejmé, že v rokoch 2005 a 2006 došlo k zmene pomeru podielu verejných zdrojov na HDP v prospech súkromných zdrojov - k väčšiemu zaťaženiu obyvateľstva.

Tabuľka č.3 Pomer verejných a súkromných zdrojov financovania zdravotníctva na celkových zdrojoch v rokoch 2005 a 2006 v %

Ukazovateľ	2005	2006	Rozdiel 2006-2005
Verejné zdroje vrátane zdrojov od Veriteľa a. s.	83,3	80,8	-2,5
Verejné zdroje bez zdrojov od Veriteľa a.s.	82,2	80,8	-1,4
Súkromné zdroje	16,7	19,2	2,5
Súkromné po zohľadnení zdrojov od Veriteľa a. s.	17,8	19,2	1,4
Zdroje spolu	100,0	100,0	0

V roku 2005 sa verejné zdroje financovania zdravotníctva na celkových zdrojoch financovania podieľali 83,3%. V roku 2006 došlo k ich poklesu na 80,8 %.

Súkromné zdroje financovania zdravotníctva – teda prostriedky, ktoré vynaložilo obyvateľstvo za poskytovanie zdravotnej starostlivosti a za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nad rámec povinného poistenia zaznamenali v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 nárast.

Príčinou tohto nárastu bol okrem rastu konečnej spotreby obyvateľstva a tým aj možnosti vyššieho zapojenia disponibilných zdrojov obyvateľstva do zdravotníctva – (napr. participácia na poskytovaných službách) aj rast výdavkov na lieky a výkony, ktoré neboli úplne hrazené, alebo boli hrazené iba čiastočne z verejných zdrojov.

V priebehu roku 2006 došlo k úprave (zníženiu alebo zrušeniu) niektorých poplatkov za poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Táto skutočnosť sa prejavila spomalením rastu súkromných zdrojov financovania zdravotníctva.

Štruktúra zdrojov financovania

Financovanie zdravotníctva v roku 2006 bolo ovplyvnené predovšetkým objemom disponibilných zdrojov zdravotných poisťovní (zdroje pochádzajú od ekonomicky aktívneho obyvateľstva a zo štátneho rozpočtu za ekonomicky neaktívnych poistencov).

Príjmy zdravotníctva v roku 2006 naďalej v rozhodujúcej miere vytvárali verejné zdroje – výber poistného a v rámci neho výber poistného od ekonomicky aktívnych poistencov (68%).

V roku 2006 malo zdravotníctvo k dispozícii zdroje spolu (verejné a súkromné) vo výške 101,2 mld. Sk čo v porovnaní s rokom 2005 predstavovalo viac o 3,7 mld. Sk. Ak vylúčime v roku 2005 z verejných zdrojov tie zdroje, ktoré pochádzali od Veriteľa a.s., potom zdroje spolu v roku 2005 by boli nižšie o 5,9 mld. Sk, v tomto prípade by medziročný rozdiel predstavoval 9,6 mld. Sk.

V roku 2006 došlo v porovnaní s rokom 2005 k nárastu poistného, ktoré sa vyberá prostredníctvom poistného systému tak od ekonomicky aktívnych poistencov, ako aj prostredníctvom štátu (ŠR, NÚP, SP). V absolútnom vyjadrení tento nárast predstavuje 7,2 mld. Sk. Pre úplnosť treba uviesť, že v roku 2006 sa prvýkrát použilo aj nové opatrenie vyplývajúce z príslušného zákona upravujúceho oblasť zdravotného poistenia a to inštitút ročného zúčtovania poistného. Prostredníctvom tohto inštitútu zdravotníctvo v roku 2006 získalo 1,5 mld. Sk.

Pozitívny vývoj zdrojov z výberu poistného prostredníctvom poistného systému bol ale sprevádzaný prudkým poklesom ostatných verejných zdrojov. Tieto zdroje v roku 2006 poklesli oproti roku 2005 o 6,6 mld. Sk čo malo za následok, že zdravotný systém v roku 2006 mal k dispozícii z verejných zdrojov v porovnaní s rokom 2005 v absolútnom vyjadrení len o 0,6 mld. Sk viac.

Celkový nárast zdrojov v roku 2006 kľúčovým spôsobom ovplyvnil nárast súkromných zdrojov. V roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 došlo k nárastu súkromných zdrojov zdravotníctva v absolútnom vyjadrení o 3,1 mld. Sk, čo predstavovalo 84 % z celkového nárastu zdrojov. Podrobnosti o štruktúre zdrojov financovania zdravotníctva sú uvedené v tabuľke č.4.

Tabuľka č.4 Štruktúra zdrojov financovania zdravotníctva v mld. Sk

Ukazovateľ	Skutočnosť 2005*)	Skutočnosť 2006	Rozdiel 2006-2005	% podiel 2006/2005
A). Výber poistného prostredníctvom poistného systému spolu	71,2	78,4**)	7,2	110,1
a) ekonomicky aktívni poistenci	50,1	53,4	3,3	106,6
b) ŠR, NÚP a SP ¹⁾	20,8	23,4	2,6	112,5
c) iné príjmy ²⁾	1,4	1,6	0,2	114,3
B). Ostatné verejné zdroje spolu	10,0	3,4	-6,6	-
a) od ústredných orgánov ³⁾	4,1	3,4	-0,7	0,83
b) Veriteľ, a.s.	5,9	0,0	-5,9	0,0
C). Verejné zdroje spolu (A+B)	81,2	81,8	0,6	100,7
D). Verejné zdroje spolu bez zdrojov od Veriteľa, a.s. (A+B. - B. b.)	75,3	81,8	6,5	108,6
E). Súkromné zdroje ⁴⁾	16,3	19,4	3,1	119,0
F). Zdroje spolu vrátane zdrojov od Veriteľa, a.s. (C+E)	97,5	101,2	3,7	103,8
G). Zdroje spolu bez zdrojov od Veriteľa, a.s. (D+E)	91,6	101,2	9,6	110,5

Zdroj: MF SR, MZ SR, zdravotné poisťovne, prepočet na základe údajov uverejnených SŠÚ.

Vysvetlivky:

***) údaje sú použité zo Správy o VZP za rok 2005.**

****) údaj zahŕňa okrem výberu poistného aj zaplatené pokuty, penále a úrok.**

- 1) štátny rozpočet, Národný úrad práce (do r.2005), Sociálna poisťovňa
- 2) predstavujú pokuty, penále, dlžné poistné, poistné od ne rezidentov
- 3) zahŕňujú platby plynúce od MV SR, MDPT SR, MO SR a MZ SR bez poistného plateného štátom a príspevku ZP
- 4) výdavky obyvateľstva za tovary a služby nehradené z verejných zdrojov (prepočet na základe vývoja v minulých rokoch a na základe štatistických údajov).

V častiach 2. a 3. správy je podrobne uvedené použitie disponibilných zdrojov zdravotníctva v roku 2006 ako aj porovnania s rokom 2005.

Záverom možno konštatovať, že v roku 2006 oproti predchádzajúcemu roku došlo k miernemu nárastu verejných zdrojov financovania zdravotníctva. Tento stav bol dosiahnutý najmä priaznivým vývojom makroekonomického prostredia. Rast súkromných zdrojov bol ovplyvňovaný predovšetkým vyššou mierou participácie obyvateľstva na úhrade poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vykonané zmeny v oblasti právnych predpisov v priebehu roku 2006 (zníženie a rušenie poplatkov) zmiernili rast súkromných zdrojov zdravotníctva.

Pri pokračujúcom pozitívnom trende rastu ekonomiky je vytvorený priestor na to, aby sa do zdravotníctva postupne dostalo absolútne aj relatívne viac zdrojov, čo by v konečnom dôsledku znamenalo, že SR by sa približovala k úrovni financovania zdravotníctva, ktorá je porovnateľná s úrovňou vo väčšine krajín EÚ.

1.1.2. Legislatívne prostredie

Existujúci systém verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike je založený na princípe plurality zdravotných poisťovní ako spoločností súkromného práva, ktoré poskytujú zdravotné poistenie na základe povolenia. V roku 2006 vykonávalo svoju činnosť sedem zdravotných poisťovní.

Prehľad právnych noriem, ktorými sa riadil v roku 2006 systém verejného zdravotného poistenia je uvedený v prílohe č. 1.

Najvýraznejšie zmeny v oblasti verejného zdravotného poistenia v roku 2006 priniesol zákon č. 660/2005 Z. z., ktorým sa s účinnosťou od 1. januára 2006 upravil a spresnil najmä:

- osobný rozsah verejného zdravotného poistenia,
- vymedzenie subjektov, za ktoré je štát platiteľom poistného,
- ročné zúčtovanie poistného,
- úhrady za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- rozsah činnosti a povinnosti zdravotných poisťovní.

Financovanie verejného zdravotného poistenia v roku 2006 ovplyvnili vykonané zmeny v nariadení vlády Slovenskej republiky č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ako aj vydanie nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 485/2006 Z. z., ktorým sa účinnosťou od 1. septembra 2006 znížila výška úhrady poistenca za spracúvanie údajov zistených pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti v elektronickej forme pri každej návšteve a tiež aj nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 539/2006 Z. z. ktorým sa s účinnosťou od 1. októbra 2006 znížila výška úhrady poistenca za štatistické spracúvanie lekárskeho predpisu súvisiaceho s vydaním liekov alebo dietetických potravín predpísaných na jednom lekárskom predpise a štatistické spracúvanie lekárskeho poukazu súvisiaceho s vydaním zdravotníckych pomôcok predpísaných na jednom lekárskom poukaze .

Regulačné prostredie, v ktorom pôsobil systém verejného zdravotného poistenia v roku 2006 sa principiálne oproti roku 2005 nezmenil. Zmeny, ktoré boli vykonané sa dotýkali cenovej regulácie; zrušilo sa určovanie maximálnych a pevných cien niektorých zdravotných výkonov. Naďalej ostala zachovaná cenová regulácia rýchlej zdravotnej pomoci a všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

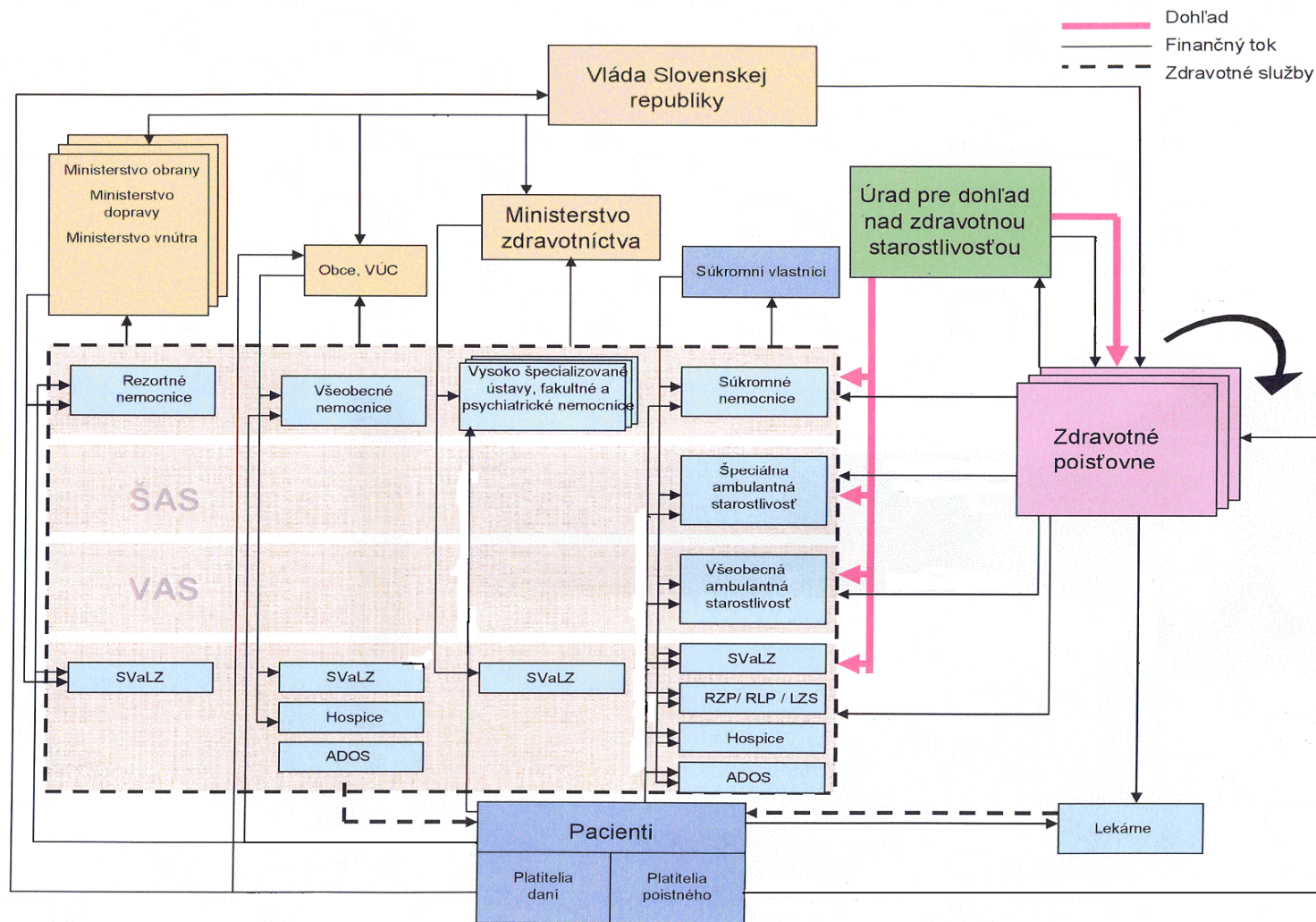
V roku 2006 sa tiež znížili alebo zrušili poplatky za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

1.1.3. Účastníci systému verejného zdravotného poistenia ich práva a povinnosti

Účastníkmi systému verejného zdravotného poistenia sú poistenci, platitelia poistného, zdravotné poisťovne a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.

Štát reprezentovaný MZ SR, MO SR, MV SR, MDPaT SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, samosprávne kraje a orgány vykonávajúce prenesený výkon štátnej správy plnia úlohy definované príslušnými zákonmi.

Vzájomné väzby medzi jednotlivými účastníkmi systému verejného zdravotného poistenia sú znázornené v schéme a popísané v prílohe č. 2.



1.1.3.1. Úrad vo vzťahu k účastníkom systému zdravotnej starostlivosti

Úrad vykonáva dohľad nad zdravotnými poisťovňami, platiteľmi poistného, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a poistencami. Vydáva platobné výmery voči platiteľom poistného a zdravotným poisťovňam, stanovuje spôsob a formu vykazovania poistného. Vede centrálny register poistencov, zoznam platiteľov poistného, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, kódov lekárov a kódov poskytovateľov. Vede register podaných prihlášok na verejné zdravotné poistenie. Vydáva povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia. Plní záväzky štátu, vyplývajúce z medzinárodných dohôd. Metodicky usmerňuje všetkých účastníkov systému zdravotnej starostlivosti.

Úrad dohliada na transparentnosť a oprávnenosť finančných tokov - prostriedkov verejného zdravotného poistenia a na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti. V súlade so zákonom prerozdeľuje poistné, ukladá sankcie, navrhuje uloženie sankcií a prijatie opatrení na odstránenie zistených nedostatkov.

1.1.3.2. Práva poistencov a platiteľov poistného vo vzťahu k zdravotnému poisteniu

Právne vzťahy vznikajúce v oblasti verejného zdravotného poistenia upravuje zákon č. 580/2004 Z. z. Súčasťou týchto právnych vzťahov sú práva účastníkov zdravotného poistenia - poistencov a platiteľov poistného medzi ktoré patria najmä:

1. právo na výber zdravotnej poisťovne,
2. právo na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu stanovenom zákonom,
3. právo na informáciu, s ktorými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti má príslušná zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
4. právo na poskytnutie neodkladnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti aj v prípade, ak príslušná zdravotná poisťovňa nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
5. právo na vrátenie preplatku z ročného zúčtovania poistného,
6. právo podieľať sa na kontrole poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
7. právo domáhať sa ochrany práv a právom chránených záujmov vyplývajúcich z verejného zdravotného poistenia v konaní pred úradom.

1.1.3.3. Práva poistencov (pacientov) vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti

Práva poistencov vo vzťahu k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti vychádzajú z Európskej charty práv pacientov a sú priamo zakomponované do slovenskej zdravotníckej legislatívy. Medzi 14 základných práv pacienta vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti patria:

1. právo na prevenciu,
2. právo na prístup k zdravotníckym službám,
3. právo na informácie,
4. právo vyjadriť súhlas,
5. právo slobodného výberu,
6. právo na súkromie a zachovanie dôverného prístupu,
7. právo na rešpektovanie pacientovho času,
8. právo na dodržiavanie úrovne kvality,
9. právo na bezpečnosť,
10. právo na inovácie,
11. právo predchádzať zbytočnému utrpeniu a bolesti,
12. právo na liečbu zohľadňujúcu osobné potreby,
13. právo sťažovať sa,
14. právo na náhradu škody.

V rámci poradenskej a konzultačnej činnosti v súvislosti so zabezpečovaním práv pacientov vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti úrad vybavil v r. 2006 3126 telefonických hovorov, 45 písomných podaní a 632 elektronických podaní.

V dotazoch občanov dominovali hlavne otázky spojené s:

- vyberaním poplatkov (najmä za vystavenie rôznych potvrdení a prednostným objednávaním pacientov) 41%,
- s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou (nespokojnosť, informácie o postupe pri podávaní podnetu na prešetrenie) 18%,
- výpisom a odovzdávaním zdravotnej dokumentácie 12%,
- rozsahom preventívnych prehliadok uhrádzaných zo zdravotného poistenia (najmä gynekológia, rizikové pracoviská) 4%,
- sociálnou problematikou (priznávanie invalidných dôchodkov, opatrovateľská starostlivosť) 5%,
- možnosťou zmeny lekára 4%,
- problematikou súvisiacou so zmenou zdravotnej poisťovne 5%,
- nárokom na kúpeľnú starostlivosť 1%,
- nespokojnosťou s prístupom a správaním zdravotníckych pracovníkov 5%,
- odmietnutím návrhu na uzatvorenie zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zo strany poskytovateľa (najmä stomatológia) 2%,
- možnosťou odškodnenia za ujmu na zdraví 2%,
- iné otázky 1%.

Vysoké percento dotazov pacientov v oblasti vyberania poplatkov za zdravotnú starostlivosť môže poukazovať na nedostatky legislatívy vedúce k netransparentnosti uplatnenia tejto časti legislatívy platnej v roku 2006 v praxi, ako aj na vysokú senzitivitu obyvateľstva k aplikácii tohto opatrenia.

Práva poistencov a platiteľov poistného vo vzťahu k zdravotnému poisteniu a práva poistencov (pacientov) vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti sú podrobnejšie špecifikované v prílohe č. 3.

1.1.4. Kontrola, výkon dohľadu a sankcie

1.1.4.1. Kontrola

Účastníci systému verejného zdravotného poistenia majú v právnych predpisoch vymedzené práva a povinnosti. Dodržiavanie zákonmi stanovených pravidiel podlieha kontrole.

V systéme verejného zdravotného poistenia sa uplatňujú priame a nepriame kontrolné mechanizmy. Kontrolu zabezpečujú poistenci, platitelia poistného, zdravotné poisťovne, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti – priamo alebo nepriamo, úrad formou dohľadu, samosprávne kraje a MZ SR formou dozoru a profesné komory formou riešenia podnetov, návrhov a sťažností.

Zdravotná poisťovňa

Zdravotná poisťovňa vykonáva v súlade s § 3 zákona č. 581/2004 Z. z. vnútornú kontrolu zameranú na dodržiavanie zákonov a iných všeobecne záväzných právnych predpisov, vnútorných aktov riadenia a kontrolu činnosti zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa v súlade s § 9 zákona č. 581/2004 Z. z. kontroluje poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, fyzické osoby a právnické osoby, platiteľov poistného.

Kontrolná činnosť zdravotnej poisťovne bola v roku 2006 zameraná u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia a na rozsah a kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Kontrolu vykonali revízni lekári, revízni stomatológovia a revízni farmaceuti.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti bola kontrolovaná :

- nepriamou kontrolou – kontrolou vykázanvej zdravotnej starostlivosti v informačnom systéme poisťovne,
- priamou kontrolou - u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti - kontrolou zdravotnej dokumentácie, porovnaním vykázaných a skutočne poskytnutých a zdokumentovaných zdravotných výkonov, posúdením odôvodnenosti poskytnutia konkrétnej zdravotnej starostlivosti, posúdením rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti s ohľadom na zdravotný stav poistenca, kontrolou rozsahu poskytovaných preventívnych prehliadok, kontrolou účtovných dokladov súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

U poskytovateľov zdravotnej starostlivosti boli zistené nedostatky najmä vo vykazovaní výkonov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a v preskripcii liekov.

Zdravotná poisťovňa vykonala kontrolu aj u fyzických osôb a právnických osôb, ktoré sú platiteľmi poistného. Kontrola bola zameraná hlavne na plnenie povinností poistencov a platiteľov poistného,- zistenie správnej výšky vymeriavacieho základu pre výpočet poistného , vykázaného poistného , správnosť a včasnosť platenia preddavkov na poistné, dodržanie lehoty splatnosti preddavkov na poistné a na zistenie správneho výpočtu poistného v ročnom zúčtovaní poistného.

Z kontroly u platiteľov poistného vyplynulo najmä porušovanie § 12, § 13 ods.1) a § 16 zákona číslo 580/2004 Z. z. a to :

- nesprávne určený vymeriavací základ - niektoré časti príjmu neboli zahrnuté do vymeriavacieho základu,
- nesprávny výpočet výšky poistného,
- nedodržanie termínov splatnosti poistného,
- nedodržanie termínov oznamovacej povinnosti,
- neplnenie oznamovacej povinnosti,
- platba poistného do inej zdravotnej poisťovne.

Zdravotné poisťovne vykonali v roku 2006 u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a platiteľov poistného kontroly tak, ako je uvedené tabuľke č.5.

Tabuľka č.5 Prehľad o vykonaných priamych kontrolách jednotlivými zdravotnými poisťovňami v roku 2006

	Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti				Platitelia					
	počet vykonaných kontrol	zistené nedostatky v mil. Sk	vrátené finančné prostriedky v mil. Sk	% vrátenia	počet vykonaných kontrol	zistené nedostatky v mil. Sk	postúpené na úrad	uplatnená suma v mil. Sk	zaplatené v mil. Sk	% zaplata
VšZP	2 796	47,0	22 ,0	47,7	2 562	155,0	1 012	33,0	1,0	3,0
SZP	7 436	83,0	46,0	55,4	1 564	7,0	595	1,0	0,4	40,0
Apollo	900	6,0	6,0	100,0	1 447	14 ,0	12 827	45,0	6,0	13,0
Dôvera	1 465	20,0	20,0	100,0	20	1,0	891	29,0	20,0	69,0
Sideria	1 630	27,0	27,0	100,0	59	0,2	3 916	47,0	32,0	68,0
Spolu	14 227	183,0	121,0	66,1	5 652	177,2	19 241	155	59,4	68,1

Poznámka: vzhľadom k tomu, že ZP Union a EZP komplexnú činnosť nevykazovali, porovnateľnosť údajov by bola skreslená preto sa tieto nehodnotili.

V roku 2006 platitelia poistného podľa § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. vykonali **prvýkrát ročné zúčtovanie** preddavkov na poistné za rok 2005, ktoré znamenalo pre poisťovne zvýšenie administratívy; prekontrolovali vyše 596 tisíc ročných zúčtovaní s nedoplatkom 1, 5 mld. Sk, zaplatené bolo 1,4 mld. Sk čo predstavuje 85,8 % .

Zdravotné poisťovne prijali a vybavili v roku 2006 od poistencov a platiteľov poistného celkom 10 371 podaní, ktoré tvorili najmä podnety, žiadosti, oznámenia a sťažnosti.

Tabuľka č.6 Prehľad o počte podaných podnetov, žiadostí a sťažností podľa jednotlivých zdravotných poisťovní a v členení podľa ich opodstatnenosti

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

Najväčší počet podaní (96,1 %) z celkového počtu zaznamenali poisťovne Union a EZP a týkali sa náboru poistencov, čo poukazuje na závažné legislatívne nedostatky v tejto oblasti v roku 2006.

Ministerstvo zdravotníctva SR

Ministerstvo zdravotníctva SR ako orgán vecne príslušný na vydávanie povolení na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení uvedených v § 11 ods.1 zákona č.578/2004 Z. z. vykonalo v súlade s § 81 zákona č. 578/2004 Z. z. dozor nad dodržiavaním podmienok uvedených v povoleniach na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení. Súčasne vykonalo u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v súlade so zákonom č. 502/ 2001 Z. z. následné finančné kontroly (ďalej NFK) so zameraním sa na dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov pri hospodárení s verejnými prostriedkami.

Ministerstvo zdravotníctva SR vykonalo v roku 2006 dozor a následné finančné kontroly u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti tak, ako je uvedené v Tabuľka č.7.

Tabuľka č.7 Prehľad o následných finančných kontrolách a dozoroch vykonaných MZ SR u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

ukazovateľ	Počet vykonaných NFK	Zistené nedostatky v tis. Sk	Počet zistení	Počet vykonaných dozorov	Počet zistení	Uložené sankcie
MZ SR	18	247	58	18	12	1

Ministerstvo zdravotníctva SR vykonalo v roku 2006 v súlade s plánom kontrolnej činnosti 36 kontrolných akcií u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti ministerstva, z toho u:

- 18 kontrolovaných subjektov bola vykonaná následná finančná kontrola podľa zákona č. 502/2001 Z. z.,
- 17 poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby bola vykonaná kontrola podľa zákona č. 578/2004 Z. z. zameraná na dodržiavanie podmienok ich prevádzkovania,
- 1 poskytovateľa ambulantnej starostlivosti bola vykonaná kontrola podľa zákona č. 577/2004 Z. z.

Následnou finančnou kontrolou u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bolo evidovaných 58 zistení. Porušenie finančnej disciplíny predstavovalo 247 tis. Sk . Zistenia o porušení finančnej disciplíny boli odstúpené na ďalšie konanie príslušným správam finančnej kontroly.

Kontrola poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby v 11 prípadoch zistila nedostatky s výzvou na prijatie opatrení. Voči jednému poskytovateľovi bola uplatnená sankcia v súlade s ustanovením § 81 ods.2. písm. c). zákona č. 578/2004 Z. z. Zistenie u poskytovateľa ambulantnej zdravotnej starostlivosti bolo odstúpené príslušnému samosprávnemu kraju.

Ministerstvo zdravotníctva SR prijalo a vybavilo v roku 2006 celkom 685 podaní, ktoré tvorili najmä podnety, žiadosti, oznámenia a sťažnosti.

Tabuľka č.8 Prehľad o podaniach a sťažnostiach na MZ SR

Podania spolu	685
z toho: sťažnosti spolu	33
- opodstatnené	4
- neopodstatnené	27
- založené ad acta	2

MZ SR v roku 2006 riešilo v rámci svojej kompetencie 33 sťažností, z ktorých 27 bolo neopodstatnených, 4 opodstatnené a 2 boli odložené bez prešetrovania. Celkom bolo odstúpených vecne príslušným orgánom 149 sťažností.

MZ SR evidovalo v roku 2006 celkom 652 podaní, ktoré obsahovali výhrady predovšetkým voči poskytnutej alebo neposkytnutej zdravotnej starostlivosti, voči správaniu sa zdravotných pracovníkov, k spôsobu vymáhania nedoplatkov zdravotnými poisťovňami, k dostupnosti zdravotnej starostlivosti, cenám liekov a čakacím lehotám.

Samosprávne kraje

Samosprávny kraj v rámci preneseného výkonu štátnej správy vydáva povolenia na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení uvedených v § 11 ods.2 zákona č. 578/2004 Z. z. U príslušných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vykonal v súlade v § 81 zákona č. 578/2004 Z. z. dozor nad dodržiavaním povinností ustanovených týmto zákonom.

Samosprávne kraje vykonal v roku 2006 u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti celkom 193 kontrol.

Tabuľka č.9 Prehľad o priamych kontrolách vykonaných samosprávnymi krajinami u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Ukazovateľ	BA SK	TT SK	NR SK	TN SK	ZA SK	BB SK	KE SK	PO SK
Počet vykonaných kontrol	6	5	7	6	32	41	34	62
Uložené pokuty v tis. Sk	5	0	10	5	12	551	70	0

Predmetom podaní bol nesúhlas s výškou úhrady za poskytovanú zdravotnú starostlivosť, odmietnutie poskytovania zdravotnej starostlivosti, manipulácia so zdravotnou dokumentáciou, organizácia práce u neštátneho lekára, porušenie povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (ordinačné hodiny, cenníky, informovaný súhlas, poučenie pacienta, neetické správanie sa) a iné.

Stavovské organizácie

Stavovské organizácie vykonávajú podľa § 81 ods.1 písm. b) a c) zákona č. 578/2004 Z. z. dozor nad dodržiavaním povinností ustanovených týmto zákonom. Podľa § 81 ods. 2) zákona č. 78/2004 Z. z. môžu ukladať sankcie. Úrad v roku 2006 neobdržal od stavovských organizácií podrobnejšie údaje o výkone kontroly a dozoru.

1.1.4.2. Výkon dohľadu

1. Úrad

Úrad vykonával dohľad nad verejným zdravotným poistením tým, že dohliadal na dodržiavanie ustanovení zákona č.581/2004 a zákona č.580/2004 Z. z. na plnenie ním vydaných rozhodnutí vrátane podmienok určených v týchto rozhodnutiach. Okrem toho vykonával dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti tým, že dohliadal na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Úrad v roku 2006 vykonal v zdravotných poisťovniach 17 dohľadov, pri ktorých sa zamerával na plnenie povinností zdravotných poisťovní vyplývajúcich z povolenia na činnosť zdravotnej poisťovne. Pozornosť venoval tiež správnosti preukazovania miery platobnej schopnosti. V zdravotných poisťovniach, ktoré mali povinnosť odvieť príspevok na činnosť úradu, zisťoval správnosť výpočtu príspevku. V súvislosti s podnetmi zdravotných poisťovní a poistencov, podstatná časť dohľadov bola zo strany úradu venovaná vedeniu reklamy zdravotných poisťovní pri získavaní poistencov, ako aj podnetom poistencov v súvislosti so zmenou zdravotnej poisťovne bez súhlasu poistenca.

Úrad v roku 2006 dohliadal na plnenie ozdravného plánu v Spoločnej zdravotnej poisťovni.

Pri výkone dohľadu úrad postupoval nestranné a nezávisle od štátnych orgánov, orgánov územnej samosprávy, iných orgánov verejnej moci a od ďalších právnických osôb alebo fyzických osôb, dohľady vykonával na základe plánovaných kontrol, iniciatívneho prístupu, podnetov od občanov a v závislosti od vzniknutej situácie.

V tabuľke č.10 je uvedený prehľad podaní, ktoré boli doručené na úrad v roku 2005 a 2006.

Tabuľka č.10 Prehľad podaní v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005

Podania		Rok 2005		Rok 2006		Rozdiel	
		v počtoch	v %	v počtoch	v %	v počtoch	% nárastu
Všetky obdržané podania		1 753		3 218		1 465	83,57
z toho:	odstúpené mimo kompetencií úradu	571		398		-173	-30,30
	riešené v pôsobnosti úradu	1 182	100,00	2 820	100,00	1 638	1 38,58
Členenie podaní v kompetencií úradu podľa zamerania							
Zdravotné poistenie		34	2,88	1 405*	49,82	1 371	4 032,35
Zdravotná starostlivosť		891	75,38	995	35,28	104	11,67
Nákup zdravotnej starostlivosti		257	21,74	420	14,89	163	63,42

* 1 405 podaní zameraných na zdravotné poistenie sa v skutočnosti týkalo 2 606 poistencov, nakoľko úrad obdržal aj hromadné podania za viacero poistencov.

V priebehu roku 2006 riešil úrad celkom (vrátane prenosu podaní z roku 2005) 3 032 podaní. Prehľad o všetkých riešených podaniach je v tabuľke č.11.

Tabuľka č.11 Prehľad všetkých podaní riešených úradom v roku 2006 a v roku 2005

Zameranie podania	Rok 2006		Prenos z r.2005		Spolu	
	v počtoch	v %	v počtoch	v %	v počtoch	v %
Zdravotné poistenie	1 405	49,82	6	2,83	1 411	46,54
Zdravotná starostlivosť	995	35,28	149	70,28	1 144	37,73
Nákup zdravotnej starostlivosti	420	14,89	57	26,89	477	15,73
Spolu	2 820	100,00	212	100,00	3 032	100,00

Z celkového počtu podaní bolo k 31.12.2006 ukončených 1 869 podaní (61,6%). Prehľad o ukončených podaniach je v tabuľke č.12.

Tabuľka č.12 Prehľad ukončených podaní k 31.12.2006

Zameranie podania		ukončené podania	v riešení	Spolu
Zdravotné poistenie	v počtoch	469	942	1 411
	v %	33,24	66,76	100,00
Zdravotná starostlivosť	v počtoch	981	163	1 144
	v %	85,75	14,25	100,00
Nákup zdravotnej starostlivosti	v počtoch	419	58	477
	v %	87,84	12,16	100,00
Spolu	v počtoch	1 869	1 163	3 032
	v %	61,64	38,36	100,00

V súvislosti s dohľadom nad verejným zdravotným poistením úrad vyriešil v roku 2006 1 411 podaní z toho 6 podaní bolo z roku 2005. V roku 2006 obdržal úrad 1 405 podaní od 2 606 poistencov. Podania boli zamerané na neoprávnené prepoistenie. Z celkového počtu podaní bolo 2 236 podaní zameraných na neoprávnené prepoistenie poistencov v spoločnosti Union. Po získaní prvých informácií od poistencov poukazujúcich na podozrenie z neoprávneného prepoistenia úrad zahájil dohľad v zdravotnej poisťovni kde zistil, že časť podnetov bola opodstatnená a podal trestné oznámenie vo veci neoprávneného nakladania s osobnými údajmi osôb.

V roku 2006 v rámci dohľadu na mieste bolo vykonaných na súdno - lekárske a patologicko - anatomicke pracoviskách úradu spolu 9 141 pitiev a 8 954 prehliadok mŕtvych . Celkový počet pitiev v roku 2006 (9 141) v porovnaní s rokom 2005 (9 677) sa znížil o 536 pitiev.

Tabuľka č.13 Pitvanosť v %

Rok	2005	2006
Počet pitiev/SR	9 677	9 141
Počet mŕtvych/SR	50 764	53 301
Pitvanosť v %	19,06	17,15

Zdroj : Štatistický úrad SR

Percento pitvanosti v roku 2006 bolo 17,15 %, čo predstavuje pokles pitvanosti oproti roku 2005 (19,06 %) o 1,9 %. V štátoch EÚ sa pitvanosť pohybuje od 5% do 7 % .

Úrad v roku 2006 výrazne zintenzívnil činnosť a dostal sa do povedomia občanov ako nezávislá a nestranná inštitúcia, ktorá chráni ich práva a záujmy, čo sa prejavilo aj na zvýšenom počte podaní. Úrad prijal v roku 2006 o 83% podaní viac a vybavil o 139% podaní viac ako v roku 2005. Najčastejším predmetom podaní bola nespokojnosť s postupom pri liečbe, úmrtie v súvislosti s nesprávne poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, nesúlad vo výške výberu platieb za služby, zmluvy so zdravotnými poisťovňami , lieky a zdravotné pomôcky.

Opodstatnenosť podnetov v súvislosti s verejným zdravotným poistením sa hodnotí v roku 2006 prvý krát a dosiahla úroveň 67,8%.Opodstatnenosť podnetov šetrených v súvislosti so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa zvýšila o 8,5 %.

Prehľad všetkých podaní riešených úradom v roku 2006 podľa predmetu, obsahu, charakteru podania ako aj analýza podnetov v súvislosti s poskytovaním a nákupom zdravotnej starostlivosti sú podrobnejšie uvedené v prílohe č. 4.

1.1.4.3. Sankcie

1. Verejné zdravotné poistenie

Úrad uložil v roku 2006 na základe výkonu dohľadu v zdravotných poisťovniach pokuty v celkovej výške 4 060 000 Sk. Najvyššiu pokutu vo výške 3,0 mil. Sk uložil zdravotnej poisťovni Union. Zdravotná poisťovňa pri propagácii činnosti poskytovala nepravdivé a zavádzajúce informácie, zamlčovala dôležité skutočnosti a ponúkala výhody, ktorých poskytnutie nevedela zaručiť a tým porušila ustanovenia § 6 ods. 16 zákona č. 581/2004 Z. z.. Zdravotná poisťovňa sa odvolala a nadobudnutie právoplatnosti pokuty je v štádiu riešenia.

Úrad vydal v roku 2006 v súlade so zákonom č. 581/2004 Z. z. celkom 7 839 rozhodnutí o uložení pokuty poistencom a platiteľom poistného z dôvodu nesplnenia alebo porušenia povinností ustanovených príslušnými právnymi predpismi, najmä zákonom č. 580/2004 Z. z.

Tabuľka č.14 Prehľad o počte rozhodnutí o uložení pokuty vydaných na základe oznámení zdravotných poisťovní

rozhodnutia, ktoré nadobudli právoplatnosť	7 623
zastavenie konania	390
rozklady podané účastníkmi konania	165
rozhodnutia vydané v rámci autoremedúry	32
neukončené konania, dokončované v roku 2007	41
oneskorený rozklad	21
zostávajúce konania	46

Tabuľka č.15 Výška uložených pokút v Sk

celková suma právoplatne uložených pokút	11 571 200
suma uhradených pokút	2 866 790
percentuálne vyjadrenie uhradených pokút v lehote splatnosti v %	24,78

Právoplatne uložené pokuty, ktoré neboli dobrovoľne uhradené v lehote splatnosti, bude úrad riešiť vymáhaním pohľadávok výkonom rozhodnutia. Agenda uplatňovania a vymáhania pohľadávok môže byť realizovaná až v roku 2007 z dôvodu chýbajúcej právnej úpravy v zákone č. 581/2004 Z. z.

2. Poskytovanie a nákup zdravotnej starostlivosti

Úrad uložil v roku 2006 v oblasti poskytovania a nákupu zdravotnej starostlivosti:

- návrhy na uloženie pokút postúpených na MZ SR alebo samosprávnym krajom: 82,
- návrhy na začatie disciplinárneho konania : 5,
- uloženie pokuty poskytovateľovi : 90,
- návrhy na nápravné opatrenia : 213,
- oznámenia orgánom činným v trestnom konaní: 30.

Z celkového počtu 30 oznámení, ktoré úrad zaslal orgánom činným v trestnom konaní sa 24 oznámení (80%) týkalo podnetov v súvislosti s úmrtím pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, 6 oznámení (20%) sa týkalo podnetov v súvislosti s poškodením zdravia.

Počet podaných trestných oznámení úradom sa v roku 2006 zvýšil o 100% oproti roku 2005 (15).

V rámci nápravných opatrení išlo predovšetkým o opatrenia odborného a organizačného charakteru (doškolenie zamestnancov, vzdelávanie a účasť na odborných seminároch, dostatočný počet zdravotníckych pracovníkov v pohotovostných službách, preškolenie zdravotníckych pracovníkov v ošetrovateľskej starostlivosti, vedenie zdravotnej dokumentácie v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.).

Celkový prehľad pokút, ktoré úrad v roku 2006 uložil poistencom, platiteľom poistného, zdravotným poisťovňami a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je uvedený v tabuľke č.16.

Tabuľka č.16 Výška pokút uložených úradom v roku 2006 v Sk

pokuty uložené zdravotnými poisťovňami	4 060 000
pokuty uložené poistencom a platiteľom poistného	11 571 200
pokuty uložené poskytovateľom zdravotnej starostlivosti	7 575 000
pokuty spolu	23 047 700

Výnosy z pokút sú príjmom štátneho rozpočtu.

Zistené nedostatky pri dohľade nad poskytovaním a nákupom zdravotnej starostlivosti v roku 2006:

- nesprávne poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
- nesprávne vedenie zdravotnej dokumentácie,
- neoprávnené požadovanie finančnej spoluúčasti poistenca na nákladoch za poskytnutú zdravotnú starostlivosť,
- neoprávnené požadovanie úhrady od poistencov za zdravotné výkony plne z verejného zdravotného poistenia,
- porušenie povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (zverejnenie zoznamu zdravotných poisťovní, s ktorými má uzatvorenú zmluvu, sprístupnenie cenníka výkonov),
- nedodržanie hygienického štandardu v zdravotníckych zariadeniach,
- nedodržanie podmienok povolenia na prevádzku dialýzy,
- nevyhovujúci informačný systém v zdravotnej poisťovni Union,
- disproporcía v zmluvných cenách za hospitalizáciu (odbor detská onkológia),
- nejednotný postup niektorých zdravotných poisťovní pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

1.2 .Plnenie nariadení Rady EHS v systéme verejného zdravotného poistenia

Zdravotné poisťovne vstupom SR do EÚ popri národnej legislatíve začali uplatňovať aj legislatívu Európskej únie, konkrétne nariadenie Rady EHS č. 1408/71 (ďalej len Nariadenie) a nariadenie Rady EHS č. 574/72 (ďalej len vykonávacie nariadenie), ktoré ustanovujú koordináciu systémov sociálneho zabezpečenia pre zamestnancov, samostatne zárobkovo činné osoby a ich rodinných príslušníkov. Uvedené právne normy EÚ sú nadradené národnej

legislatíve. Úrad je styčným orgánom v oblasti zdravotného poistenia vo vzťahu k styčným orgánom členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska.

Nariadenie a vykonávanie nariadenie garantujú poistencom systému verejného zdravotného poistenia SR nárok na zdravotnú starostlivosť (vecné dávky) pri pobyte alebo bydlisku v inom členskom štáte EÚ, pričom tieto dávky musia byť poskytované v rámci verejného systému iného členského štátu EÚ. Vecné dávky sa poskytujú podľa legislatívy iného členského štátu EÚ na ťarchu slovenských zdravotných poisťovní.

Nariadenie priznáva pri pobyte v inom členskom štáte EÚ nárok na potrebné vecné dávky vzhľadom na povahu dávok, ktoré sa majú poskytnúť a očakávanú dĺžku pobytu, tak aby sa poistenec nemusel za poskytnutím vecných dávok vrátiť späť do SR skôr ako zamýšľal.

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

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

Slovenské zdravotné poisťovne v roku 2006 schvaľovali úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti ak :

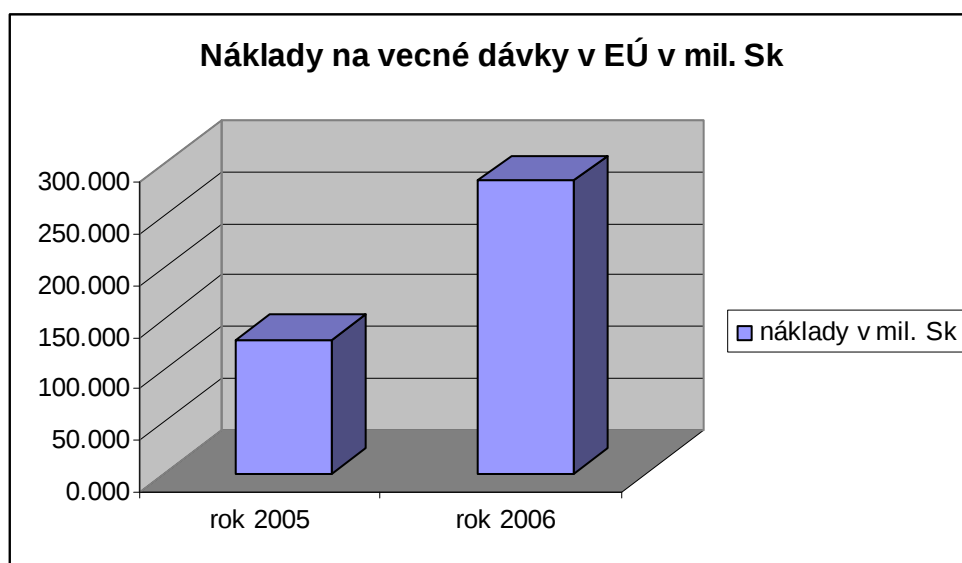
- ochorenie nebolo možné diagnostikovať v SR,
- ochorenie nebolo možné liečiť v SR vo zvyčajnom termíne,
- sa vyčerpali všetky možnosti liečenia v SR.

V roku 2006 bolo podaných 679 žiadostí o udelenie súhlasu na plánovanú liečbu v inom členskom štáte EÚ. Z uvedeného počtu bolo 640 žiadostí schválených, 31 žiadostí zamietnutých a o 8 žiadostiach nebolo rozhodnuté do 31.12.2006.

Zo zamietnutých žiadostí v 30 prípadoch bolo možné čerpať požadovanú zdravotnú starostlivosť v medicínsky primeranom čase na území SR.

Celkový objem úhrad za plánovanú zdravotnú starostlivosť poistencov SR v iných členských štátoch predstavoval v roku 2006 60 0 mil. Sk, z toho pripadá 69,5 % na VŠZP, 10,0 % na SZP, 6,0 % na Apollo, 6,5 % na Dôveru, 8,0 % na Sideria.

Graf č. 1 Náklady na vecné dávky v EÚ



Pri porovnaní nákladov na vecné dávky čerpané podľa nariadení je zrejmá ich výrazná dynamika rastu. Medziročný nárast nákladov v rokoch 2005 a 2006 zaznamenal 118 %. Uvedená výrazná dynamika rastu ale nemá významný dopad na použitie zdrojov vynakladaných na zdravotníctvo.

Pri pohľade na podiel nákladov tohto druhu na celkových zdrojoch predstavovali tieto náklady v roku 2005 len 0,13 % a v roku 2006 len 0,28 % z celkových zdrojov.

Slovenskí poistenci čerpali v iných členských štátoch EÚ najmä finančne náročnú liečbu v súvislosti s transplantáciou pľúc, pečene, kmeňových buniek, aplikáciou rádio jódu, operáciami mozgu, špecifickými neurochirurgickými zákrokmi, epileptochirurgickými zákrokmi, endovaskulárnymi zákrokmi, genetickými vyšetreniami (DNA analýzy), ale aj s aplikáciou tvrdených kontaktných šošoviek.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vykonával úlohy styčného orgánu pre vecné dávky a zároveň refundáciu nákladov za poskytnuté vecné dávky. V rámci refundácie boli po prvýkrát v roku 2006 uplatnené pohľadávky slovenských zdravotných poisťovní refundované na základe paušálnych nákladov v hodnote 3,1 mil. Sk za 371 poistencov iných členských štátov EÚ s bydliskom v SR.

Vo vzťahu k záväzkom slovenských zdravotných poisťovní refundovaných na základe paušálnych nákladov predstavoval v roku 2006 predpis záväzkov sumu 11,7 mil. Sk za 721 poistencov SR. Všetky prípady sa týkali nákladov za rok 2004.

Migračné toky v roku 2006 pokračovali v doterajších trendoch vývoja. Migrácia zo SR do EÚ bola z finančného hľadiska významnejšia ako migrácia z EÚ do SR.

K 31.12.2006 patrili k najväčšími veriteľom SR:

- Česká republika – (58,8 % - ný podiel na celkovej výške pohľadávok),
- Spolková republika Nemecko – (17,1 % ný podiel na celkovej výške pohľadávok),
- Rakúska republika – (11,8 % ný podiel na celkovej výške pohľadávok).

Na druhej strane najvýznamnejšími dlžníkmi SR boli :

- Česká republika – (55,7 %- ný podiel na celkovom dlhu),
- Maďarská republika – (28,4 %, ný podiel na celkovom dlhu),
- Rakúska republika – (8,4 % ný podiel na celkovom dlhu).

Tento stav odzrkadľuje skutočnosť, že do týchto štátov migrovali za prácou osoby s bydliskom v Slovenskej republike podieľajúce sa predovšetkým na zúčtovanej výške nákladov.

Prehľad o počte prípadov čerpania vecných dávok a o výške nákladov ako aj o priemernom náklade na prípad čerpania vecných dávok sú uvedené v tabuľkách č. 17 a 18.

Tabuľka č.17 Počty prípadov čerpania vecných dávok a výška nákladov

Rok 2006	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	10 793	183 468	23 543	65 882
SZP	1 821	25 052	4 831	10 878
Apollo	1 218	18 585	14 623	24 159
Dôvera	1 096	19 801	3 767	9 607
Sideria	1 283	25 038	5 305	11 379
Spolu	16 211	271 944	52 069	121 905

Tabuľka č.18 Priemerný náklad na prípad čerpania vecných dávok v EÚ poistencami SR a v SR poistencami EÚ v tis. Sk a v %

	EÚ (poistencami SR)			SR (poistencami EÚ)		
	rok 2005	rok 2006	zmena v %	rok 2005	rok 2006	zmena v %
VšZP	17,1	17,0	-0,60	2,4	2,8	16,60
SZP	20,7	13,8	-33,30	2,2	2,2	0
Apollo	15,3	15,3	0	1,3	1,7	30,80
Dôvera	23,1	18,1	-21,60	2,2	2,6	18,00
Sideria	22,8	19,5	-15,50	1,8	2,1	16,60

Z tabuliek č.17 a 18 vyplýva, že priemerné náklady na čerpanie vecnej dávky poistencov SR s bydliskom v inom členskom štáte EÚ boli v roku 2006 približne 16 800 Sk, kým priemerné náklady, ktoré uhrádzajú príslušné inštitúcie za čerpanie vecnej dávky poistenca iného členského štátu EÚ na Slovensku boli približne 2 300 Sk. Ak sa vychádza z predpokladu, že štruktúra čerpania vecných dávok je podobná. Poukazuje to na fakt, že cenová úroveň zdravotnej starostlivosti v SR je približne 7,3 krát nižšia ako je priemer krajín EÚ, kde poistenci SR čerpajú zdravotnú starostlivosť. V skutočnosti je tento rozdiel nižší vzhľadom na fakt, že slovenskí občania čerpajú vecné dávky a aj vysoko náročnú plánovanú zdravotnú starostlivosť.

Rozdiel medzi celkovými nákladmi uplatnenými Európskou úniou voči Slovenskej republike a naopak bol podmienený vyššou cenovou úrovňou vecných dávok v Európskej únii a čerpaním vecných dávok so súhlasom zdravotnej poisťovne v Európskej únii, ktorá zahŕňala aj finančne náročnú liečbu a dlhodobými hospitalizáciami po ťažkých úrazových stavoch.

Časť 2. Zdravotné poistenie

2.1 . Organizácia a riadenie v zdravotných poisťovniach

Zdravotné poisťovne sú akciovými spoločnosťami so sídlom na území Slovenskej republiky, ktoré vykonávajú verejné zdravotné poistenie na základe povolenia. Na činnosť zdravotnej poisťovne sa vzťahuje Obchodný zákonník a zákon č. 581/2004 Z. z. Organizáciu práce a organizačnú štruktúru v zdravotných poisťovniach upravuje štatút zdravotnej poisťovne.

Tabuľka č.19 Postavenie zdravotných poisťovní na poistnom trhu v roku 2006

ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union
Priemerný počet poistencov	3 409 172	682 005	465 594	348 125	397 598	3	40
Podiel na trhu v % (podľa počtu poistencov)	64,29	12,86	8,78	6,56	7,51	0	0
Priemerný evidenčný počet zamestnancov	2 119	525	364	310	313	19	48
Počet kontaktných miest	83	10	59	51	63	5	40
Počet poistencov na zamestnanca ZP	1 609	1 299	1 279	1 123	1 270	0	1
Počet poistencov na kontaktné miesto	41 074	68 201	7 891	6 826	6 311	1	1

Zdroj: zdravotné poisťovne, úrad

Riadenie zdravotných poisťovní zabezpečujú orgány akciovej spoločnosti. Najvyšším orgánom zdravotnej poisťovne je valné zhromaždenie, ktoré rozhoduje o všetkých zásadných otázkach smerovania zdravotnej poisťovne.

Predstavenstvo zdravotnej poisťovne je štatutárnym orgánom, riadi činnosť spoločnosti, koná v jej mene, rozhoduje o všetkých záležitostiach pokiaľ nie je rozhodovanie vyhradené Obchodným zákonníkom, alebo stanovami do pôsobnosti valného zhromaždenia alebo dozornej rady.

Dozorná rada dohliada na výkon pôsobnosti predstavenstva a na uskutočňovanie podnikateľskej činnosti zdravotnej poisťovne.

Na voľbu členov predstavenstva, dozornej rady, vedúcich zamestnancov v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva a osôb zodpovedných za výkon vnútornej kontroly je potrebný predchádzajúci súhlas úradu.

Tabuľka č.20 Počet členov predstavenstiev a dozorných rád jednotlivých zdravotných poisťovní

	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union
predstavenstvo	3	3	3	3	3	3	3
dozorná rada	8	10	4	6	9	3	3
generálny riaditeľ je členom predstavenstva	áno	áno	nie	nie	nie	áno	Nie

2.2 . Rozdelenie poistného trhu

V Slovenskej republike k 1. 1. 2006 pôsobilo 6 zdravotných poisťovní, z ktorých päť bolo pôvodných - transformovaných a nová zdravotná poisťovňa EZP. Úrad vydal vo februári

2006 povolenie na vykonávanie verejného zdravotného poistenia pre zdravotnú poisťovňu Medicare, a.s. Táto poisťovňa požiadala o zmenu názvu na Union zdravotná poisťovňa a.s. Úrad žiadosti o zmenu názvu vyhovel. V roku 2006 úrad nevydal povolenie na vykonávanie verejného zdravotného poistenia pre spoločnosť Vivia a.s.

V roku 2006 úrad prijal žiadosť na vydanie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia pre Národnú zdravotnú poisťovňu a.s., ale konanie bolo na žiadosť žiadateľa ukončené bez vydania povolenia.

Úrad je povinný vydať žiadateľovi povolenie na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, ak splní podmienky ustanovené zákonom č. 581/2004 Z. z. Vzhľadom na skutočnosť, že v roku 2006 vznikli problémy pri udeľovaní povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia je potrebné legislatívne spresniť podmienky na vydávanie povolenia.

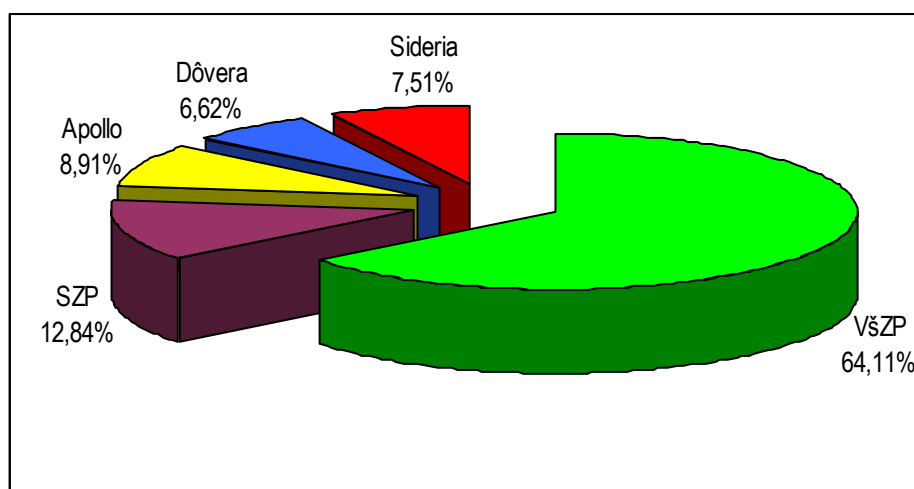
Tabuľka č.21 Počet poistencov podľa zdravotných poisťovní a podľa samosprávnych krajov k 31.12.2006

kraj	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	spolu
BA	359 328	143 183	61 704	55 142	502	3	62	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	1	20	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	2	37	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
Nedá sa určiť *	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	7	197	5 304 116

* Zatriedenie poistencov do jednotlivých krajov prebieha na základe poštového smerového čísla ich trvalého pobytu. V prípade, že PSČ nie je známe poistenec nie je zaradený do žiadneho kraja.

** Najnižší a najvyšší počet poistencov podľa krajov v príslušnej poisťovni je zvýraznený .

Graf č. 2. Podiel zdravotných poisťovní na poistnom trhu podľa počtu poistencov k 31.12.2006



Zdroj: úrad

Najvyššie zastúpenie na trhu mala VŠZP a najnižšie Dôvera; EZP k uvedenému dátumu mala 7 poistencov a Union 197 poistencov, preto podiel týchto poisťovní na trhu je nulový.

V roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 poklesol počet poistencov v poisťovniach VŠZP, SZP a Apollo; prírastok zaznamenali poisťovne Dôvera a Sideria.

2.3 . Dodržiavanie platobnej schopnosti zdravotných poisťovní

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

Vykazovanie platobnej schopnosti je dôležitým nástrojom kontroly „zdravého financovania“ zdravotných poisťovní.

Tabuľka č.22 Dodržiavanie miery platobnej schopnosti v roku 2006

mesiac		SZP	VŠZP	Apollo	Sideria	Dôvera
I.	v %	11,08	7,21	12,63	12,88	28,76
II.	v %	13,34	6,09	13,60	15,39	30,39
III.	v %	11,63	5,18	14,64	12,75	28,19
IV.	v %	12,24	5,06	13,71	13,26	29,13
V.	v %	11,31	5,55	16,36	14,98	30,70
VI.	v %	11,50	5,05	17,12	13,81	31,61
VII.	v %	13,77	5,47	18,11	13,01	30,73
VIII.	v %	11,58	4,17	21,45	14,80	31,04
IX.	v %	14,67	6,52	22,64	14,01	31,74
X.	v %	13,32	5,26	22,74	14,65	36,51
XI.	v %	15,96	6,38	22,85	14,90	36,03
XII.	v %	10,13	4,19	21,64	15,16	35,32

Poznámka: Poradie zdravotných poisťovní v tabuľke je uvedené podľa poradia transformácie, resp. vzniku ZP

Skutočná miera platobnej schopnosti k 31. 12. 2006 sa u zdravotných poisťovní pohybovala v rozsahu od 1,40 do 11,77 násobku minimálnej miery. Možno konštatovať že v roku 2006 mieru platobnej schopnosti zabezpečili všetky zdravotné poisťovne.

K 31.12. 2006 najnižšiu mieru platobnej schopnosti mala VŠZP v objeme 4,2 %. V porovnaní s rovnakým obdobím roku 2005 miera platobnej schopnosti tejto poisťovne klesla o 2, 2 %.

SZP mieru platobnej schopnosti zlepšila; miera jej platobnej schopnosti k 31. 12. 2006 vzrástla na 10,1 %. Oproti porovnateľnému obdobiu roku 2005 je miera platobnej schopnosti tejto zdravotnej poisťovne vyššia o 6,0 %. Zvýšenie miery platobnej schopnosti tejto zdravotnej poisťovne je dôsledkom ozdravného plánu a výraznejšieho posilnenia majetkovej účasti akcionára. Apollo ku koncu roka 2005 vykázala mieru platobnej schopnosti na úrovni 13,1 %. K 31. 12. 2006 sa miera platobnej schopnosti tejto zdravotnej poisťovne zvýšila a dosiahla úroveň 21,6 %. Platobnú schopnosť v priebehu roka 2006 zlepšila aj Sideria, ktorá v závere roka 2005 vykázala mieru platobnej schopnosti 11,9 %; k 31.12.2006 miera jej

platobnej schopnosti vzrástla na úroveň 15,2 %. Najvyššiu mieru platobnej schopnosti k 31.12. 2006 vykázala Dôvera vo výške 35,3 %, čo je nárast oproti predchádzajúcemu obdobiu o 3,2%. Mieru platobnej schopnosti EZP a Union za obdobie roku 2006 nie je možné percentuálne porovnávať s ostatnými zdravotnými poisťovňami, pretože tieto zdravotné poisťovne mali v roku 2006 výber poistného po zohľadnení prerozdelenia poistného z dôvodu malého počtu poistencov veľmi nízke. Možno iba konštatovať, že miera platobnej schopnosti u týchto zdravotných poisťovní bola v priebehu roka 2006 zabezpečená.

Úrad v roku 2006 mesačne kontroloval dodržiavanie miery platobnej schopnosti zdravotných poisťovní a jej preukazovanie v zákone stanovených lehotách. Dohliadal na správnosť výpočtu miery platobnej schopnosti aj dohľadom na mieste a zistil nedostatky týkajúce sa správnosti výpočtu miery platobnej schopnosti v SZP, VŠZP, Sideria a Union. Týmto zdravotným poisťovňam udelil pokutu vo výške od 100 tis. Sk do 300 tis. Sk. Na základe týchto skutočností, možno konštatovať, že súčasná právna úprava nedostatočne upravuje preukazovanie miery platobnej schopnosti. Vzhľadom na nejednotný výklad spojenia „ničím nezaťažene aktíva“ v § 14 zákona č.581/2004 Z. z. bude potrebné tento pojem jednoznačne v budúcnosti definovať.

S cieľom zabezpečiť kontrolu správnosti výkazu o preukazovaní miery platobnej schopnosti je potrebné stanoviť pre zdravotné poisťovne povinnosť, aby súčasťou tohto predkladaného výkazu, bola aj predbežná súvaha a výkaz ziskov a strát. Pravidelné a dôsledné sledovanie minimálnej miery platobnej schopnosti je dôležitým nástrojom na včasné odhalenie prípadných problémov so solventnosťou zdravotných poisťovní.

2.4 . Predpis poistného výber poistného a prerozdeľovanie poistného

Zákon č. 580/2004 Z. z. ustanovuje, kto je povinný platiť poistné, určuje sadzbu poistného, vymeriavací základ ako aj ďalšie dôležité skutočnosti súvisiace s platením poistného. Povinnosť platiť poistné vzniká dňom vzniku verejného zdravotného poistenia. Platiteľ poistného je povinný vypočítať odviesť a zaplatiť preddavok na poistné na účet príslušnej zdravotnej poisťovne a vykonať ročné zúčtovanie poistného.

Zdravotné poisťovne prijímajú poistné od rôznych typov platiteľov poistného – zamestnancov, samostatne zárobkovo činné osoby , poistencov štátu a samoplatiteľov. Štruktúra poistného kmeňa je uvedená v tabuľke.

Tabuľka č.23 Štruktúra poistného kmeňa podľa typu platiteľa v %

	VŠZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
Zamestnanci	32,38	48,93	38,7	35,14	23,5	66,67	16,04	34,45
SZČO	7,79	5,0	6,57	6,26	4,29	0	7,08	6,95
Štát	57,44	43,07	52,01	54,85	68,39	33,33	54,25	55,91
Samoplatitelia	2,39	3,0	2,71	3,74	3,81	0	22,64	2,7
Poistenci spolu	100	100	100	100	100	100	100	100

Zdroj: zdravotné poisťovne, úrad

Najväčší podiel ekonomicky aktívnych poistencov (zamestnanci a SZČO) mala v roku 2006 EZP, SZP a Apollo. Podiel ekonomicky neaktívnych poistencov (poistencov štátu) bol najvyšší v poisťovni Sideria, VŠZP a Dôvera, čo poukazuje na nerovnomernosť rozloženia poistného kmeňa. Táto nerovnomernosť by spôsobila finančné zvýhodnenie SZP, na ktorú by v prípade neuplatňovania prerozdeľovacieho mechanizmu preddavkov poistného pripadal najvyšší podiel finančných prostriedkov v prepočte na poistenca.

2.4.1. Predpis poistného

Predpis poistného je výška poistného, ktoré je platiteľ povinný odvieť zdravotnej poisťovni v príslušnom roku.

Za rok 2006 zdravotné poisťovne vykázali predpis poistného vo výške 81,539,4 mil. Sk. Predpis poistného zahŕňa predpis za rok 2006 a predpis z ročného zúčtovania za rok 2005.

Tabuľka č.24 Predpis poistného za rok 2006 a porovnanie vývoja s rokom 2005
v tis. Sk

ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
predpis poistného rok 2006	48 097 147	14 120 170	8 113 767	5 548 020	5 659 785	146	378	81 539 413
Predpis poistného rok 2005	40 903 511	13 585 481	7 098 610	4 621 621	4 769 437	0	0	70 978 660
rozdiel predpis r.2006 a predpis r. 2005 v Sk	7 196 636	534 689	1 015 157	926 399	890 348	146	378	10 560 753
Podiel predpisu poistného z celkového predpisu r. 2006 v %	59,0	17,3	10,0	6,8	6,9	0	0	100
Podiel poistencov na trhu v roku 2006	64,29	12,86	8,78	6,56	7,51	0	0	100

Zdroj: zdravotné poisťovne

V roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 došlo k nárastu predpisu poistného o 14,8%, čo je v absolútnom vyjadrení 10 560,1 mil. Sk.

Tabuľka č.25 Priemerný predpis poistného na poistenca v roku 2006
a porovnanie vývoja s rokom 2005

v Sk

ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
Predpis poistného na poistenca r.2006	14 108	20 704	17 427	15 937	14 235	48 667	9 450	15 377
Predpis poistného na poistenca r. 2005	11 850	19 560	14 939	13 830	12 190	0	0	13 274
rozdiel v Sk	2 258	1 144	2 488	2 107	2 045	0	0	2 103
podiel v %	19,05	5,85	16,65	15,24	16,78	0	0	15,85

Zdroj: zdravotné poisťovne

2.4.2. Výber poistného

Výber poistného je skutočne zaplatené poistné, ktoré sa viaže k predpisu poistného bežného roka. V roku 2006 výber poistného predstavoval celkom 77 403, 5 mil. Sk. Údaje sú uvedené v tabuľke č. 26.

Tabuľka č.26 Výber poistného v roku 2005 a 2006 v tis. Sk

v tis. Sk

ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
Výber poistného spolu r.2006 *	45 287 197	13 695 049	7 813 036	5 276 190	5 329 155	143	2 770	77 403 540
Výber poistného spolu r.2005	41 537 998	13 463 252	6 958 664	4 617 902	4 672 090	-	-	71 249 906
rozdiel v Sk	3 749 199	231 797	854 372	658 288	657 065	143	2 770	6 153 634
Rast poistného v %	9,03	1,72	12,28	14,26	14,05	0	0	8,64

Zdroj: zdravotné poisťovne

* Výber poistného je uvedený bez sankcií

Údaje uvedené v tabuľke č. 26 sú spracované z podkladov zdravotných poisťovní zaslaných úradu k prerozdeleniu preddavkov na poistné za január až december 2006.

Tabuľka č.27 Priemerný výber poistného na poistenca v rokoch 2006 a porovnanie s rokom 2005

v Sk								
ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
Výber poistného spolu v r. 2006	45 287 197	13 695 049	7 813 036	5 276 190	5 329 155	143	2 770	77 403 540
Výber poistného spolu r. 2005	41 537 998	13 463 252	6 958 664	4 617 902	4 672 090	0	0	71 249 906
rozdiel v Sk	3 749 199	231 797	854 372	658 288	657 065	143	2 770	6 153 634
Rast poistného v %	9,03	1,72	12,28	14,26	14,05	0	0	8,64

Zdroj: zdravotné poisťovne

Výber poistného na poistenca v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 vzrástol vo všetkých zdravotných poisťovniach. Najvyšší nárast v absolútnom vyjadrení zaznamenalo Apollo 2 136 Sk na poistenca a Sideria 1 462 Sk na poistenca. V ostatných zdravotných poisťovniach výber poistného na poistenca bol vyšší ako priemerný výber poistného. EZP a Union sa nehodnotili.

Tabuľka č.28 Porovnanie predpisu a výberu poistného v roku 2006 na poistenca

v Sk								
	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
Predpis na poistenca r.2006	14 108	20 704	17 427	15 937	14 235	48 667	9 450	15 377
Výber na poistenca r.2006	13 284	20 081	16 781	15 156	13 403	47 667	69 250	14 597
Rozdiel v Sk	824	623	646	781	832	1000	-59 800	759

Zdroj: zdravotné poisťovne

Úspešnosť výberu poistného vyjadruje podiel výberu poistného na predpise. Úspešnosť výberu podľa ZP je uvedená v nižšie uvedenej tabuľke.

Tabuľka č.29 Úspešnosť výberu poistného v roku 2006 v a roku 2005

v %								
	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
Úspešnosť výberu 2006	94,16	96,99	96,29	95,1	94,16	97,94	732,8	94,92
Úspešnosť výberu 2005	101,55	99,1	98,03	99,92	97,96	0	0	100,38
Rozdiel	-7,39	-2,11	-1,74	-4,82	-3,8	0	0	-5,45

Z porovnania úspešnosti výberu poistného v roku 2006 s rokom 2005 je zrejmé, že ZP vykazovali nereálny predpis poistného a tým aj jeho úspešnosť.

Percento úspešnosti výberu poistného výraznou mierou negatívne ovplyvňovala skutočnosť, že poisťovne nie sú povinné do predpisu poistného započítať odhad výšky poistného, ktoré sa vzťahuje k nedoručeným výkazom o výpočte výšky poistného poisťovniam.

2.4.3. Prerозdeľovanie poistného

Prerозdeľovanie poistného sa vykonáva podľa zákona č. 580/2004 Z. z. Prerозdeľovanie zabezpečuje solidaritu medzi poistencami zdravotných poisťovní podľa kritérií – pohlavie a vek - na základe koeficienta rizika nákladovosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti. V súlade s citovaným zákonom sú zdravotné poisťovne povinné vykonávať :

- a) mesačné prerозdeľovanie preddavkov na poistné a
- b) ročné prerозdeľovanie poistného.

Úrad podľa zákona č. 580/2004 Z. z. určuje rozhodnutím mesačnú a ročnú výšku prerозdelenia poistného.

a) mesačné prerозdeľovanie preddavkov na poistné

zo sumy zaplatených preddavkov na verejné zdravotné poistenie sa pravidelne mesačne vykonáva prerозdeľovanie 85 % výberu poistného. Základnou úlohou prerозdeľovacieho mechanizmu je zabezpečiť rovnaký – solidárny objem finančných zdrojov, ktoré sa viažu k indexu rizika za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

Tabuľka č.30 Prehľad o výsledku prerозdelenia preddavkov na poistnom za rok 2006

v tis. Sk

	Základ mesačného prerозdelenia za rok 2006	Celková suma z mesačných prerозdeľovaní za rok 2006	Výsledok mesačného prerозdelenia
VšZP	38 494 118	44 370 946	5 876 828
SZP	11 640 792	7 757 952	-3 882 840
Dôvera	4 484 761	3 785 010	-699 751
Apollo	6 641 080	5 318 927	-1 322 153
Sideria	4 529 781	4 559 950	30 169
EZP	121	22	-100
Union	2 511	357	-2 153
Spolu	65 793 164	65 793 164	0

Zdroj: úrad

Z výsledku prerозdeľovania preddavkov poistného z celkovej sumy 5 907,0 mil. Sk získala 99,5 % VšZP a 0,5 % Sideria. Získanú sumu z prerозdeľovania pre tieto dve poisťovne uhradili vo výške 65,7% SZP (3 882, 8 tis. Sk) , vo výške 22,4 % Apollo (1 322,2mil. Sk) a vo výške 11,8 % Dôvera (0, 7 mil. Sk). Podiel EZP a Union bol štatisticky bezvýznamný.

Z celkového kmeňa poistencov VšZP je 57,4% poistencov ekonomicky neaktívnych za ktorých poistné hradí štát. Do tejto kategórie poistencov patria aj poberatelia dôchodkov a deti u ktorých je vysoký index rizika nákladov. Vzhľadom na vekovú štruktúru poistencov VšZP, ktorý sú v porovnaní s ostatnými poisťovňami vekovo najstarší získala VšZP z prerозdeľovania absolútne ale aj relatívne najvyšší podiel zdrojov.

b) ročné prerозdeľovanie poistného za rok 2006

Ročné prerозdeľovanie poistného sa po prvýkrát vykoná v roku 2007 za poistné roku 2006.

Princíp prerozdelenia poistného na základe kritérií – vek a pohlavie je nepostačujúci vzhľadom na skutočnosť že nezohľadňuje náklady za finančne náročnú liečbu. Preto je potrebné prehodnotiť súčasné kritéria tak, aby došlo k zrealizácii princípu prerozdelenia.

2.5 . Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní

2.5.1. Príjmy zdravotných poisťovní

Príjmy zdravotných poisťovní v roku 2006 tvorili tieto základné kategórie :

- daňové príjmy, ktoré sú tvorené príjmami zo zdravotného poistenia,
- nedaňové príjmy, ktoré sú tvorené príjmami z nakladania vlastníctva, administratívne poplatky, iné poplatky a platby, kapitálové príjmy, úroky z úverov, pôžičiek a vkladov, ážio a iné príjmy,
- granty a transfery - granty tuzemské aj zahraničné a transfery napr. zo štátneho rozpočtu,
- príjmové finančné operácie , ktoré zahrňujú zostatok prostriedkov z minulých rokov, odplatu za odpredaj pohľadávok, iné príjmy z finančných operácií, úroky.

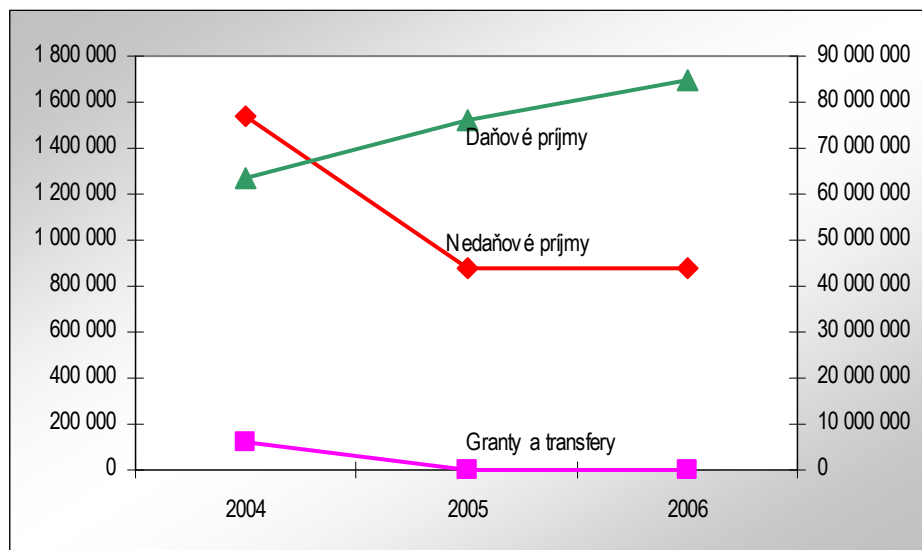
V roku 2006 príjmy zdravotných poisťovní spolu dosiahli výšku 85 818,0 mil. Sk. Tieto príjmy predstavovali zdroje zdravotných poisťovní. V uvedených zdrojoch je zahrnutý prídel z prerozdelenia poistného (za časový úsek mesiacov november, december 2005 a január až október 2006). Po zohľadnení výsledku prerozdelenia príjmy zdravotných poisťovní spolu dosiahli 79 498,0 mil. Sk. Príjmové finančné operácie v roku 2006 predstavovali 8 244,0 mil. Sk.

Tabuľka č.31 Skutočne dosiahnuté príjmy v roku 2004 až 2006 , ich medziročný rast v Sk a v % a prepočet na poistenca

Ukazovateľ	Skutočnosť k 31.12.2004 v tis. Sk	Skutočnosť k 31.12.2005 v tis. Sk	Skutočnosť k 31.12.2006 v tis. Sk	2006 -2005 v tis. Sk	Medziročný rast 2006/2005 v %	Príjmy na poistenca r. 2005 v Sk	Príjmy na poistenca r. 2006 v Sk	2006 - 2005 v Sk na poistenca	2006/2005 na poistenca v %
Daňové príjmy (a)	63 277 178	75 997 666	84 615 826	8 618 160	11,34	13 313	15 958	2 645	19,86
Nedaňové príjmy (b)	1 539 132	882 269	1 198 290	316 021	35,82	165	226	61	36,96
Granty a transfery (c)	125 568	2 661	3 899	1 238	31,75	0	1	1	0
Príjmy spolu (a +b + c) = d	64 941 878	76 882 596	85 818 015	8 937 419	11,62	13 479	16 184	2 705	20,07

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Graf č. 3 Skutočné príjmy dosiahnuté v roku 2004 až 2006



Zdroj: Zdravotné poisťovne

V absolútnom vyjadrení daňové príjmy v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 vzrástli o 8 618,2 mil. Sk.

2.5.2. Výdavky zdravotných poisťovní

Výdavky zdravotných poisťovní tvoria najmä výdavky na zdravotnú starostlivosť a výdavky súvisiace s činnosťou poisťovne. Pomerne veľkú časť výdavkov tvoria ostatné výdavky, kde je zahrnutý odvod do prerozdeľovania poisťného, príspevok na činnosť operačných stredísk RZP a príspevok zdravotných poisťovní na činnosť úradu.

V roku 2006 celkové výdavky predstavovali 85 593,7 mil. Sk. Celkové výdavky v roku 2005 boli vo výške 74 578,0 mil. Sk. V porovnaní s rokom 2005 vzrástli o 10,4 %. Údaje sú uvedené v tabuľke č.32.

Tabuľka č.32 Štruktúra výdavkov zdravotných poisťovní v rokoch 2004, 2005 a 2006

v tis. Sk

	ukazovateľ	Skutočnosť k 31.12.2004	Skutočnosť k 31.12.2005	Skutočnosť k 31.12.2006	Zmena 2006 - 2005	zmena v %
A.1.	Lieky, zdravotnícke pomôcky	22 502 589	24 929 338	26 442 232	1 518 894	6,07
A.2.	zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny	2 331 254	2 249 289	2 765 334	516 045	22,94
A.3.	Ambulantná ZS	19 636 417	21 927 997	26 505 540	4 577 543	20,88
	všeobecná zdravotná starostlivosť	4 052 450	4 581 264	6 214 523	1 633 259	35,65
	špecializovaná zdravotná starostlivosť	7 775 063	8 562 498	7 926 921	-635 577	-7,42
	iná zdravotná starostlivosť	7 808 904	8 784 234	9 791 421	1 007 187	11,47
A.4.	Ústavná ZS	15 409 825	16 635 193	17 036 222	401 029	2,41
	Všeobecná nemocničná starostlivosť	11 528 833	14 123 081	13 347 570	-775 511	-5,49
	Špecializovaná nemocničná starostlivosť	3 093 581	1 591 239	3 070 362	1 479 123	92,95
	Služby opatrovateľských domov a zotavovní	787 411	920 873	618 290	-302 583	-32,86
A.5.	Cudzinci, bezdomovci, EÚ	129 281	200 751	347 336	146 585	73,02
A.	Zdravotná starostlivosť spolu	60 009 366	65 942 568	73 096 664	7 154 096	10,85
B.	výdavky na správu	2 715 932	2 911 278	5 271 412	2 360 134	81,07
C.1	odvod na osobitný účet prerozdelenia	1 533 706				
C.2	odvod z prerozdelenia poisťného		4 823 573	6 323 388	1 499 815	31,09
C.3	príspevok ZP na činnosť úradu		661 891	335 328	-326 563	-49,34
C.4	príspevok ZP na činnosť operačných stredísk		56 834	200 107	143 273	252,09
C.5	iné (pokuty, penále, poplatky,)	159 513	181 500	366 805	185 305	102,10
C.	Ostatné výdavky (iné ako zdravotná starostlivosť)	1 693 219	5 723 798	7 225 628	1 501 830	26,24
D.	Výdavky spolu	64 418 517	74 577 643	85 593 704	11 016 061	14,77

Zdroj: Zdravotné poisťovne

* Výdavkové finančné operácie zahŕňajú splátky návratných finančných výpomocí a pôžičiek

V súlade s platnou metodikou sú v celkových výdavkoch duplicitne započítané výdavky súvisiace s odvodom z prerozdelenia poisťného, čo znamená, že reálne výdavky roku 2005 boli 69 754,0 mil. Sk a v roku 2006 to bolo 79 270,0 mil. Sk.

Objem výdavkov na zdravotnú starostlivosť mal v absolútnej hodnote vzrastajúcu tendenciu. Skutočné výdavky na zdravotnú starostlivosť v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 vzrástli o 7,2 mld. Sk. Percentuálny podiel výdavkov na zdravotnú starostlivosť v roku 2006 však klesol o 3,0 % oproti roku 2005.

Pokles podielu výdavkov na zdravotnú starostlivosť oproti celkovým výdavkom v roku 2006 bol spôsobený nárastom ostatných výdavkov, ktoré vzrástli o 0,8 %. Výdavky na správu zdravotných poisťovní vzrástli oproti roku 2005 o 2,3 %. Ostatné výdavky medziročne vzrástli o 1 502 mil. Sk (26,2%). Vysoký nárast bol v odvode do prerozdelenia a to o 1 450,0 mil. Sk, čo je 31,1%. Správna réžia vzrástla o 2 360,0 mil. Sk, čo je 81,1%.

Tabuľka č.33 Podiel jednotlivých druhov ZS na výdavkoch na ZS v roku 2005 a 2006

v %

ukazovateľ	% podielu z výdavkov na ZS r. 2005	% podielu výdavkov na ZS r. 2006	rozdiel
Lieky, zdravotnícke pomôcky	37,80	36,17	-1,63
zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny	3,41	3,78	0,37
Ambulantná ZS	33,25	36,26	3,01
všeobecná zdravotná starostlivosť	6,95	8,50	1,55
špecializovaná zdravotná starostlivosť	12,98	10,84	-2,14
iná zdravotná starostlivosť	13,32	13,44	0,7
Ústavná ZS	25,23	23,31	-1,92
Všeobecná nemocničná starostlivosť	21,42	18,26	-3,16
Špecializovaná nemocničná starostlivosť	2,41	4,20	1,79
Služby opatrovateľských domov a zotavovní	1,40	0,85	-0,55
Cudzinci, bezdomovci, EÚ	0,30	0,48	0,17
Zdravotná starostlivosť spolu	100,00	100,00	0,00

Zdroj: Zdravotné poisťovne, úrad

Štruktúra výdavkov na zdravotnú starostlivosť sa v porovnaní rokom 2005 zmenila. Znížil sa podiel prostriedkov vynaložených na lieky o 1,6 %, naopak podiel prostriedkov vynaložených na zdravotnícke pomôcky sa zvýšil o 0,4 %. Podiel prostriedkov vynaložených na ústavnú zdravotnú starostlivosť sa znížil o 1,9 % a podiel prostriedkov vynaložených na ambulantnú zdravotnú starostlivosť zvýšil o 3,0 %.

V ambulantnej zdravotnej starostlivosti sa zvýšil podiel výdavkov na všeobecnú zdravotnú starostlivosť o 1,6 % a poklesol podiel výdavkov na špecializovanú ambulantnú starostlivosť o 2,1 %. V ústavnej zdravotnej starostlivosti sa výrazne zvýšil podiel výdavkov na špecializovanú nemocničnú starostlivosť o 1,8 %, naopak poklesli výdavky na všeobecnú nemocničnú starostlivosť o 3,2 %.

Tabuľka č.34 Podiel výdavkov na ZS, ostatných výdavkov a výdavkov na správu ZP na celkových výdavkoch v rokoch 2005 a 2006

v %

Ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
Výdavky na ZS v % r. 2006	95,01	66,58	74,79	74,42	91,42	1,60	0,01	85,36
Výdavky na ZS v % r. 2005	95,13	65,98	75,44	92,88	93,73			88,42
% výdavkov na správu r. 2006	3,67	3,16	6,04	9,13	5,69	98,36	99,88	6,17
% výdavkov na správu r. 2005	3,75	3,98	3,72	6,15	3,81			3,90
Ostatné výdavky v % r. 2006	1,32	30,26	19,17	16,45	2,88	0,04	0,11	8,46
Ostatné výdavky v % r. 2005	1,13	30,04	20,84	0,97	2,46			7,67
v tom odvod do prerozdelenia r. 2006		29,85	18,20	15,71	2,10	0,04	0,00	7,41
v tom odvod do prerozdelenia r. 2005		28,84	19,84	17,28				7,30

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Podiel výdavkov na ZS na celkových výdavkoch bol v roku 2006 85,4%, pričom v roku 2005 to bolo 88,4%. Podiel ostatných výdavkov oproti celkovým výdavkom vzrástol. V ostatných výdavkoch je zahrnutý odvod do prerozdelenia poistného, odvod na činnosť operačných stredísk, odvod na činnosť úradu a výdavky na činnosť poisťovne. Tieto výdavky tvorili v roku 2006 8,5 % z celkových výdavkov. V roku 2005 to bolo 7,7%.

Najvyšší podiel ostatných výdavkov mala v rokoch 2005 a 2006 SZP. V roku 2006 bol tento podiel 30,3%. Je to spôsobené tým, že SZP odvádza vysoký objem prostriedkov do prerozdelenia poistného na zdravotné poistenie. Najnižší podiel ostatných výdavkov dosiahla VŠZP a to z dôvodu, že neodvádza prostriedky do prerozdelenia poistného. Veľký percentuálny rozdiel v Dôvere medzi rokom 2006 a 2005 bol spôsobený tým, že zdravotná poisťovňa zahrnula v roku 2005 odvod do prerozdelenia do príjmov ako mínusovú položku. Ak by sa zohľadnil uvedený odvod v ostatných výdavkoch, tak podiel v roku 2005 by bol 23,4% .

Podiel výdavkov na správnu réžiu bol v roku 2005 na úrovni 2 912 mil. Sk, čo je 3,9 % z celkových výdavkov. V roku 2006 na správu vynaložili zdravotné poisťovne 5 271 mil. Sk, čo je 6,2 % . Hodnotenie výdavkov na správu v poisťovniach Union a EZP nedáva objektívny obraz o vynaložených výdavkoch z dôvodu, že tieto poisťovne v roku 2006 začínali svoju činnosť a výdavky použili na úhradu provízií za sprostredkovanie poistenia, pričom výdavky na zdravotnú starostlivosť boli minimálne.

Poisťovňa Union vynaložila 1 452,0 mil. Sk na provízie a EZP 101,0 mil. Sk. Po zohľadnení tejto skutočnosti najvyšší podiel výdavkov na správu poisťovne v roku 2006 mala Dôvera(9,1%) a najnižší SZP (3,2%).

Tabuľka č.35 Správna réžia zdravotných poisťovní a jej percentuálny rast alebo pokles v roku 2006

	v tis. Sk							
	VŠZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
Výdavky na správu 2005	1 777 812	497 397	228 507	222 087	185 475	0	0	2 911 278
Výdavky na správu 2006	1 923 165	429 080	459 287	450 847	287 876	141 568	1 579 589	5 271 412
Rozdiel	145 353	-68 317	230 780	228 760	102 401	141 568	1 579 589	2 360 134
Podiel %	8,18	-13,73	100,99	103,00	55,21	0	0	81,07

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Z údajov je zrejmé, že SZP kde akcionárom je štát, všetky poisťovne výrazne zvýšili % výdavky na svoju činnosť. Najvyšší rast zaznamenala Dôvera, v ktorej správna réžia vzrástla o 103,0 % (o 228, 7 mil. Sk,) t. j. nárast bol viac ako dvojnásobný. Zaujímavý je fakt, že v tejto poisťovni došlo súčasne aj disproporčne nízkemu rastu výdavkov na zdravotnú starostlivosť (iba o 5, 2 %). Pomerne vysoký nárast výdavkov na správnu réžiu mali aj Apollo a Sideria. Uvedený nárast spôsobili najmä zvýšené výdavky na ostatné služby, kde sú zahrnuté výdavky na reklamu a propagáciu. Niektoré zdravotné poisťovne v roku 2006 použili vysoký objem výdavkov na obstaranie investícií napr. Apollo.

Porovnanie vybraných druhov výdavkov v prepočte na poistenca v roku 2005 a 2006 je v prílohe č.5.

2.5.3. Pohľadávky a záväzky vrátane rezerv

Ako podklad pre analýzu pohľadávok a záväzkov úrad použil auditované účtovné závierky zdravotných poisťovní.

Pohľadávky

Zdravotné poisťovne vykazovali k 31.12.2006 celkové pohľadávky po korekcii cez opravné položky vo výške 13 004,8 tis. Sk.

Tabuľka č.36 Výška pohľadávok zdravotných poisťovní po ich korekcii
v tis. Sk

Položka	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
Pohľadávky brutto	15 654 944	1 050 077	1 634 910	1 894 716	890 398	18 885	14 180	21 158 110
Korekcia	5 906 574	264 080	630 063	1 118 035	234 604	0	1	8 153 357
Pohľadávky netto	9 748 370	785 997	1 004 847	776 681	655 794	18 885	14 179	13 004 753
Korekcie (%)	37,73	25,15	38,53	59,01	26,35	0	0	38,53

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Podrobný prehľad o výške pohľadávok v štruktúre podľa zdravotných poisťovní je uvedený v tabuľke č. 37.

Tabuľka č.37 Štruktúra pohľadávok zdravotných poisťovní po ich korekcii za rok 2006

v tis. Sk

	Pohľadávka	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
A.1.	voči poisteným	7 329 720	764 664	923 102	613 203	565 872	20	159	10 196 740
A.2.	voči poskytovateľom ZS	277 250	9 042	52 326	85 303	31 312	2 303	0	457 536
A.3.	voči inej ZP	1 379 086	0	0	0	22 776	0	108	1 401 970
A.4.	voči úradu	247 243	10 797	0	10 123	16 594	0	0	284 757
A.5.	voči MZ SR	439	0	0	0	0	0	0	439
A.6	voči sprostredkovateľom	0	0	0	0	0	16 243	12 464	28 707
A	z verejného ZP spolu r.2006	9 233 738	784 503	975 428	708 629	636 554	18 566	12 731	12 370 149
	z verejného ZP spolu r.2005*	7 759 860	937 968	664 436	567 429	432 181	-	-	10 361 874
	Rozdiel r. 2006 oproti r. 2005	1 473 878	-153 465	310 992	141 200	204 373	18 566	12 731	2 008 275
	podiel v %	118,99	-16,36	146,80	124,88	147,29	-	-	119,38
B.	ostatné pohľadávky	514 632	1 494	29 419	68 052	19 240	319	1 448	634 604
C.	Pohľadávky z upísaného základného imania	0	0	0	0	0	0	0	0
A+B+C	Pohľadávky spolu	9 748 370	785 997	1 004 847	776 681	655 794	18 885	14 179	13 004 753
	podiel z celku v %	74,96	6,04	7,73	5,97	5,05	0,14	0,11	100

Zdroj: Zdravotné poisťovne

* uvedené údaje nie sú totožné s údajmi uvedenými v Správe o vykonávaní verejného zdravotného poistenia v roku 2005 z dôvodu, že v čase spracovania správ neboli k dispozícii auditované účtovné závierky.

Zdravotná poisťovňa Union k 31.12.2006 vykázala položku – pohľadávky voči sprostredkovateľom vo výške 12 464 tis. Sk, ktorá bola zúčtovaná voči spoločnosti Win. Fin. Services, s.r.o. z titulu vyplatených provízií za stornované prihlášky podané na zmenu zdravotnej poisťovne a ktoré bola spoločnosť na základe zmluvných dojednaní povinná vrátiť poisťovni Union.

Rovnako EZP evidovala pohľadávku voči spoločnosti ZFP a.s. Holíč za sprostredkovanie poistenia podľa zmluvy o obchodnom zastúpení a vykázala túto pohľadávku vo svojej evidencii pod položkou ostatné pohľadávky vo výške 16 243 tis. Sk.

Na základe porovnania zmeny výšky pohľadávok z verejného zdravotného poistenia celkom v roku 2006 oproti roku 2005 možno konštatovať, že došlo k ich výraznému percentuálnemu nárastu v zdravotných poisťovniach Sideria a Apollo. Nárast pohľadávok odôvodnilo Apollo tým, že predpis poistného u samoplatiteľov - dobrovoľne nezamestnaných osôb sa zvýšil po zmene legislatívy od 1.9.2005; od tohto dátumu prešli dobrovoľne nezamestnaní z kategórie poistencov štátu do kategórie samoplatiteľov, čím sa zmenil (zvýšil) pre túto skupinu poistencov predpis poistného. Kým v roku 2005 to ovplyvnilo výšku pohľadávok len za mesiace september až december 2005 v roku 2006 bol touto zmenou legislatívy ovplyvnený celý kalendárny rok.

Pokles pohľadávok z verejného zdravotného poistenia bol zaznamenaný len u SZP.

Na správnu výšku pohľadávok zdravotných poisťovní v roku 2006 mal vplyv aj predpis poistného a predpis pohľadávok vyplývajúci z ročného zúčtovania poistného.

Na pohľadávky zdravotných poistení mal vplyv spôsob výpočtu ich korekcie - postup a zásady tvorby opravných položiek. Možno konštatovať, že v súčasnosti platná vyhláška MZ SR č.161/2006 Z. z. neurčuje presný spôsob výpočtu korekcií pohľadávok a preto zdravotné poisťovne používajú vlastnú metodiku, čo má za následok neporovnateľnosť vykazovaných údajov. Jednotné usmernenie existuje len pre opravné položky k pohládkam, ktoré sú daňovým výdavkom.

Štruktúra pohľadávok a percentuálny podiel na poistenca je uvedená v prílohe č.6.

Závazky

K 31. 12. 2006 zdravotné poisťovne evidovali celkové záväzky vo výške 12 435, 2 mil. Sk.

Tabuľka č.38 Štruktúra záväzkov zdravotných poisťovní za rok 2006
v tis. Sk

	záväzok	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
A.1.	voči poisteným	782 916	332 746	49 770	27 400	39	0	22	1 192 893
A.2.	voči poskytovateľom	7 641 491	16 785	861 043	753 481	640 708	0	7	9 913 515
A.3.	voči inej ZP	0	0	249 364	122 766	0	0	0	372 130
A.4.	voči úradu	70 964	12	0	7 972	0	0	0	78 948
A.	z verejného ZP	8 495 371	349 543	1 160 177	911 619	640 747	0	29	11 557 486
	z verejného ZP za rok 2005	5 156 658	809 401	1 148 480	628 504	485 621	0	0	8 228 664
	rozdiel oproti roku 2005 (+,-)	3 338 713	-459 858	11 697	283 115	155 126	0	29	3 328 822
	rozdiel oproti roku 2005 v %	64,75	-56,81	1,02	45,05	31,94	0	0	40,45
B.1.	z daní	4 676	920	137 854	1 352	92 895	149	815	238 661
B.2.	zo soc. a ZP	21 323	5 084	2 760	4 567	4 086	541	1 245	39 606
B.3.	iné ostatné	327 339	20 135	17 688	106 869	68 946	36 801	21 699	599 477
B.	ostatné záväzky	353 338	26 139	158 302	112 788	165 927	37 491	23 759	877 744
C.	záväzky spolu	8 848 709	375 682	1 318 479	1 024 407	806 674	37 491	23 788	12 435 230
	podiel z celku v %	71,15	3,02	10,61	8,24	6,49	0,30	0,19	100,00

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Záväzky zdravotných poisťovní z verejného zdravotného poistenia sa kumulatívne zvýšili oproti roku 2005 o 40,5 % čo v hodnotovom vyjadrení predstavuje 3 329 mil. Sk Najväčší podiel tvorí nárast záväzkov VšZP; jej záväzky vzrástli voči poisteným o 780 mil. Sk a voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti o viac ako 2 500 mil. Sk v porovnaní s rokom 2005. Nárast záväzkov oproti roku 2005 vznikol z titulu preplatiek na poisťovni voči poisťovni a z dôvodu neuhradených faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť voči poskytovateľom.

Tabuľka č.39 Priemerná výška záväzkov na poistenca

v Sk

záväzky	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
z verejného ZP	2 492	513	2 492	2 619	1 612	0	725	2 180
ostatné záväzky	104	38	340	324	417	12 497 000	593 975	166
záväzky spolu	2 596	551	2 832	2 943	2 029	12 497 000	594 700	2 345

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Celková výška záväzkov na poistenca je 2 345 Sk (vychádzajúca z objemu záväzkov všetkých poisťovní a priemerného počtu poistencov na Slovensku v roku 2006). Poisťovne EZP a Union majú veľmi vysokú výšku záväzkov na poistenca vzhľadom na nízke priemerné počty poistencov v roku 2006.

2.5.4. Tvorba rezerv

V súlade s ustanovením zákona 581/2004 Z. z. , ako aj v súlade s Vyhláškou MZ SR č. 161/2006, ktorou sa ustanovuje rozsah a výška tvorby technických rezerv a opravných položiek k pohľadávkam,, ktoré je možné zahrnúť do daňových výdavkov zdravotné poisťovne sú povinné ku dňu ku ktorému sa tvorí účtovná závierka vytvoriť technické rezervy na poistné plnenia (TRPP) konkrétne na úhradu zdravotnej starostlivosti pre poistencov zaradených v zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 2 mesiace od dátumu ich zaradenia.

Okrem uvedeného poisťovne môžu vytvoriť k rovnakému termínu (ku dňu účtovnej závierky) aj technickú rezervu na :

- úhradu zdravotnej starostlivosti, ktorá bola poskytnutá, ale nebola uhradená ku dňu účtovnej závierky,
- úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá bola poskytnutá ku dňu účtovnej závierky, ale do termínu účtovnej závierky nebol zdravotnej poisťovni doručený účtovný doklad.

Vytvorené technické rezervy na ťarchu nákladov zdravotné poisťovne rozpúšťajú do výnosov, čím sa zabezpečuje reálne vykazovanie hospodárskeho výsledku tak v priebehu bežného roka ako aj ku koncu účtovného obdobia. Tvorba technických rezerv v súlade so zákonom sa vzťahuje ku kľúčovej činnosti zdravotnej poisťovni a to k obstaraniu zdravotnej starostlivosti pre poistencov u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Činnosť zdravotnej poisťovne si vyžaduje tiež vytvoriť aj ostatné rezervy napr. na prebiehajúce súdne spory, odchodné, odstupné a ďalšie zamestnanecké pôžitky – teda na činnosti, ktoré vyplývajú z prevádzkovej aktivity samotnej poisťovne.

Tabuľka č.40 Výška rezerv vytvorených zdravotnými poisťovňami v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005

v tis. Sk a v %

ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
TR na poistné plnenia r 2006	1 831 621	2 192 683	278 264	113 503	277 790	0	150	4 694 011
Ostatné rezervy 2006	218 030	0	38 600	16 749	40 774	52	3 123	317 328
Rezervy 2006 spolu	2 049 651	2 192 683	316 864	130 252	318 564	52	3 273	5 011 339
TR na poistné plnenia r. 2005	4 303 143	1 656 960	108 051	104 950	265 644	0	-	6 438 748
Rozdiel	- 2 471 522	545 158	174 039	8 553	12 146	0	150	- 1 731 476
podiel v %	-57	+ 33, 09	167	8	5	0	-	-27
Ostatné rezervy 2005	125 800	0	67 945	59 312	67 158	102	0	320 317
rozdiel	92 230	0	-29 345	-42 563	-26 384	-50	3 123	-2 989
Podiel v %	173,31	0,00	56,81	28,24	60,71	50,98	0,00	99,07
Rezervy 2005 spolu	4 428 943	1 656 960	175 996	164 262	332 802	102	0	6 759 065
rozdiel	-2 379 292	535 723	140 868	-34 010	-14 238	-50	3 273	-1 747 726
Podiel v %	46,28	132,33	180,04	79,30	95,72	95,72	0,00	74,14

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Zdravotné poisťovne vytvorili k 31.12.2006 technické rezervy v celkovej výške 4 694 ,0 mil. Sk a ostané rezervy v celkovej výške 317 ,3 mil. Sk. Najvyšším podielom sa na celkových rezervách zdravotných poisťovní podieľala Spoločná zdravotná poisťovňa a Všeobecná

zdravotná poisťovňa podielom v celkovej výške 84,6 %. Zvyšných 15,4 % vytvorilo ostatných päť zdravotných poisťovní.

2.5.5. Hospodársky výsledok zdravotných poisťovní

Zdravotné poisťovne v roku 2006 viedli účtovníctvo v súlade so zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov a v súlade s Opatrením MF SR č.22930/2005-74, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o postupoch účtovania a rámcovej účtovej osnove pre zdravotné poisťovne. Účtovná závierka podlieha auditu. Zdravotné poisťovne vykázali v roku 2006 v účtovníctve výsledok hospodárenia tak, ako je to uvedené v tabuľke č. 41

Tabuľka č.41 Výsledok hospodárenia zdravotných poisťovní v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005

v tis. Sk			
Zdravotné poisťovne	výsledok hospodárenia r. 2005	výsledok hospodárenia r. 2006 1/	Rozdiel 2006-2005
VšZP	- 2 489 696	201 719	2 691 415
SZP	93 636	174 205	80 569
Apollo	134 736	573 555	438 819
Dôvera	- 1 573	509 642	511 215
Sideria	- 32 836	457 267	490 103
EZP	- 1 327	- 46 008	-44 681
Union	0	- 643 706	-643 706
Kladný hospodársky výsledok (zisk) spolu	228 372	1 916 388	1 688 016
Záporný hospodársky výsledok (strata) spolu	-2 525 432	-689 714	1 835 718
Saldo výsledku hospodárenia ZP	-2 297 060	1 226 674	3 523 734

Zdroj : zdravotné poisťovne

1/ údaje sú použité z auditovanej účtovnej závierky ZP

Pre objektivitu hodnotenia je potrebné uviesť, že v priebehu roka 2005 prebiehal proces transformácie zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti, preto prípadné porovnávanie hospodárskeho výsledku vytvoreného v roku 2005 s rokom 2006 bez hlbšej analýzy by bolo skresľujúce.

Zdravotné poisťovne vynaložili v roku 2006 náklady celkom vo výške 88,8 mld. Sk a dosiahli výnosy vo výške 89,7 mld. Sk – podiel nákladov na výnosoch je takmer 99 %.

Zdravotné poisťovne majú z pohľadu ich činnosti špecifické postavenie, preto by bolo vhodné aby táto skutočnosť bola vyjadrená aj vo výkazníctve zdravotných poisťovní.

Časť 3. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti

3.1. Uzatváranie zmlúv so zdravotnými poisťovňami, zabezpečenie a úhrada zdravotnej starostlivosti poisťovňami

Zdravotná starostlivosť pre poistencov bola v roku 2006 v prevažnej miere poskytovaná na základe zmluvy poskytovateľa zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou poistenca. Výber zmluvných poskytovateľov a stanovenie zmluvných podmienok bolo manažérskym a strategickým rozhodnutím každej zdravotnej poisťovne.

3.1.1. Zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti

Úrad je povinný podľa zákona 581/2004 Z. z. viesť zoznam poskytovateľov. Počet poskytovateľov, ktorých úrad eviduje je 12 785. Počet uzatvorených zmlúv ZP k 31. 12. 2006 s poskytovateľmi o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti bol v rozsahu od 9 589 do 10 480 zmlúv (okrem Union a EZP). Najväčší počet uzatvorených zmlúv s poskytovateľmi eviduje k uvedenému dátumu SZP. ZP Union a EZP mali v roku 2006 uzatvorené zmluvy len s malým počtom poskytovateľov, čo zodpovedá počtu poistencov týchto poisťovní v roku 2006.

Spôsob uzatvárania zmlúv s poskytovateľmi pre jednotlivé formy zdravotnej starostlivosti v jednotlivých zdravotných poisťovniach sa zásadne líši, preto porovnávanie počtu zmluvných poskytovateľov podľa druhu a štruktúry poskytovateľov medzi jednotlivými ZP je iba ilustračné a nemá zásadnú vypovedaciu hodnotu. Najvyšší počet zmlúv evidujú všetky ZP v špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

V roku 2006 boli zdravotné poisťovne povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi podľa vopred zverejnených kritérií vzťahujúcich sa na personálne, materiálno-technické vybavenie a indikátory kvality.

Tabuľka č.42 Percentuálne vyjadrenie váhy kritérií na uzatváranie zmlúv o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti.

Kritéria na uzatváranie zmlúv	Zdravotné poisťovne						
	VŠZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	Union	EZP
dostupnosť ZS	nehodnotila	30	40	nehodnotila	nehodnotila	nehodnotila	nehodnotila
materiálno-technické vybavenie	45	30	15	45	45	45	40
personálne vybavenie	45	30	15	45	45	45	40
indikátory kvality	10	10	30	10	10	10	20
minimálna váha všetkých kritérií	90	90	65	90	90	nezverejnila	80

Zdroj : úrad, internetové stránky ZP.

Pri hodnotení personálneho a materiálno-technického vybavenia vychádzali ZP z minimálnych požiadaviek na vybavenie zdravotníckych zariadení upravených platnými záväznými právnymi predpismi. Pri hodnotení úrovne indikátorov kvality ZP zohľadňovali dosiahnutú úroveň stanoveného indikátora a poradie v rebríčkoch kvality.

Zdravotné poisťovne SZP a Apollo vo zverejnených kritériách hodnotili významnou váhou aj dostupnosť zdravotnej starostlivosti v zmysle naplnenia verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Ostatné zdravotné poisťovne naplnenie verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti stanovili ako základnú podmienku uzatvorenia zmluvného vzťahu, preto dostupnosť nezvolili za kritérium pri rozhodovaní o uzatvorení zmluvného vzťahu.

Podmienkou uzatvorenia zmluvného vzťahu bolo naplnenie zverejnených kritérií v stanovenom minimálnom rozsahu (65% - 90%).

1. Kritériá uvedené v tabuľke č.42 boli zverejnené v druhom až štvrtom štvrťroku 2006. Zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti medzi ZP a poskytovateľmi boli spravidla uzatvárané v prvom štvrťroku kalendárneho roku s platnosťou 12 mesiacov. Z tohto dôvodu stanovené kritériá neboli v procese uzatvárania zmlúv v roku 2006 zohľadňované vo všetkých prípadoch v uvedenej percentuálnej váhe.
2. Možno konštatovať, že kritéria sú stanovené formálne a proces hodnotenia nie je jasne popísaný, obsahuje subjektívne prvky a nie pre každú medicínsku špecializáciu sa ponúkajú validné indikátory vo vzťahu k špecializácii.

3.1.2. Verejná minimálna sieť

V zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. sú zdravotné poisťovne povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov stanovenej Nariadením vlády č. 751/2004.

K 31.12.2006 zdravotné poisťovne VŠZP, SZP, Apollo, Dôvera a Sideria deklarovali dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre svojich poistencov vo všetkých formách poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

Zo záverov vykonaného dohľadu nad zmluvnými vzťahmi, realizovaného v apríli 2006 vyplynuli zistenia, že Všeobecná zdravotná poisťovňa a Spoločná zdravotná poisťovňa nezabezpečili zmluvnú kontinuitu poskytovania zdravotnej starostlivosti včas, nakoľko až dodatočne zabezpečili kontinuitu zmluvných vzťahov s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti po ukončení platnosti predchádzajúcich zmlúv k 28.2.2006 resp. k 31.3.2006.

V roku 2006 sa na trhu verejného zdravotného poistenia etablovali nové subjekty – Union zdravotná poisťovňa a Európska zdravotná poisťovňa (ďalej len „nové poisťovne“). V roku 2006 mali nové zdravotné poisťovne len malé množstvo poistencov, údaje o naplnení verejnej minimálnej siete v ich prípadoch neboli porovnateľné.

Nedostatkom nariadenia vlády vo vzťahu k všeobecnej ambulantnej starostlivosti bola aj nepresná definícia, ktorá nestanovila jasne vekovú kategóriu poistencov. Pretrvával rozpor v definovaní normatívu pre všeobecnú ambulantnú starostlivosť zákonom a nariadením vlády. V rámci normatívov v nariadení vlády pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť neboli v niektorých prípadoch dodržané zákonom stanovené podmienky pre zabezpečenie zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na počet obyvateľov, vekovú štruktúru, pohlavie, geografickú dostupnosť, chorobnosť a úmrtnosť.

Hodnotenie naplnenia verejnej minimálnej siete v zmysle normatívu pre lôžka v ústavnej zdravotnej starostlivosti v príslušných špecializačných odboroch je nevykonateľné, nakoľko zdravotné poisťovne nenakupovali od poskytovateľov počet lôžok, ale počet ukončených hospitalizácií, respektíve objem poskytnutých zdravotných výkonov.

Napĺňanie verejnej minimálnej siete sa nedá vyhodnotiť, je nevykonateľné a nekontrolovateľné.

3.1.3. Indikátory kvality

Zdravotné poisťovne boli povinné hodnotiť vybrané oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa indikátorov kvality ustanovených nariadením vlády č. 752/2004 Z. z.

v znení nariadenia vlády č. 663/2005 Z. z., ktorým sa vydáva súbor indikátorov kvality pre rok 2006.

Indikátory kvality boli vypracované na hodnotenie piatich oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti: dostupnosti zdravotnej starostlivosti, efektívnosti využitia zdrojov, účinnosti a primeranosti zdravotnej starostlivosti, vnímania poskytnutej zdravotnej starostlivosti osobou, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje a výsledkov zdravotnej starostlivosti.

Na rok 2006 bola stanovená národná sada 25 indikátorov kvality s doporučenou štandardizáciou podľa veku a pohlavia. Podľa metodiky zberu a hodnotenia stanovenou metodickým pokynom MZ SR boli vyhodnotené 3 úrovne indikátora kvality s rozdielom 2 štandardných odchýlok. Detailnejší popis realizácie indikátorov kvality je v prílohe č. 7.

V budúcnosti bude potrebné prehodnotiť výber takých indikátorov, ktoré jednoznačne definujú kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti v jednotlivých špecializačných odboroch.

3.1.4. Evidenčne uznané výkony, finančne uznané výkony a rozdiel medzi nimi

Táto kapitola mapuje vývoj dôležitých výdavkových položiek a porovnáva ich s rokmi 2005 a 2004. Podrobné členenie výdavkových položiek je uvedené v prílohe č. 8.

Zdravotné poisťovne použili v roku 2006 finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia najmä na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti pre poistencov v rozsahu, ktorý zahŕňal preventívne prehliadky, neodkladnú zdravotnú starostlivosť, zdravotné výkony, lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a kúpeľnú starostlivosť. Zdravotná starostlivosť bola poskytovaná formou ambulantnej, ústavnej a lekárenskej zdravotnej starostlivosti.

V roku 2006 zdravotné poisťovne evidenčne uznali výkony vo výške 73 341 mil. Sk, čo je oproti roku 2005 nárast o 7 884 mil. Sk (12,0%). Príčinou tohto nárastu sú vykonané úpravy v cenových opatreniach v priebehu roku 2006. V roku 2005 nárast oproti roku 2004 bol 5 548 mil. Sk (9,3 %) /rozdiel 2 336 mil. Sk (+2,8%)/.

Štruktúra zdravotných výkonov podľa jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti je uvedená v tabuľke č. 43. Pre úplnosť je potrebné uviesť, že v prípade lekárenskej starostlivosti zdravotné poisťovne neuplatňujú limity na vydané lieky na recepty a na zdravotnícke pomôcky a preto výška finančne uznaných zdravotných výkonov je rovnaká ako boli evidenčne uznané zdravotné výkony.

Tabuľka č.43 Prehľad evidenčne uznaných, finančne uznaných a tzv. nadlimitných zdravotných výkonov podľa foriem zdravotnej starostlivosti v roku 2006 v mil. Sk a v prepočte na poistenca

Formy ZS	evidenčne (medicínsky) uznané výkony			finančne uznané výkony			rozdiel tzv. nadlimitné výkony			
	v mil.	% podiel z celku	prepočet na poistenca v Sk	v mil.	% podiel z celku	prepočet na poistenca v Sk	v mil.	% rozdiel medzi evidenčne a finančne uznanými výkonmi	% podiel z celku	prepočet na poistenca v Sk
Lekárska starostlivosť	28 400	38,7	5 356	28 400	40	5 356	0	0	0	0
Ambulantná starostlivosť	26 341	35,9	4 968	24 785	34,9	4 674	1 556	5,9	66,34	293
Ústavná starostlivosť										
(pozn. lôžkové odd. ÚZZ)	18 600	25,4	3 508	17 811	25,1	3 359	789	4,2	33,66	149
Spolu v r.2006	73 341	100	13 831	70 996	100	13 389	2 345	3,2	100	442

Zdroj: Zdravotné poisťovne

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.

V roku 2006 zdravotné poisťovne finančne uznali zdravotné výkony v hodnote 70 996,0 mil. Sk, čo predstavuje oproti roku 2005 nárast o 6 302,0 mil. Sk (9,7%). V roku 2005 nárast oproti roku 2004 bol vo výške 6 483,0 mil. Sk (11,1 %) (rozdiel – 181,0 mil. Sk (-1,4%)).

Tabuľka č.44 Prehľad evidenčne uznaných, finančne uznaných a tzv. nadlimitných zdravotných výkonov celkom v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 a 2004 v Sk a v % .

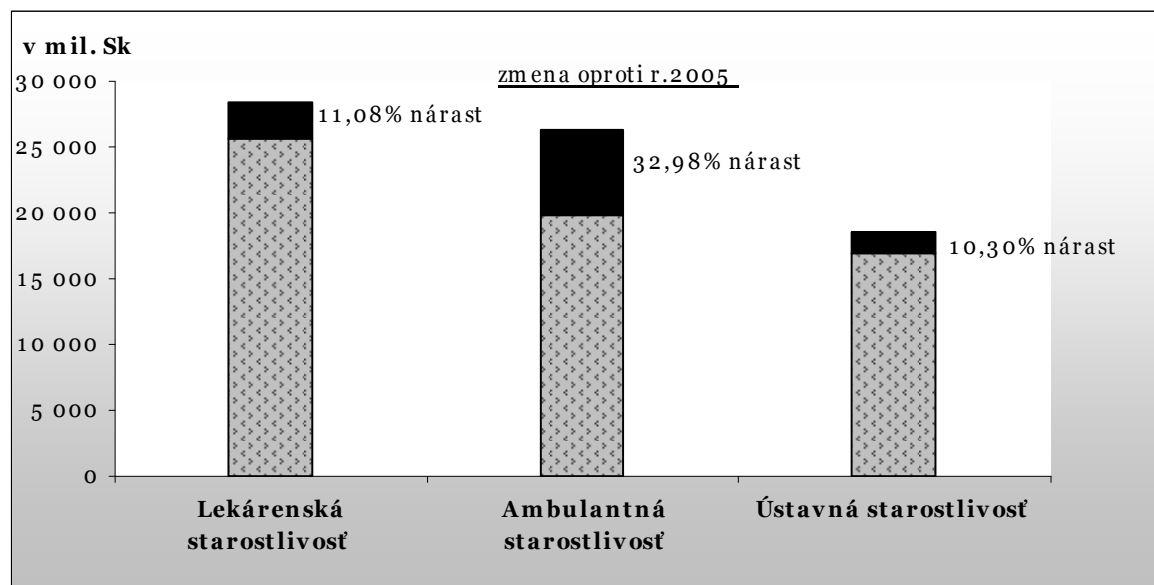
Formy ZS		spolu v r.2006	spolu r.2005	spolu r.2004	rozdiel v r. 2006 oproti roku 2005 v Sk	rozdiel v r. 2006 oproti roku 2005 v %	rozdiel v r. 2005 oproti roku 2004 v Sk	rozdiel v r. 2005 oproti roku 2004 v %
Evidenčne (medicínsky) uznané výkony	v mil.	73 341	65 457	59 908	7 884	12,0	5 549	9,3
Finančne uznané výkony	v mil.	70 996	64 694	58 211	6 302	9,7	6 483	11,1
Rozdiel, tzv. nadlimitné výkony	v mil.	2 345	763	1 697	1 582	207,4	-934	-55,0
	% rozdiel	3,20	1,17	2,83	20,07	x	-16,85	x

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Rozdiely medzi evidenčne uznanými a finančne uznanými zdravotnými výkonmi tzv. „nadlimitné výkony“ poukazujú na to, že zdravotné poisťovne aj v roku 2006 objednávali zdravotnú starostlivosť vo finančných objemoch, ktoré boli spravidla nižšie ako medicínsky uznané zdravotné výkony a tým limitovali poskytovateľov v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Výška nadlimitných výkonov v roku 2006 dosahovala 2 345,0 mil. Sk, čo je oproti roku 2005 nárast o 1 582,0 mil. Sk (207,4%), v prepočte na poistenca je to o 299,0 Sk viac a v priemere na mesiac na poistenca o 25,0 Sk viac. Príčinou výrazného zvýšenia nadlimitných výkonov bol pravdepodobne nepresný odhad zmluvných objemov zo strany zdravotných poisťovní.

Vývoj evidencie uznaných zdravotných výkonov v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 podľa foriem zdravotnej starostlivosti je znázornený v nasledujúcom grafe. Nárast môžeme pozorovať vo všetkých formách zdravotnej starostlivosti.

Graf č.4 Vývoj evidencie uznaných zdravotných výkonov podľa foriem zdravotnej starostlivosti v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005



Zdroj: Zdravotné poisťovne

Legenda k grafu:

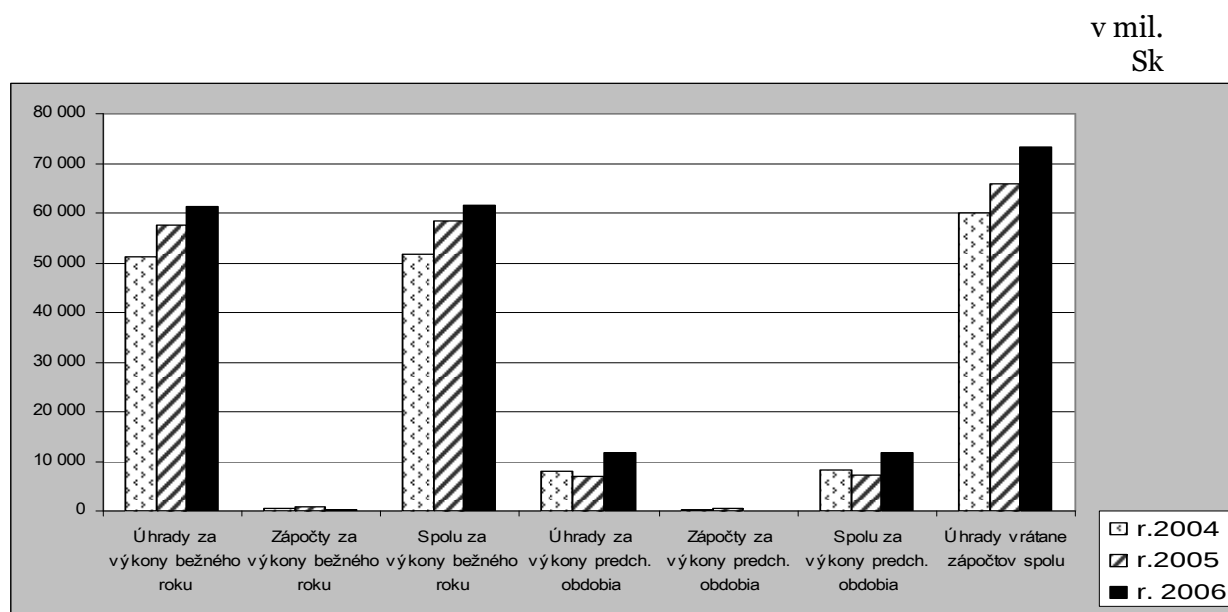
-  r.2005
-  zmena oproti r. 2005 (nárast v %)
-  r. 2006 = r.2005 + zmena

3.1.5. Úhrada finančne uznaných výkonov

Zdravotné poisťovne v roku 2006 uhradili za finančne uznanú zdravotnú starostlivosť poskytovateľom sumu vo výške 73 324,0 mil. Sk. Oproti roku 2005 je to nárast o 7 549,0 mil.

Sk (11,5%). V roku 2005 nárast oproti roku 2004 bol 5 858,0 mil. Sk (9,8%) (rozdiel 1 691,0 mil. Sk (+1,7%)).

Graf č.5 Úhrady a zápočty týkajúce a finančne uznaných zdravotných výkonov v rokoch 2004, 2005 a 2006



Zdroj: Zdravotné poisťovne

Legenda k grafu:

ukazovateľ	r. 2006	r.2005	r.2004
Úhrady za výkony bežného roku	61 304	57 629	51 302
Zápočty za výkony bežného roku	201	853	424
Spolu za výkony bežného roku	61 505	58 482	51 726
Úhrady za výkony predchádzajúceho obdobia	11 805	6 856	8 015
Zápočty za výkony predchádzajúceho obdobia	14	437	176
Spolu za výkony predchádzajúceho obdobia	11 819	7 293	8 191
Úhrady vrátane zápočtov spolu	73 324	65 775	59 918
Rozdiel v r. 2006 oproti r.2005	7 549	x	x
Rozdiel v r. 2005 oproti r.2004	5 857	x	x

Tabuľka č.45 Úhrada finančne uznaných výkonov v roku 2006

	v mil. Sk	priemer na mesiac (v Sk)	mesačný priemer v prepočte na poistenca (v Sk)
Finančne uznané výkony v r.2006	70 996	5 916	1 116
Úhrady za výkony bežného roka v r. 2006	61 505	5 125	967
Rozdiel v Sk	9 491	791	149
% plnenia	86,63		
Úhrady v roku 2006 spolu	73 324	6 110	1 152
% plnenia	103,28		

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Zdravotné poisťovne v sledovanom období uhradili 86,6% výkonov, ktoré uznali k úhrade, čo znamená, že poskytovateľom zdravotnej starostlivosti uhradili o 9 491 mil. Sk menej ako boli

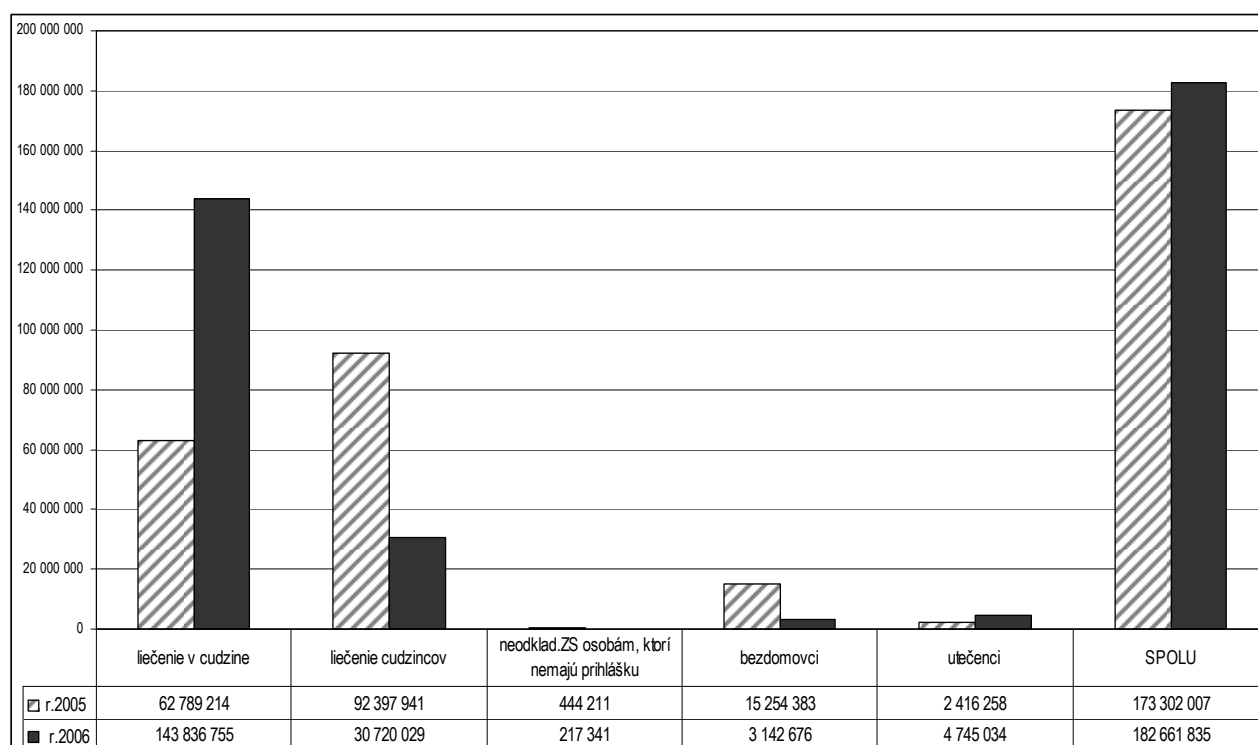
finančne uznané výkony. V úhradách finančne uznaných výkonov je časový nesúlad, ktorý zdravotné poisťovne kompenzujú platbami za výkony predchádzajúceho obdobia. Po pripočítaní týchto úhrad, plnenie finančne uznaných výkonov je na 103,3 %.

Podiel úhrad vrátane zápočtov za finančne uznané výkony na jedného poistenca, ktorý bol v rozpätí od 10 239,0 Sk do 14 576,0 Sk, je uvedený v prílohe č. 8. Uvedený ukazovateľ nebolo možné hodnotiť u poisťovní Union a EZP z dôvodu, že svoju činnosť začali v priebehu roka 2006.

3.1.6. Prehľad o zdravotnej starostlivosti inde nezahrnutej

Zdravotné poisťovne financujú aj výkony zdravotnej starostlivosti poskytované bezdomovcom, utečencom, neodkladnú zdravotnú starostlivosť osobám, ktoré nemajú prihlášku na verejné zdravotné poistenie, poistencom liečeným v cudzine a cudzincom. V roku 2006 tieto výkony boli v hodnote 183,0 mil. Sk, čo je oproti roku 2005 nárast o 5,4 %. V roku 2005 bola poskytnutá ZS vo výške 173,0 mil. Sk, čo bol oproti roku 2004 nárast o 36,2 % (rozdiel 4 mil. Sk).

Graf č. 6 Prehľad o poskytnutej ZS inde nezahrnutej ZS v Sk



Zdroj: Zdravotné poisťovne

3.1.7. Sumárny prehľad o zabezpečení poskytnutej zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia

Sumárny prehľad o zabezpečení zdravotnej starostlivosti z finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na základe zdravotných výkonov, poskytnutých poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti poistencom je uvedený v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č.46 Sumárny prehľad o použití finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rokoch 2004 a 2005

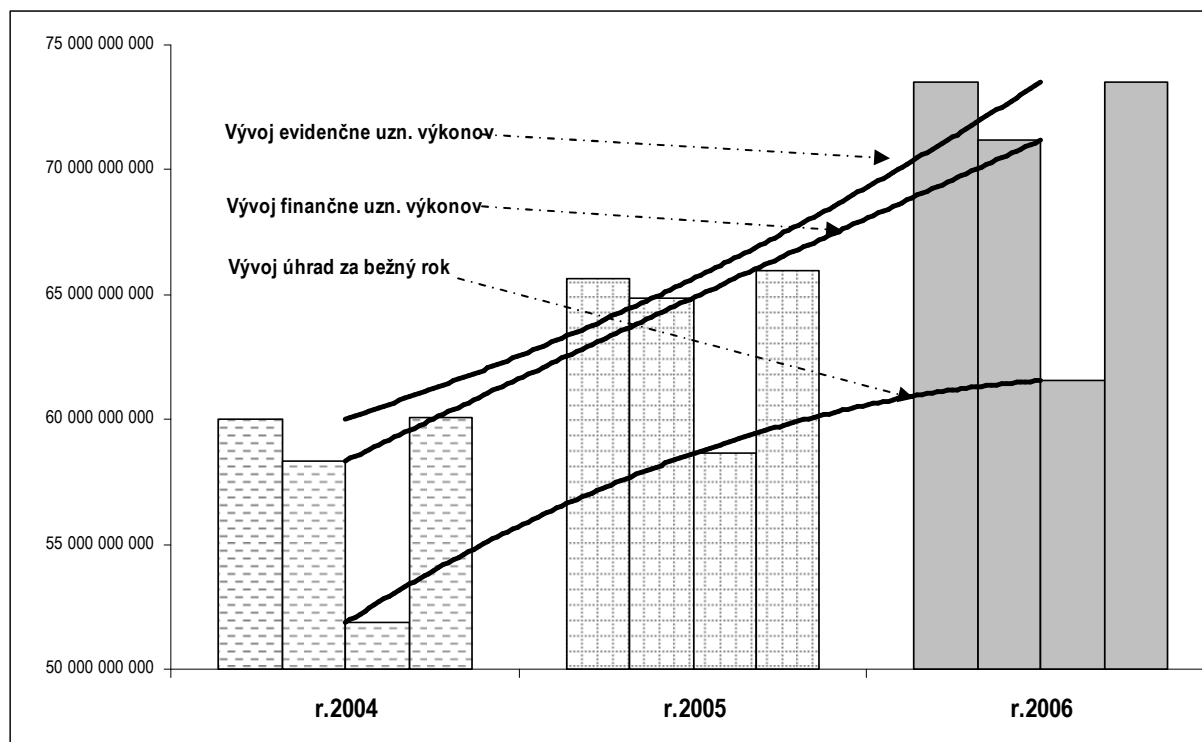
(v mil. Sk)

obdobie	r.2004			r.2005			r.2006			zmena v r. 2006 oproti roku 2005 v %	zmena v r. 2005 oproti roku 2004 v %
ukazovateľ	Formy ZS spolu	ZS inde nezahrnutá	spolu	Formy ZS spolu	ZS inde nezahrnutá	spolu	Formy ZS spolu	ZS inde nezahrnutá	spolu		
evidenčne uznané výkony	59 909	127	60 036	65 457	173	65 631	73 341	183	73 524	12,03	9,32
finančne uznané výkony	58 212	127	58 339	64 694	173	64 868	70 996	183	71 179	9,73	11,19
nadlimitné výkony	1 697	0	1 697	763	0	763	2 345	0	2 345	207,39	-55,05
úhrady za bežný rok	51 726	126	51 852	58 482	152	58 634	61 505	54	61 559	4,99	13,08
% plnenie finančne uznaných výkonov úhradami bežného roka	88,86	98,86	88,88%	90,40	87,97	90,39	86,63	30,39%	86,49	x	x
úhrady za predchádzajúce obdobia	8 191	2	8 193	7 293	23	7 316	11 819	165	11 984	63,81	-10,71
úhrady spolu v roku	59 918	128	60 045	65 775	175	65 950	73 324	219	73 543	11,51	9,83

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Vývoj a dynamiku evidenčne uznaných výkonov, finančne uznaných výkonov a úhrad za bežný rok ilustruje nasledovný graf.

Graf č. 7 Grafické znázornenie použitia finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rokoch 2004 a 2005



Zdroj: Zdravotné poisťovne

Legenda k grafu:

- Stĺpec 1 evidenčne uznané výkony
- Stĺpec 2 finančne uznané výkony
- Stĺpec 3 úhrady v bežnom roku týkajúce sa výkonov bežného roka
- Stĺpec 4 úhrady spolu (úhrady v bežnom roku týkajúce sa výkonov bežného roka + úhrady v bežnom roku týkajúce sa predchádzajúceho obdobia)

Vývoj finančne uznaných zdravotných výkonov sleduje vývoj evidencie uznaných zdravotných výkonov, ktorý vykazuje najvyššiu dynamiku, a majú rastúci trend. Vývoj úhrad za zdravotné výkony bežného roka nesleduje trendy rastu zdravotných výkonov; v roku 2005 zaznamenal pomerne vysoký nárast s porovnaním s rokom 2004, pričom v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005 bol tento nárast miernejší.

3.2. Regionálna analýza nákladov zdravotných poisťovní na poistenca podľa štruktúry poistencov

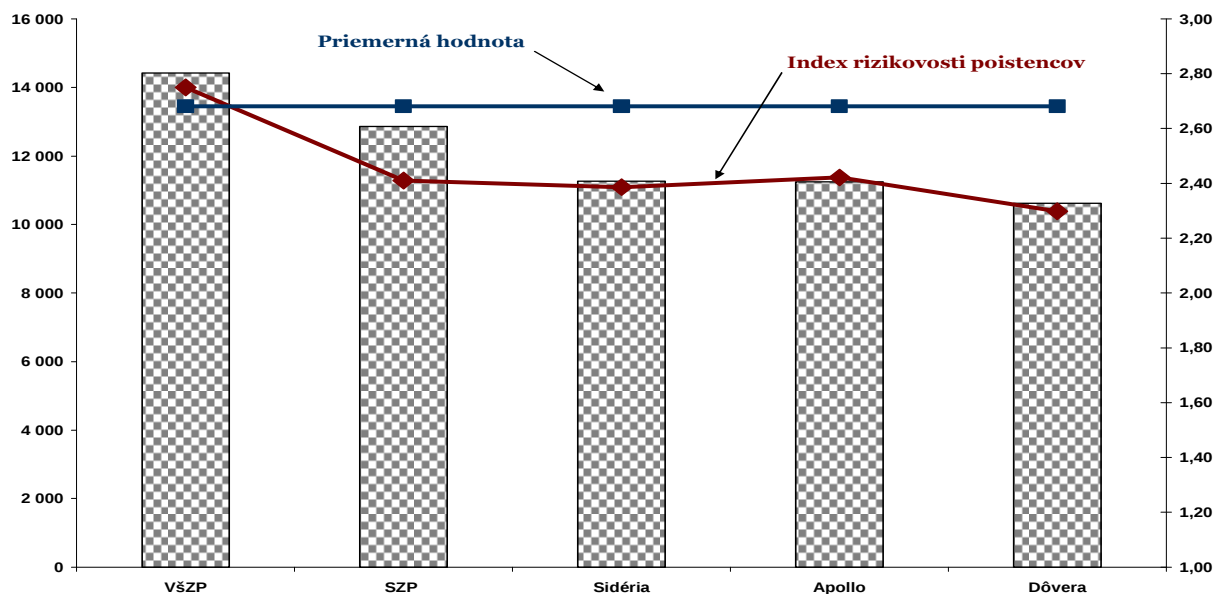
K vyčísleniu rozdielov v nákladoch na zdravotnú starostlivosť na poistenca, medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami a medzi krajinami SR v roku 2006 boli použité dáta všetkých zdravotných poisťovní členené podľa štruktúry poistencov a regiónov. Porovnali sa priemerné náklady na poistenca jednotlivých zdravotných poisťovní podľa vekovej štruktúry, pohlavia a v členení podľa krajov SR. Členenie podľa regiónov bolo na základe príslušnosti poistencov k regiónu t.j. podľa toho, v ktorom kraji zdravotná poisťovňa poistenca evidovala na základe trvalého pobytu a nie podľa miesta poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Štruktúra členenia podľa veku a pohlavia bola použitá rovnaká, aká sa používa pri stanovení indexov rizík pre potreby prerozdeľovania t.j. vekové skupiny po 5 rokov veku, od 0 rokov do 80 rokov a nad 80 rokov podľa pohlavia, čo je spolu 2 x 17 vekových skupín. Podľa štruktúry poistencov v tomto členení a na základe indexov rizík platných na rok 2006 podľa Výnosu Ministerstva zdravotníctva SR č. 26836/2005 – SL zo 7.12.2005 boli vypočítané indexy rizikovosti poisteného kmeňa pre zdravotné poisťovne a pre kraje v SR. Postup výpočtu : index rizikovosti = prepočítaný počet poistencov / počet poistencov, kde platí : prepočítaný počet poistencov = $\sum$ počet poistencov v skupine x index rizika príslušnej skupiny v členení podľa pohlavia a veku. Takto získané údaje boli porovnané aj podľa krajov SR – regionálne členenie aj podľa jednotlivých zdravotných poisťovní. Údaje za poisťovne Union a EZP nie sú uvedené, lebo ich hodnoty boli v roku 2006 v porovnaní s ostatnými zdravotnými poisťovňami nehodnotiteľné.

Podľa priemerných nákladov na poistenca v roku 2006 boli najnákladnejší poistenci Všeobecnej zdravotnej poisťovne a Bratislavského kraja. Priemernú nákladovosť na poistenca podľa jednotlivých poisťovní ilustruje graf č. 8, z ktorého je vidieť že najvyššie náklady boli na poistenca VŠZP a najnižšie boli priemerné náklady na poistenca v poisťovni Dôvera. Poradie priemerných nákladov je rovnaké pre mužov a ženy, len u mužov je vymenené poradie poisťovní Apollo a Sidéria. Priemerné hodnoty nákladov na poistenca za všetky poisťovne spolu prekračujú hodnoty VŠZP o 7,2%. Priemerné hodnoty všetkých ostatných zdravotných poisťovní sú nižšie ako slovenský priemer, v poisťovni Dôvera až o 21%. Tieto rozdiely sú významné a vyplývajú hlavne z rozdielnej vekovej štruktúry poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach a čiastočne aj z rozdielnej zmluvnej politiky jednotlivých zdravotných poisťovní (ceny, zmluvné podmienky).

Priemerné náklady na poistenca s indexom rizikovosti poisteného kmeňa jednotlivých zdravotných poisťovní vykazuje jednoznačnú závislosť priemernej nákladovosti so štruktúrou poistencov vo všetkých zdravotných poisťovniach okrem poisťovne SZP. Túto koreláciu ilustruje graf č. 8.

Graf č. 8 Porovnanie priemerných nákladov ZP na poistenca v Sk a indexov rizikovosti poistného kmeňa v členení podľa zdravotných poisťovní



Zdroj: Zdravotné poisťovne

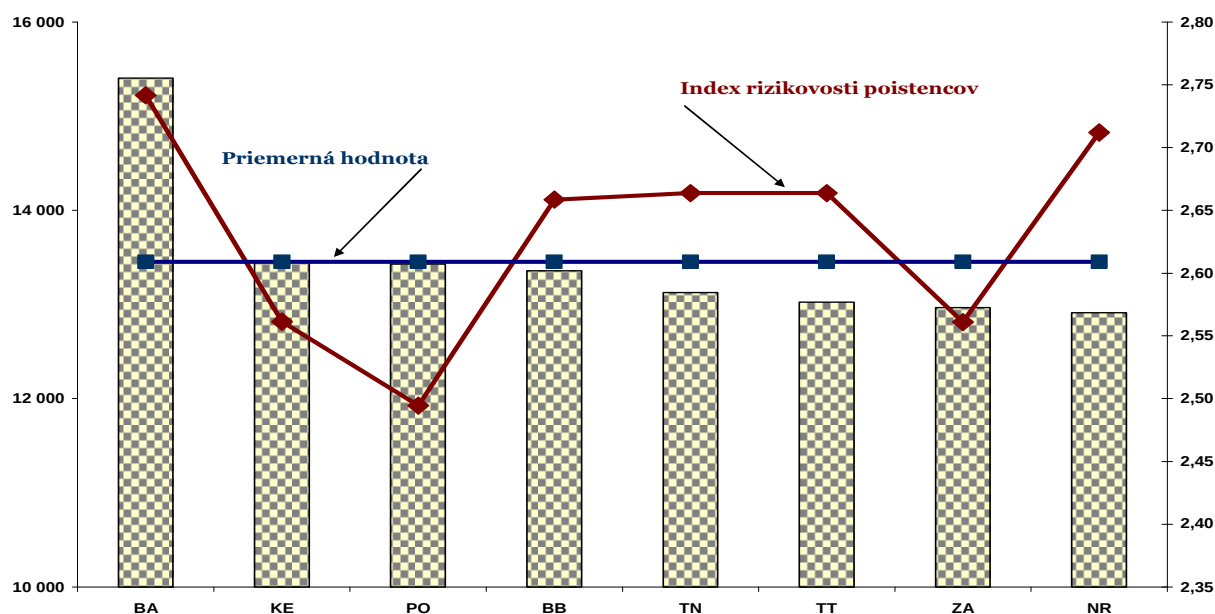
Z prehľadu priemerných nákladov na poistenca za všetky zdravotné poisťovne spolu v jednotlivých krajoch SR vyplýva, že najvyššie priemerné náklady na poistenca sú v Bratislavskom kraji a najnižšie v Nitrianskom kraji.

Rozdiel medzi maximálnou a minimálnou hodnotou je skoro 20% (19,3 %). Priemerné hodnoty nákladov sú v Bratislavskom kraji o 14,5% vyššie ako priemerná hodnota SR. Hodnoty za Košický, Prešovský a Banskobystrický kraj sú na úrovni priemerných hodnôt. Hodnoty v Nitrianskom kraji, v ktorom sú priemerné náklady na poistenca najnižšie - 4% pod priemerom SR.

Poradie priemernej nákladovosti na poistenca v členení podľa pohlavia a podľa jednotlivých krajov v SR zhodné. Uvedené významné rozdiely vyplývajú z rozdielnej štruktúry a počtu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v jednotlivých krajoch.

Pri porovnaní priemernej nákladovosti na poistenca kraja a indexu rizikovosti poistencov v kraji (graf č. 9) je vidieť, že tieto hodnoty sa významne líšia a nepreukázala sa žiadna závislosť medzi nimi.

Graf č. 9 Porovnanie priemerných nákladov ZP na poistenca v Sk a indexov rizikovosti poistencov v členení podľa jednotlivých krajov v SR



Zdroj: Zdravotné poisťovne

Z uvedeného vyplývajú jednoznačné závery :

- priemerné náklady na poistenca podľa jednotlivých zdravotných poisťovní závisia od rizikovosti štruktúry poistného kmeňa ZP;
- priemerné náklady na poistencov v jednotlivých krajoch nesúvisia s rizikovosťou štruktúry poistencov, ale významne ich ovplyvňuje počet a štruktúra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorých služby poistenci kraja využívajú. Mierne skreslenie môže vyplývať aj zo skutočnosti, že v indexoch rizík sa zohľadňuje len pohlavie a vek poistencov, pričom nákladovosť poistencov ovplyvňujú aj iné faktory napr. chorobnosť alebo nadpriemerný počet poistencov v regióne žijúcich v podmienkach nižšieho hygienického štandardu.

Podrobnejší popis nákladovosti podľa štruktúry poistencov je v prílohe č. 9.

Z pohľadu pôsobnosti a kompetencií úradu uvedené závery, ktoré vyplývajú zo vzájomného porovnania priemerných nákladov na poistenca v jednotlivých zdravotných poisťovniach podľa vekovej štruktúry a pohlavia členených podľa krajov SR, sú uvádzané ako fakty. Tieto skutočnosti v roku 2006 mali nepriamy vplyv na dostupnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti a poukazujú na vplyv štruktúry poistného kmeňa na objem nákladov na zdravotnú starostlivosť v jednotlivých zdravotných poisťovniach.

3.3. Dispenzárna starostlivosť

Zákon č. 581/2004 stanovil zdravotnej poisťovni povinnosť zaraďovať poistencov na dispenzarizáciu na základe návrhu poskytovateľa, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, viesť zoznam takýchto poistencov a zasielať ho na úrad. Dispenzarizácia je aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu osoby, u ktorej je predpoklad zhoršovania zdravotného stavu, jej vyšetrenie a liečba.

V roku 2005 zlyhával proces zaraďovania a nahlasovania poistencov do zoznamov dispenzarizovaných na strane poskytovateľov. V porovnaní s rokom 2005 možno predpokladať, že v roku 2006 zdravotné poisťovne naďalej neevidovali všetkých chronicky chorých pacientov vyžadujúcich pravidelné kontroly a teda súčasné zoznamy dispenzarizovaných poistencov neodrážajú skutočnosť v plnom rozsahu. Potvrďuje to aj pretrvávajúci stav v tom zmysle, že absentuje všeobecne záväzný právny predpis, ktorý by definoval jednotný zoznam dispenzarizovaných chorôb. Definitívne riešenie vyžaduje dôsledné dodržiavanie povinnosti poskytovateľov nahlasovať zdravotným poisťovniam na základe jasných a jednoznačných pravidiel skutočné a kompletne počty dispenzarizovaných poistencov.

Podrobnejší popis je v prílohe č. 10.

3.4. Vedenie zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

Problematika tvorby a vedenia zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „čakacie listiny“) je komplexným procesom, pričom od jej zavedenia do právnych predpisov od 1.1.2005 prešla čiastočnou novelizáciou. Platné právne predpisy nedostatočne definujú jednotlivé procesy a kategórie v tejto oblasti pričom oprávňujú MZ SR na vydanie vykonávacieho predpisu s cieľom upraviť podrobnosti o tvorbe a vedení čakacích listín. Tento vykonávací predpis však nebol vydaný ani v priebehu roka 2006. Podrobnosti tvorby a vedenia zoznamov sú nevyhnutné aj pre vyhodnocovanie čakacích listín pre ich analýzu a pre hodnotenie zdravotných poisťovní na základe čakacích listín.

Riešenie problému transparentnosti vedenia čakacích listín a poradia poistencov v nich je základnou podmienkou spoľahlivosti kontrolných mechanizmov, aj v zmysle kompetencie Úradu. Pre harmonizáciu tvorby a vedenia čakacích listín absentuje zavedenie záväzných pravidiel a postupov pre poskytovateľov, zdravotné poisťovne a úrad. Iba tak je možné zabezpečiť jednotný spôsob tvorby a vedenia čakacích listín a vykazovania údajov.

Popis stavu vedenia zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti je v prílohe č. 11.

Záver

Financovanie zdravotníctva ovplyvnili niektoré opatrenia prijaté v roku 2005 a v roku 2006. Takýmito opatreniami boli napríklad opatrenia, ktoré riešili oddĺžovanie systému bez tokov hotovosti, zrušenie alebo zníženie poplatkov za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, ako aj zníženie kapitálových výdavkov na zdravotníctvo zo štátneho rozpočtu.

Priaznivý ekonomický vývoj v roku 2006 vytvoril priestor pre rast zdrojov pre zdravotníctvo, čo sa prejavilo zvýšením výberu poistného z verejného zdravotného poistenia u ekonomicky aktívnych poistencov a poistencov štátu. Rast zdrojov pozitívne ovplyvnilo aj ročné zúčtovanie poistného napriek komplikovanému spôsobu jeho realizácie a prinieslo do systému finančné prostriedky vo výške 1,5 mld. Sk.

K stabilizácii systému, zvýšeniu právnej istoty prispeli aj vykonané úpravy v niektorých právnych normách ktorými sa spresnilo a jasne definovalo postavenie platiteľov, osobný rozsah poistenia, rozsah činností a povinností zdravotných poisťovní.

Zrušenie a zníženie poplatkov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti znamenalo zníženie finančného zaťaženia poistencov súčasne ale znamenalo pokles súkromných zdrojov v zdravotnom systéme.

Zabezpečiť zdroje pre potreby financovania zdravotníctva v budúcnosti je možné prijatím rozhodnutí, ktoré z dlhodobého hľadiska zabezpečia stabilitu zdrojov financovania. Do úvahy prichádza zrealizovanie zdrojov zo štátneho rozpočtu, využitie prostriedkov zo štrukturálnych fondov EÚ a zvýšenie efektívnosti využitia disponibilných zdrojov.

Efektívnosť využitia disponibilných zdrojov je možné dosiahnuť zlepšením fungovania kontrolného mechanizmu uplatňovaného v systéme. Cieľom všetkých účastníkov systému by malo byť správne poskytovanie kvalitnej a dostupnej zdravotnej starostlivosti a zabezpečenie efektívnosti využívania zdrojov verejného zdravotného poistenia.

Proces kontroly systému verejného zdravotného poistenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti, na ktorom sa podieľajú viacerí účastníci systému v súčasnosti nie je dostatočne legislatívne upravený, chýba prepojenie medzi jednotlivými účastníkmi systému.

Úrad zaznamenal zvýšenie počtu podaní občanov oproti roku 2005 a vysokú opodstatnenosť podaní v súvislosti s výkonom zdravotného poistenia (67,8%). Opodstatnenosť podaní v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou sa zvýšila o 8,3% a počet trestných podaní v súvislosti s nesprávne poskytovanou zdravotnou starostlivosťou sa zvýšil o 100%.

V rámci výkonu kontroly, dozoru a dohľadu sankcie uplatňoval najmä úrad, aj napriek tomu, že kompetencie sankcionovať boli zákonom dané aj ostatným účastníkom systému.

Priemerné náklady na čerpanie vecnej dávky poistencov SR s bydliskom v inom členskom štáte EÚ dosiahli výšku 16,8 tis. Sk. Náklady poistencov iných štátov EÚ na zdravotnú starostlivosť v SR dosiahli úroveň 2,3 tis. Sk, čo je 7,3 krát menej. Tento rozdiel je zapríčinený rozdielom cien výkonov zdravotnej starostlivosti; ceny liekov a zdravotníckych pomôcok dosahujú porovnateľnú úroveň. Rozdiel bol zapríčinený aj finančne náročnou liečbou so súhlasom slovenskej zdravotnej poisťovne a dlhodobými hospitalizáciami po ťažkých úrazových stavoch.

V roku 2006 po prvýkrát všetky zdravotné poisťovne so sídlom na území SR, ktoré boli založené na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia boli akciovými spoločnosťami.

Podľa platnej legislatívy úrad rozhoduje o každej novej žiadosti na vydanie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia. V prípade, že žiadosť obsahuje všetky predpísané náležitosti, úrad je povinný povolenie vydať. Z hľadiska ochrany zdrojov verejného zdravotného poistenia sa javí nevyhnutné prehodnotiť postup pri získavaní povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia.

Solventnosť zdravotných poisťovní je jedným zo sledovaných ukazovateľov miery platobnej schopnosti zdravotných poisťovní. Skutočná miera platobnej schopnosti zdravotných poisťovní sa pohybovala k 31.12.2006 v intervale od 1,40 do 11,77 násobku minimálnej miery, ktorá je 3% . Koncom roka 2006 najnižšiu platobnú schopnosť vykazovala VŠZP (4,2 %), najvyššiu ZP Dôvera (35,3 %). Výrazná disproporcia v rozpätí miery platobnej schopnosti, v ktorej sa zdravotné poisťovne pohybovali je dôsledkom absencie podrobnej jednotnej metodiky spôsobu výpočtu miery platobnej schopnosti. Táto situácia umožňuje zdravotným poisťovniam ovplyvňovať výpočet miery platobnej schopnosti.

V porovnaní s rokom 2005 vzrástol objem výdavkov na zdravotnú starostlivosť v absolútnej hodnote, percentuálny podiel výdavkov na zdravotnú starostlivosť sa znížil o 3 % z celkového objemu výdavkov. Pokles podielu výdavkov na zdravotnú starostlivosť bol spôsobený nárastom ostatných výdavkov. V rámci ostatných výdavkov došlo k viac ako 80 %-nemu zvýšeniu výdavkov na správu zdravotnej poisťovne (správna réžia), čo je v absolútnom vyjadrení takmer 2,4 mld. Sk.

Najvýraznejší nárast bol zaznamenaný v zdravotnej poisťovni Dôvera (+ 103,0 %), najnižší vo VŠZP (+ 8,2 %). V Spoločnej zdravotnej poisťovni ako v jedinej došlo k zníženiu výdavkov na správnu réžiu.

Výber poistného vyjadrený pomerom výberu a predpisu poistného v roku 2006 dosiahol 95,1 percentnú úspešnosť. V roku 2005 bola úspešnosť výberu viac ako 100 %- ná. Súčasne v porovnaní s rokom 2005 sa zvýšil objem pohľadávok zdravotných poisťovní na poistnom takmer o 2,7 mld. Sk. Vývoj úspešnosti výberu poistného výraznou mierou ovplyvňuje skutočnosť, že zdravotné poisťovne nie sú povinné do predpisu poistného započítať odhad výšky poistného za nedoručené výkazy od platiteľov poistného. Predpis poistného neodráža reálne výšku možného výberu poistného.

Hlavnou úlohou prerozdelenia poistného je vyrovnávanie rizík, ktoré vznikajú z dôvodu rozdielnych nákladov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti medzi jednotlivými vekovými kategóriami a pohlaviami. Index rizikovosti používaný pri prerozdeľovaní, iba v obmedzenej miere kopíruje skutočné náklady na poistenca signalizuje, že súčasný systém prerozdeľovania v plnej miere nevyrovnáva rozdiely vyplývajúce zo štruktúry poistného kmeňa. Súčasný systém prerozdeľovania nezohľadňuje ani finančne náročnú zdravotnú starostlivosť pre poistencov bez rozdielu veku a pohlavia.

V roku 2006 bol nárast pohľadávok celkom oproti roku 2005 vyšší o 1,1 mld. Sk. Pohľadávky vyplývajúce z verejného zdravotného poistenia vzrástli viac ako o 1,9 mld. Sk. Vzhľadom na rast pohľadávok a vysoké percento korekcie pohľadávok (38,5 %) je možno hodnotiť celý systém vymáhania pohľadávok ako neefektívny. Výška pohľadávok, ktoré zdravotné poisťovne v rámci korekcie v roku 2006 znížili bola 8,2 mld. Sk. Súčasná metodika možnosti korekcie pohľadávok vytvára priestor pre „optimalizáciu“ hospodárskeho výsledku zdravotných poisťovní.

Oproti roku 2005 zdravotné poisťovne zvýšili záväzky z verejného zdravotného poistenia o 40,0 %, čo je v absolútnej hodnote cca 3,3 mld. Sk. Najvyšší podiel z celkového nárastu pripadá na VŠZP, ktorá zvýšila záväzky voči poisteným o 780,0 mil. Sk a voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti viac ako o 2,5 mld. Sk.

Zdravotné poisťovne v roku 2006 vytvorili rezervy celkom vo výške takmer 5,0 mld. Sk, čo je oproti roku 2005 menej o 1,7 mld. Sk. Obdobný pokles evidujeme aj pri tvorbe technických rezerv. Medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami dochádzalo aj k výraznému rozdielu vo výške technických rezerv v prepočte na poistenca. Priestor pre neopodstatnenú tvorbu technických umožňuje nesúlad medzi zákonom a vyhláškou. Tvorba technických rezerv v konečnom dôsledku môže vplývať na hospodársky výsledok zdravotných poisťovní.

Zdravotné poisťovne s výnimkou EZP a Union vykázali v roku 2006 prvý krát kladný hospodársky výsledok.

Súčasný spôsob vedenia účtovníctva používaný aj komerčnými poisťovňami je z hľadiska ochrany verejných zdrojov v systéme verejného zdravotného poistenia nevyhovujúci.

Prejavmi nedostatkov v platných právnych normách týkajúcich sa uzatvárania zmlúv medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi, sú prípady, kedy povinnosť uzatvoriť zmluvu je špecifikovaná iba pre jednu zo zmluvných strán, len pre zdravotné poisťovne, čím je porušený rovnovážny stav medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami.

Nejednotnosť v evidencii zmlúv uzatvorených s poskytovateľmi a spôsob uzatvárania zmlúv s poskytovateľmi pre jednotlivé formy zdravotnej starostlivosti v zdravotných poisťovniach sa zásadne líši a preto neumožňuje posúdiť dostupnosť zabezpečenia zdravotnej starostlivosti v zdravotných poisťovniach.

Vykonávacie predpisy týkajúce sa minimálnej verejnej siete majú vážne nedostatky a v praxi neumožňujú reálnu kontrolu plnenia si zákonných povinností v zdravotných poisťovniach. Sú neaplikovateľné na vznikajúce zdravotné poisťovne s nízkymi iniciálnymi počtami poistencov.

Zdravotné poisťovne boli v roku 2006 povinné uzatvárať zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi podľa vopred zverejnených kritérií. Kritériá pre uzatváranie zmlúv medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľmi boli rámcové a proces ich hodnotenia v súčasnej podobe neumožňoval úplne transparentnú súťaž poskytovateľov, bez vylúčenia subjektívnych faktorov.

V roku 2006 bolo prvé vyhodnotenie indikátorov kvality, vrátane zverejnenia dosahovaných parametrov u jednotlivých poskytovateľov.

Problémom v zmluvných vzťahoch v roku 2006 boli „nadlimitné výkony“ - výkony, ktoré zdravotné poisťovne akceptovali, ale z dôvodu nesúladu so zmluvnými podmienkami (zmluvnými finančnými objemami) neuhradili. Príčinou výrazného zvýšenia nadlimitných výkonov bol pravdepodobne nepresný odhad zmluvných objemov zdravotnými poisťovňami.

Zdravotné poisťovne v roku 2006 akceptovali vyšší objem výkonov v porovnaní s rokom 2005 v každom type zdravotnej starostlivosti, pričom relatívne najvyšší percentuálny nárast bol z dôvodu zmeny platobných podmienok u poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby.

Priemerné náklady na poistenca podľa jednotlivých zdravotných poisťovní vykazujú závislosť s rizikovosťou štruktúry poistného kmeňa príslušnej zdravotnej poisťovne.

Náklady na zdravotnú starostlivosť na poistenca v jednotlivých krajoch sa výrazne líšia a nekopírujú index rizikivosti poistného kmeňa v kraji. Tieto rozdiely sú ovplyvnené počtom a štruktúrou poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorých služby poistenci kraja využívajú.

V roku 2006 sa zvýšil počet poistencov zaradených do zoznamov dispenzarizovaných poistencov. Súčasne ale absentuje definícia podmienok, ktoré by jednoznačne určovali

podmienky na zaradenie do zoznamu dispenzarizovaných chorôb, čo je iba jedna z príčin, prečo súčasný model Dispenzarizácia pacientov neposkytuje skutočný obraz o chronických chorobách slovenskej populácie a vedenie týchto zoznamov je nepoužiteľné.

Súčasná legislatívna úprava tvorby čakacích listín je nedostatočná a neumožňuje ich komplexné využitie ako ukazovateľa zdravotnej starostlivosti zdravotných poisťovní o svojich poistencov.

Na základe stavu vykonávania verejného zdravotného poistenia úrad odporúča do budúca zamerať pozornosť na:

- systémové opatrenia, ktoré zabezpečia nárast podielu zdrojov financovania zdravotníctva na HDP tak, aby sa v SR postupne zmiernoval rozdiel tohto podielu voči krajinám, ktoré majú porovnateľný rast ekonomiky s cieľom stabilizácie systému verejného zdravotného poistenia a zvyšovania úrovne poskytovania zdravotnej starostlivosti;
- opatrenia na zabránenie možnosti požadovať poskytovateľom od poistenca finančnú úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť hradenú z verejného zdravotného poistenia s cieľom ochrany poistenca pred zvyšovaním jeho finančného zaťažovania ;
- legislatívne opatrenia, ktoré zabezpečia, aby dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti umožnil aj kontrolu efektívnosti, hospodárnosti a účelnosti vynaložených finančných prostriedkov v systéme zdravotného poistenia;
- zabezpečenie návratnosti zdrojov z vymožených pokút , ktoré sú v súčasnosti príjmom štátneho rozpočtu, späť do systému verejného zdravotného poistenia; na zabezpečenie tejto požiadavky prijať právnu úpravu a vypracovať mechanizmus návratnosti do systému verejného zdravotného poistenia;
- zabezpečenie, aby v právnych normách upravujúcich kontrolu boli dopracované kompetencie a pôsobnosť jednotlivých účastníkov, ktorí sa podieľajú na výkone kontroly, dozoru a dohľadu, s cieľom dosiahnuť čo najväčšiu objektivitu pri ich vykonávaní;
- zlepšenie výkonu kontroly, dozoru a dohľadu zameraného na štandardy diagnostických a terapeutických postupov s cieľom zvýšiť bezpečnosť poistenca;
- sprísnenie legislatívnych podmienok pri vydávaní povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, na dopracovanie pravidiel a postupov pri jeho vydávaní, s cieľom ochrany verejných zdrojov;
- hodnotenie finančnej stability zdravotných poisťovní, určiť jednotnú metodiku výpočtu miery platobnej schopnosti zdravotných poisťovní, s cieľom objektívneho hodnotenia finančnej stability;
- sprehľadnenie výkazníctva zdravotných poisťovní tak, aby bolo transparentne preukázané hospodárenie zdravotných poisťovní verejnými zdrojmi vynakladanými na úhradu zdravotnej starostlivosti a na samotnú činnosť zdravotnej poisťovne v podrobnejšej štruktúre; na dosiahnutie tohto cieľa prijať úpravy právnych noriem;
- jednotné podmienky uplatňovania opravných položiek k pohľadávkam vrátane tvorby a rozpúšťania technických rezerv, s cieľom zabrániť neodôvodnenej „objektivizácii“ výsledku hospodárenia;

- spôsob prerozdelenia poisťného; rozšíriť súčasné kritéria o ďalšie kritérium, ktoré zohľadní finančnú náročnosť liečby poisťencov, s cieľom zvýšiť mieru solidarity poisťencov;
- úpravu účtovných postupov zdravotných poisťovní tak, aby tieto postupy zohľadňovali špecifické podmienky, v ktorých zdravotné poisťovne zabezpečujú správu verejných zdrojov, s cieľom dosiahnuť transparentnosť pri nakladaní s finančnými prostriedkami verejného zdravotného poistenia;
- zefektívnenie procesu vymáhania pohľadávok; určiť časové lehoty zaväzujúce zdravotné poisťovne konať v oblasti vymáhania pohľadávok; upraviť kompetencie úradu tak, aby úradom právoplatne vydané platobné výmery mali charakter exekučných titulov;
- na vyváženosť postavenia zmluvných strán v procese uzatvárania zmlúv (zdravotná poisťovňa - poskytovateľ a naopak); vytvoriť inštitút „arbitra“ pre riešenie prípadných sporov v procese vyjednávania zmlúv medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zdravotnou poisťovňou, s cieľom zabezpečenia objektivity;
- uplatnenie noriem siete poskytovateľov (verejná minimálna sieť) v praxi, prehodnotiť tieto normy, presne definovať časovú a geografickú dostupnosť jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti s prihliadnutím na regionálne rozdiely a reálnu potrebu zdravotnej starostlivosti;
- výber jednotlivých indikátorov kvality; prehodnotiť tieto indikátory tak, aby jednoznačne vypovedali o kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, s cieľom dosiahnuť zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti;
- zlepšenie odhadu nákladov rozsahu zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotných poisťovní, aby nedochádzalo k tomu, že evidenčne (medicínske) uznané zdravotné výkony zo strany zdravotných poisťovní zostali neuhradené;
- využitie dispenzarizácie s cieľom efektívnejšieho využitia ;
- harmonizáciu tvorby a vedenia zoznamov poisťencov čakajúcich na plánovanú zdravotnú starostlivosť; zabezpečiť záväzné pravidlá a postupy pre poskytovateľov a zdravotné poisťovne pri ich vedení. Uvedené opatrenia budú viesť k jednotnému postupu pri tvorbe a vedení čakacích listín a k vykazovaniu údajov podľa chorôb vo väzbe na plánovaný zdravotný výkon, s cieľom eliminovať možné rozdielne postupy zdravotných poisťovní pri zaradovaní poisťencov na čakacie listiny;
- zjednodušenie postupov pre využívanie mechanizmu „nižšej ceny“, garantovaním jej minimálnej časovej platnosti s cieľom efektívnejšieho využitia finančných prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

Príloha č.1

Prehľad zákonov ktorými sa riadil systém verejného zdravotného poistenia a ich novelizácie v roku 2006

Číslo zákona	Názov zákona	Zmena v roku 2006	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.“)	538/2005 660/2005 282/2006	1.1.2006 1.1.2006 1.6.2006
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.“)	538/2005 660/2005 342/2006 522/2006	1.1.2006 1.1.2006 1.6.2006 1.10.2006
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 527/2006 673/2006	1.6.2006 1.10. 2006 31.12.2006
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. 580/2004 Z. z.“)	660/2005 282/2006 522/2206	1.1.2006 1.6.2006 29.9.2006
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.“)	353/2005 538/2005 660/2005 25/2006 282/2006	1.1.2006 1.1.2006 1.1.2006 1.2.2006 1.6.2006
140/1998	Zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č.140/1998 Z. z.“).	342/2005	

Príloha č.2

Vzájomné väzby medzi jednotlivými účastníkmi systému verejného zdravotného poistenia

1. Vzťahy medzi poistencami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

Poskytovateľ je fyzická alebo právnická osoba, ktorá vykonáva zdravotnícke povolanie tým, že poistencom - pacientom poskytuje zdravotnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení, alebo vykonáva samostatnú zdravotnícku prax, alebo poskytuje služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Podmienky pre výkon jednotlivých činností na základe povolenia, licencie alebo živnostenského osvedčenia určuje zákon.

V systéme verejného zdravotného poistenia sa uplatňuje verejná minimálna sieť poskytovateľov, čo je usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území príslušného samosprávneho kraja alebo na území príslušného okresu v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť.

Verejnú sieť poskytovateľov tvoria verejne dostupní poskytovatelia, ktorí majú aspoň s jednou zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Poistenec je fyzická osoba, ktorá je povinne verejne zdravotne poistená.

Ak je predmetom poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti, vzniká právny vzťah na základe dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú osoba uzatvorí s poskytovateľom. Každý poistenec má právo na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa podmienok definovaných v zákone.

2. Vzťahy medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvárať s poskytovateľmi zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu minimálnej verejnej siete v špecializovanej ambulantnej a ústavnej starostlivosti a s každým poskytovateľom všeobecnej ambulantnej, lekárenskej a záchrannej zdravotnej starostlivosti. Uhradza poskytovateľom úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Vykonáva kontrolnú činnosť, analyzuje predpisovanie liekov, stanovuje a uverejňuje kritériá na uzatváranie zmlúv. Zaraďuje poistencov do dispenzárnej starostlivosti a do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Môže sa podieľať na financovaní ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a priamo obstarávať lieky alebo zdravotnícke pomôcky.

3. Vzťahy medzi zdravotnou poisťovňou, poistencami a platiteľmi poistného

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

4. Ministerstvo zdravotníctva SR vo vzťahu k účastníkom systému zdravotnej starostlivosti

Ministerstvo zdravotníctva SR je najmä tvorcom zdravotnej politiky štátu. Vydáva cenové opatrenia, vyhlášky, povolenie na prevádzkovanie ambulancie záchrannej zdravotnej služby,

špecializovanej nemocnice, prírodných liečebných kúpeľov, zariadenia bio - medicínskeho výskumu, rozhoduje o akreditácii špecializačných študijných programov, certifikačných študijných programov a o akreditácii študijných programov sústavného vzdelávania. MZ SR je zriaďovateľom fakultných nemocníc.

Príloha č.3

Prehľad zabezpečenia práv poistencov a platiteľov poistného vo vzťahu k zdravotnému poisteniu a zabezpečenie práv poistencov vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti

A. Zabezpečenie práv poistencov a platiteľov poistného vo vzťahu k zdravotnému poisteniu

Zákon č. 580/2004 Z. z. upravuje právne vzťahy vznikajúce v oblasti verejného zdravotného poistenia. Súčasťou obsahu týchto právnych vzťahov sú práva účastníkov zdravotného poistenia - poistencov a platiteľov poistného.

- **právo na výber zdravotnej poisťovne**

Podľa § 7 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. má poistenec právo zvoliť si zdravotnú poisťovňu, ktorá bude vykonávať jeho zdravotné poistenie. Zároveň podľa ods. 2 a 3 citovaného zákona poistenec môže zmeniť príslušnú zdravotnú poisťovňu raz do roka podaním prihlášky v termíne do 30. septembra kalendárneho roka. Poistencom novej zdravotnej poisťovne sa stáva od 1. januára nasledujúceho kalendárneho roka.

- **právo na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu, ktorý stanovuje zákon**

Poistenec má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu určenom zákonom č. 577/2004 Z. z., ak zákon č. 580/2004 Z. z. neustanovuje inak.

- **právo na informáciu, s ktorými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti má príslušná zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

Právo vyplýva z § 22 ods. 1 písm. c) zákona č. 580/2004 Z. z.

- **právo na poskytnutie neodkladnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti aj v prípade, ak príslušná zdravotná poisťovňa nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

Právo vyplýva z ustanovenia § 22 ods. 1 písm. d) zákona č. 580/2004 Z. z.

- **právo na vrátenie preplatku vyplývajúceho z ročného zúčtovania poistného**

Právo vyplýva z § 22 ods. 1 písm. e) v spojení s § 19 ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z.

- **právo podieľať sa na kontrole poskytnutej zdravotnej starostlivosti**

Právo vyplýva z § 22 ods. 1 písm. f) zákona č. 580/2004 Z. z. Kontrola poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencom je zabezpečovaná prístupom poistenca k údajom uvedeným na účte poistenca vedenom zdravotnou poisťovňou.

- **právo domáhať sa ochrany práv a právom chránených záujmov vyplývajúcich z verejného zdravotného poistenia v konaní pred úradom**

Právo vyplýva z § 22 ods. 1 písm. g) zákona č. 580/2004 Z. z. Poistenci sú oprávnení uplatňovať práva na úrade formou podaní, podnetov, žiadostí a pod.

B. Zabezpečenie práv poistencov vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti

Zabezpečenie práv poistencov vo vzťahu k poskytovaníu zdravotnej starostlivosti vychádza z Európskej charty práv pacientov, ktoré sú priamo zakomponované do príslušnej zdravotníckej legislatívy.

Ide o 14 základných práv pacienta vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti:

1. právo na prevenciu

Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia garantuje bezplatnú prevenciu u všetkých poistencov. Presne stanovuje periodicitu a rozsah preventívnych prehliadok.

2. právo na prístup k zdravotníckym službám

Zákon č. 576/2004 Z. z. zabezpečuje každému právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, zakazuje diskrimináciu z dôvodov pohlavia, farby pleti, jazyka, národného alebo sociálneho pôvodu, majetku, rodu, alebo iného postavenia a umožňuje každému právo na výber poskytovateľa. Zákon č. 578/2004 Z. z. povinnosť štátu garantovať minimálnu sieť a zabezpečiť tak dostupnosť zdravotnej starostlivosti.

3. právo na informácie

V súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. má každý právo na informovaný súhlas za presne definovaných podmienok. V súlade s citovaným zákonom má každý pacient právo na informácie o svojom zdravotnom stave, zabezpečený i prístup do zdravotnej dokumentácie a možnosť vyhotovenia jej kópie. Zákon č. 140/1998 Z. z. ukladá lekárovi aj lekárnikovi povinnosť informovať pacienta.

4. právo vyjadriť súhlas

Zákona č. 576/2004 Z. z. ukladá povinnosť zdravotníckemu pracovníkovi poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku tak, aby sa pacient mohol slobodne rozhodnúť.

5. právo slobodného výberu

Podľa zákona č. 576/2004 Z. z. má každý právo na výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

6. právo na súkromie a zachovanie dôverného prístupu

Podľa zákona č. 576/2004 Z. z. každý má právo na ochranu dôstojnosti, rešpektovanie telesnej a psychickej integrity, zachovanie mlčanlivosti v súvislosti s údajmi o jeho zdravotnom stave a na humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov.

7. právo na rešpektovanie pacientovho času

Zákon č. 579/2004 Z. z. (o záchranej službe) ukladá povinnosť zabezpečiť príchod záchranej zdravotnej služby včas k pacientovi na celom území SR.
Zákon č. 581/2004 Z. z. určuje pravidlá vedenia zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

8. právo na dodržiavanie úrovne kvality

Zákon č. 578/2004 Z. z. ukladá povinnosť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zabezpečovať systém kvality.

9. právo na bezpečnosť

Podľa zákona č. 576/2004 Z. z. je zdravotnícky pracovník povinný informovať pacienta o rizikách poskytovanej zdravotnej starostlivosti, prípadne o rizikách jej odmietnutia. Zákon č. 140/1998 Z. z. upravuje právo na bezpečnosť v súvislosti s bezpečnosťou liekov a zdravotníckych pomôcok.

10. právo na inovácie

Zákon č. 576/2004 Z. z. umožňuje viesť výskum v oblasti biomedicíny a určuje pravidlá biomedicínskeho výskumu. Príslušné ustanovenia uvedeného zákona umožňujú každej osobe rozhodnutie o svojej účasti na výučbe alebo na biomedicínskom výskume.

11. právo predchádzať zbytočnému utrpeniu a bolesti

Zákon č. 576/2004 Z. z. ustanovuje právo na zmiernenie utrpenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

12. právo na liečbu zohľadňujúcu osobné potreby

Upravuje zákon č. 576/2004 Z. z. a zákon č. 577/2004 Z. z.

13. právo sťažovať sa

Podľa zákona č. 576/2004 Z. z. ak sa osoba domnieva, že sa neposkytla zdravotná starostlivosť správne má právo požiadať poskytovateľa o nápravu. Ak poskytovateľ nevyhoví žiadosti osobe môže sa táto osoba obrátiť na:

- ÚDZS v prípade, ak je predmetom žiadosti správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti,
- samosprávne kraje alebo MZ SR (zriaďovateľa) v prípade, ak je predmetom žiadosti iné rozhodnutie ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (etika, poplatky a pod.).

Podľa zákona o zdravotnej starostlivosti nesmie byť nikto stíhaný ani prenasledovaný v súvislosti s vymáhaním svojich práv.

14. právo na náhradu škody

Zákon č. 578/2004 Z. z. ukladá poskytovateľom zdravotnej starostlivosti povinnosť uzavrieť zmluvu o poistení zodpovednosti za škodu spôsobenú osobám v súvislosti s poskytovaním ZS.

Príloha č.4

Prehľad podaní riešených úradom v roku 2006

Tabuľka č.1 Prehľad všetkých podaní riešených úradom v roku 2006 (vrátane prenosu z roku 2005) podľa predmetu/obsahu/charakteru

Predmet/obsah/charakter	Podania ukončené ako		Podania spolu	Ostatné (ad acta, stiahnuté pisateľom a zostávajúce v riešení) d-(b +c)
	Opodstatnené	Neopodstatnené		
a	b	c	d	d-(b +c)
nespokojnosť s poskytnutím ZS - diagnostika/liečba	162	426	742	154
Poplatky	23	59	102	20
Úmrtie	72,5	137,5	282	72
kúpeľná liečba	6	28	42	8
úhrada výkonov za ZS	23	63	104	18
Etika	4	11	19	4
organizácia práce, zaradenie do siete	4	24	41	13
lieky, zdravotné pomôcky	17	29	56	10
čakacie listiny	4	9	17	4
Dispenzarizácia	1	3	4	0
zdravotná dokumentácia	2	4	6	0
nesúlady medzi klinickým a patologickým nálezom	1	4	6	1
zmluvy so ZP	12	34	60	14
dostupnosť ZS a zabezpečenie minimálnej siete	1	5	8	2
kvalita ZS	2	1	3	0
preddavky na poisťné	1	0	1	0
preukazy poisťencov	0	3	4	1
zmena ZP	190	84	1159	885
vymáhanie dlžného poisťného	1	4	5	0
ročné zúčtovanie poisťného	0	0	2	2
slobodná voľba lekára	0	1	1	0
ZZS, RZS	12	10	27	5
Iné	106	146	341	89
Spolu	644,5	1085,5	3032	1302

V roku 2006 sa zvýšila opodstatnenosť podnetov, ktoré boli úradom riešené v súvislosti so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti o 8,5 %.

Úrad v rámci výkonu dohľadu nad poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vrátane nákupu zdravotnej starostlivosti postupoval v súlade s § 43 zákona 581/2004 Z. z. spôsobom dohľadu na diaľku alebo dohľadu na mieste. V zmysle objektivity, nestrannosti a odbornosti úrad zabezpečil k podnetom a sťažnostiam na poskytnutú zdravotnú starostlivosť odborné stanoviská konzultantov ako aj stanoviská poradných orgánov predsedu úradu, ktorými sú zbor konzultantov a odborná komisia predsedu úradu.

Úrad prijal a riešil v súvislosti s poskytovaním a nákupom zdravotnej starostlivosti do 31.12.2006 1 621 podaní. V roku 2006 obdržal úrad 1 415 podaní a 206 podaní riešil z roku 2005.

Predmetom podnetov boli najmä:

- 742 **nespokojnosť s postupom pri liečbe,**
- 282 **v súvislosti s úmrtím,**
- 104 **nesúlad vo výške výberu platieb za zdravotnícke služby,**
- 60 **zmluvy so ZP,**
- 56 **lieky, zdravotné pomôcky.**

Tabuľka č.2 Členenie všetkých riešených podaní v roku 2006 podľa zamerania

ukazovateľ	Rok 2006		Prenos z r.2005		Spolu	
	v počtoch	v %	v počtoch	v %	v počtoch	v %
Zdravotná starostlivosť	995	70,3	149	72,3	1 144	70,6
Nákup zdravotnej starostlivosti	420	29,7	57	27,7	477	29,4
Spolu	1 415	100,0	206	100,0	1 621	100,0

Úrad v r.2006 odstúpil podľa vecnej príslušnosti na ďalšie konanie inému orgánu 277 podaní, v 12 prípadoch bolo to isté podanie postúpené na konanie dvom subjektom (okrem samosprávnych krajov aj na slovenskú lekársku komoru alebo iným štátnym orgánom).

Tabuľka č.3 Prehľad odstúpených podaní

Subjekt	Počet	%
samosprávne kraje	119	43
Zdravotnícke zariadenie	20	7,2
Stavovská organizácia	41	14,8
Ministerstva, Sociálna poisťovňa a iné organizácie :	97	35
Spolu	277	100

Úrad vykonal v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti a nákupu zdravotnej starostlivosti v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. 656 dohl'adov na mieste. Štruktúra dohl'adov v nadväznosti na ich vybavenie je uvedená v tabuľke č. 4.

Tabuľka č. 4 Štruktúra dohl'adov a ich vybavenie

Štruktúra dohl'adu	Rok 2006					
	Ukončených	v %	Opodstatnených	v %	Neopodstatnených	v %
Zdravotná starostlivosť	525	87,1	176,5	33,6	348,5 ¹⁾	66,4
Nákup zdravotnej starostlivosti	26	77,1	18	69,2	8	30,8
Spolu	551	83,9	194,5	35,3	356,5	64,7

¹⁾ v tom ukončené ako ad acta z dôvodu stiahnutia podania

Príloha č. 5

Výdavky na poistenca

Tabuľka č.5 Porovnanie celkových výdavkov na poistenca v rokoch 2005 a 2006

								v Sk
Ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
rok 2005	13 749	18 000	12 919	10 807	12 435	0	0	13 948
rok 2006	15 388	19 930	16 336	14 186	12 714	47 976 667	39 536 000	15 776
zmena	1 639	1 930	3 417	3 379	279	47 976 667	39 536 000	1 828
zmena v %	11,92	10,72	26,45	31,26	2,24	0	0	13,10

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Priemerné celkové výdavky na poistenca v roku 2006 vzrástli o 2 153 Sk, čo je 15,4 %. Výdavky na poistenca sú skreslené v EZP a Union, ktoré v roku 2006 rozbiehali svoju činnosť a mali nízky počet poistencov. Svoj rozbeh financovali z prostriedkov, ktoré obdržali od svojich zakladateľov. Podiel výdavkov na zdravotnú starostlivosť bol zanedbateľný oproti výdavkom na činnosť poisťovne.

Tabuľka č. 6 Porovnanie výdavkov na zdravotnú starostlivosť na poistenca v rokoch 2005 a 2006

v Sk

ukazovateľ	VŠZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
rok 2005	13 079	11 877	9 746	10 038	11 655	0	0	12 333
rok 2006	14 714	13 269	12 218	10 557	11 623	767 333	4 125	13 805
zmena	1 635	1 392	2 472	519	-31	767 333	4 125	1 472
zmena v %	12,50	11,72	25,37	5,17	-0,27	0	0	11,94

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Najvyšší nárast výdavkov na zdravotnú starostlivosť na poistenca v roku 2006 dosiahla Apollo a to o 25,4%. Najvyššie výdavky v absolútnom vyjadrení mala VŠZP 14 714 Sk tak ako aj v roku 2005 kedy boli výdavky 13 079 Sk na poistenca. V Siderii uvedené výdavky v roku 2006 ako v jedinej poisťovni poklesli o 0,3%.

Dlhodobé rozdiely vo výške výdavkov na jedného poistenca môžu súvisieť so štruktúrou poistného kmeňa jednotlivých poisťovní. Výrazné rozdiely v zmene výšky výdavkov (od -0,3% do 25,4%) v roku 2006, kedy sa poistný kmeň oproti roku 2005 menil iba minimálne, poukazujú na skutočnosť, že výšku výdavkov môže výrazne ovplyvňovať zmluvná politika poisťovne.

**Tabuľka č. 7 Správna réžia zdravotných poisťovní v roku 2005
a 2006 prepočítaná na poistenca v tis. Sk**

ukazovateľ	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
Výdavky na správu 2005	515	716	481	665	474			544
Výdavky na správu 2006	564	629	986	1 295	724	47 189 333	39 489 725	994
Rozdiel 2006 a 2005	49	-87	506	630	250	47 189 333	39 489 725	450
%	9,53	-12,15	105,13	94,87	52,74			82,59

Zdroj: Zdravotné poisťovne

V tabuľke č. 7. sú prepočítané výdavky na činnosť zdravotných poisťovní na poistenca v roku 2006 v porovnaní s rokom 2005. Najvyšší objem výdavkov na poistenca v roku 2006 mala Dôvera 1 295 Sk, kým v roku 2005 to bola SZP 716 Sk. Najvyšší percentuálny nárast zaznamenalo Apollo a to 105,1%. Pokles o 12,2 % zaznamenala SZP.

Príloha č. 6

Štruktúra pohľadávok

Tabuľka č.8 Percentuálny podiel jednotlivých druhov pohľadávok

Pohľadávka	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
voči poisteným	79,39	97,47	94,64	86,53	88,91	0,11	1,25	82,43
voči poskytovateľom ZS	2,99	1,16	5,36	12,04	4,92	12,4	0	3,70
voči inej ZP	14,94	0	0	0	3,57	0	0,85	11,33
voči úradu	2,68	1,37	0	1,43	2,6	0	0	2,30
voči MZ SR	0	0	0	0	0	0	0	0
voči sprostredkovateľom	0	0	0	0	0	87,49	97,9	0,24
% podiel z VZP na celkových r. 2006	94,72	99,81	97,07	91,24	97,07	98,31	89,79	95,12
% podiel z VZP na celkových r. 2005	87,20	75,61	96,33	98,33	98,89	0	0	86,81
Zmena % podielu z VZP na celkových 2006/2005	7,53	24,2	0,74	- 7,09	- 1,82	0	0	8,31

Porovnaním zmeny podielu pohľadávok z verejného zdravotného poistenia na celkovom objeme pohľadávok v roku 2006 oproti roku 2005 možno konštatovať, že vo v zdravotných poisťovniach došlo k zmene podielu pohľadávok z verejného zdravotného poistenia na celkových pohľadávkach jednotlivých zdravotných poisťovní. Pohľadávky z verejného zdravotného poistenia boli znížené len u Dôvery a Siderii.

Iný pohľad ponúka prepočet pohľadávok na jedného poistenca, do ktorého boli zahrnuté aj EZP a poisťovňa Union, ktoré k 31.12.2006 mali minimálny poistný kmeň. Poistný kmeň oboch zdravotných poisťovní netvoril ani 1% celkového počtu poistencov, čo malo za následok skreslenie údajov uvedených v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č.9 Výška pohľadávok na jedného poistenca v Sk

pohľadávka	VšZP	SZP	Apollo	Dôvera	Sideria	EZP	Union	Spolu
z verejného zdravotného poistenia	2 708	1 150	2 095	2 036	1 601	6 188 667	318 275	2 333
ostatné pohľadávky	151	2	61	195	48	106 333	36 200	119
z upísaného základného imania	0	0	0	0	0	0	0	0
Pohľadávky spolu	2 859	1 152	2 344	2 231	1 649	6 295 000	354 475	2 452

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Príloha č. 7

Indikátory kvality

Zdravotné poisťovne sú povinné indikátory kvality uverejňovať na úradnej tabuli alebo na inom verejne prístupnom mieste a na svojej internetovej stránke najmenej jedenkrát za deväť mesiacov a na základe vyhodnotenia indikátorov kvality vytvárať rebríčky kvality a zohľadňovať poradie v nich pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7, zákona č. 581/2004 Z. z.). Povinnosťou zdravotnej poisťovne je na základe signifikantných odchýlok v indikátoroch kvality vykonávať kontroly kvality u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

K 30.4.2007 VŠZP a SZP zverejnili na svojich internetových stránkach rebríčky kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa hodnôt jednotlivých stanovených indikátorov za rok 2006. Úrovně jednotlivých indikátorov kvality zdravotné poisťovne následne vyhodnotili aj percentuálnym zastúpením počtu poskytovateľov, pre ktorých hodnotený indikátor dosiahol hodnotenú úroveň. Zdravotné poisťovne v niektorých prípadoch hodnotili ten istý indikátor zvlášť podľa vekových skupín poistencov, alebo odbornosti poskytovateľa (napr. VAS pre dospelých a deti zvlášť). Z týchto dôvodov počet indikátorov u niektorých ZP je vyšší ako 25. V nasledujúcej tabuľke uvádzame pomerný (percentuálny) počet poskytovateľov podľa úrovne hodnotenia indikátorov a počet indikátorov, ktorých sa hodnotenie týka.

Na vysvetlenie uvádzame príklad, ak hodnota v tabuľke je :

0,14-10,00%
8

potom tieto hodnoty znamenajú, že v hodnotení VŠZP len 8 indikátorov dosiahlo najvyššiu úroveň pričom počet poskytovateľov, pre ktorých jednotlivé indikátory dosiahli túto úroveň bolo pre jeden z týchto indikátorov 0,14%, pre druhý 10% a pre ostatné indikátory sa počet poskytovateľov pohyboval v rozmedzí tohto intervalu(tabuľka č.10).

Tabuľka č.10 Hodnotenie úrovni indikátorov kvality

úroveň hodnotenie indikátora	Rozpätie percentuálneho hodnotenia a počet hodnotených indikátorov				
	VŠZP, a.s.	SZP, a.s.	Apollo, a.s.	Dôvera, a.s.	Sideria, a.s.
vysoká	0,14-10,00% 8	1,22 -17,89% 5	1,80-7,00% 5	5,93-15,13% 5	4,89-15,50% 5
nízka	0,80-7,62% 23	0,86-16,13% 18	0,40-8,00% 16	1,75-58,87% 13	0,81-16,19%/ 16
štandardná	56,80 -100% 30	82,11-100% 27	71,40-100% 27	73,21- 100% 30	83,81-100% 30
nehodnotiteľné údaje	10 -50% 10		0-28,6% 1		

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Poznámka:

Dôvodom vysokého percenta nehodnotiteľných údajov zbieraných z dávok od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je nízka validita údajov a absencia pacientov so sledovanou diagnózou hodnotenou indikátorom. V súvislosti s týmito nedostatkami hodnotenia indikátorov vystupujú do popredia nasledovné indikátory:

A 1.4.b Neodkladné prijatie po výkone jednodňovej chirurgie – operácii inguinálnej hernie, B 4.1 Nozokomiálne infekcie v zdravotnej starostlivosti, B 4.2 Infekcie rán, B 23 Riešenie sťažností.

V roku 2005 bola hodnotená prvá národná sada indikátorov kvality. Pri jej zhodnotení v prvom štvrťroku 2006 a zverejnení prvých rebríčkov kvality vyšli najavo nasledovné skutočnosti: - takmer všetci poskytovatelia boli hodnotení v pásme štandardnej úrovne, bolo vysoké percento nehodnotiteľných výsledkov jednak z dôvodu nízkej validity zbieraných dát od poskytovateľov, ale aj z dôvodu nevhodne zvolených indikátorov kvality. Z uvedených dôvodov bola pre rok 2006 zmenená metodika zberu a hodnotenia ako aj národná sada indikátorov kvality.

V roku 2006 zdravotné poisťovne nerealizovali kontroly kvality na základe odchýlok v indikátoroch kvality, nakoľko odchýlky od hodnôt štandardnej úrovne neboli signifikantné. Dáta vyhodnotených indikátorov kvality za roky 2005 a 2006 nie sú z vyššie uvedených dôvodov porovnateľné.

Pri hodnotení kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa v roku 2006 vo významnej miere na slovenskom trhu etablovali komerčné certifikačné spoločnosti, ktoré certifikovali niektoré zdravotnícke zariadenia podľa medzinárodných noriem kvality v systéme ISO. Certifikáty kvality v systéme ISO neboli zdravotnými poisťovňami zohľadňované pri uzatváraní zmlúv ani v priebehu zmluvného vzťahu.

Zohľadňovanie poradia v rebríčkoch kvality hodnotených indikátorov nebolo v roku 2006 v procese uzatvárania zmlúv prakticky uplatňované. Zvolená metodika hodnotenia indikátorov kvality neumožňovala vytváranie hodnoverných rebríčkov kvality, nakoľko väčšina poskytovateľov je vyhodnotená v štandardnej úrovni indikátora kvality. Rovnako nebolo možné uplatňovanie rovnakej metodiky výpočtu hodnotenia indikátora z dôvodu výrazných rozdielov vo veľkostiach hodnotených súborov (rozdiel vo veľkosti poisťných kmeňov), a teda nebolo možné ani porovnávanie hodnôt indikátorov medzi poisťovňami.

Príloha č. 8

Evidenčne uznané výkony, finančne uznané výkony a rozdiel medzi nimi

Tabuľka č.11 Prehľad evidenčne uznaných, finančne uznaných a tzv. nadlimitných zdravotných výkonov podľa foriem ZS celkom v roku 2006 v Sk a v %.

Formy ZS	evidenčne (medicínsky) uznané výkony			Finančne uznané výkony			Rozdiel, tzv. nadlimitné výkony			
	v mil.	% podiel z celku	prepočet na poistenca. (v Sk)	v mil.	% podiel z celku	prepočet na poistenca. (v Sk)	v mil.	% rozdiel	% podiel z celku	prepočet na poistenca (v Sk)
Lekárska starostlivosť	28 400	38,72	5 356	28 400	40	5 356	0	0	0,00%	0
v tom: lekárne (pozn.: lieky na recepty)	25 723	35,07	4 851	25 723	36,23	4 851	0	0	0	0
výdaje a optiky (pozn.: zdrav. Pomôcky, optiky)	2 677	3,65	505	2 677	3,77	505	0	0	0	0
Ambulantná starostlivosť:	26 341	35,92	4 968	24 785	34,91	4 674	1 556	5,91	66,34	293,41
v tom: VAS	5 313	7,24	1 002	5 311	7,48	1 002	1	0,03	0,06	0,26
v tom: pre dospelých	1 819	2,48	453	1 819	2,56	453	0	0,02	0,01	0,08
pre deti a dorast	1 192	1,63	926	1 192	1,68	926	0	0,01	0,01	0,1
LSPP	318	0,43	60	317	0,45	60	1	0,18	0,02	0,11
ZZS vrátane leteckej a vodnej	1 983	2,7	374	1 983	2,79	374	0	0,02	0,02	0,07
ŠAS	21 028	28,67	3 966	19 474	27,43	3 673	1 554	7,39	66,28	293,15
v tom: ŠAS vrátane liekov (odborné ambulancie)	7 012	9,56	1 322	6 408	9,03	1 209	603	8,6	25,72	113,78
dialýzy	1 874	2,55	353	1 873	2,64	353	1	0,04	0,03	0,14
JZS	218	0,3	41	203	0,29	38	15	7,04	0,65	2,89
stacionárne spolu	166	0,23	31	159	0,22	30	7	3,98	0,28	1,24
mobilitný hospic	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
stomatológia	2 594	3,54	489	2 525	3,56	476	69	2,64	2,92	12,92
SVLZ	7 905	10,78	1 491	7 149	10,07	1 348	756	9,57	32,25	142,62
ADOS	200	0,27	38	165	0,23	31	35	17,59	1,5	6,64
ÚPS (poskytovaná v odb. ambulancie)	114	0,16	21	106	0,15	20	8	6,66	0,32	1,43
doprava	687	0,94	129	634	0,89	119	53	7,72	2,26	10
iné (napr. kombinovaná ,PZS ,Dôvera- polikliniky)	260	0,35	49	252	0,35	47	8	3,02	0,33	1,48
Ústavná starostlivosť (pozn. lôžkové odd. ÚZZ):	18 600	25,36	3 508	17 811	25,09	3 359	789	4,24	33,66	148,87
v tom: všeobecné nemocnice (NsP ,FN, DFN, FNsP, DFNsP)	13 670	18,64	2 578	13 087	18,43	2 468	583	4,26	24,85	109,91
špecializované . nemocnice(VOÚ, PN, CPLDZ, OLÚ)	3 523	4,8	664	3 354	4,72	633	169	4,8	7,21	31,87
z toho: VOÚ	2 890	3,94	545	2 741	3,86	517	149	5,17	6,37	28,16
liečebňa (LDCH,GC, PC, sanatória, ozdravovne)	228	0,31	43	220	0,31	41	9	3,83	0,37	1,65
domy ošetrovateľskej starostlivosti	6	0,01	1	5	0,01	1	0	8,27	0,02	0,09
Hospic	7	0,01	1	6	0,01	1	1	18,55	0,06	0,26
prírodné liečebné kúpele	622	0,85	117	622	0,88	117	0	0	0	0
iné (napr. ZÚS kombinované)	544	0,74	103	517	0,73	97	27	4,97	1,15	5,09
Spolu v r.2006	73 341	100	13 831	70 996	100	13 389	2 345	3,2	100	442

Zdroj: Zdravotné poisťovne

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 uhradili 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.

Najvyššie rozdiely medzi evidenčne a finančne uznanými výkonmi boli v roku 2006 v spoločných vyšetrovacích a liečebných zložkách (ďalej len SVLZ) vo výške 756 mil. Sk (9,6%), v špecializovanej ambulantnej starostlivosti vrátane liekov v hodnote 603 mil. Sk (8,6%), v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti v hodnote 35 mil. Sk (17,6 %) a v hospicioch v hodnote 1 mil. Sk (18,6%). Situácia naďalej ostáva zložitá v SVLZ pracoviskách, ktoré fungujú ako servis pre objednávateľa. V prevažnej väčšine nemajú možnosť ovplyvniť proces indikovania SVLZ – vyšetrení, nemajú možnosť odlišiť neodkladnú zdravotnú starostlivosť od elektívnej. Vzhľadom na anonymitu pacienta poskytovateľa SVLZ – výkonov nevedia posúdiť, či bol výkon objednaný v zmysle § 2 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.

Najmenšie rozdiely medzi evidenčne uznanými a finančne uznanými výkonmi boli v dialýzách 766 tis. Sk (0,04%) a v stomatologickej ambulantnej starostlivosti v hodnote 68 529 tis. Sk (2,6%). Rozdiely v rozpätí 0,00% - 0,02 % boli v lekárenskej starostlivosti a vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti z dôvodu, že v týchto formách zdravotnej starostlivosti výkony nie sú limitované zdravotnými poisťovňami.

Rozdiely medzi finančne a evidenčne uznanými zdravotnými výkonmi v členení podľa zdravotných poisťovní sú uvedené v tabuľke č.12 Najviac nadlimitných výkonov v absolútnych hodnotách vykazuje VŠZP (79,5% z celku) a najmenej ZP Sideria (2,9% z celku). Percentuálny podiel jednotlivých zdravotných poisťovní na nadlimitných výkonoch kopíruje percentuálny podiel na evidenčne uznaných výkonoch a podiel na počte poistencov.

Tabuľka č.12 Rozdiel medzi finančne a evidenčne uznanými výkonmi v členení podľa zdravotných poisťovní v roku 2006 v mil. Sk a v %

ZP spolu	počet poistencov (v tis.)	% podiel z celku	Zdravotné výkony						
			evidenčne (medicínsky) uznané výkony	% podiel z celku	finančne uznané /účtované výkony	% podiel z celku	rozdiel v Sk (nad limit)	rozdiel v % (nad limit)	% podiel z celku (nad limit)
VŠZP	3 409	64,29	49 931	68,08	48 065	67,70	1 865	3,74	79,54
SZP	682	12,86	8 945	12,20	8 726	12,29	220	2,46	9,37
Apollo	466	8,78	5 722	7,80	5 632	7,93	90	1,57	3,82
Dôvera	348	6,57	3 962	5,40	3 859	5,44	102	2,58	4,36
Sideria	398	7,50	4 782	6,52	4 714	6,64	68	1,42	2,90
EZP	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00
Union	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00
ZP spolu	5 303	100,00	73 341	100,00	70 996	100,00	2 345	3,20	100

Zdroj: Zdravotné poisťovne

V tabuľke č.13 je prepočítaný objem výkonov na poistenca. Najväčší objem evidenčne a finančne uznaných zdravotných výkonov v prepočte na poistenca vykazuje VŠZP a najnižší ZP Union. Nadlimitné výkony v prepočte na poistenca sú najvyššie vo VŠZP v hodnote 547 Sk a najnižšie v ZP Sideria 171 Sk (rozdiel 376 Sk). Vyššie uvedené údaje poukazujú na skutočnosť, že zmluvné vzťahy jednotlivých zdravotných poisťovní za poskytnutú zdravotnú starostlivosť nie sú vyvážené. Pravdepodobnou príčinou tohto stavu bola zmena systému uhrádzania nadlimitných výkonov aj napríklad spôsobom úpravy cien za hospitalizáciu v závislosti od jej dĺžky. ZP Union ako jediná nevykazuje nadlimitné výkony.

Tabuľka č.13 Rozdiel medzi evidenčne a finančne uznanými výkonmi prepočítanými na poistenca v Sk a v %

Názov ZP	evidenčne uznané výkony	finančne uznané výkony	Rozdiel v Sk	Rozdiel v %
VšZP	14 646	14 099	547	3,74
SZP	13 116	12 794	322	2,46
Apollo	12 289	12 096	193	1,57
Dôvera	11 380	11 086	294	2,58
Sideria	12 027	11 856	171	1,42
EZP	0	0	0	0,00
Union	4 859	4 859	0	0,00
ZP spolu v r. 2006*	13 831	13 389	442	3,20

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Poznámka:

- Uvedený údaj o evidenčne uznaných zdravotných výkonoch a finančne uznaných zdravotných výkonoch za všetky zdravotné poisťovne spolu, ktorý je vydelený priemerným počtom všetkých poistencov.

Príloha č. 9

Regionálna analýza nákladov zdravotných poisťovní na poistenca podľa štruktúry poistencov

Trendy, ktoré boli preukázané v uvedených v kapitole 3.2. v grafoch č. 8 a č. 9 platia aj v podrobnejšom členení podľa štruktúry poistencov (podľa veku a pohlavia). Poradie nákladovosti priemerných nákladov na poistenca v Sk pre jednotlivé vekové skupiny podľa zdravotných poisťovní sa pre väčšinu vekových skupín zhoduje s celkovým trendom t.j. poradie pre jednotlivé vekové skupiny je rovnaké, alebo podobné ako pre všetkých poistencov spolu. Významné rozdiely nezodpovedajúce prevládajúcemu trendu sú :

- v poisťovni Dôvera napriek celkovým najnižším priemerným nákladom na poistenca sú vyššie náklady vo vekovej skupine najmenších detí od 0 do 4 rokov, táto veková skupina je druhá najnákladovejšia, po poistencoch VŠZP;
- v poisťovni Apollo sú vyššie priemerné náklady na najstarších poistencov nad 80 rokov sú vyššie ako v SZP a VŠZP;
- v poisťovni SZP sú najvyššie priemerné náklady na poistenca v najvyšších vekových skupinách, t.j. vo všetkých vekových skupinách nad 64 rokov a rovnako aj vo vekových skupinách detí od 5 do 9 rokov a od 15 do 19 rokov;
- v najnákladovejšej VŠZP majú najvyššie vekové skupiny, t.j. všetky vekové skupiny nad 65 rokov nižšie priemerné náklady, v poradí podľa poisťovní sú druhé – do 74 rokov, nad 75 rokov až tretie.

Priemerné náklady na poistenca poisťovne Sideria vo všetkých vekových skupinách zodpovedajú celkovému trendu tejto zdravotnej poisťovne.

V členení podľa krajov priemerné náklady na poistenca za všetky poisťovne bolo poradie nákladovosti jednotlivých vekových skupín väčšinou zhodné s celkovým trendom okrem :

- v najnákladovnejšom Bratislavskom kraji vekové skupiny od 40 do 49 rokov a od 60 do 69 rokov sú až v druhej najnákladovejšej a vekové skupiny 50 až 59 rokov sú až na treťom mieste;
- v Košickom kraji, v ktorom je na druhom mieste v nákladovosti na poistenca sú vekové skupiny od 5 do 9 rokov a od 20 do 29 rokov najmenej nákladné zo všetkých krajov SR;
- v Prešovskom kraji, ktoré je tretie najnákladovejšie majú deti vo vekovej skupine od 5 do 14 rokov najnižšie náklady na poistenca;
- v Banskobystrickom kraji celkovému trendu nezodpovedá vysoká nákladovosť na poistenca vo vekovej skupine od 20 do 24 rokov, ktorá je druhá najnákladovejšia;
- v Žilinskom kraji je nižšia nákladovosť v najnižšej vekovej skupine (od 0 do 4 rokov) a vysoká v najvyššej vekovej skupine (nad 80 rokov);
- v Trenčianskom kraji veková skupina detí od 5 do 9 rokov nezodpovedá celkovému trendu ich náklady sú druhé v poradí nákladovosti krajov;
- Nitriansky kraj s najnižšou nákladovosťou na poistenca má vyššie náklady na deti od 5 do 14 rokov.

Všetky vekové skupiny v Trnavskom kraji zodpovedajú trendu kraja v rámci všetkých krajov.

Významné rozdiely v nákladovosti jednotlivých zdravotných poisťovní regiónov sú jednak objektívne, ako štruktúra poistencov, chorobnosť poistného kmeňa, počet a štruktúra dostupných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pre poistencov. Niektoré z týchto objektívnych príčin sa dajú vyčíslieť a analyzovať ale napr. k objektívnemu hodnoteniu chorobnosti poistného kmeňa v súčasnosti nie sú spracované dostatočné kritéria a nie sú k dispozícii ani dostatočne validné dáta. Na druhej strane tieto rozdiely sú určite ovplyvnené

aj subjektívnymi príčinami ako je zmluvná politika jednotlivých zdravotných poisťovní t.j. zmluvné ceny a ďalšie zmluvné podmienky. Pri súčasných doregulovaných cenách služieb zdravotnej starostlivosti z týchto individuálne stanovených zmluvných podmienok môžu vyplývať určité rozdiely.

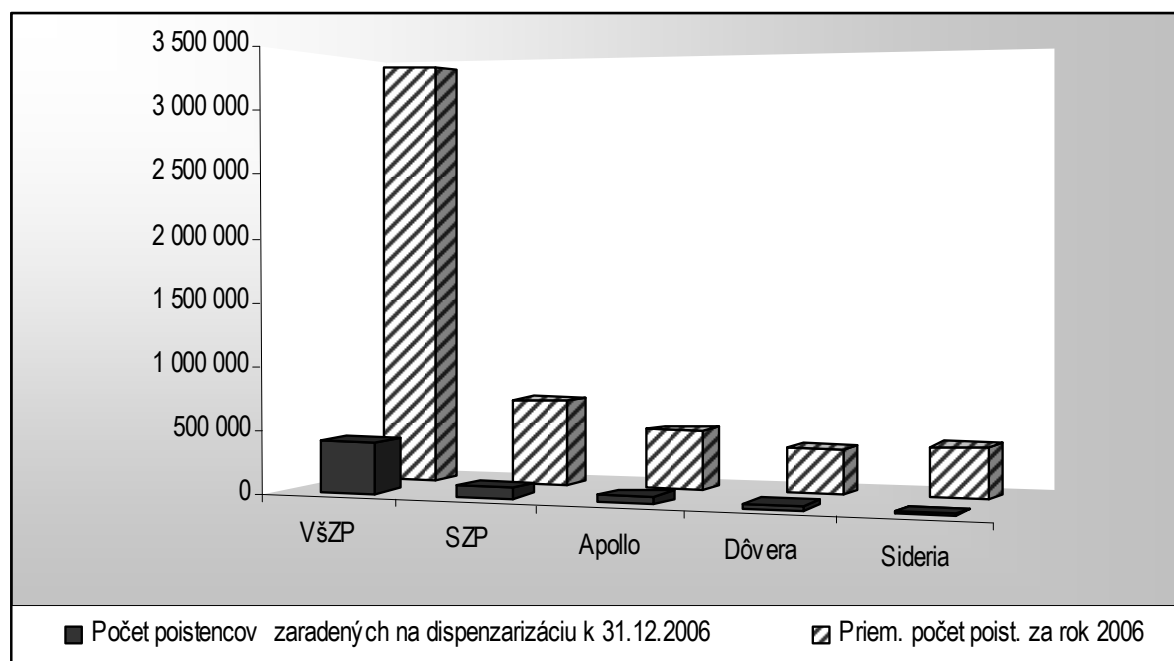
Príloha č. 10

Dispenzárna starostlivosť

K 31.12.2006 úrad evidoval 578 719 dispenzarizovaných pacientov. V porovnaní s rokom 2005 (385 225 poistencov) možno považovať tento údaj za podstatne reálnejší a vzostup o 193 494 svedčí pre výrazné zlepšenie v evidencii, zrejme následkom dôslednejšieho nahlasovania počtov dispenzarizovaných poistencov podľa jednotlivých dispenzárných chorôb zo strany poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti smerom na príslušnú zdravotnú poisťovňu. Významný vzostup v počte dispenzarizovaných zaznamenala VŠZP.

Podiel dispenzarizovaných poistencov k celkovému počtu poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní s výnimkou Sideria bol porovnateľný a pohyboval sa približne v rozmedzí od 9% do 13%. V dôsledku poskytnutých údajov s výrazne nižším podielom dispenzarizovaných poistencov zo zdravotnej poisťovne Sideria bol dosiahnutý priemerný podiel dispenzarizovaných v Slovenskej republike v r. 2006 asi 10% z celkového počtu poistencov.

Graf č. 1 Počet poistencov zaradených na dispenzarizáciu v roku 2006 podľa jednotlivých zdravotných poisťovní v porovnaní na priemerný počet poistencov

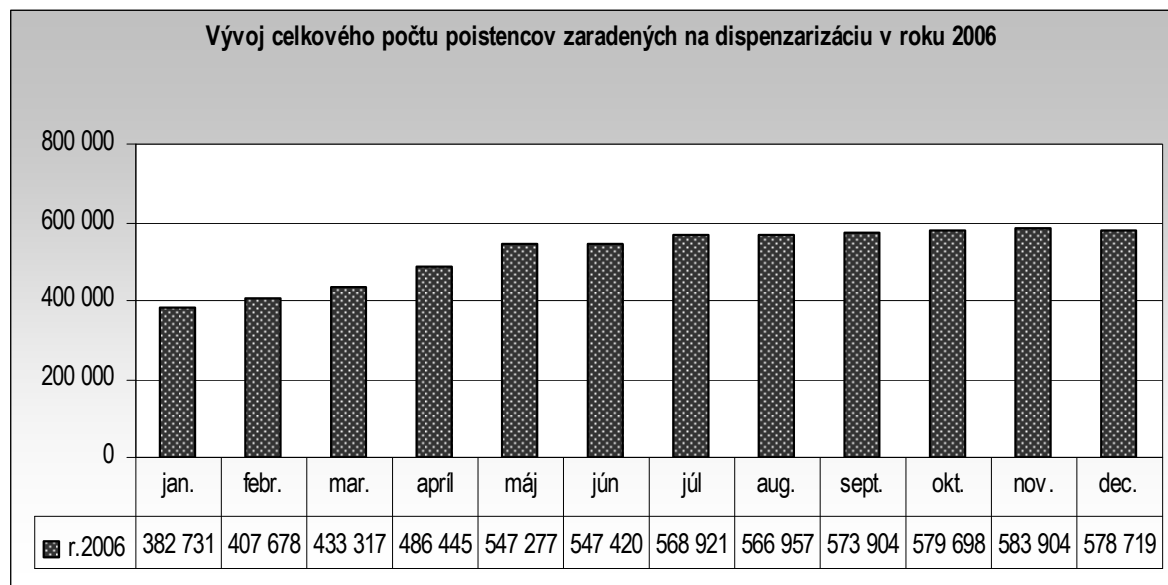


Legenda k grafu:

	SZP	VŠZP	Dôvera	Apollo	Sideria	spolu
priemerný počet poistencov za rok 2006	682 005	3 409 172	348 125	465 594	397 598	5 302 537
počet poistencov zaradených na dispenzarizáciu k 31.12.2006	85 407	402 365	31 870	58 918	11 180	578 719
podiel dispenzarizovaných poistencov (v decembri) na celkovom počte poistencov v %	12,52	11,80	9,15	12,65	2,81	10,91

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Graf č. 2 Vývoj počtu poistencov zaradených na dispenzarizáciu v roku 2006 podľa kalendárnych mesiacov.



Zdroj: Zdravotné poisťovne

Štruktúra najfrekvencovanejších diagnóz, pre ktoré boli poistenci zaradení do dispenzárnej starostlivosti, sa významným spôsobom v porovnaní s predchádzajúcim rokom nemení.

Tabuľka č.14 Prehľad najfrekvencovanejších diagnóz dispenzarizovaných poistencov k decembru 2006 podľa jednotlivých zdravotných poisťovní.

Poradie dg.	SZP		DÓVERA, SIDERIA		APOLLO		VšZP	
	Kód dg.	Počet poistencov	Kód dg.	Počet poistencov	Kód dg.	Počet poistencov	Kód dg.	Počet poistencov
1.	I10	12 568	J30	6081	J30	6748	E11	29100
2.	J30	11 933	I10	5119	Z30	6312	J30	27261
3.	E11	9 093	E11	5115	E11	5331	I10	19736
4.	E78	8 994	I25	3861	J45	3809	I25	19131
5.	I25	7 775	J45	3739	I10	2677	Z30	18801
6.	Z30	6 803	Z30	3691	I25	2386	J45	18355
7.	J45	5 892	E78	3047	H40	1844	H40	15434
8.	H40	3 751	H40	2296	E78	1634	E78	10008
9.	N60	3 041	J44	2130	N60	1625	J44	8951
10.	I11	2 818	H90	1529	I11	1445	I11	8542

Zdroj: úrad

Tabuľka č.15 Prehľad najfrekvencovanejších diagnóz dispenzarizovaných poistencov k decembru 2006 spolu

Kód diagnózy	J30, vazomotorická a alergická nádcha (rinitída)	E11, diabetes mellitus nezávislý od inzulínu	I10, esenciálna (primárna) hypertenzia	Z30, usmernenie antikoncepcie	I25, chronická ischemická choroba srdca	J45, astma (záduch)	E78, poruchy metabolizmu lipoproteínov a iné lipidémie	H40, glaukom
Počet	52 023	48 639	40 100	35 607	33 153	31 795	23 683	23 325

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Príloha č. 11

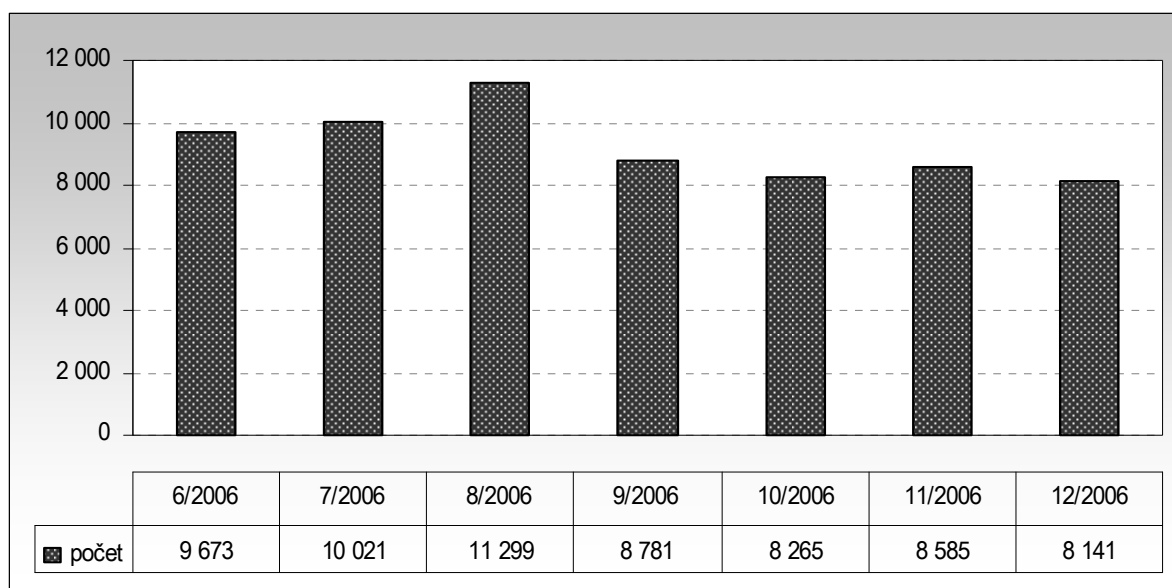
Vedenie zoznamov poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

Vzhľadom na zrušenú povinnosť predkladať úradu zoznamy čakajúcich v dôsledku novely zákona č.581/2004 Z. z. s účinnosťou od decembra 2005, zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti – čakacie listiny poskytovala úradu v roku 2006 iba VŠZP a to v nedostatočnom rozsahu (bez udaných diagnóz). V skutočnosti predmetom zaradenia poistenca do zoznamu nie je diagnóza, ale zdravotný (obyčajne liečebný) výkon - napríklad operačný zákrok. Úrad s cieľom zjednotiť proces v oblasti štruktúry údajov pre čakacie listiny vypracoval dátové rozhranie, ktoré pre nasledujúci rok 2007 je obsahom povinnej dávky pre realizáciu oznamovacích povinností zo strany zdravotných poisťovní.

Význam vedenia čakacích listín spočíva aj v tom, že zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť ku dňu ku ktorému sa vyhotovuje účtovná závierka, technické rezervy na úhradu za plánovanú zdravotnú starostlivosť pre poistencov zaradených v zozname viac ako dva mesiace od dátumu ich zaradenia, pričom tieto rezervy možno použiť výhradne na tento účel.

V zoznamoch poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti bol nasledovný celkový počet poistencov:

Graf č.3 . Počty poistencov na čakacích listinách VŠZP v druhej polovici roka 2006 podľa jednotlivých kalendárnych mesiacov



Zdroj: VŠZP

V ďalších tabuľkách sú uvedené počty poistencov na čakacích listinách vo vzťahu k najfrekvencovanejším diagnózam, k nákladom za poskytnutú zdravotnú starostlivosť aj s porovnaním s predchádzajúcim rokom podľa jednotlivých zdravotných poisťovní.

Tabuľka č.16 Prehľad o počtoch poistencov na čakacích listinách a o nákladoch za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v roku 2006 porovnaní s rokom 2005

ZP	Počet poistencov zaradených na čakáciu listinu		z toho vyradených z dôvodu vykonania výkonu	Odhad nákladov na výkony podľa čakacích listín v Sk	z toho náklady na vykonané výkony v Sk
	k 31.12.2005	k 31.12.2006		za rok 2006	za rok 2006
SZP	1 391	1 254	891	105 948 000	57 144 000
Dôvera, Sideria	937	18 414	9 554	326 274 484	204 562 485
Apollo	362	400	58	21 741 393	9 360 280
VŠZP	8 597	8 592	7 187	185 863 007	401 006 611

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Tabuľka č.17 Prehľad o najfrekvencovanejších diagnózach na čakacích listinách a o nákladoch za poskytnutú zdravotnú starostlivosť

Triedenie podľa frekvencie diagnóz – 10 najfrekvencovanejších diagnóz za rok 2006													
Zdravotná poisťovňa		SZP			DÔVERA, SIDERIA			APOLLO			VŠZP		
Za vybrané diagnózy		Kód dg.	Počet poistencov	náklady na výkony v Sk	Kód dg.	Počet poistencov	náklady na výkony v Sk	Kód dg.	Počet poistencov	Náklady na výkony v Sk	Kód dg.	Počet poistencov	Náklady na výkony v Sk
	1. dg.	M16, M17	538	54 142 438	K40.9	541	6 276 956	M16	142	2 905 300	H25	4640	54 566 400
	2. dg.	I25	288	26 010 000	J35.2	541	4 676 617	I25	76	3 322 327	I25	2487	28 202 580
	3. dg.	K40, K80	160	1 790 787	J35.0	438	3 827 585	I20	54	1 527 171	I20	1355	28 455 000
	4. dg.	I70, I83	78	3 746 314	M51.1	393	6 464 939	H25	42	240 618	M16	1236	100 595 568
	5. dg.	J35	30	294 600	K80.2	362	4 178 440	M17	29	654 385	J35	1486	16 151 334
	6. dg.	H25	22	230 462	D25.9	246	2 285 624	J39	8	1 584	M17	1191	109 954 311
	7. dg.	I05, I06	20	3 790 000	H25.1	240	2 365 150	I06	6	550 687	I06	353	4 744 320
	8. dg.	Q21	9	3 528 000	I83.9	234	2 997 686	I70	6	6 534	I70	335	3 798 900
	9. dg.				H25.8	207	1 994 414	H26	5	10 247	H26	306	3 470 040
	10. dg.				I70.2	171	3 074 043	I47	5	941 931	I83	255	2 918 800

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Pozn.: 10 najfrekvencovanejších diagnóz v zoznamoch čakateľov VŠZP (bez potrebnej väzby na zdravotný výkon):

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

Na základe hore uvedeného možno konštatovať, že vo väčšine ZP odhadované náklady na plánovanú zdravotnú starostlivosť boli vyššie ako skutočné náklady vynaložené na túto zdravotnú starostlivosť. Štruktúra diagnóz je v jednotlivých ZP veľmi podobná, i keď s jej rozdielnou frekvenciou.