

**EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE
NÁRODOHOSPODÁRSKA FAKULTA**

Evidenčné číslo: 101006/I/2018/36069387453168388

**AKTUÁLNE PROBLÉMY HOSPODÁRENIA
ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ V SR**
Diplomová práca

2018

Bc. Michaela Patoprstá

**EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE
NÁRODOHOSPODÁRSKA FAKULTA**

**AKTUÁLNE PROBLÉMY HOSPODÁRENIA
ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ V SR**
Diplomová práca

Študijný program: Financie

Študijný odbor: Financie, bankovníctvo a investovanie

Školiace pracovisko: Katedra financií

Vedúci záverečnej práce: doc. Ing. Kornélia Beličková, PhD.

Bratislava 2018

Bc. Michaela Patoprstá

Pod'akovanie

Rada by som sa pod'akovala doc. Ing. Kornélii Beličkovej, PhD., vedúcej tejto diplomovej práce, za jej ochotu pomôcť v každej situácii, cenné rady, pripomienky a večne pozitívnu náladu.

Abstrakt

PATOPRSTÁ, Michaela: *Aktuálne problémy hospodárenia zdravotných poisťovní v SR*. – Ekonomická univerzita v Bratislave. Národohospodárska fakulta; Katedra financií. – Vedúci záverečnej práce: doc. Ing. Kornélia Beličková, PhD. – Bratislava: NHF EU, 2018, 58 s.

Cieľom tejto diplomovej práce je bližšie priblížiť aktuálne problémy hospodárenia zdravotných poisťovní, podrobne popísať základné finančné ukazovatele a uviesť rôzne faktory vplyvajúce na ich hospodárenie. Práca je rozdelená do piatich kapitol. Obsahuje 7 grafov, 5 tabuliek a 2 obrázky. Prvá kapitola je venovaná teoretickému úvodu do riešenej problematiky a jej súčasnému stavu. V časti Ciele a metodika práce sú popísané ciele, ktoré sme chceli pri vytvorení diplomovej práce dosiahnuť, a zároveň je uvedená aj metodika využitá pri tvorbe tejto práce. V kapitole Výsledky práce podrobne popisujeme aktuálne problémy hospodárenia zdravotných poisťovní v SR z rôznych pohľadov – finančné ukazovatele, makroprostredie zdravotných poisťovní, negatívne faktory vplyvajúce na ich hospodárenie.

Kľúčové slová: zdravotné poistenie, zdravotné poisťovne, hospodárenie

Abstract

PATOPRSTÁ, Michaela: *The current problems of the management of health insurance companies in the Slovak Republic*. – University of Economics in Bratislava. Faculty of National Economy; Department of Finance. – Supervisor of the final thesis: doc. Ing. Kornélia Beličková, PhD. – Bratislava: NHF EU, 2018, 58 p.

The aim of this diploma thesis is to get closer to the current problems of the health insurance companies, to describe in detail the basic financial indicators and to indicate the various factories influencing their management. The thesis is divided into five chapters. It contains 7 graphs, 5 tables and 2 pictures. The first chapter deals with a theoretical introduction to the theme and its current state. The objectives and methodology of the thesis describe the goals we wanted to achieve in the thesis, and also the methodology used in the creation of this thesis. In the chapter The results of the work we describe in detail the current problems of the health insurance companies in the Slovak Republic from various perspectives - financial indicators, macro-environment of health insurance companies, negative factors influencing their economy.

Key words: health insurance, health insurance companies, economy

Obsah

Úvod	8
1 Súčasný stav.....	10
1.1 Zdravotný systém.....	11
1.2 Zdravotné poistenie	13
1.3 Modely financovania zdravotníctva	15
1.3.1 Beveridgeov model	16
1.3.2 Bismarckov model	17
1.3.3 Semaškov model	18
1.3.4 Trhový model.....	19
1.4 História zdravotného poistenia v SR.....	20
2 Ciele a metodika práce	23
3 Výsledky práce	24
3.1 Zdravotné poistenie v SR	25
3.2 Zdravotné poisťovne v SR	26
3.3 Negatívne faktory ovplyvňujúce hospodárenie zdravotných poisťovní	27
3.3.1 Legislatívne zmeny	29
3.3.2 Dlžníci na poistnom	29
3.3.3 Demografický vývoj	30
3.3.4 Zdravotné problémy obyvateľstva	30
3.4 Makroprostredie zdravotných poisťovní.....	31
3.4.1 Zdravotné poisťovne vs. lekári	32
3.4.2 Zdravotné poisťovne vs. poistenci	34
3.4.3 Zdravotné poisťovne vs. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	37
3.5 Prerozdelenie mechanizmus	40
3.6 Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.	41
3.6.1 Základné finančné ukazovatele.....	41
3.6.2 Poistný kmeň VŠZP	42
3.6.3 Úspešnosť výberu poistného.....	43
3.6.4 Ozdravný plán VŠZP	44

3.7 Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.	46
3.7.1 Základné finančné ukazovatele	46
3.7.2 Poistný kmeň Dôvera	48
3.7.3 Úspešnosť výberu poistného	49
3.8 Union zdravotná poisťovňa, a.s.	50
3.8.1 Základné finančné ukazovatele	50
3.8.2 Poistný kmeň Union	52
3.8.3 Úspešnosť výberu poistného Union	53
3.9 Porovnanie poskytovaných nadštandardných služieb	54
4 Diskusia	57
5 Záver	61
Zdroje	63

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Finančný prínos kontrol vykonaných zdravotnými poisťovňami	34
Tabuľka 2: Pokuty udelené zdravotným poisťovňiam od ÚDZS	39
Tabuľka 3: Základné finančné ukazovatele VŠZP	41
Tabuľka 4: Základné finančné ukazovatele ZP Dôvera	47
Tabuľka 5: Základné finančné ukazovatele ZP Union za roky 2010-2016.	51

Zoznam grafov

Graf 1: Podiel zdravotných poisťovní na trhu	27
Graf 2: Poistný kmeň VŠZP	42
Graf 3: Úspešnosť výberu poistného VŠZP	43
Graf 4: Poistný kmeň ZP Dôvera	48
Graf 5: Úspešnosť výberu poistného Dôvera	49
Graf 6: Poistný kmeň ZP Union	52
Graf 7: Úspešnosť výberu poistného Union	53

Zoznam obrázkov

Obrázok 1: Pyramídový model zdravotného poistenia	14
Obrázok 2: Makroprostredie zdravotných poisťovní	32

Úvod

Zdravie človeka výrazným spôsobom ovplyvňuje kvalitu ľudského života, jeho priebeh aj dĺžku. Niektorí ľudia majú v živote šťastie a doktora navštevujú len minimálne, iných zase trápia zdravotné problémy, kvôli ktorým sa z nich stávajú častí návštevníci zdravotných zariadení. Samotné náklady na zdravotnú starostlivosť však zvyknú byť vysoké, a to sa týka nie len vážnych chorôb, ale aj tých bežných. Nie každý jedinec je schopný si uhrádzať náklady na zdravotné úkony sám, a preto vo väčšine štátov sveta zaviedli systém povinného zdravotného poistenia.

Zdravotné poisťovne ako inštitúcie môžu fungovať buď vo verejnej alebo v súkromnej sfére, a to vždy podľa pravidiel stanovených na základe zákona v konkrétnom štáte. Niektoré krajiny povoľujú *pluralitný systém* zdravotného poistenia, čo znamená že na trhu môžu ponúkať zdravotné poistenie viaceré poisťovne. V iných sa zase uplatnil *unitárny systém*, a teda v danom štáte má povolenie vykonávať zdravotné poistenie len jediná poisťovňa.

Vlády v jednotlivých štátoch sveta sa pravidelne zaoberajú zdravotníctvom, pretože tvorí veľmi významnú časť rozpočtu, ale v neposlednom rade je v záujme každého štátu aby sa snažil o čo najlepší zdravotný stav svojho obyvateľstva – jednak kvôli výdavkom na zdravotníctvo, jednak aj kvôli celkovému zdraviu pracovnej sily. Preto je prirodzené, že sa často v téme o zdravotnom poistení a fungovaní zdravotných poisťovní vedú medzi odborníkmi spory o tom, či je efektívnejší systém jednej zdravotnej poisťovne, alebo by vedľa seba mali fungovať viaceré zdravotné poisťovne a vytvárať tak na trhu konkurenčné prostredie. V našej diplomovej práci si rozoberieme oba modely fungovania zdravotných poisťovní, ich klady aj zápory, a zameráme sa na zdravotné poisťovne na Slovensku. Zhodnotíme ich hospodárenie za posledné roky, zhodnotíme efektívnosť pluralitného modelu zdravotných poisťovní v našich podmienkach a zároveň sa budeme zaoberať možnosťami vývoja zdravotných poistení a samotného zdravotného poistenia do budúcnosti.

Predkladaná diplomová práca pozostáva zo štyroch kapitol – *Súčasný stav riešenej problematiky, Cieľ práce, Metodika práce, Výsledky práce a Diskusia*.

Prvá kapitola *Súčasný stav* popisuje možnosti financovania zdravotníctva, zdroje a modely financovania, jednotlivé historické modely zdravotných poisťovní. V tejto kapitole uvádzame definíciu pojmu zdravotný systém, stručne popisujeme historický vývoj zdravotného poistenia a zdravotných poisťovní na území Slovenskej republiky.

V kapitolách *Cieľ práce* a *Metodika práce* je zadaný cieľ tejto diplomovej práce a výskumné metódy použité pri tvorbe práce.

V časti *Výsledky práce* sa venujeme fungovaniu a hospodáreniu zdravotných poisťovní v podmienkach Slovenskej republiky. Uvádžame zákonné definície týkajúce sa zdravotného poistenia. Jednotlivé podkapitoly sú samostatne venované každej zdravotnej poisťovni na Slovensku, popisujú ich hospodárske výsledky, produkty zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytujú svojim poistencom. Prinášame prehľad rizík, ktoré ohrozujú hospodárenie zdravotných poisťovní. Zároveň uvádzame stručné informácie ohľadom konkurenčných výhod zdravotných poisťovní, najmä služby ponúkané nad rámec zákona.

V kapitole *Diskusia* rozoberáme vhodnosť pluralitného modelu zdravotných poisťovní v Slovenskej republike, a možnosti jeho zlepšenia v budúcnosti. Stručne popisujeme jednotlivé možné alternatívy s ich kladmi aj záporami.

1 Súčasný stav

Zdravotná starostlivosť je stará ako samotné ľudstvo. Prešla postupným vývojom, od primitívnych prvopočiatkov medicíny, ktoré boli schopné riešiť len menej komplikované ochorenia, postupne sa menila s rozvojom vedy a dostupných znalostí a možností obyvateľstva. Zároveň sa neustále zlepšovali možnosti zdravotnej starostlivosti vďaka pokroku v oblasti medicíny. Prevratné bolo najmä vykonanie prvej vakcinácie (E. Jenner, 1796), objav röntgenových lúčov (W. Röntgen, 1895), alebo objavenie penicilínu (A. Fleming, 1928). Tieto, ale aj mnohé iné medicínske objavy pomohli (a stále aj pomáhajú) zvyšovať kvalitu zdravia obyvateľstva, predlžovať očakávanú priemernú dĺžku života, predchádzať chorobám, liečiť ochorenia, prípadne ich úplne potlačiť, zároveň sa úspešne darí znižovať mortalitu novorodených detí.

Súčasnne s medicínskym pokrokom a rastúcou dĺžkou života obyvateľstva sa však objavujú nové problémy, ktorým musia čeliť nie len vlády jednotlivých krajín, ale v konečnom dôsledku majú dopad na celý svet. Narastá počet ľudí na Zemi - iné nároky na zdravotnú starostlivosť majú deti, dospelí, či starí ľudia, preto sa náklady na zdravotnú starostlivosť z roka na rok zvyšujú. Každý štát preto rieši špecifické potreby svojho obyvateľstva na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Medicínske úkony sú však finančne náročné, preto je úhrada nákladov pre niektorých občanov nemysliteľná, prakticky by si iba najbohatší ľudia vedeli zabezpečiť adekvátne ošetrovanie a liečbu.

Veľký dopad na celkové zdravie obyvateľstva má aj charakter výroby, ktorý prevláda v danom štáte. Krajiny zamerané na poľnohospodárstvo čelia iným zdravotným problémom než krajiny, v ktorých je dominantným odvetvím napríklad ťažba nerastných surovín. Tento, a množstvo iných faktorov boli dôvodom vzniku viacerých modelov zdravotného poistenia. Poistné systémy fungujú na princípe výberu zdrojov od jednotlivých prispievateľov, kde všetci obyvatelia zdieľajú riziko v rovnakej miere. Prvotnou myšlienkou vzniku zdravotného poistenia bolo zabezpečiť zdravotnú starostlivosť aj tým obyvateľom, ktorí si ju nemôžu dovoliť. Samotné zdravotné poistenie a výber vhodného modelu je však súčasťou komplexných opatrení a zdravotnej politiky štátu, pomáha plniť jej ciele. Každý národ musí určiť svoje vlastné priority na zlepšenie zdravia a služieb, ktoré sú potrebné. Tieto komplexné opatrenia môžeme označiť súhrnne ako zdravotný systém.

1.1 Zdravotný systém

V dnešnom svete môže byť ťažké presne a uspokojivo definovať to, čo sa skrýva pod pojmom zdravotný systém. V literatúre sa stretávame s viacerými definíciami tohto pojmu. Zdravotný systém bol definovaný množstvom autorov. Podľa Pustelníka je zdravotný systém „Odvetvie národného hospodárstva, produkujúce zdravotnícké služby, je subsystémom systému starostlivosti o zdravie a predstavuje sústavu špecifických zariadení a inštitúcií pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti.“¹ Stotožňujeme sa aj s definíciou Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorá definuje tento pojem vo svojej publikácii *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*, ako „Všetky aktivity, ktorých hlavným cieľom je podporovať, obnovovať a udržiavať zdravie človeka“.² Zdravotný systém je špecifický v tom, že jeho potreby sa veľmi odlišujú od stavu pred 50 alebo 100 rokmi. Rastú očakávania o prístupe k zdravotnej starostlivosti v akejkoľvek podobe a zároveň rastú požiadavky na ochranu chorých a ich rodín pred vysokými nákladmi na zdravotnú starostlivosť. Ľudia sa teraz obracajú na zdravotnícke zariadenia s cieľom pomôcť s omnoho širšou rôznorodosťou problémov ako v minulosti – nevyhľadávajú len úľavu od bolesti, prípadne liečbu fyzických či psychických problémov, ale aj napríklad poradenstvo v oblasti stravovania, či výchovy detí. Primárnym cieľom zdravotného systému ako celku je podpora zdravia obyvateľstva. Samotný pojem zdravie Svetová zdravotnícka organizácia definuje ako stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody. Hlavné faktory, ktoré ovplyvňujú zdravie, sú podľa Svetovej zdravotníckej organizácie percentuálne rozdelené nasledovne:

- 50% životný styl,
- 20% genetické predispozície
- 15% vplyv životného prostredia
- 15% zdravotná starostlivosť

Z uvedeného je zrejmé, že podľa Svetovej zdravotníckej organizácie má zdravotná starostlivosť na zdravie nižší vplyv než životný štýl človeka. Z tohto dôvodu je pre vlády vhodné klásť dôraz najmä na prevenciu týkajúcu sa ochrany zdravia. Veľmi záleží aj na tom, ako systém pokrýva zdravotné potreby obyvateľstva, a zároveň je dôležitý aj systém

¹ PUSTELNÍK, Karel, JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. ISBN 80-7042-346-3

² Svetová zdravotnícka organizácia. *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia, 2000. ISBN 92 4 156198 X

úhrady za zdravotnú starostlivosť vrátane toho, v akej kvalite je ľuďom zdravotná starostlivosť poskytovaná.

Ako ďalej spomína Svetová zdravotnícka organizácia vo svojej publikácii, zdravotný systém má teda tri hlavné ciele. Sú to:

- zlepšiť zdravie obyvateľstva danej krajiny;
- reagovať na očakávania ľudí týkajúce sa zdravotnej starostlivosti;
- poskytovať finančnú ochranu pred zvýšenými nákladmi na zdravotnú starostlivosť³

Všetky uvedené ciele majú svoje opodstatnenie v každej krajine, bez ohľadu na to, či je krajina bohatá alebo chudobná, prípadne ako je organizovaný jej zdravotný systém. Dôležitou súčasťou zdravotného systému sú zdravotné poisťovne, ktoré do určitej miery pomáhajú plniť vyššie uvedené ciele. Každý štát má špecifické potreby financovania zdravotnej starostlivosti. Jednotlivé modely financovania zdravotníctva využívané po celom svete vysvetľujeme v nasledujúcej časti.

Základné piliere zdravotného systému spájajú tri navzájom prepojené oblasti:

- pacientov, ktorí sú príjemcami zdravotnej starostlivosti
- lekárov a zdravotnícke zariadenia, ktoré sú poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti
- zdravotné poisťovne, ktoré financujú poskytnutú zdravotnú starostlivosť

Každý z vyššie uvedených pilierov zdravotného systému má svoju nezameniteľnú úlohu. V historickom období, presnejšie do konca 19. storočia bol zdravotný systém založený len na dvojstranom vzťahu pacient - lekár, kedy bola celá zdravotná starostlivosť uhrádzaná priamou úhradou za poskytnutú liečbu. Jednalo sa teda o klasický trhový princíp, kedy si pacient od lekára kupuje služby. V dnešnej dobe sa však už takýto systém neuplatňuje. Do zdravotného systému vďaka princípu solidarity vstúpil medzičlánok - zdravotné poisťovne, ktoré zabezpečujú sociálnu spravodlivosť a solidárnosť. O systéme zdravotného poistenia, jeho jednotlivých modeloch využívaných po celom svete, a o samotných zdravotných poisťovniach pojednávame v nasledujúcich podkapitolách.

³ Svetová zdravotnícka organizácia. *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia, 2000. ISBN 92 4 156198 X

1.2 Zdravotné poistenie

Zdravie je od dávna chápané ako kolektívny či spoločenský statok – v súčasnej dobe sa občania spoliehajú na to, že v prípade potreby im bude poskytnutá nevyhnutná liečba a starostlivosť. V našej spoločnosti má však zdravie obyvateľstva aj iný význam – je považované za zdroj ekonomického rastu štátu. Preto sa každá vláda snaží o zabezpečenie potrebnej starostlivosti pre svojich obyvateľov – niektoré viac, iné menej úspešne.

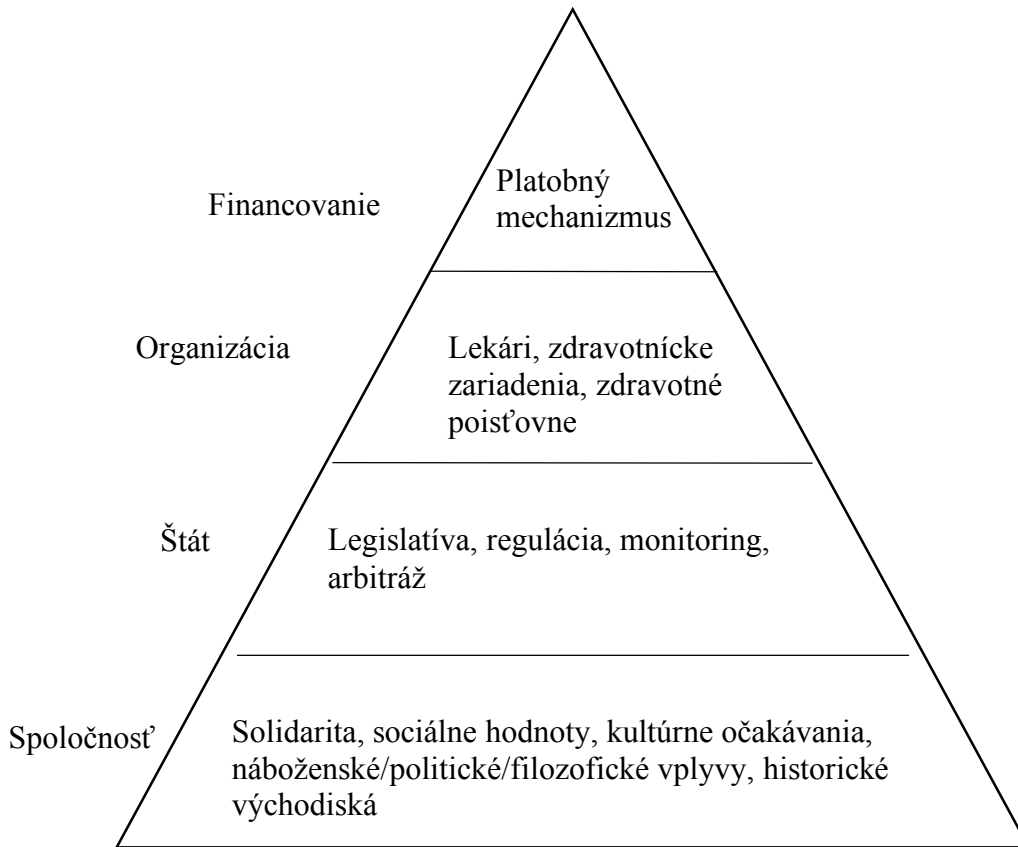
S prvými náznakmi zdravotného poistenia sa stretávame v období stredoveku. Toto obdobie bolo charakteristické nevyhovujúcimi životnými podmienkami, a najmä pravidelnými epidémiami.⁴ Obyvateľstvo sa začalo združovať do rôznych ekonomických, náboženských a sociálnych spolkov – cieľom bolo vytvárať spoločné fondy, ktorých úlohou bolo pokryť náklady na zdravotnú starostlivosť.⁵ Súčasný systém zdravotného poistenia v západnej Európe je vyvrcholením takmer 700-ročného historického procesu. Počas tohto obdobia vzrástol počet obyvateľov, ktorých pokrýva zdravotné poistenie - od malého počtu pracovníkov v konkrétnych odvetviach, až po celú populáciu. Koncept zdravotného poistenia sa tiež rokmi zmenil a postupne sa vyvinul z náhrady mzdy pri chorobe a jednorazovej platby pri úmrtí, na platbu za lekárske ošetrovanie, nemocničnú starostlivosť a liečivá. Počiatočná fáza tohto historického procesu sa týkala malých skupín pracovníkov v neskoršom období stredoveku, ktorí zakladali združenia vzájomnej pomoci v rámci ich remeselného cechu. Prvé zaznamenané fondy zdravotného poistenia sa datujú do roku 1300. Tieto fondy spravidla pokryli len členov cechu, a teda celkovo chránili len niečo okolo 5% populácie. Všetci ostatní obyvatelia boli závislí od charitatívnych alebo náboženských organizácií. Model zdravotného poistenia cechov sa stal základným princípom modelu sociálneho poistenia v nemecky hovoriacich krajinách a regiónoch Švédska.

V druhej polovici 19. storočia sa začali formovať rôzne špecializované zdravotné fondy, najskôr s dobrovoľným členstvom. Neskôr sa objavovali pokusy o povinné členstvo vo fondoch. V tejto dobe vznikol Bismarckov systém zdravotného poistenia, ktorý vznikol v roku 1883. Neskôr postupne v rôznych štátoch vznikali ďalšie modely – Beveridgeov, Semaškov a Trhový model, ktoré sa rozširovali po svete, podľa potreby daného štátu.

⁴ DUDEKOVÁ, Gabriela. The System of Social Care in 19th Century Bratislava and its Modernization around 1900. In: *Historická revue*. Bratislava: Slovenská akadémia vied, 2015, č. 5/2015. ISSN 1335-6550

⁵ PECHOVÁ, Michaela. *Zdravotná politika – praktika a semináre*. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2009. ISBN 978-80-225-2705-7

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie sa systém zdravotného poistenia skladá z viacerých zložiek – viacstupňový pyramídový model zdravotného poistenia. Model obsahuje všetky zložky, ktoré vplyvajú na systém zdravotného poistenia. Podrobný popis jednotlivých zložiek systému uvádzame nižšie.



Obrázok 1: Pyramídový model zdravotného poistenia (Zdroj: http://www.who.int/health_financing/documents/shi_w_europe.pdf)

Vyššie uvedený pyramídový model zdravotného poistenia sa skladá z viacerých stupňov. Najnižšia úroveň – *spoločnosť* – je základnou zložkou, ktorá umožnila vznik ostatných vyšších zložiek systému zdravotného poistenia. Systém zdravotného poistenia je z pohľadu spoločnosti ako základného stupňa založený na solidarite, sociálnych hodnotách, kultúrnych očakávaníach, s vplyvom náboženstva, politicky a filozofie. Ovplyvnený je historickým vývojom danej krajiny. Spomedzi európskych krajín je Nemecko považované za štát s najhlbšie zakorenenými základmi pre sociálne zdravotné poistenie, z toho dôvodu, že v rámci Európy nachádzame prvopočiatky zdravotného poistenia práve v tejto krajine. Bismarckov model, ktorý vznikol v Nemecku, bol vzorom pre ostatné krajiny, ktoré zavádzali systém zdravotného poistenia.

Druhý stupeň – *štát* – závisí na spoločnosti, avšak funguje nezávisle. V systéme zdravotného poistenia vytvára legislatívne podmienky presne definujúce tento systém. Zároveň zabezpečuje reguláciu, monitoring, prípadne arbitráž.

Vďaka štátu a spoločnosti vznikla organizácia ako tretí stupeň v systéme zdravotného poistenia. Táto úroveň zahŕňa tých, čo vykonávajú zdravotnú starostlivosť, teda lekárov a zdravotnícke zariadenia. Neoddeliteľnou súčasťou tohto stupňa sú zdravotné poisťovne.

Štvrtý – najvyšší stupeň pyramídového modelu zdravotného poistenia tvorí *financovanie* – najviac podmienené a preto najmenej nezávislé od nižších troch stupňov modelu. Pri otázke financovania zdravotného poistenia je potrebné brať do úvahy aj nižšie tri zložky celého systému.⁶

1.3 Modely financovania zdravotníctva

V európskych krajinách sú zavedené rôzne modely zdravotného poistenia. Ako sme už spomenuli, v niektorých štátoch funguje *unitárny systém*, t.j. systém jednej zdravotnej poisťovne, v iných sa uplatnil pluralitný systém zdravotného poistenia, teda obyvatelia majú možnosť výberu medzi štátnymi poisťovňami, alebo zdravotným poistením v súkromnej poisťovni. Občania majú na základe verejného zdravotného poistenia právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotné pomôcky za podmienok, ktoré stanoví zákon. V Európe majú len 3 krajiny zavedený systém pluralitného zdravotného poistenia s možnosťou tvorby zisku, medzi nimi je aj Slovenská republika. V iných krajinách je umožnené fungovanie aj súkromným poskytovateľom zdravotného poistenia, avšak bez tvorby zisku. Štáty ako Veľká Británia, Dánsko či Švédsko majú zavedený systém jednej zdravotnej poisťovne.

Jedným z hlavných nástrojov zdravotnej politiky je výber vyhovujúceho modelu financovania zdravotníctva. Poznáme štyri rôzne modely financovania nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré rozlišujeme podľa spôsobov financovania, úrovne sociálnej solidarity a miery pôsobenia trhových mechanizmov. Sú to Beveridgeov, Bismarckov, Semaškov a trhový model. Výberom vhodného modelu sa štát usiluje o efektívne financovanie zdravotnej starostlivosti, zároveň je v záujme štátu regulácia cien

⁶ Svetová zdravotnícka organizácia. *Social health insurance systems in western Europe*. [online]. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia, 2004. [cit.29-3-2018] Dostupné na: http://www.who.int/health_financing/documents/shi_w_europe.pdf

zdravotnej starostlivosti a v neposlednom rade platov zdravotníckeho personálu. Jednotlivé modely si rozoberieme samostatne v nasledujúcich podkapitolách.

V súčasnosti sú však prístupy k zdravotnému poisteniu v rôznych krajinách charakteristické tým, že prichádza k ich rôznym kombináciám, a preto sa s modelmi zdravotného poistenia v ich pôvodnej podobe stretávame čoraz menej.

1.3.1 Beveridgeov model

Tento model má svoj názov podľa W. Beveridgea. William Beveridge bol významný britský ekonóm žijúci v rokoch 1879 až 1963. Počas svojej kariéry položil základy *welfare state*, venoval sa sociálnym reformám, bol priekopníkom v oblasti sociálneho a zdravotného poistenia. V roku 1911 sa podieľal na zavedení systému poistenia v nezamestnanosti a zákone o národnom zdravotnom poistení vo Veľkej Británii.

Vznik Beveridgeovho modelu sa datuje v roku 1942 na základe *Social insurance and Allied Services* teda tzv. Beveridgeovej správy, v ktorej autor zhrnul svoje návrhy na zlepšenie súčasného sociálneho zákonodarstva. Správa sa skladala z viacerých častí, my pre účely našej práce spomenieme časť *Všeobecná zdravotná starostlivosť*. Beveridge v nej navrhol celoštátnu zdravotnú službu pre prevenciu proti ochoreniam a ich liečenie. Celoštátna zdravotná služba sa mala okrem toho venovať liečeniu práceneschopných lekárske ošetrovaním. Každému občanovi má byť poskytnutá zdravotná starostlivosť v potrebnom rozsahu, má byť zabezpečené zubné, očné, či chirurgické ošetrovanie.⁷ Na základe Beveridgeovej správy vznikol v roku 1946 vo Veľkej Británii systém National Health Service, skrátene NHS, ktoré tam funguje do dnes. NHS dostalo za úlohu zabezpečovať spravodlivý a dostupný prístup k zdravotnej starostlivosti, ponúkať bezplatné zdravotné služby pre všetkých občanov od ich narodenia až po smrť. Tento model využíva financovanie zo štátneho rozpočtu, pričom hlavným zdrojom na financovanie sú dane, odvádzané občanmi štátu. Štát teda rozdeľuje finančné prostriedky na pokrytie nákladov zdravotníckych zariadení, poskytovanie náležitej zdravotnej starostlivosti. Štát sa zaväzuje poskytovať bezplatnú zdravotnú starostlivosť všetkým obyvateľom bez rozdielu, dokonca bez ohľadu na ich finančné možnosti.⁸

⁷ BEVERIDGE, William Henry. *Social insurance and allied services*. London: Her Majesty's Stationery Office, 1942. ISBN-13: 978-0875860145

⁸ BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4

Výhodami tohto systému sú všeobecne dobrá dostupnosť zdravotných služieb, ich široká ponuka, kladenie dôrazu na preventívne prehliadky, prepracovaná nadväznosť poskytovaných zdravotníckych služieb.

Medzi najvýraznejšie nedostatky Beveridgeovho modelu zaraďujeme pomerne dlhé čakacie doby na operácie, ktoré nie je potrebné vykonať urgentne, a hlavne vyskytujúce sa problémy s financovaním v čase hospodárskeho poklesu, prípadne nedostatočná konkurencia medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Veľkým problémom je aj nízka motivácia obyvateľov dbať o vlastné zdravie, keďže všetku potrebnú zdravotnú starostlivosť majú zabezpečenú z verejných zdrojov.

Tento model je využívaný predovšetkým vo Veľkej Británii, avšak rôzne modifikovaný je používaný vo viacerých európskych štátoch, napríklad Španielsku, Portugalsku, či Taliansku.

1.3.2 Bismarckov model

Otto von Bismarck bol prvým nemeckým kancelárom, známy svojim nekompromisným prístupom k riešeniu politických problémov a výrazným autoritatívnym vystupovaním voči snemu. V rokoch 1883-1889 zaviedol v Nemecku nový model sociálneho poistenia na základe predchádzajúcich zákonov o poistení nemocenským, úrazovým a dôchodkovým. Uplatňuje dve zásady – sociálnej solidarity a rovnosti, tieto sú hlavnými piliermi systému sociálneho poistenia. Verejné zdravotné poistenie je totiž charakterizované sociálnou solidaritou – všetci občania zdieľajú zdravotné riziko so zvyškom obyvateľstva daného štátu.

V modeli rozlišujeme tri strany účastníkov systému. Prvým účastníkom je populácia danej krajiny, účasť na poistení je povinná pre všetkých pracujúcich, zároveň poistenie pokrýva aj ostatné skupiny obyvateľstva – nezamestnaných, dôchodcov, či študentov. Druhým účastníkom sú poskytovatelia zdravotníckych služieb – títo majú uzavreté zmluvy so zdravotnými poisťovňami, na základe ktorých je určený rozsah zdravotnej starostlivosti, prípadne poskytované služby. Poslednou zložkou systému sú výbercovia poistného, teda poisťovne či poisťovacie fondy. Príjmy výbercom poistného plynú najmä z odvodov zo mzdy zamestnancov a zamestnávateľov – ich výška závisí od výšky príjmu pracovníka, a teda nie je odvodená od poistného rizika obyvateľstva, v modeli je zakázané vytváranie

zisku. Štát platí poistné za občanov, ktorý nedisponujú príjmom (napr. študenti, dôchodcovia).⁹

Nemecká vláda sa pokúšala na začiatku zaviesť povinné platby poistného iba pre občanov s nižšími príjmami alebo pre určité profesie. Postupne sa po ukončení prvej svetovej vojny okruh poistených rozširoval nielen v Nemecku ako prvej krajine, ktorá prijala Bismarckov model, ale aj v ďalších krajinách ktoré sa tento model rozhodli využívať. Samotné platby poistného boli realizované tak, že 1/3 z poistného platil zamestnanec a zvyšné 2/3 platil zamestnávateľ. Zaplatenie dávky poistného bolo povinné pre zamestnanca a rovnako aj pre zamestnávateľa.

Medzi výhody tohto modelu zaraďujeme najmä dostupnosť základnej zdravotnej starostlivosti pre celé obyvateľstvo, a širokú ponuku zdravotníckych ošetrení.

Hlavným nedostatkom je to, že poisťovne časť získaných prostriedkov mŕňajú na prevádzkovanie svojej činnosti, čo môže mať negatívny vplyv na výšku finančných zdrojov slúžiacich na úhradu zdravotnej starostlivosti poistencov.¹⁰

V rámci Bismarckovho modelu rozlišujeme dve varianty, a to buď variant s jednou poisťovňou, alebo model s viacerými zdravotnými poisťovňami. Bismarckov model je implementovaný napríklad v Nemecku, Švajčiarsku, či Japonsku, ale aj v niektorých krajinách Latinskej Ameriky a na Slovensku.

1.3.3 Semaškov model

Systém využívajúci Semaškov model poskytoval prijateľnú úroveň lekárskej starostlivosti, ktorá bola potrebná na liečbu bežných ochorení a zabezpečila komplexné pokrytie zdravotnej starostlivosti pre obyvateľstvo. Tento systém fungoval pomerne dobre až do sedemdesiatych rokov 20. storočia, keď boli k dispozícii nové zdravotnícke technológie a ľudia začali požadovať kvalitnejšiu starostlivosť. Semaškov model bol postavený ako viacúrovňový systém starostlivosti s výrazne diferencovanou sieťou poskytovateľov služieb, pričom každá z úrovní zodpovedala závažnosti ochorenia (okresné, centrálné, obecné, oblastné a federálne nemocnice) a tieto boli všetky prepojené informačným systémom. Ústredným bodom tohto modelu bol obvodný lekár, ktorý bol

⁹ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9

¹⁰ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1

zodpovedný za poskytovanie a koordináciu lekárskej starostlivosti o obyvateľstvo v jeho oblasti.

Semaškov centralizovaný model bol uplatňovaný najmä v socialistických krajinách. Vznikol v ZSSR ako odpoveď na Beveridgeov model National Health Service. Hlavnou myšlienkou tohto systému je presvedčenie, že štát je zodpovedný za zdravotný stav svojich obyvateľov. Bol založený najmä na sledovaní vývoja epidemiologickej situácie obyvateľstva – jednoducho venoval zvýšenú pozornosť kontrole prenosných ochorení. Prevencia mala prednosť pred liečbou, všetky zdravotné ošetrenia boli uhrádzané štátom z daní.

Semaškov model sa vyznačoval najmä tým, že bol financovaný zo štátneho rozpočtu. Riadenie celého systému zdravotného poistenia mala v rukách centrálna vláda a ministerstvo zdravotníctva. Centrálna vláda taktiež rozhodovala o právach a povinnostiach obyvateľstva, ktoré bolo plne pokryté týmto systémom, zároveň neexistovali zdravotné poisťovne. Jediným subjektom poskytujúcim poistenie bol štát. Tento model postupne zanikal po roku 1989 a aktuálne nie je využívaný v žiadnej európskej krajine.¹¹ Semaškov model bol často považovaný za jednu z foriem Beveridgeovho modelu zdravotného poistenia.

Dôvodov pre zánik Semaškovho modelu bolo viacero, najzávažnejším však bolo, že tento model vytváral v krajinách, v ktorých sa využíval, obrovský finančný dlh. Samotný spôsob financovania je v tomto modeli najväčším a najvýraznejším negatívom.

1.3.4 Trhový model

Tento model je založený na dobrovoľnom súkromnom zdravotnom poistení obyvateľstva. V systéme existuje množstvo súkromných zdravotných poisťovní, ktoré si pred uzavretím zmluvy o zdravotnej starostlivosti s občanom veľmi dôkladne preverujú jeho aktuálny zdravotný stav. Nepriaznivé výsledky negatívne ovplyvňuje výšku poistného (čím horší je zdravotný stav občana, tým vyššie poistné mu poisťovňa vymeria), dokonca môže nastať situácia, že zmluva s rizikovým klientom nebude uzavretá. Tento jav je považovaný za obrovskú nevýhodu oproti systému, kedy poisťovne musia prijať každého občana a výška jeho poistného sa nevymeria na základe jeho zdravia.

Poisťovne ponúkajú rôzne formy zdravotného poistenia – niektoré produkty pokrývajú len základnú lekársku starostlivosť, iné v sebe zahŕňajú aj úkony počas

¹¹ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1

najväznejších chorôb, no platí, že čím má poisťný produkt väčší obsah, tým je zároveň drahší, dokonca aj napriek vysokým platbám poisťného si poisťenci musia časť nákladov na zdravotnú starostlivosť doplácať sami.¹²

Trhový model je využívaný najmä v USA. Nie je povinnosťou občana mať zdravotné poistenie, často je toto poistenie ponúkané zamestnávateľmi ako zamestnanecký benefit. V posledných rokoch sa bývalý prezident Barrack Obama pokúšal o zreformovanie systému zdravotníctva, treba však podotknúť, že USA sú posledným štátom spomedzi vyspelých krajín sveta, ktorý nemá zavedený univerzálny systém zdravotného poistenia – poskytnutá zdravotná starostlivosť teda závisí od toho, čo si občan zaplatí. Obrovským nedostatkom tohto systému je fakt, že množstvo obyvateľov USA nie je schopných si zaplatiť už tak vysoké platby za zdravotné poistenie, preto si často nemôžu dovoliť ani základnú zdravotnú starostlivosť. Dokonca aj poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti v prípade ohrozenia života pacienta je síce povinné bez ohľadu na solventnosť pacienta, avšak nie je bezplatné.

V USA sú v trhovom systéme zdravotného poistenia ponúkané rôzne programy zabezpečované štátom. Program *Medicare* pokrýva zdravotnú starostlivosť o dôchodcov a telesne postihnutých ľudí – avšak aj tu je vyžadovaná spoluúčasť pacienta. *Medicaid* je ďalším programom ponúkaným vládou USA. Zahŕňa základnú starostlivosť o chudobných ľudí. *Veterans health care administration* je program určený pre vojakov, vojnových veteránov a ich rodinných príslušníkov. Nárok na tento program majú aj vyšší štátni úradníci.

1.4 História zdravotného poistenia v SR

Systém verejného zdravotného poistenia na území Slovenskej republiky je v súčasnosti charakteristický povinným verejným zdravotným poistením a existenciou pluralitného systému poskytovateľov zdravotného poistenia.

Bývalé socialistické krajiny súčasnej V8– Slovensko, Česko, Poľsko a Maďarsko – prešli počas transformácie v 90-tych rokoch zmenou zo Semaškovho systému štátneho zdravotníctva (ktorý je typický pre socialistické štáty) na Bismarckov model zdravotného poistenia. Semaškov zdravotný systém bol pod centralizovaným dohľadom štátu. Štát

¹² GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*, 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8

zároveň financoval zdravotnú starostlivosť z príjmov zo všeobecných daní ako súčasť národného plánu ekonomického a sociálneho rozvoja.¹³

Na Slovensku sa prechod k povinnému zdravotnému poisteniu od centralizovanej sústavy zdravotnej starostlivosti, financovanej prostredníctvom štátneho rozpočtu, uskutočnil v roku 1993. Táto zmena nastala v súvislosti s novou daňovou reformou zavedenou od 1. januára 1993. Vznikla Národná poisťovňa so Správou fondu zdravotného poistenia, ktorá bola zriadená zákonom č. 7/1993 Zb. Jej nástupca, Všeobecná zdravotná poisťovňa, vznikla zákonom č. 273/1994 Z.z. Spolu s jej vznikom sa zároveň vytvoril systém plurality v zdravotnom poistení.

Od roku 1995 vzniklo postupne 14 zdravotných poisťovní. Väčšina z nich ukončila svoju činnosť zlúčením s inou zdravotnou poisťovňou. Treba podotknúť, že životnosť väčšiny novovzniknutých zdravotných poisťovní bola veľmi krátka, veľa z nich ukončilo svoju činnosť po jednom roku, preto je ich prínos k zlepšeniu systému zdravotného poistenia v podmienkach Slovenskej republiky diskutabilný.¹⁴ V prospech vytvorenia viacerých zdravotných poisťovní sa v tej dobe vyjadrovalo množstvo odborníkov, využívajúc argumenty o zlepšení efektivity využívania finančných prostriedkov v zdravotnom poistení, zdravom konkurenčnom prostredí a kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Ako sme už spomenuli, viacerí poskytovatelia zdravotného poistenia svoju činnosť vykonávali veľmi krátku dobu, preto môžeme konštatovať že neprinesli zlepšenie kvality, dokonca dve z nich ukončili svoje pôsobenie s vysokými stratami, a preto v konečnom dôsledku zdravotníctvu uškodili.

V roku 2018 v SR fungujú 3 zdravotné poisťovne – Všeobecná zdravotná poisťovňa a.s., Dôvera a.s. a Union a.s. V súčasnej dobe sa každá z uvedených zdravotných poisťovní snaží osloviť potenciálnych pacientov. Z roka na rok zvyšujú počet služieb, ponúkaných nad rámec zákonného zdravotného poistenia, preto si každý poistenec môže zvoliť práve takú alternatívu, ktorá mu z jeho pohľadu prinesie najvyššiu užitočnosť. Avšak, u súkromných poskytovateľov zdravotného poistenia v poslednej dobe pozorujeme tendencie dosahovať zisk na úkor zdravia pacienta, napríklad obmedzovaním počtu uhrádzaných zdravotníckych výkonov lekárom. Práve preto sa v posledných rokoch stále častejšie objavujú názory poukazujúce na otázku efektívnosti modelu pluralitného zdravotného poistenia, a vládnuci predstavitelia SR sa snažia presadiť unitárny model.

¹⁴ KOVÁČ, Eduard. *Zdravotné poistenie*. Bratislava: Motýľ, 2003, 128s., ISBN 80-88978/85/8

Prehľad zdravotných poisťovní, ktoré pôsobili (prípadne stále pôsobia) na území Slovenskej republiky od našej samostatnosti, prinášame v prehľade uvedenom nižšie.

- Chemická zdravotná poisťovňa Apollo
- **Dôvera zdravotná poisťovňa**
- Družstevná zdravotná poisťovňa
- Európska zdravotná poisťovňa
- ISTOTA občianska životná poisťovňa
- MEDIFARMA zdravotná poisťovňa
- Perspektíva
- Poisťovňa Ministerstva vnútra SR
- Prvá východoslovenská zdravotná poisťovňa
- SIDERIA zdravotná poisťovňa
- Slovenská hutnícka zdravotná poisťovňa
- Spoločná zdravotná poisťovňa
- **Union zdravotná poisťovňa**
- Vojenská zdravotná poisťovňa
- **Všeobecná zdravotná poisťovňa**
- Zdravotná poisťovňa – Vzájomná životná poisťovňa
- Železničiarska zdravotná poisťovňa Garant¹⁵

¹⁵ Pozn.: názov poisťovne zvýraznený hrubým písmom označuje zdravotné poisťovne, ktoré aktuálne pôsobia na území Slovenskej republiky

2 Ciele a metodika práce

Cieľom diplomovej práce je preskúmať hospodárenie zdravotných poisťovní pôsobiacich na území Slovenskej republiky, uviesť aktuálne problémy týkajúce sa ich činnosti. V diplomovej práci sa zároveň zaoberáme aktuálnym modelom zdravotného poistenia, ktorý je využívaný v SR, jeho efektívnosťou a možnými alternatívami, ktoré by mohli prispieť k jeho lepšiemu fungovaniu. Okrem sa pokúšame poskytnúť odpoveď na otázku, ktorá v politických kruhoch rezonuje už od vzniku samostatnej SR – je vhodné v našich podmienkach aplikovať model jednej štátnej zdravotnej poisťovne? Snažíme sa nájsť možnosti jeho zlepšenia na základe historických zistení v kontexte aktuálnej doby.

V predkladanej diplomovej práci sme využili viacero metód spracovania informácií. Predovšetkým sú to nasledovné metódy:

- *metóda abstrakcie* – v diplomovej práci vychádzame z teoretických poznatkov o základných modeloch zdravotného poistenia využívaných po celom svete. Využívame ju prioritne v prvej kapitole, ktorá popisuje jednotlivé modely, ich historický podklad, uvádzame ich výhody, ale aj nevýhody
- *metóda analýzy* – v praktickej časti diplomovej práce analyzujeme hospodárenie zdravotných poisťovní, aktuálne problémy ktorým čelia
- *metóda komparácie* – porovnávame výsledky hospodárenia zdravotných poisťovní pôdobiacich na Slovensku, popisujeme ich konkurenčné výhody
- *metóda dedukcie* – uvedená metóda je využitá pri diskusii na konci práce. Z načerpaných informácií dedukujeme záver, diskutujeme o výsledkoch, uvádzame viacero alternatív využiteľných pre zlepšenie fungovania systému zdravotného poistenia v Slovenskej republike. Zároveň uvádzame názory odborníkov a politikov na aktuálny model zdravotného poistenia, hodnotíme plusy a mínusy modelu jednej štátnej zdravotnej poisťovne.

3 Výsledky práce

V nasledujúcej časti tejto diplomovej práce podrobne popisujeme výsledky našej diplomovej práce. Uvádzame definíciu zdravotného poistenia na území Slovenskej republiky podľa zákona, zároveň popisujeme skutočnosti definujúce vznik aj zánik zdravotného poistenia. Zaoberáme sa aktuálnymi problémami, s ktorými sa pri svojom hospodárení stretávajú zdravotné poisťovne. Mohlo by sa zdať, že pri téme aktuálnych problémoch hospodárenia zdravotných poisťovní by sme mali rozoberať iba finančné ukazovatele hospodárskeho výsledku poisťovne. Opak je však pravdou – na aktuálne problémy týkajúce sa hospodárenia zdravotných poisťovní vplýva omnoho viac činiteľov, než len príjmy z poistného a náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

Zdravotné poisťovne sa pri svojej činnosti stretávajú s rôznymi elementami z makroprostredia, napríklad s poistencami, s lekármi, so štátom v tomto prípade zastúpeným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ďalej na ich hospodárske výsledky vplývajú legislatívne zmeny, chorobnosť obyvateľstva, prípadne demografický vývoj krajiny. Práve preto v praktickej časti tejto diplomovej práce ponúkame komplexný pohľad na všetky činitele, vplývajúce na hospodárenie zdravotných poisťovní pôsobiacich na území Slovenskej republiky.

Ďalej bližšie rozoberáme samotný Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, uvádzame jeho právomoci a povinnosti, ktoré voči nemu majú zdravotné poisťovne. Ako hlavný dozorný orgán nad výkonom zdravotného poistenia má v tomto systéme veľmi dôležité právomoci. Zdravotné poisťovne však využívajú interné aj externé kontroly, najmä týkajúce sa poskytnutej zdravotnej starostlivosti, ktoré im pomáhajú každoročne ušetriť nemalé množstvo finančných prostriedkov.

Zaujímavé sú tiež spôsoby, akými sa zdravotné poisťovne môžu brániť voči nekorektnému správaniu poistencov, či sa to týka neuhrádzania povinných odvodov, alebo iných súvislostí týkajúcich sa liečebného režimu.

Pri každej zdravotnej poisťovni uvádzame jej podiel na trhu a samostatne analyzujeme skladbu ich poistného kmeňa. Je dôležité podotknúť, že poistný kmeň veľmi významne ovplyvňuje výsledky hospodárenia poskytovateľa zdravotného poistenia.

3.1 Zdravotné poistenie v SR

Aby sme mohli lepšie pochopiť rozsah zdravotného poistenia na Slovensku, a teda aj rozsah činnosti zdravotných poisťovní a s tým súvisiace aktuálne problémy hospodárenia, musíme uviesť definíciu zdravotného poistenia podľa zákona. V podmienkach Slovenskej republiky definuje rozsah zdravotného poistenia Zákon o zdravotnom poistení č.580/2004 Z.z. Predmetný zákon rozdeľuje zdravotné poistenie na povinné verejné zdravotné poistenie a individuálne zdravotné poistenie. Vykonávanie verejného zdravotného poistenia je činnosť vo verejnom záujme, pri ktorej sa hospodári s verejnými prostriedkami. Verejné zdravotné poistenie je predmetom činnosti zdravotných poisťovní, pričom presné podmienky sú uvedené v zákone NRSR č. 581/2004 Z. z.

Podľa tohto zákona je verejne zdravotne poistená fyzická osoba, ktorá má trvalý pobyt na území SR, avšak to neplatí ak na území SR nie je zamestnaná ani nevykonáva samostatnú zárobkovú činnosť.

Verejné zdravotné poistenie podľa tohto zákona vzniká:

- narodením
- získaním trvalého pobytu na území SR
- zánikom zdravotného poistenia na území štátu, v ktorom mal sídlo zamestnávateľ poistenca
- zánikom SZČO v cudzine
- zánikom zdravotného poistenia v cudzine

Zdravotné poistenie zo zákona zaniká vznikom:

- zdravotného poistenia na území iného štátu, v ktorom má sídlo zamestnávateľ
- SZČO v cudzine
- zdravotného poistenia v cudzine
- trvalého pobytu na území iného štátu¹⁶

¹⁶ Zákon č.580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

3.2 Zdravotné poisťovne v SR

Zdravotné poisťovne definuje Kováč ako „Verejnoprávne neziskové organizácie, ktoré sú zriadené s cieľom vykonávať povinné zdravotné poistenie.“¹⁷ Ďalej autor uvádza, že poslaním zdravotných poisťovní je slúžiť poistencom, ľuďom a spoločnosti, na rozdiel od iných subjektov, ktorých poslaním je tvoriť zisk.¹⁸ Podľa platnej legislatívy vyplýva, že povinnosťou zdravotnej poisťovne je vykonávať činnosť na základe zákona, v obmedzenom rozsahu môže o svojej činnosti rozhodovať autonómne sama. Do roku 2005 boli zdravotné poisťovne v Slovenskej republike verejnoprávne inštitúcie, no na základe reformy z roku 2005 (Zákon o zdravotných poisťovniach), došlo k ich transformácii na akciové spoločnosti. Slovenská republika prostredníctvom ministerstva zdravotníctva spravuje akcie jednej zdravotnej poisťovne – štátnej Všeobecnej zdravotnej poisťovne.

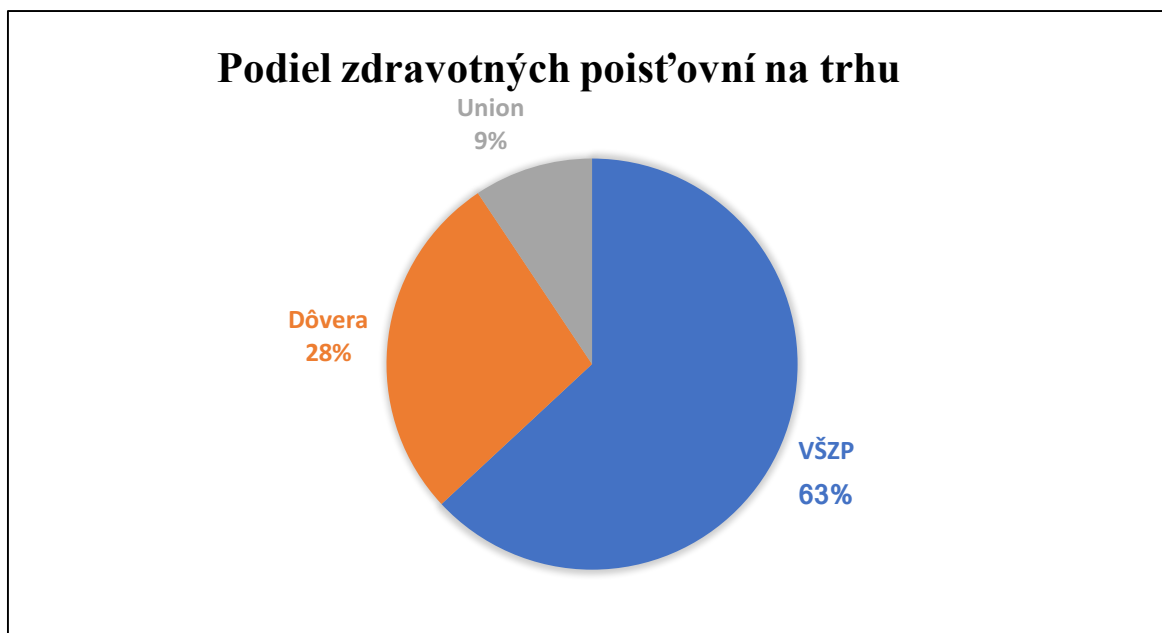
Zdravotná poisťovňa podľa zákona č.584/2004 Z.z. vykonáva množstvo činností, medzi hlavné patrí najmä:

- prijímať a potvrdzovať prihlášky na VZP
- prijímať a prerozdeľovať poisťné
- vydávať preukazy poistencom
- vykonávať úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť
- vykonávať ročné zúčtovanie poisťného za predchádzajúci kalendárny rok

V roku 2016 bol celkový počet poistencov 5 149 246. Jednotlivé výšky podielu poistencov zdravotných poisťovní na celkovom počte poistencov uvádzame v prehľadnom grafe. Každý rok do konca septembra majú poistenci možnosť zmeniť svoju zdravotnú poisťovňu na takú, ktorá im vyhovuje viac. Každoročne túto možnosť využívajú desaťtisíce ľudí a poisťovne sa preto snažia ponúkať čoraz lákavejšie nadštandardné výhody pre svojich poistencov. V konečnom dôsledku je to pozitívny jav, nakoľko konkurenčný boj zdravotných poisťovní pomáha zvyšovať úroveň finančne dostupnej zdravotnej starostlivosti pre obyvateľstvo.

¹⁷ KOVÁČ, Eduard. Zdravotné poistenie. Bratislava: Vydavateľstvo EKONÓM, 2000. ISBN 80-225-1332-6

¹⁸ KOVÁČ, Eduard. Zdravotné poistenie. Bratislava: Vydavateľstvo EKONÓM, 2000. ISBN 80-225-1332-6



Graf 1: Podiel zdravotných poisťovní na trhu (Zdroj: <http://www.uzds-sk.sk/spravy>)

Najvyšší podiel poistencov na trhu má štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa – využíva ju až 63% populácie. Druhý najvyšší podiel má zdravotná poisťovňa Dôvera – 28%. Najnižší podiel spomedzi uvedených má zdravotná poisťovňa Union – len 9%.¹⁹

3.3 Negatívne faktory ovplyvňujúce hospodárenie zdravotných poisťovní

Zdravotné poisťovne sú počas svojej existencie ovplyvňované množstvom faktorov z makroprostredia. Jeden z najvýraznejších dopadov na ich fungovanie má legislatívne prostredie štátu. Ako sme už uviedli, činnosť zdravotných poisťovní je v Slovenskej republike definovaná zákonom č.581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Samotnú činnosť zdravotnej poisťovne však ovplyvňujú aj iné zákony a normy, najmä zmeny výšky poistných sadzieb.

Ďalším výrazným faktorom je vývoj demografickej situácie a situácie na trhu práce. Štát je platiteľom poistného pre určité skupiny obyvateľstva (nezaopatrené dieťa, študent, poberateľ starobného či iného dôchodku, nezamestnaný). Výška preddavkov na poistné pre poistencov štátu predstavuje 4,30 % z vymeriavacieho základu, ktorý predstavuje 12-násobok priemernej mesačnej mzdy spred dvoch rokov. Naproti tomu preddavky na

¹⁹ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2010-2016*. [online]. [cit.6-3-2018]. Dostupné online: <http://www.uzds-sk.sk/spravy>

poistné u zamestnancov dosahujú výšku dokopy 14 % z vymeriavacieho základu zamestnanca, pričom 4% si platí zamestnanec z hrubej mzdy, zvyšných 10% odvádza zamestnávateľ zo superhrubej mzdy zamestnanca.

Ak je teda v ekonomike vysoká nezamestnanosť ľudí v produktívnom veku, poisťovňa dostáva nižšie poistné než za zamestnanú osobu. V zákone o zdravotnom poistení je však uvedená povinnosť prerozdeľovať vybrané percento poistného na základe zákonom stanovených kritérií. Od 1.7.2012 sa zmenil spôsob prerozdeľovania poistných zdrojov medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami. Kritériami mechanizmu prerozdelenia zdrojov je vek, pohlavie a typ platiteľa poistného, a vďaka novele z roku 2012 sa pridali aj indikátory pre prítomnosť chronických chorôb. Indikátor chorobnosti bol pridaný do systému prerozdeľovania poistného preto, aby dopomohol spravodlivejšej alokácii prostriedkov. Zdroje sa tak presúvajú do poisťovne, ktorá má najrizikovejší poistný kmeň – kvôli najväčšiemu počtu poistencov spadá najväčšie riziko na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu – vďaka tomuto opatreniu do jej rozpočtu súkromné zdravotné poisťovne prispievajú ročne desiatky miliónov – napríklad v roku 2016 to bolo 171 mil. eur.

Osobitnou kapitolou je problematika zisku zdravotnej poisťovne. Aktuálne si môžu zdravotné poisťovne podľa platnej legislatívy nechať zisk v prípade, že majú zabezpečený dostatok zdrojov na plánované zákroky, na ktoré sa tvoria čakacie listiny. Problémom však je, že v súčasnosti sa čakacie listiny vedú iba pri troch diagnózach. V roku 2017 ministerstvo zdravotníctva začalo pracovať na návrhu tak, aby otázka zisku bola riešená obdobne ako pri iných regulovaných odvetviach - primeranosť zisku v súvislosti s výkonom správy.²⁰ V minulosti sme sa už stretli s pokusom o obmedzenie zisku zdravotných poisťovní. Podľa zákona schváleného v roku 2007 zdravotné poisťovne mohli zisk použiť len na úhradu zdravotnej starostlivosti. Sporný zákon nakoniec v roku 2011 zrušil Ústavný súd Slovenskej republiky ako protiústavný.

Zdravotné poisťovne pri výkone svojej činnosti čelia rôznym rizikám ohrozujúcim ich hospodárenie. Jednotlivé rizikové faktory v krátkosti spomenieme v nasledujúcich podkapitolách.

²⁰ Trend. *Rezort zdravotníctva prezradil, ako by sa mohol obmedziť zisk poisťovní.* [online]. [cit.25-2-2018]. Dostupné online: <https://www.etrend.sk/ekonomika/ministerstvo-zdravotnictva-prezradilo-ako-by-sa-mohol-obmedzit-zisk-poistovni.html>

3.3.1 Legislatívne zmeny

Legislatívne zmeny prirodzene vplývajú na hospodárenie zdravotných poisťovní. Najvýraznejším faktorom sú najmä meniace sa výšky sadzieb, ktoré sú subjekty podliehajúce zdravotnému poisteniu povinné odvádzať zdravotným poisťovniam. V posledných rokoch sa niekoľkokrát menila výška odvodov na zdravotné poistenie u tých poistencov, ktorým platí poistné štát –

Z roka na rok tiež pozorujeme zvyšujúce sa nároky zdravotníckych zariadení na pokrytie nárastu plátov z dôvodu zákonného zvyšovania miezd lekárov a zdravotníckych pracovníkov. Zároveň má negatívny dopad tlak poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na nárast cien zdravotníckych výkonov z dôvodu zrušenia poplatkov v zdravotníctve.

3.3.2 Dlžníci na poistnom

Jedným z negatívnych rizikových faktorov sú dlžníci na poistnom. Podľa zákona 580/2004 Z.z. je dlžník definovaný ako „poistenc alebo platiteľ poistného, voči ktorému príslušná zdravotná poisťovňa eviduje ku dňu zverejnenia zoznamu dlžníkov pohľadávku na preddavku na poistnom po lehote splatnosti najmenej za tri mesiace, na nedoplatku alebo pohľadávku na poistnom, ktorú bol povinný uhradiť odo dňa vzniku skutočnosti zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia do dňa potvrdenia prihlášky príslušnou zdravotnou poisťovňou, v celkovej sume vyššej ako 100 eur.“²¹

Zdravotné poisťovne pravidelne na svojich stránkach zverejňujú zoznam dlžníkov na poistnom. Podľa § 9 ods. 2 zákona o zdravotnom poistení im zdravotná poisťovňa prepláca len náklady na neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Voči dlžníkom sa zdravotné poisťovne bránia rôznymi spôsobmi, najrozšírenejším je exekučné konanie, ktorému však predchádzajú výzvy o zmier. Je však potrebné podotknúť, že v niektorých prípadoch sa poistenc ocitne na zozname dlžníkov zdravotnej poisťovne neoprávnene, často kvôli administratívnej chybe poisťovne. V takom prípade môže byť preňho problematické dostať sa k zdravotnej starostlivosti, keďže dlžník má právo len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť.

²¹ Zákon č.580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

3.3.3 Demografický vývoj

Medzi základné determinanty zdravotného stavu populácie a jeho zmien patrí demografický vývoj. Hlavným demografickým vývojovým trendom name sledovaného obdobia 2010-2016 bolo starnutie slovenskej populácie. Ďalšími činiteľmi umocňujúcimi populačné starnutie je starnutie populácie zhora v dôsledku predlžovania ľudského života a starnutie populácie i zo stredu (populačná vlna 70. rokov). Uvedený fakt má na hospodárenie zdravotných poisťovní výrazne negatívny dopad, a to z viacerých jednoduchých dôvodov.

Hlavným dôvodom je fakt, že čím je obyvateľstvo staršie, tým ľudia vyžadujú viac zdravotnej starostlivosti, často sa jedná aj o zložitejšie zdravotnícke úkony, ktoré z rozpočtu zdravotnej poisťovne ukroja každoročne čoraz väčší balík finančných prostriedkov. Toto je stav, ktorému nemôže predchádzať žiadna zdravotná poisťovňa, nemôže sa jednoducho zbaviť starších občanov kvôli tomu, že zdravotná starostlivosť o nich je drahá. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie medzi rokmi 1970 – 2025 vzrastie počet seniorov celosvetovo o 223%.²² Zdravotné poisťovne sa však môžu snažiť o podporu mladých rodín rôznymi zvýhodneniami pre deti a novorodencov, a tak aspoň trochu prispieť k “omladeniu” obyvateľstva.

Kvalitnejšia výživa, prevencia voči ochoreniam a neustále sa zvyšujúca úroveň zdravotnej starostlivosti majú pozitívny vplyv na očakávanú dĺžku života po celom svete. Na jednu stranu je uvedený fakt obrovským pozitívom, na druhú stranu je veľkou výzvou pre celé ľudstvo, vlády jednotlivých krajín, a v neposlednom rade aj pre zdravotné poisťovne.

3.3.4 Zdravotné problémy obyvateľstva

Z historických poznatkov vieme, že nároky na zdravotnú starostlivosť boli v rôznych krajinách súvisiace najmä s priemyslom, ktorý v danom štáte prevládal. V procese globalizácie však majú na hospodárenie zdravotných poisťovní výrazný vplyv rôzne nákazlivé ochorenia. Napriek tomu, že ochorenia ako tuberkulóza, prípadne osýpky boli vo svete úspešne potlačené na základe hromadnej vakcinácie obyvateľstva, avšak stále sú na svete štáty so slabou preočkovanosťou kde sa s uvedenými chorobami zdravotníci

²² Svetová zdravotnícka organizácia. *A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages*. [online]. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia, 2003. [cit.20-3-2018] Dostupné na: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70199/WHO_MNC_OSD_03.01_eng.pdf?sequence=1

stretávajú každodenne. Na preočkovanosť obyvateľstva majú v poslednej dobe vplyv aj antivakcinačné hnutia – strach z vakcín môže mať v prípade vypuknutia epidémie choroby, proti ktorým sa preventívne očkuje, negatívny dopad práve na zdravotné poisťovne z dôvodu zvýšených nákladov na zdravotnú starostlivosť. Ďalej sú problémom relatívne nové diagnózy, ktoré často nie sú liečiteľné, prípadne je ich liečba veľmi nákladná. Patrí sem napríklad *AIDS*, prípadne *HIV*. Podľa štatistík v roku 2001 boli tieto dve ochorenia zodpovedné za 5,1 % úmrtí.²³

V súčasnej dobe narastá počet obyvateľov s kardiovaskulárnym ochorením. Životný štýl obyvateľstva so sebou priniesol aj vzostup psychických ochorení, napríklad depresie. Jedným z hlavných cieľov zdravotných poisťovní by malo byť dynamické zameranie sa na aktuálne potreby poistencov, ktoré sa v čase menia. Objavujú sa nové choroby, ktoré je potrebné liečiť, zároveň sa rýchlo mení aj možnosť liečby ťažších ochorení. Je to práve zdravotná poisťovňa, ktorá má dbať na uvedené okolnosti.

3.4 Makroprostredie zdravotných poisťovní

V nasledujúcich podkapitolách bližšie uvádzame makroprostredie zdravotných poisťovní – rôzne činitele vo vzťahu k zdravotným poisťovňam. Zdravotné poisťovne pri ich bežnej činnosti ovplyvňuje viacero faktorov – tieto majú vplyv nie len na ich prevádzku, ale v neposlednom rade majú dopad aj na ich hospodárenie. Jeden z hlavných činiteľov z makroprostredia sú lekári – ako medzičlánok medzi zdravotnou poisťovňou a poistencom. V predmetnej podkapitole opisujeme zložitosť vzťahu zdravotná poisťovňa vs. lekár, ktorí sa svojimi rozhodnutiami navzájom ovplyvňujú. Ďalším faktorom sú poistenci – pravidelne zo svojich miezd odvádzajú do zdravotných poisťovní nemalé odvody (prípadne ich odvádzajú štát za svojich poistencov) a za tieto peňažné prostriedky očakávajú náležité služby. Zároveň je pri činnosti zdravotnej poisťovne veľmi dôležitý aj legislatívny rámec, nakoľko štát plní v systéme zdravotného poistenia funkciu regulátora, a vykonáva dohľad nad činnosťou zdravotných poisťovní v záujme zdravia svojich obyvateľov. Pre tento prípad uvádzame Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý nie len úzko sleduje činnosť poskytovateľov zdravotného poistenia, ale aj slúži poistencom na prijímanie a preverovanie ich podnetov súvisiacich so zdravotným poistením.

²³ Svetová zdravotnícka organizácia. *A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages*. [online]. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia, 2003. [cit.15-3-2018] Dostupné na: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70199/WHO_MNC_OSD_03.01_eng.pdf?sequence=1



Obrázok 2: Makroprostredie zdravotných poisťovní (Zdroj: Vlastné spracovanie)

3.4.1 Zdravotné poisťovne vs. lekári

V médiách dlhodobo rezonuje problém obmedzovania zdravotných výkonov zmluvami zo strany zdravotných poisťovní. Zdravotné poisťovne obmedzujú predpisovanie liekov, neplatia nemocniciam reálne ceny za hospitalizáciu, určujú počty diagnostických vyšetrení podľa maximálneho limitu, ktorý sú ochotní lekárovi podľa zmluvy zaplatiť. Na uvedené praktiky zdravotných poisťovní sa sťažujú lekári aj nemocnice. Zdravotné poisťovne sa však bránia tým, že lekárom za prácu podľa nich platia spravodlivo. Faktom ostáva že na tieto praktiky doplácajú v konečnom dôsledku pacienti. Zdravotné poisťovne s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti uzatvárajú zmluvy v ktorých určujú, koľko finančných prostriedkov im na rok zaplatia. Rovnako sú zmluvne stanovené úkony, ktoré môže lekár vykonať. V praxi potom nastáva jav, že ambulancie a nemocnice musia presunúť pacienta na iný termín, prípadne ho vyšetria hoci im to poisťovňa nepreplatí. Zdravotné poisťovne takýmto konaním v snahe o vlastné zisky spôsobujú finančné problémy poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Tento mocenský nástroj je jednoznačne v rukách zdravotných poisťovní, pričom lekár nemá možnosť diktovať si zmluvné podmienky. Hrozilo by mu vypovedanie zmluvy zo strany poisťovne, prípadne častejšie kontroly. Ak má teda lekár zmluvne určenú sumu

napríklad 1200 eur mesačne, a v danom mesiaci tento limit prekročí, rozdiel poisťovňa nepreplatí a musí sa s ním vysporiadať sám. Druhou možnosťou by bolo odmietanie pacientov nad rámec zmluvnej sumy, avšak takýto jav je podľa autorov tejto diplomovej práce proti lekárskej etike a hazardovanie so zdravím a životom pacientov – to však neznamená, že sa s týmto problémom pacienti nestretávajú. Mohlo by sa zdať, že uvedené sa týka len poistencov súkromných poisťovní, avšak pravdou je že podľa lekárov najnižšie limity má štátna VŠZP.²⁴

Na obhajobu zdravotných poisťovní je však potrebné spomenúť fakt, že aj ony sa stávajú obeťou nekalého správania lekárov. Zákon č.581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov ukladá zdravotnej poisťovni povinnosť predkladať Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a vláde Slovenskej republiky Správu o výsledkoch kontrolnej činnosti.²⁵ Zdravotné poisťovne každoročne na základe revízných kontrol, prípadne na základe podnetov od poistencov odhaľujú podvody. Najčastejšie sa stretávajú s fiktívnymi predpismi liekov, zdravotných pomôcok a zdravotnej starostlivosti, prípadne pravidelné vyšetrenia, ktoré pacient nikdy neabsolvoval. Známy bol prípad lekára špecialistu, ktorý fiktívne predpísal lieky v celkovej hodnote viac ako 50-tisíc eur. Prípadne lekár, ktorý zdravotnej poisťovni vyfakturoval fiktívne poskytnutú zdravotnú starostlivosť v hodnote 89-tisíc eur.²⁶

Uvedené podvodné praktiky zdravotným poisťovniam spôsobujú nemalé škody, preto každý prípad posudzujú samostatne – vo väčšine prípadov lekár dostane iba pokutu, ak sú však škody väčšie, lekár je trestne stíhaný a neraz prípady končia na súde. Poisťovne sa snažia brániť rôznymi spôsobmi – vykonávajú námatkové kontroly, preverujú nadmerné lekárske úkony. Ďalšou možnosťou je nahlasovanie podozrivých úkonov samotnými pacientmi. Zdravotné poisťovne v súčasnosti poskytujú pre svojich poistencov tzv. Elektronickú pobočku, kde poistenec môže pravidelne sledovať platby, ktoré za neho odvádza zdravotná poisťovňa ambulanciám a nemocniciam. Ak v prehľade platieb nájde úkon, ktorý neabsolvoval, má možnosť spornú platbu reklamovať u zdravotnej poisťovne.

²⁴ Pravda. *Zdravotné poisťovne vládnú lekárom*. [online]. [cit.15-2-2018]. Dostupné online: <https://spravy.pravda.sk/domace/clanok/332630-zdravotne-poistovne-vladnu-lekarom/>

²⁵ Zákon č.581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov

²⁶ SME. *Zdravotné poisťovne odhalili viaceré podvody vďaka poisťovniam*. [online]. [cit.17-2-2018]. Dostupné online: <https://domov.sme.sk/c/20427551/zdravotne-poistovne-odhalili-viacere-podvody-vdaka-poistencom.html>

V tabuľke nižšie uvádzame prehľad úspor zdravotných poisťovní na základe kontrol v rokoch 2010-2016 - zistenia nerealizovanej, neodôvodnenej alebo nesprávne vykázananej zdravotnej starostlivosti v eurách.²⁷

	VŠZP	Dôvera	Union
2016	21 731 673	47 600 000	24 200 000
2015	19 179 293	41 700 000	23 900 000
2014	13 049 374	37 600 000	22 563 000
2013	11 918 975	28 700 000	22 284 000
2012	9 007 852	25 000 000	-
2011	8 762 746	26 000 000	-
2010	8 264 225	21 600 000	-

Tabuľka 1: Finančný prínos kontrol vykonaných zdravotnými poisťovňami (Zdroj: <http://www.udzs-sk.sk/spravy>)

Na záver tejto podkapitoly musíme podotknúť že škandály, s ktorými sa potýkala Všeobecná zdravotná poisťovňa najmä v roku 2016, boli spôsobené nezodpovedným vedením uprednostňujúcim tzv. rodinkárstvo. Súkromné zdravotné poisťovne nemali problém s uvedenými podvodnými praktikami – tento fakt je pre štátnu zdravotnú poisťovňu veľkým mínusom, a pevne veríme že bude mať váhu aj v ďalších diskusiách týkajúcich sa zavedenia modelu jednej zdravotnej poisťovne.

3.4.2 Zdravotné poisťovne vs. poistenci

Poistenec je v zdravotnom systéme účastníkom vzťahov s dvomi stranami. Na jednej strane je v právnom vzťahu so zdravotnou poisťovňou ako jej poistenec, ktorý si pravidelne uhrádza odvody. V druhom prípade je vo vzťahu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ako pacient dožadujúci sa zdravotného ošetrovania. Pacient/poistenec vo vzťahu k uvedeným subjektom – zdravotná poisťovňa a lekár – má stanovené práva a povinnosti. Podľa zákona NRSR č. 577/2004 Z.z. je to predovšetkým právo na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu uvedenom osobitným predpisom.²⁸

Poistenci sa vo vzťahu k zdravotným poisťovňam stretávajú s rôznymi problémami. Niekedy sa z nich vyslovene stávajú rukojemníci zdravotnej poisťovne, najmä keď sa zdravotnícke zariadenie, prípadne lekár a zdravotná poisťovňa nevedia dohodnúť na zmluvných podmienkach a dôjde k vypovedaniu zmluvy – túto informáciu sa pacient často dozvie neskoro. Všetky možnosti, ktoré v tomto prípade má, sú pomerne

²⁷ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2010-2016*. [online]. [cit.6-3-2018]. Dostupné online: <http://www.udzs-sk.sk/spravy>

²⁸ Zákon č.577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

komplikované. Prvou možnosťou je nájsť si nového lekára alebo zdravotnícke zariadenie, ktoré má so zdravotnou poisťovňou zmluvu. Druhá možnosť je zmeniť zdravotnú poisťovňu. Sú však známe prípady, kedy mal pacient problém dostať sa k liečbe v špecializovanom zariadení, pretože nebolo zazmluvnené, preto si liečbu musel hradiť sám. Vyššie spomenuté možnosti prichádzajú do úvahy jedine vtedy, ak stav poistenca nie je akútny. Ďalšou možnosťou je obrátiť sa priamo na zdravotnú poisťovňu – napríklad štátna VŠZP ponúka príspevok na zdravotnú starostlivosť poskytnutú nezmluvným poskytovateľom vrátane príspevku na ním predpísané lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky. Tento je limitovaný na pacienta za rok maximálne 165,97 €. ²⁹ Ak je však pacientovi diagnostikovaná ťažká choroba a vtedy sa stretne s neochotou a odmietnutím zdravotnej poisťovne, prípadne si jeho liečba vyžaduje nákladné lieky, následky bývajú často tragické.

Ďalším problémom vo vzťahu poistenec – zdravotná poisťovňa je obmedzovanie počtu zdravotníckych výkonov lekárov (bližšie spomenuté v predchádzajúcej podkapitole). Uvedený problém je zásahom do práv pacienta, a napriek tomu, že zmluvné vzťahy zdravotných poisťovní sú uzavreté s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, sú to práve poistenci, na ktorých majú tieto obmedzenia negatívny dopad. Limity na zdravotnú starostlivosť poškodzujú zdravé konkurenčné prostredie medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti – znemožňovanie nevyhnutnej konkurencie medzi poskytovateľmi bráni zlepšovaniu kvality služieb. Práve kvalita má byť pre pacienta rozhodujúcim kritériom, no pri súčasných limitoch sa hlavnou podmienkou stáva územná dostupnosť.

Musíme však podotknúť, že napriek tomu, že systém zdravotného poistenia na Slovensku má značné nedostatky spôsobené najmä aktuálne platnou legislatívou, sa poisťovne snažia vyhovieť pacientom vždy, pokiaľ je to možné. V živote sa však stávajú rôzne nepredvídateľné udalosti – človek sa môže stať účastníkom napríklad dopravnej nehody z cudzieho zavinenia. V takýchto prípadoch sa poisťovňa postará o svojho poistenca, uhradí mu plnú sumu liečby následkov po dopravnej nehode, avšak aby sama neutrpela stratu, ktorá by v prípade kumulácie škodových udalostí mohla vážne ohroziť jej hospodárenie, zákon jej dáva možnosť tzv. *regresnej náhrady*. Regresná náhrada je legálna možnosť zdravotnej poisťovne požadovať od poistenca, prípadne tretej osoby náhradu za uhradenú zdravotnú starostlivosť – vďaka tejto možnosti poisťovňa minimalizuje negatívny

²⁹ Všeobecná zdravotná poisťovňa. *Poskytovanie príspevkov na úhradu ZS a úhrada spolúčasti poistencovi*. [online]. [cit.4-2-2018]. Dostupné online: <https://www.vszp.sk/poskytovatelia/zdravotna-starostlivost/zdravotna-starostlivost/poskytovanie-prispevkov/>

dopad na jej hospodárenie. Regresnú náhradu zdravotné poisťovne využívajú na základe zákona č.577/2004 Z.z., ktorý ich umožňuje uplatniť v týchto prípadoch:

- a) **protiprávne konanie zapríčinené tret'ou osobou** – táto možnosť je aplikovateľná v prípade, že poistenec bol účastníkom dopravnej nehody, ktorú zapríčinila tretia osoba, prípadne sa stal obeťou násilného trestného činu s ujmu na zdraví. Po takejto škodovej udalosti poisťovňa vždy zisťuje okolnosti najprv od poškodeného poistenca ak to v danej situácii je možné vzhľadom na jeho zdravotný stav, súčinnosť zdravotnej poisťovni poskytujú aj príslušné vyšetrovacie orgány. V momente, keď je známy rozsah potrebnej liečby a je známy aj vinník protiprávneho činu, poisťovňa mu najskôr pošle výzvu na úhradu škody. V prípade, že tretia osoba, ktorá sa dopustila protiprávneho konania a tým spôsobila poistencovi zdravotnej poisťovne ujmu na zdraví, na výzvu nereaguje, je zdravotná poisťovňa oprávnená škodu vymáhať súdnou cestou. Ak škodová udalosť nastala v dôsledku dopravnej nehody, zdravotná poisťovňa škodu vymáha od komerčnej poisťovne vinníka, v ktorej má uzatvorené PZP.
- b) **úraz spôsobený návykovou látkou** – túto zákonnú možnosť využívajú poisťovne v prípade, že sa poistencovi stane úraz po požití návykových látok – alkoholu, drog – ktorý si vyžaduje ošetrovanie, prípadne v horších prípadoch hospitalizáciu. Pri takejto udalosti má zdravotná poisťovňa plné právo vymáhať sumu za uhradenú zdravotnú starostlivosť priamo od poistenca. Zdravotné poisťovne takúto možnosť často využívajú.
- c) **porušenie liečebného režimu** – v prípade, že poistenec ignoruje liečbu predpísanú lekárom a nedodržiava stanovený liečebný režim, môže sa mu v dôsledku takéhoto správania zhoršiť jeho zdravotný stav. Zdravotná poisťovňa má v prípade podozrenia na nedodržanie predpísaného liečebného režimu zo strany pacienta plné právo vyžiadať si jeho zdravotnú dokumentáciu od ošetrojúceho lekára alebo zdravotníckeho zariadenia, ktoré liečebný režim nariadilo. V prípade zistenia nedodržania predpísanej liečby zdravotná poisťovňa sumu za uhradenú zdravotnú starostlivosť, prípadne ošetrovanie vymáha rovnako, ako v prípade škody zapríčinennej protiprávnym konaním³⁰

³⁰ Zákon č.577/2004 o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

3.4.3 Zdravotné poisťovne vs. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Podľa platných legislatívnych predpisov zdravotné poisťovne pôsobiace na území Slovenskej republiky podliehajú kontrole Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len UDZS), bol zriadený zákonom č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov ako právnická osoba, ktorej sa v oblasti verejnej správy zveruje vykonávanie dohľadu nad poskytovaním zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti a verejným zdravotným poistením.

UDZS vykonáva prísny dohľad nad činnosťou zdravotných poisťovní, s cieľom chrániť poistencov. Do jeho činnosti nesmie neoprávnene zasahovať žiadne orgány verejnej správy. Poistenci sa môžu na spomenutý úrad obrátiť s akýmkoľvek podnetom súvisiacim s verejným zdravotným poistením, týkajúcim sa napr. činnosti zdravotnej poisťovne, zákonnosti postupu zdravotnej poisťovne v procese prepoistenia poistenca. Zároveň UDZS rieši spory vyplývajúce z ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie.

Zdravotná poisťovňa má voči UDZS rôzne povinnosti, napr.:

- oznamovať všetky oneskorené platby poistného alebo platby poistného uhradené v nesprávnej výške, prípadne iné porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov platiteľmi poistného
- nahlásiť zmenu podielu PO alebo FO na základnom imaní alebo na hlasovacích právach
- oznamovať každú zmenu vo svojej finančnej situácii alebo iné skutočnosti, ktoré môžu ohroziť schopnosť plniť záväzky vyplývajúce z vykonávania verejného zdravotného poistenia
- každoročne predložiť návrh svojho rozpočtu a obchodno-finančného plánu
- oznámiť prijatie prihlášky na verejné zdravotné poistenie
- predložiť správu o činnosti zdravotnej poisťovne a správu o výsledkoch kontrolnej činnosti za predchádzajúci kalendárny rok
- oznámiť plán kontrolnej činnosti na nasledujúci kalendárny rok
- poukazovať na účet úradu príspevok na činnosť úradu
- preukazovať zabezpečenie platobnej schopnosti

- poskytnúť pravidelne vyhodnotenie indikátorov kvality, ktoré slúžia na sledovanie vybraných oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti (dostupnosť zdravotnej starostlivosti, efektívnosť využitia zdrojov, účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti)³¹

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou teda preveruje rôzne podnety súvisiace napríklad s prihláškami a zmenou zdravotnej poisťovne, ročným zúčtovaním zdravotného poistenia a úhradou zdravotnej starostlivosti. UDZS kontroluje aj vedenie čakacích listín a uzatváranie zmlúv, dodržiavanie platobnej schopnosti zo strany zdravotných poisťovní. Zároveň v prípade zistenia pochybenia zdravotnej poisťovne jej môže uložiť pokutu za rôzne porušenia voči poistencom.

Úrad vykonáva dohľad buď z vlastnej iniciatívy pri podozrení na pochybenie zdravotnej poisťovne, prípadne môže dohľad vykonať aj kvôli prevereniu podnetu podaného od poistenca. Cieľom dohľadu je získanie rôznych informácií, týkajúcich sa vybraných ukazovateľov – náklady, platobná schopnosť zdravotnej poisťovne, záväzky, pohľadávky, rezervy, a iné.

Za svoje pochybenia dostali zdravotné poisťovne v minulosti už viackrát pokuty. Všeobecná zdravotná poisťovňa v roku 2016 od Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou dostala pokutu vo výške 75 tisíc eur. Úrad vykonal v zdravotnej poisťovni dohľad, predmetom ktorého bolo dodržiavanie povinnosti účelne, efektívne a hospodárne vynakladať finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia pri uzatvorení zmluvy s nemenovaným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti z odboru fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia. Úrad zistil, že VŠZP na základe zmluvy uhrádzala z finančných prostriedkov verejného zdravotného poistenia paušálnou cenou výkony, ktoré nie sú uhrádzané z verejného zdravotného poistenia, pričom tento výkon poisťovňa zazmluvnila len s týmto poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Rovnako v roku 2016 VŠZP dostala ďalšiu pokutu vo výške 15 tisíc eur, znova kvôli sporným zmluvám o poskytovaní zdravotnej a lekárenskej starostlivosti. Kvôli netransparentným zmluvám sa napokon VŠZP rozhodla obe pokuty zosobniť voči štatutárnemu orgánu spoločnosti, ktorý pôsobil v období, kedy boli podľa Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou porušené legislatívne povinnosti zdravotnej poisťovne.

³¹ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Povinnosti zdravotných poisťovní voči úradu*. [online]. [cit.19-2-2018]. Dostupné online: <http://www.udzs-sk.sk/web/sk/povinnosti-zdravotnych-poistovni-voci-udzs>

Súkromné zdravotné poisťovne – Dôvera a Union – majú taktiež problémy s disciplínou. Zdravotná poisťovňa Dôvera dostala v roku 2016 viacero pokút v súhrnnej výške 11 457 eur. Dôvodom boli najmä oneskorené vybavenie žiadosti a preplatenie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, nedodržanie postupu pri určení platiteľa poistného, či neoprávnené poistenie fyzickej osoby. Zdravotná poisťovňa Union musela v spomenutom roku zaplatiť spolu 16 419 eur, kvôli oneskoreným úhradám poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, neakceptovaniu späťvzatia prihlášky či neoprávnenému vedeniu platiteľa poistného v zozname dlžníkov.³²

V tabuľke nižšie uvádzame prehľad pokút udelených zdravotným poisťovňiam od Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou za roky 2011-2016³³ (pozn: pre zachovanie jednotnosti údajov v celej práci sme chceli uviesť údaje aj za rok 2010, avšak tieto neboli dostupné).

	VŠZP	Dôvera	Union
2016	93 650	11 457	16 419
2015	0	2 500	1 700
2014	3 319	8 500	0
2013	3 319	6 719	5 200
2012	3 319	3 319	0
2011	10 000	11 319	331

Tabuľka 2: Pokuty udelené zdravotným poisťovňiam od ÚDZS (Zdroj: <http://www.udzs-sk.sk/spravy>)

³² Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o činnosti úradu 2016*. [online]. [cit.10-3-2018]. Dostupné online: http://www.udzs.sk.sk/documents/77197/0/Spr%C3%A1va+o+%C4%8Dinnosti+v3+1_web.pdf/9e42adaf-8fc8-4f8f-acc2-78cc91f1aa3e

³³ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2010-2016*. [online]. [cit.6-3-2018]. Dostupné online: <http://www.udzs-sk.sk/spravy>

3.5 Prerozdelenie mechanizmu

V snahe o spravodlivejší systém prerozdelenia poisťného je od 1.8.2011 účinná novela zákona č.581/2004. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nadobudol kompetenciu na zber a analýzu údajov o počte poisťencov podľa nákladovo a klinicky príbuzných skupín, a o nákladoch vynaložených na poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Cieľom širšej analýzy dostupných údajov bolo zefektívnenie prerozdelenia poisťného.

Princípom prerozdelenieho mechanizmu je kvantifikovať rozloženie rizika poisťného kmeňa, nakoľko rôzne zdravotné poisťovne majú rôznu skladbu poisťencov a z toho vyplývajú aj rozdielne náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Do roku 2012 bolo využívané kvantifikovanie poisťného kmeňa na základe vekových skupín poisťencov, pohlavia a ich ekonomickej aktivity. Od roku 2012 bol zavedený do prerozdelenieho mechanizmu nový parameter – prediktor chorobnosti (PCG – *Pharmacy-based cost group*). Výsledkom tohto opatrenia bolo, že zdravotná poisťovňa presnejšie zistí počet chronicky chorých pacientov, a vďaka tomu môže presne určovať objem zdrojov poskytnutých na zdravotnú starostlivosť pre túto skupinu pacientov. Pri implementácii tohto riešenia sa vláda inšpirovala tzv. Holandským model prerozdelenia poisťného.

Tento mechanizmus výrazne pomáha štátnej Všeobecnej zdravotnej poisťovni, a to z jednoduchého dôvodu. V jej poisťnom kmeni sa nachádza najviac chorých, a teda najviac nákladných pacientov, zároveň je faktom to, že VŠZP má vo svojom kmeni množstvo dôchodcov.

Príklad výpočtu sumy odvedenej v rámci prerozdelenieho mechanizmu v roku 2016:

„Základom mesačného prerozdelenia preddavkov na poisťné v roku 2016 bolo 95 % z celkovej sumy zaplatených preddavkov na poisťné, ktoré platiteľ poisťného zaplatil ZP za rozhodujúce obdobie. Mesačnými prerozdeleniami v roku 2016 bola prerozdelená suma 4 138,1 mil. eur.“³⁴

³⁴ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2016*. [online]. [cit.6-3-2018]. Dostupné online: http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/81402/VE_10_2017_S_stav+VZP.pdf/46e19241-65f7-4954-92ad-19e8b61c05d4

3.6 Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VŠZP) vznikla dňa 1. 7. 2005 transformáciou Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Aktuálne jej patrí prvé miesto ako najväčšej zdravotnej poisťovni pôsobiacej na území Slovenskej republiky. Jej 100%-tným akcionárom je Slovenská republika, akcie sú spravované prostredníctvom Ministerstva zdravotníctva SR.

3.6.1 Základné finančné ukazovatele

Z údajov získaných za roky 2010-2016 pozorujeme, že výška vybraného poistného sa z roka na rok mierne zvyšuje.

Z uvedených údajov taktiež vidíme, že náklady na poistné plnenia v porovnaní s vybraných poistným sú takmer v každom pozorovanom roku vyššie, čo sa negatívne prejavuje na výsledku hospodárenia.

V sledovaných rokoch VŠZP dosiahla stratu len dvakrát – v roku 2010 a v roku 2016. Treba podotknúť, že strata v takejto výške má na hospodárenie zdravotnej poisťovne VŠZP výrazne negatívny dopad. V roku 2016 preto bola VŠZP nútená prijať ozdravný plán.

Ďalším významným príjmom Všeobecnej zdravotnej poisťovne a.s. sú finančné prostriedky získané pomocou mechanizmu prerozdelenia poistného. Cez prerozdelený mechanizmus sa čiastočne vyrovnávajú rozdiely medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami, ktoré vznikajú z dôvodu nepriaznivej štruktúry poistného kmeňa (napr. chorobnosť poistencov). V roku 2016 VŠZP získala finančné prostriedky z predmetného mechanizmu 170 894 763 eur. Týmto ukazovateľom sa v našej práci však nezaobráme.³⁵

	Poistné	Náklady na poistné plnenia	Výsledok hospodárenia
2016	2 837 632 341,97	3 007 418 216,16	-112 338 117,71
2015	2 751 116 970,55	2 829 122 784,37	17 618 523,63
2014	2 633 844 657,64	2 706 189 944,89	12 084 255,72
2013	2 563 379 807,01	2 576 572 725,05	15 586 210,52
2012	2 475 894 671,65	2 476 678 631,32	26 344 711,12
2011	2 459 346 736,44	2 425 596 329,76	5 714 504,96
2010	2 391 442 392,82	2 509 955 678,22	-120 230 292,04

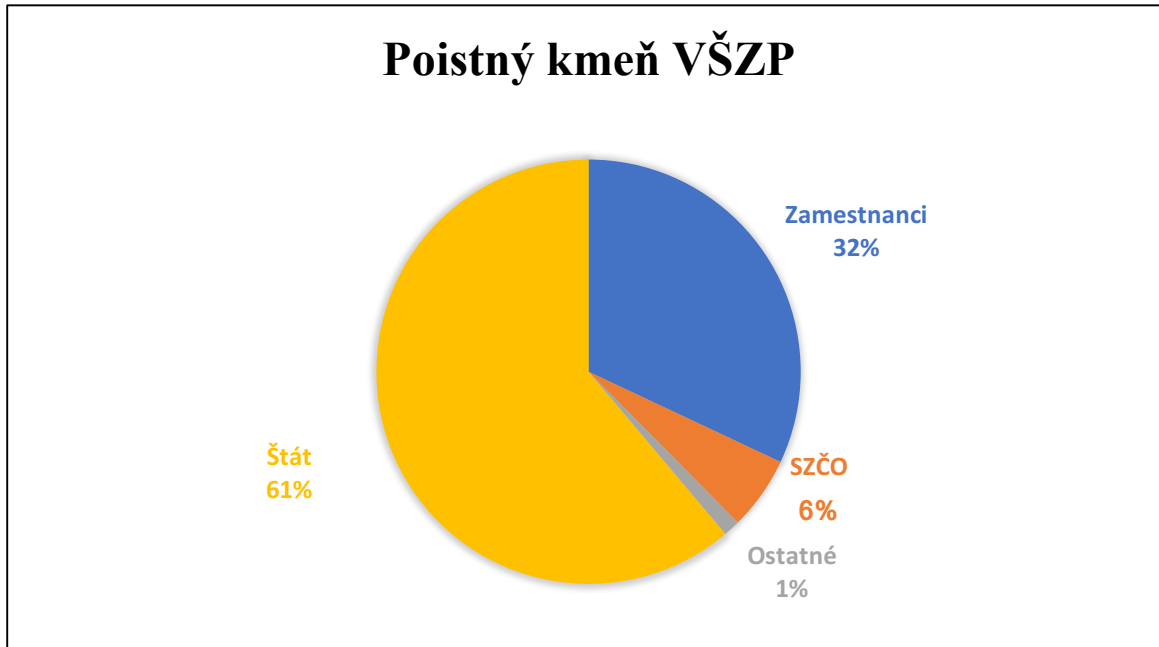
Tabuľka 3: Základné finančné ukazovatele VŠZP (Zdroj: <https://www.vszp.sk/transparentne/ekonomicke/vyrocnasprava/>)

³⁵ Všeobecná zdravotná poisťovňa. *Výročné správy 2010-2016*. [online]. [cit.2-3-2018]. Dostupné online: <https://www.vszp.sk/transparentne/ekonomicke/vyrocnasprava/>

3.6.2 Poistný kmeň VŠZP

V nasledujúcom grafe uvádzame podiel rôznych skupín poistencov na poistnom kmeni VŠZP. Najvyšší podiel na počte poistencov Všeobecnej zdravotnej poisťovne tvoria poistenci, za ktorých odvádza poistné štát – 61%. Zamestnanci majú v poistnom kmeni podiel 32%. SZČO majú podiel 6%, ostatné – 1%. Z uvedeného vyplýva, že Všeobecná zdravotná poisťovňa je obľúbená najmä u staršieho a iného ekonomicky neaktívneho obyvateľstva. Môže to byť spôsobené najmä tým, že je spomedzi troch zdravotných poisťovní pôsobiacich v SR najstaršia a množstvo poistencov svoju poisťovňu meniť nechce. Poistenci však majú každý rok možnosť zmeniť svoju zdravotnú poisťovňu, čo množstvo z nich využíva, avšak VŠZP má svoj poistný kmeň viac menej stabilný.

Čo sa týka medziročných zmien v poistnom kmeni Všeobecnej zdravotnej poisťovne, napríklad v roku 2016 možnosť zmeniť zdravotnú poisťovňu využilo 26 734 poistencov, ktorí VŠZP vymenili za inú zdravotnú poisťovňu. Naopak 34 006 poistencov si sa v predmetnom roku stalo jej poistencami.³⁶ To znamená, že v priebehu roka 2016 bolo kladné saldo príchodu aj odchodu poistencov v hodnote 2528 poistencov.



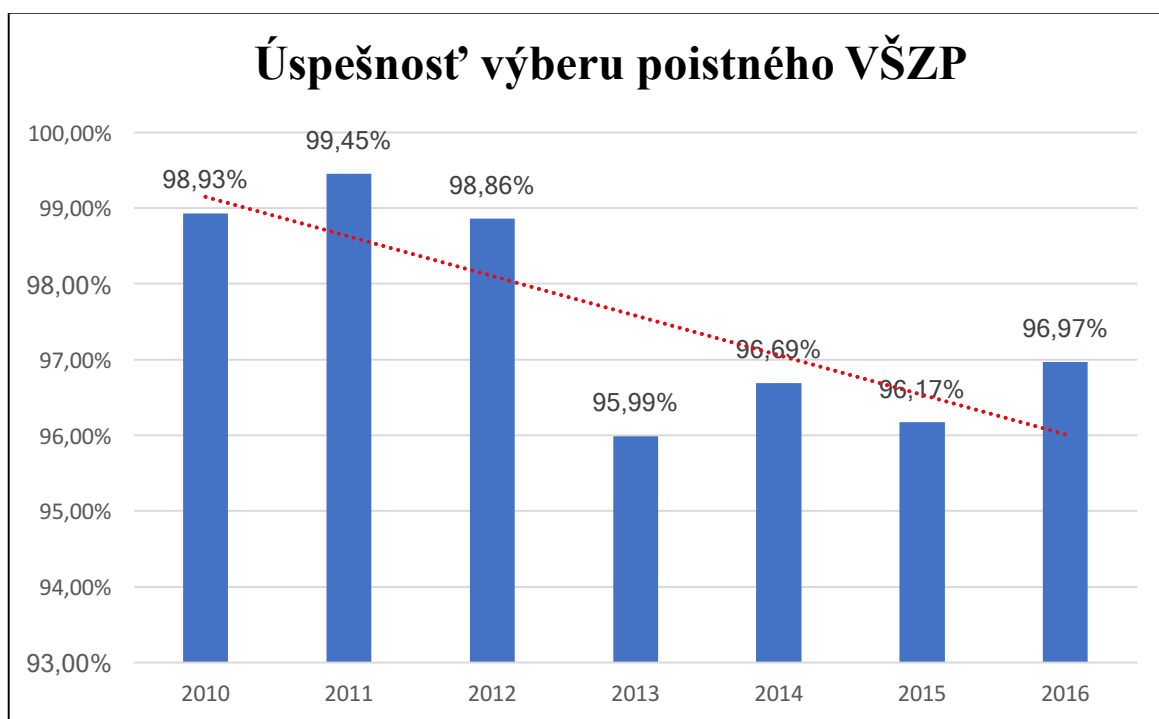
Graf 2: Poistný kmeň VŠZP (Zdroj: https://www.vszp.sk/files/Vyr_spr/vseobecna-zdravotna-poistovna-vs-sk-2017.pdf)

³⁶ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o činnosti a hospodárení Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou 2016*. [online]. [cit.1-4-2018]. Dostupné online: http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/81402/VE_6_2017_web.pdf/88567301-f8d0-4d29-8d81-2a5c06448050

3.6.3 Úspešnosť výberu poistného

Všetky zdravotné poisťovne sa každoročne snažia o čo najväčiu percentuálnu úspešnosť výberu poistného. Ukazovateľ úspešnosti výberu poistného vyjadruje platobnú disciplínu platiteľov, ale aj úspešnosť postupov vymáhania poistného od dlžníkov. Všeobecná zdravotná poisťovňa má najnižšiu úspešnosť výberu poistného. Dôvodom môže byť jej rozsiahly poistný kmeň – množstvo poistencov s nízkou platobnou disciplínou môže negatívne ovplyvniť hospodárske výsledky poisťovne. Z dostupných údajov za roky 2010 až 2016 pozorujeme klesajúci priemerný aj medziročný trend úspešnosti výberu poistného.³⁷

Klesajúci medziročný trend úspešnosti výberu poistného znamená, že priemerné percentuálne vyčíslenie predmetného ukazovateľa má klesajúci charakter. Určite by pre pozitívne hospodárske výsledky Všeobecnej zdravotnej poisťovne bolo do budúcnosti vhodné, aby poisťovňa do svojho plánu zapracovala dodatočné opatrenia, ktoré by zabezpečili vyššiu úspešnosť výberu poistného.



Graf 3: Úspešnosť výberu poistného VŠZP (Zdroj: <http://www.udzs-sk.sk/spravy>)

³⁷ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2010-2016*. [online]. [cit.6-3-2018]. Dostupné online: <http://www.udzs-sk.sk/spravy>

3.6.4 Ozdravný plán VŠZP

Z dôvodu zvyšujúcich sa nákladov na zdravotnú starostlivosť, zvyšovania miezd lekárov a zdravotníckeho personálu a nárastu cien zdravotníckych výkonov z dôvodu zrušenia poplatkov v zdravotníctve dosiahla v roku 2016 účtovnú stratu. Tieto skutočnosti mali na hospodárenie VŠZP nepriaznivý dopad, no stále vykazuje platobnú schopnosť – avšak pre zlepšenie hospodárskej situácie bolo nutné vypracovať ozdravný plán. Cieľom úsporných opatrení bolo zníženie rastúceho tempa zvyšujúcich sa nákladov na hlavnú a prevádzkovú činnosť, pre zabezpečenie platobnej schopnosti a likvidity bolo potrebné externé dofinancovanie VŠZP v roku 2017 z cudzích zdrojov vo výške 150 mil. eur. VŠZP zároveň analyzovala ďalšie možnosti dofinancovania, napríklad vydanie dlhopisov, predaj pohľadávok, prípadne navýšenie platieb za poistencov štátu.

Povinnosť VŠZP vytvoriť ozdravný plán na rok 2017 jej udelil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na základe zákona č. 581/2004 Z. z. Dôvodom udelenia povinnosti vytvoriť ozdravný plán bol fakt, že v roku 2016 Všeobecná zdravotná poisťovňa za mesiac august vykázala take straty, v dôsledku ktorých sa znížila výška vlastného imania pod minimálnu hodnotu stanovenú zákonom. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou po preskúmaní predloženého plánu tento schválil a skonštatoval, že opatrenia navrhované Všeobecnou zdravotnou poisťovňou majú schopnosť ozdraviť hospodársky vývoj a je vysoký predpoklad, že vytvoria ekonomicky a finančne stabilné hospodárske prostredie.

Preventívne opatrenia mali rôznu formu, nižšie uvádzame vybrané opatrenia:

- a) Stabilizovanie nárastu objemu pohľadávok po splatnosti** – nárast pohľadávok do splatnosti by nemal presiahnuť viac ako 6%.
- b) Zníženie stavu nedoplatkov odpredajom pohľadávok**- odpredaj pohľadávok za 15% ich nominálnej hodnoty, na zvyšok pohľadávok boli vytvorené opravné položky vo výške 85% = predpokladaná úspora za rok 2017 – zníženie stavu pohľadávok o 75 až 125 mil. eur.
- c) Zastavenie zvyšovania objemov zdravotnej starostlivosti** – uvedené opatrenie malo za cieľ udržať a následne znížiť náklady na zdravotnú starostlivosť, čo by malo za následok zníženie výdavkov zdravotnej poisťovne.

- d) Odzmluvnenie neefektívnych zariadení** – k 31.12.2016 poisťovňa ukončila zmluvy s neefektívnymi zariadeniami. Efektivita zariadení bola posúdená na základe revízno-lekárskych kontrol, pri ktorých boli zistené závažné nedostatky a pochybenia – najčastejšie nedodržiavanie diagnostických postupov = predpokladaná úspora za rok 2015 – 1,5 mil. eur.
- e) Zníženie prevádzkových nákladov vo vybraných oblastiach** – opatrenie sa týka najmä opráv a údržby, servisu motorových vozidiel, IT služieb, poštových poplatkov, atď. = plánovaná úspora za rok 2017 – 881 tis. eur.

Uvedené opatrenia však VŠZP nemohla vykonať bez určitých rizík a obmedzení. Niektoré úsporné opatrenia mali väzbu na súhlas tretích strán. Zároveň nastala hrozba PR rizika – opatrenia boli navrhnuté tak, aby mali minimálny dopad na ponúkanú zdravotnú starostlivosť, avšak mohli byť mylne interpretované verejnosti. Všetky opatrenia boli plánované s predpokladom, že nebudú vyžadovať dodatočné prostriedky na ich realizáciu nad rámec rozpočtového plánu zdravotnej poisťovne na rok 2017.³⁸

V čase písania tejto diplomovej práce už bolo známe, že rok 2017 skončila Všeobecná zdravotná poisťovňa so ziskom 35 mil. eur – podarilo sa jej to aj vďaka prísnemu ozdravnému plánu a napriek tomu, že zabezpečila viac vyšetrení pre pacientov a platby navyšovala nemocniciam aj ambulanciám.

Je potrebné spomenúť fakt, že ozdravný plán na rok 2017 nebol jediný prípad, kedy ho Všeobecná zdravotná poisťovňa musela využiť. V roku 2010 sa finančné problémy VŠZP prejavili na negatívnom hospodárskom výsledku, a preto vedenie prijalo ozdravný plán ktorého hlavným cieľom bolo znížiť náklady pri nákupe zdravotnej starostlivosti.

Súčasťou ozdravného plánu Všeobecnej zdravotnej poisťovne boli aj opatrenia pokračujúce v časovom horizonte rokov 2018-2019. V tomto období je predpokladané:

- zavedenie DRG systému
- spustenie systému elektronických zdravotných kariet
- zefektívnenie zdravotnej starostlivosti
- prehodnotenie aktuálneho mechanizmu úhrad

³⁸ Všeobecná zdravotná poisťovňa. *Ozdravný plán Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. Úsporné opatrenia na obdobie od 1.1.2017 do 31.12.2017.* [online]. [cit.19-3-2018]. Dostupné online: https://www.vszp.sk/files/transparentne/ekonomicke/ozdravny_plan_sec_final_web.pdf

3.7 Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.

Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s. vznikla transformáciou Vzájomnej zdravotnej poisťovne Dôvera 1.10.2005. Tá začala vykonávať svoju činnosť od 1.3.1998. Vznikla zlúčením Zdravotnej poisťovne – Vzájomná životná poisťovňa a Zdravotnej poisťovne Dôvera. K 1. 1. 2007 sa Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s., zlúčila so spoločnosťou Sideria zdravotná poisťovňa, a.s. Zdravotná poisťovňa Sideria vznikla zlúčením jej právneho predchodcu Slovenskej hutníckej zdravotnej poisťovne Košice a ISTOTY, občianskej zdravotnej poisťovne Svit. Zanikla 1.1.2007 a všetky jej práva a záväzky prevzala Dôvera, a.s.

Zdravotná poisťovňa Dôvera je druhá najväčšia zdravotná poisťovňa v Slovenskej republike. Najvýznamnejšie trhové podiely dosahuje v Košickom, Žilinskom a Banskobystrickom kraji. Z celkového počtu 1 422 872 poistencov, je až 863 000 osôb ekonomicky neaktívnych. Poistné na verejné zdravotné poistenie tvorí hlavný zdroj financovania činnosti zdravotnej poisťovne. Na štruktúre predpísaného poistného sa podieľajú najviac zamestnávateľia, jednu tretinu tvorí poistné od štátu, najmenšou zložkou je poistné vyberané od SZČO. Medzi príjmy zdravotnej poisťovne však patrí aj ročné zúčtovanie poistného za predchádzajúci rok.

Najvýznamnejšími nákladmi zdravotnej poisťovne Dôvera je samozrejme úhrada zdravotnej starostlivosti, avšak podstatnou zložkou nákladov je pravidelný odvod do štátnej Všeobecnej zdravotnej poisťovne v rámci prerozdelenia mechanizmu – táto suma každoročne presahuje 100 mil. eur.

3.7.1 Základné finančné ukazovatele

Z účtovných závierok za roky 2010 až 2016 boli získané rôzne finančné ukazovatele. Ako v predchádzajúcom prípade pri Všeobecnej zdravotnej poisťovni, aj pri poisťovni Dôvera sa zameriavame na poistné, náklady na poistné plnenia a výsledok hospodárenia.

Zdravotná poisťovňa Dôvera v sledovaných rokoch 2010-2016 dosahuje takmer konštantnú výšku výberu poistného. Táto sa však z roka na rok mierne zvyšuje, čo je spôsobené jednak demografickým nárastom počtu obyvateľstva, na druhú stranu zdravotná poisťovňa Dôvera je lákadlom pre nových poistencov, preto ich do jej radov ročne pribudnú tisíce. Pri porovnaní vybraného poistného za roky 2016 a 2015 však vidíme prudší nárast ako za iné roky. Uvedené mohlo byť spôsobené nielen neustále rastúcim počtom poistencov,

ale aj tým, že v roku 2016 nastala výrazná legislatívna zmena – zrušenie maximálnych vymeriavacích základov. Odhadovaný ekonomický efekt uvedeného opatrenia na všetky zdravotné poisťovne bol na úrovni 75 mil. eur.

Náklady na zdravotnú starostlivosť majú medziročný rastúci trend. Príčinou tohto javu je demografický vývoj – narastá počet obyvateľov, ale zároveň pribúda počet starých ľudí, ktorých stav vyžaduje nákladnejšiu zdravotnú starostlivosť. Poisťovňa Dôvera každý rok končí so ziskom. Vývoj nákladov má súvis s meniacou sa štruktúrou poistného kmeňa a s čoraz vyšším dopytom po zdravotnej starostlivosti. Na zvyšujúce sa náklady má dopad aj fakt, že z roka na rok rastie nátlak zdravotníckych zariadení na zvyšovanie úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Z hľadiska štruktúry nákladov mali v celom sledovanom období najvyšší podiel náklady na ústavnú zdravotnú starostlivosť – ich podiel na celkových nákladoch za rok 2016 bol vo výške 28,9%. Druhou najvyššou nákladovou položkou sú náklady na špecializovanú ambulantnú starostlivosť s podielom 21,2% za rok 2016. Nižšie podiely majú náklady na lieky, zdravotnícke pomôcky, všeobecnú ambulantnú starostlivosť, prípadne ostatné plnenia.

Každoročný kladný výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne Dôvera spôsobuje najmä skladba jej poistného kmeňa – najvyšší podiel majú zamestnanci, ktorí jednoducho odvádzajú vyššie odvody než za ekonomicky neaktívne obyvateľstvo odvádza štát. Ďalším faktorom podieľajúcim sa na pozitívnych hospodárskych výsledkoch je vysoká úspešnosť výberu poistného.³⁹

	Poistné	Náklady na poistné plnenia	Výsledok hospodárenia
2016	1 202 966 668,00	982 634 211,00	12 763 736,00
2015	1 157 361 037,00	929 331 263,00	3 510 136,00
2014	1 122 308 613,00	894 550 716,00	2 261 902,00
2013	1 097 669 987,00	847 384 597,00	46 498 193,00
2012	1 042 416 008,00	815 085 673,00	47 855 810,00
2011	977 007 729,00	784 268 057,00	39 278 385,00
2010	944 879 620,00	805 213 434,00	16 237 874,00

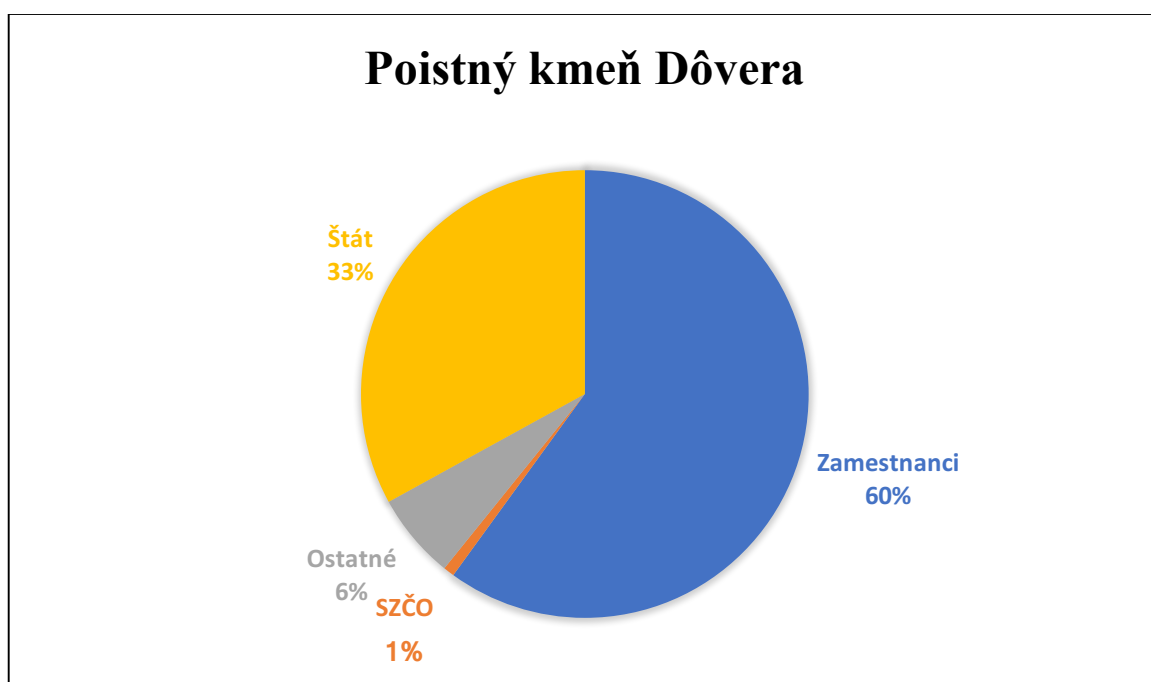
Tabuľka 4: Základné finančné ukazovatele ZP Dôvera (Zdroj: <https://www.dovera.sk/o-nas/vyrocnne-spravy>)

³⁹ Dôvera zdravotná poisťovňa. *Výročné správy 2010-2016*. [online]. [cit.2-3-2018]. Dostupné online: <https://www.dovera.sk/o-nas/vyrocnne-spravy>

3.7.2 Poistný kmeň Dôvera

Poistný kmeň zdravotnej poisťovne Dôvera majoritne tvoria zamestnanci – 60%. Poistenci štátu majú na celkovom počte poistencov podiel 33%. SZČO tvoria len 1% z celkového počtu poistencov, ostatné – 6%. Z uvedeného vyplýva, že Dôvera je obľúbená najmä u ekonomicky aktívneho obyvateľstva. Príčinou môže byť najmä skutočnosť že ľudia v produktívnom veku – mladí – majú väčšiu chuť na zmeny a hľadajú vhodnú alternatívu. Vzhľadom na to, že poisťovňa Dôvera má vo svojom poistnom kmeni podiel poistnecov štátu 33%, je pre ňu príjem poistného od štátu významnou položkou jej rozpočtu. Výnosy za poistencov štátu sú priamo závislé od vykázaného počtu poistencov, taktiež aj od vymeriavacieho základu a sadzby platby poistného pre štát. Priemerná platba za poistenca štátu bola v roku 2016 vo výške 27,48 eura.

V roku 2016 využilo možnosť zmeniť svoju zdravotnú poisťovňu 53 342 poistencov, ktorý sa rozhodli odísť zo zdravotnej poisťovne Dôvera. Naopak, táto zdravotná poisťovňa akceptovala prihlásenie nových 50 338 poistencov. Znamená to, že v priebehu roka 2016 bolo záporné saldo príchodu aj odchodu poistencov vo výške 3004 poistencov.⁴⁰



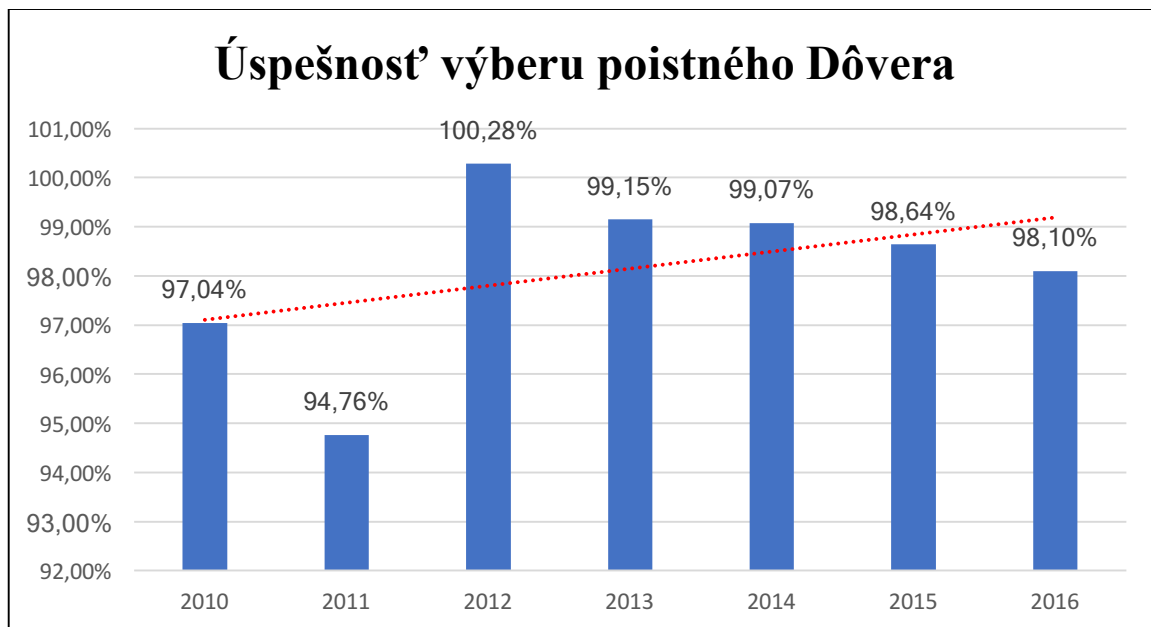
Graf 4: Poistný kmeň ZP Dôvera (Zdroj: <https://www.dovera.sk/o-nas/vyroczne-spravy>)

⁴⁰ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o činnosti a hospodárení Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou 2016*. [online]. [cit.1-4-2018]. Dostupné online: http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/81402/VE_6_2017_web.pdf/88567301-f8d0-4d29-8d81-2a5c06448050

3.7.3 Úspešnosť výberu poistného

Zdravotná poisťovňa Dôvera má spomedzi troch zdravotných poisťovní pôsobiacich na území Slovenskej republiky najvyššiu úspešnosť výberu poistného. Je pomerne zložité určiť dôvod tohto javu.

Pri pohľade na údaje za roky 2010 až 2016 je zrejmé, že úspešnosť výberu poistného má priemerne rastúci trend, medziročne však pozorujeme mierny pokles percentuálnej hodnoty. Výraznejší pokles nastal v roku 2011 kvôli doznievajúcim negatívnym efektom hospodárskej krízy. Podľa poisťovne bol nepriaznivý hospodársky vývoj z roku 2009 prenášaný ďalej do sociálnej a zároveň aj zdravotníckej oblasti s oneskorením v čase. Ako sme už spomenuli v predchádzajúcom texte, majoritná časť poistencov zdravotnej poisťovne Dôvera sú zamestnanci a ekonomicky aktívne osoby, preto mohla mať zložitá situácia na trhu práce a zároveň slabá úroveň dynamického rastu miezd negatívny dopad na úspešnosť výberu poistného v roku 2011. Výrazný rast poisťovňa dosiahla v roku 2012, keď sa jej podarilo dohnať stratu z predchádzajúceho hospodárskeho roka – dlžníci vyplatili dlžné poistenie vo vyššej miere než bolo predikované, zároveň bola dosiahnutá dobrá platobná schopnosť poistencov, vďaka čomu zdravotná poisťovňa Dôvera dosiahla v spomenutom roku 100,28% úspešnosť výberu poistného.⁴¹



Graf 5: Úspešnosť výberu poistného Dôvera (Zdroj: http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/81402/VE_10_2017_S_stav+VZP.pdf/46e19241-65f7-4954-92ad-19e8b61c05d4)

⁴¹ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2010-2016*. [online]. [cit.6-3-2018]. Dostupné online: <http://www.udzs-sk.sk/spravy>

3.8 Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Union zdravotná poisťovňa a.s. (ďalej len Union), bola založená v roku 2005 najväčšou holandskou poisťovacou skupinou s názvom Achmea. Už od svojho založenia sa snaží prinášať svojim poistencom inovácie v oblasti zdravotného poistenia. Jej materská spoločnosť zároveň od roku 1992 na území Slovenskej republiky prevádzkuje komerčnú poisťovňu Union, a teda je jedinou poisťovňou, ktorá na trhu ponúka produkty životného, neživotného a zároveň aj zdravotného poistenia. Uvedený fakt je pre poistencov tejto poisťovne prínosom, nakoľko pri svojej činnosti môže využívať dlhoročne získavané poznatky z poistenia. Union je aktuálne treťou najväčšou zdravotnou poisťovňou v rámci Slovenskej republiky.

Jej víziou je prispievať k zlepšovaniu sektora verejného zdravotného poistenia. Zároveň má za cieľ prinášať na slovenský trh nový spôsob riadenia zdravotnej starostlivosti založený na profesionálnej skúsenosti v poisťnej oblasti, ktorá aj v zahraničí dosahuje vysokú úroveň.⁴²

3.8.1 Základné finančné ukazovatele

Zdravotná poisťovňa Union dosahuje spomedzi troch zdravotných poisťovní pôsobiacich v Slovenskej republike najnižšie príjmy z poistného, čo je spôsobené jej nízkym podielom na trhu – len 9%. V budúcnosti by bolo istotne pre poisťovňu prínosom, aby sa snažila svoj trhový podiel čo najviac zvýšiť, a teda v neposlednom rade zvýšiť aj svoje príjmy z poistného.

Najvyšší podiel na nákladoch zdravotnej poisťovne Union majú dlhodobé náklady na ústavnú zdravotnú starostlivosť – priemerný podiel je 40 %. Druhý najvyšší podiel na celkových nákladoch majú náklady vynaložené na ambulantnú zdravotnú starostlivosť. Nasledujú náklady na lieky, na ostatné poistné plnenia, najmenší podiel majú náklady na zdravotnícke pomôcky.

Z prehľadu základných finančných ukazovateľov uvedených v tabuľke nižšie vidíme, že Union často končí rok so záporným výsledkom hospodárenia. Príčinou uvedeného problému môže byť fakt, že má nízky trhový podiel a teda aj nízke príjmy. Ďalším negatívnym vplyvom na hospodárenie zdravotnej poisťovne Union sú najmä

⁴² Union zdravotná poisťovňa. *O nás*. [online]. [cit.1-4-2018]. Dostupné online: <https://www.union.sk/union-zp-o-poistovni>

neustále narastajúce náklady na lieky, zdravotnícke pomôcky či špeciálny zdravotnícky materiál. Ďalším faktorom, spôsobujúcim negatívny dopad na hospodárenie zdravotnej poisťovne Union najmä v rokoch, kedy dosiahla záporný hospodársky výsledok je fakt, že prostredníctvom prerozdeľovacieho mechanizmu odvádza do štátnej Všeobecnej zdravotnej poisťovne finančné prostriedky. Ako sme už spomínali v predchádzajúcich podkapitolách, nepriaznivý dopad na hospodárenie poisťovne majú aj časté legislatívne zmeny - pri týchto zmenách nie je pre zdravotné poisťovne vytvorený dostatočný časový priestor na implementáciu, čo sa negatívne odráža nielen na hospodárení poisťovne Union, ale aj na zvyšných zdravotných poisťovniach. Z dostupných údajov vyplýva, že na vysokú stratu poisťovne v roku 2014 malo vplyv aj hromadné vypovedanie zmlúv v zriaďovateľskej pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva. Všetky zmluvy uzatvorené so zdravotnou poisťovňou Union boli vypovedané a poisťovňa bola nútená zmeniť finančné podmienky uvedené v zmluvách, pre zabezpečenie zdravotnej starostlivosti o svojich poistencov. Zároveň boli v spomenutom roku neustále predkladané nové požiadavky od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s cieľom zvýšiť sumu úhrad za zdravotnícke výkony. Dôvodom uvedeného konania bol fakt, že Všeobecná zdravotná poisťovňa v roku 2014 podmienila zvýšenie svojich úhrad tým, že úhrady z verejného zdravotného poistenia zvýši aj poisťovňa Union.⁴³

	Poistné	Náklady na poistné plnenia	Výsledok hospodárenia
2016	363 514 690,11	274 494 222,02	1 872 526,27
2015	328 025 383,00	256 487 239,09	-1 776 435,73
2014	308 076 955,14	244 234 820,35	-8 926 458,56
2013	299 718 615,85	228 139 645,86	6 605 328,71
2012	267 081 512,37	199 686 481,81	15 984 280,53
2011	241 477 922,47	184 491 752,25	9 000 384,82
2010	218 854 853,63	174 595 750,47	-2 264 534,02

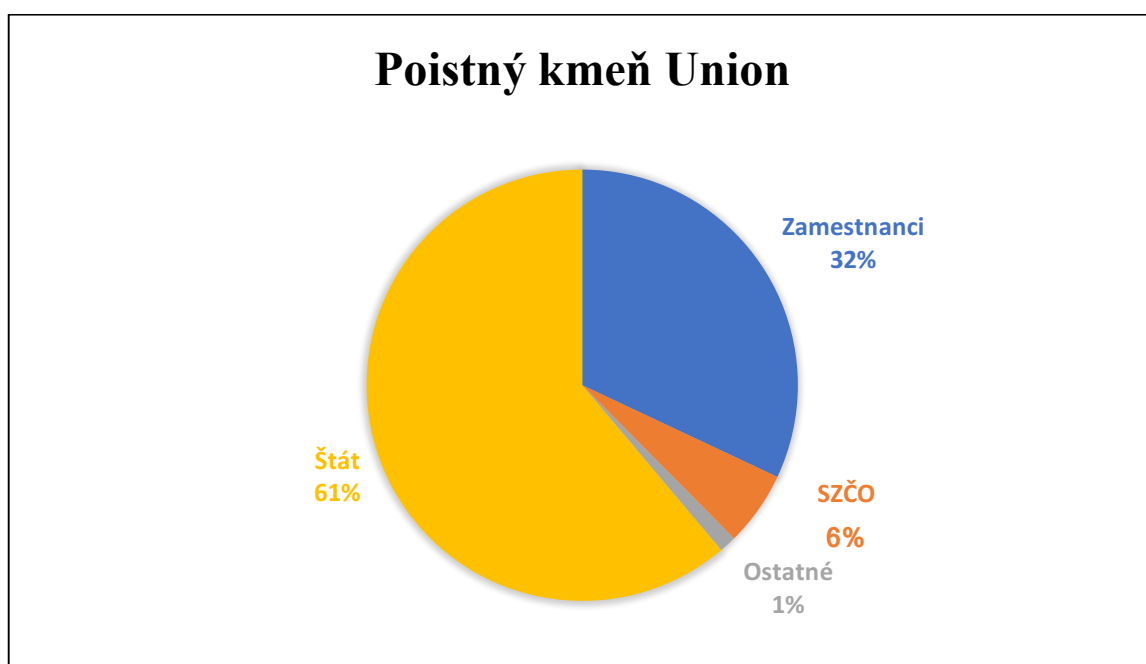
Tabuľka 5: Základné finančné ukazovatele ZP Union za roky 2010-2016. (Zdroj: <https://www.union.sk/union-zp-vyrocnne-spravy>)

⁴³ Union zdravotná poisťovňa. *Výročné správy 2010-2016*. [online]. [cit.2-3-2018]. Dostupné online: <https://www.union.sk/union-zp-vyrocnne-spravy>

3.8.2 Poistný kmeň Union

Zdravotná poisťovňa Union má v rámci Slovenskej republiky najnižší trhovú podiel – aktuálne je to 9,37%. Z grafu uvedeného na nasledujúcej strane vyplýva, že najvyšší podiel na poistnom kmeni Union tvoria poistenci, za ktorých odvádza poistné štát – dokopy až 61%. Zamestnanci ako druhá najpočetnejšia skupina v poistnom kmeni tejto zdravotnej poisťovne tvoria 32% poistného kmeňa, zvyšok sú SZČO – 6% a ostatné – 1%. Nízke príjmy z poistného a následné záporné výsledky hospodárenia môžu byť spôsobené aj tým, že majoritnou časťou jej poistencov sú poistenci, za ktorých odvádza poistné štát. Ako sme už uviedli v predchádzajúcich podkapitolách, štát za svojich poistencov odvádza nižšie poistné než ako odvádzajú zamestnávateľia za zamestnancov.

V roku 2016 využilo možnosť zmeniť svoju zdravotnú poisťovňu 36 400 poistencov, ktorý sa rozhodli odísť zo zdravotnej poisťovne Union. Naopak, táto zdravotná poisťovňa akceptovala prihlásenie nových 48 067 poistencov. Znamená to, že v priebehu roka 2016 bolo kladné saldo príchodu aj odchodu poistencov vo výške 11 667 poistencov.⁴⁴



Graf 6: Poistný kmeň ZP Union. (Zdroj: <https://www.union.sk/union-zp-vyrocné-spravy>)

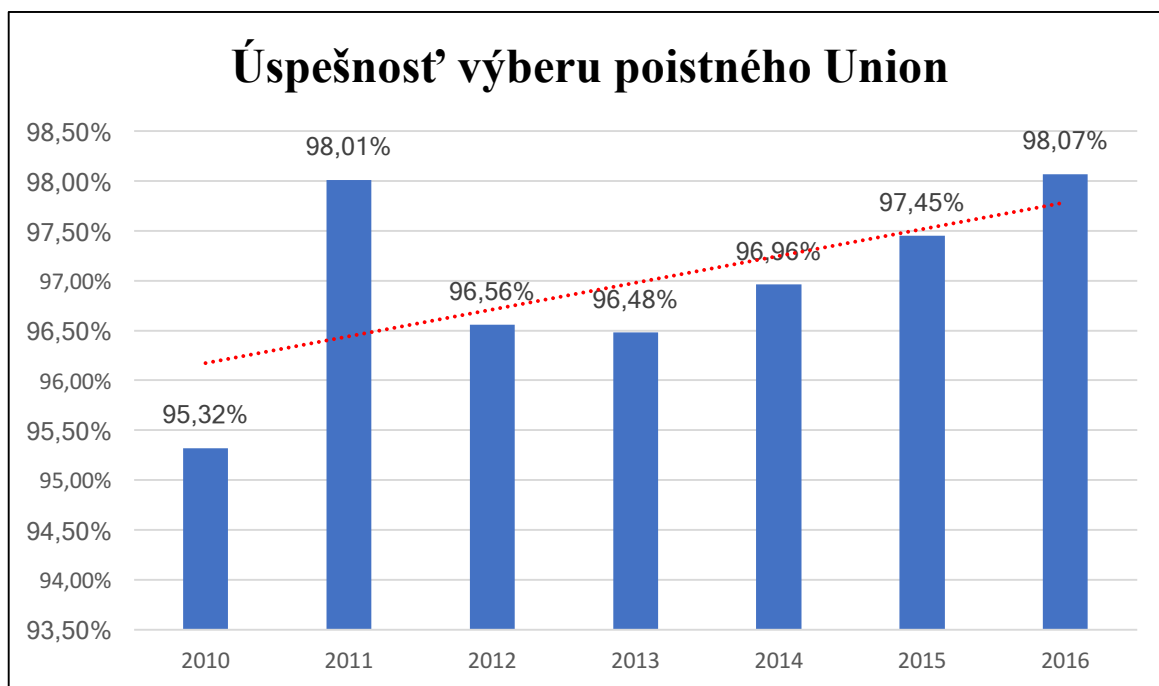
⁴⁴ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o činnosti a hospodárení Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou 2016*. [online]. [cit.1-4-2018]. Dostupné online: http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/81402/VE_6_2017_web.pdf/88567301-f8d0-4d29-8d81-2a5c06448050

3.8.3 Úspešnosť výberu poistného Union

Úspešnosť výberu poistného zdravotnej poisťovne Union má medziročne rastúci trend. Napriek tomu, že poisťovňa dlhodobo dosahuje vysokú úspešnosť čo sa týka výberu platieb za poistné, je jej cieľom do budúcnosti ešte viac zlepšiť tento ukazovateľ. Rastúca platobná disciplína poistencov a ich zamestnávateľov je jedným z hlavných cieľov každej zdravotnej poisťovne, slúžiacim pre zlepšenie jej hospodárskych výsledkov a elimináciu finančných problémov samotnej poisťovne.

Vedenie spoločnosti neustále prijíma a realizuje nové opatrenia slúžiace na posilnenie procesov výberu poistného a zamedzenie nekontrolovaného rastu dlžníkov na poistnom.⁴⁵

Prehľad úspešnosti výberu poistného poisťovne Union uvádzame v prehľadnom grafe nižšie. Z údajov je zrejmé, že úspešnosť výberu poistného má medziročný aj priemerný rastúci trend. To znamená, že zdravotná poisťovňa Union je vo výbere z roka na rok úspešnejšia aj vďaka svojim implementovaným opatreniam.⁴⁶



Graf 7: Úspešnosť výberu poistného Union (Zdroj: http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/81402/VE_10_2017_S_stav+VZP.pdf/46e19241-65f7-4954-92ad-19e8b61c05d4)

⁴⁵ Union zdravotná poisťovňa. *Výročné správy 2010-2016*. [online]. [cit.2-3-2018]. Dostupné online: <https://www.union.sk/union-zp-vyroczne-spravy>

⁴⁶ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2010-2016*. [online]. [cit.6-3-2018]. Dostupné online: <http://www.udzs-sk.sk/spravy>

3.9 Porovnanie poskytovaných nadštandardných služieb

Keďže v našej práci riešime aj vhodnosť modelu jednej zdravotnej poisťovne, pre a proti tohto modelu, je potrebné aby sme uviedli aj služby jednotlivých poisťovní ponúkané nadštandardne. V nasledujúcej podkapitole preto prinášame prehľad služieb poskytovaných zdravotnými poisťovňami nad rámec zákona. Každá poisťovňa poskytuje svojim poistencom iné benefity, väčšinou sa týkajú nadštandardných ošetrovaní, vakcín, ale ponúkajú aj rôzne zľavy v eshopoch. Diverzifikácia nadštandardných služieb je zaujímavou formou konkurenčnej výhody, každý poistenec si tak môže z ponuky vybrať presne to, čo potrebuje. V neposlednom rade môžeme konštatovať, že v prípade zavedenia jednej štátnej poisťovne by poistencov obralo o možnosť voľného výberu.

a) VŠZP

Všeobecná zdravotná poisťovňa sa už niekoľko rokov snaží dobehnúť svojich konkurentov v poskytovaní nadštandardných služieb svojim poistencom. Prioritne sa jedná o zľavy na rekreačné a kúpeľné pobyty, ale v portfóliu poskytovaných benefitov sa nachádzajú rozsiahle zľavy v rámci regiónov, a zľavy v internetových obchodoch. Napriek tomu, že Všeobecná zdravotná poisťovňa disponuje rozsiahlou ponukou benefitov pre svojich poistencov, ponúka najmenej nadštandardných služieb týkajúcich sa priamo zdravia.

- Zľavy na rekreačné a kúpeľné pobyty
- Preventívna urologická prehliadka nad rámec
- Úhrada rôznych druhov očkovacích vakcín
- Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou
- Vyšetrenie rizika vzniku cievnej mozgovej príhody
- Balíček pre novorodencov
- Zľavy v rôznych internetových obchodoch
- Regionálne zľavy⁴⁷

⁴⁷ Všeobecná zdravotná poisťovňa. *Výročná správa 2016*. [online]. [cit.5-3-2018]. Dostupné online: <https://www.vszip.sk/transparentne/ekonomicke/vyrocnna-sprava/>

b) Dôvera

Zdravotná poisťovňa Dôvera je známa svojim rozsiahlym programom benefitov pre poistencov ponúkaných nad rámec zákona. Z nášho pohľadu je veľmi lákavý najmä program „Doplatky za lieky na predpis“, ktorý platí pre deti do 18 rokov a ich rodičov – každý poistenec samostatne má nárok na doplatok až do výšky 200 eur. Zdravotná poisťovňa Dôvera navyše poskytuje výhody poistencom, v spolupráci so sieťou nemocníc s názvom Svet zdravia, ktorá svojim štandardom výrazne zvyšuje úroveň nemocničných zariadení. Poisťovňa Dôvera poskytuje spomedzi troch zdravotných poisťovní na Slovensku najrozsiahlejšiu ponuku nadštandardných služieb.

- Poistenie novorodenca z domu
- Doplatky za lieky na predpis
- Preplatené ošetrovanie u nezmluvných lekárov
- Zľavy na očkovacie vakcíny
- Program pre lepší život s cukrovkou
- Plánovaná hospitalizácia schválená do 3 dní
- Zverejňovanie čakacích listín na vybraných operačných oddeleniach
- Skrátené čakacie doby na mamografické vyšetrenie
- Email/SMS upozornenie o preventívnej prehliadke
- Zľavy v kúpeľoch na Slovensku
- Elektronická pobočka
- Liečba v Protónovom centre Praha
- Služba bezpečné lieky
- Vitamínové doplnky pre darcov krvi
- Nadštandardné izby v nemocniciach Svet Zdravia so zľavou pre poistencov
- Balíček pre novorodencov⁴⁸

⁴⁸ Dôvera zdravotná poisťovňa. *Výročná správa 2016*. [online]. [cit.2-3-2018]. Dostupné online: <https://www.dovera.sk/o-nas/vyročne-spravy>

c) Union

Poisťovňa Union taktiež láka potenciálnych poistencov na rôzne druhy výhod. Oproti vyššie spomenutým konkurentom je veľmi zaujímavým benefitom najmä pre matky s novorodencom zapožičanie monitoru dychu a pohybu novorodenca. Ponúkané nadštandardné služby sa nijak inak nelíšia od konkurentov. Môžeme konštatovať, že poisťovňa Union ponúka najmenej výhod pre svojich poistencov nad rámec zákona.

- Nadštandardné vyšetrenia
- Úhrada očkovacích vakcín
- Zľavy na rôzne produkty a zdravotné pomôcky
- Čiastočná úhrada testu na potravinové intolerancie
- Odmena za absolvovanie preventívnych prehliadok
- Licencovaná pôrodná asistencia
- Zapožičanie monitoru dychu a pohybu novorodenca
- Kniha Sprievodca prevenciou zdravia⁴⁹

Z vyššie uvedených ponúkaných výhod, o ktorých sú informácie voľne dostupné na internetových stránkach jednotlivých poisťovní vyplýva, že poistenci majú pri voľbe svojej zdravotnej poisťovne dostatočný výber. Každý poistenec má samozrejme iné preferencie, každá poisťovňa je svojimi výhodami ponúkanými nad rámec zákona zameraná na inú skupinu obyvateľstva. Je potrebné podotknúť, že zachovanie súčasného pluralitného systému zdravotného poistenia je pre samotných poistencov veľkým prínosom.

⁴⁹ Union zdravotná poisťovňa. *Výročná správa 2016*. [online]. [cit.2-3-2018]. Dostupné online: <https://www.union.sk/union-zp-vyročne-spravy>

4 Diskusia

V súčasnosti na území Slovenskej republiky vykonávajú činnosť tri zdravotné poisťovne – jedna štátna a dve súkromné. Už niekoľko rokov sa objavujú politické pokusy o zavedenie jednej zdravotnej poisťovne, čo by de facto znamenalo vyvlastnenie súkromných zdravotných poisťovní a prevod ich majetku do VŠZP. Ako argumenty pre zavedenie jednej poisťovne sa uvádzajú najmä zlepšenie súčasného systému zdravotného poistenia, efektívnejšie využívanie zdrojov. Ďalším argumentom je tvrdenie, že zisk, ktorý každoročne dosahujú súkromné zdravotné poisťovne, by bol vrátený späť do zdravotníctva, aby zlepšil služby poskytované pacientom. Podľa kritikov súčasného systému viaceré zdravotné poisťovne nezvyšujú kvalitu zdravotníctva, a vďaka možnosti vytvárania zisku odčerpávajú finančné zdroje, ktoré by inak mohli byť využité v zdravotníctve.

Výrazným argumentom proti zavedeniu jednej zdravotnej poisťovne je najmä fakt, že jedna zdravotná poisťovňa by získala monopolné postavenie na trhu, vďaka ktorému by mohla diktovať podmienky zmluvným lekárom. Konkurenčné prostredie na trhu zdravotného poistenia v konečnom dôsledku vytvára pre poistencov lepšie podmienky, a zároveň im ponúka možnosť výberu zdravotnej poisťovne podľa ich vlastných potrieb. V neposlednom rade konkurencia na trhu pozitívne motivuje všetky zdravotné poisťovne k zlepšovaniu poskytovaných výhod. Rastúci dlh zdravotníctva najmä v štátnom sektore signalizuje narastajúci problém, ktorý by sa mohol prehĺbiť vznikom systému jednej štátnej zdravotnej poisťovne, zároveň by zaťažoval štátny rozpočet v ešte vyššej miere než dnes.

Je potrebné podotknúť, že súčasný stav zdravotníctva na Slovensku si vyžaduje rozsiahlu reformu. Jedným z výrazných problémov je umelé obmedzovanie počtu zdravotníckych výkonov. Súkromné poisťovne v zmluvách so zdravotníckymi zariadeniami presne definujú, koľko úkonov pre poistencov danej poisťovne môže nemocnica odoperovať za určité časové obdobie, operácie vykonané nad stanovený limit nie sú nemocniciam uhradené. Štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa taktiež má takéto limity stanovené, avšak nie tak prísne ako súkromné zdravotné poisťovne. Navyše jej pacienti čakajú na výkony dlhšie, v porovnaní s pacientami súkromných poisťovní. Ďalším negatívom je fakt, že napriek tomu, že štátna aj súkromné poisťovne majú zákonom zákonom garantované zdroje, poskytujú úhrady za rovnaký zdravotný úkon v rôznej výške.

Dlhodobým problémom slovenského zdravotníctva sú pomerne časté legislatívne reformy, ktoré mávajú na hospodárenie zdravotných poisťovní nepriaznivý dopad. Ako mierne pozitívne kroky štátu môžeme hodnotiť medziročné zvyšovanie úhrad za poistencov

štátu, avšak zvyšovanie nie je uskutočňované v dostatočnej výške na to, aby pokrylo výdavky na vynaloženú zdravotnú starostlivosť za túto zložku poisťného kmeňa. Nízke platby za poisťencov štátu majú najväčší vplyv na výber poisťného Všeobecnej zdravotnej poisťovne, keďže najväčšiu časť jej poisťencov tvoria práve ekonomicki neaktívni obyvatelia a poisťenci štátu.

Ďalšou nelichotivou vizitkou zdravotníctva Slovenskej republiky je nezabezpečenie dostatočnej zdravotnej starostlivosti osôb, ktoré sa stanú dlžníkmi na zdravotnom poistení. Je jasné, že každý takýto prípad je potrebné posudzovať osobitne, nakoľko sú osoby, ktoré sa zámerne vyhýbajú plateniu odvodov – takíto občania si plne zaslúžia nie byť následky svojho správania, nech už ich k tomu vedie čokoľvek. Na druhú stranu sú poisťenci, ktorí sa do dlhov na zdravotnom poistení dostanú nie z vlastnej viny – z dôvodu neodvážania odvodom zamestnávateľom do zdravotnej poisťovne, ale aj z dôvodu svojej dlhodobu nepriaznivej ekonomickej situácie. Práve na takúto skupinu občanov by mal štát cieľiť balíčky sociálnej a zdravotnej pomoci. Aktuálne v prípade, že sa poisťenec stane dlžníkom zdravotnej poisťovne, má nárok len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Táto skutočnosť má negatívny dopad hlavne na najslabšie sociálne skupiny, ktoré často môžu žiť v nevyhovujúcom prostredí a vďaka dlhom majú zanedbanú starostlivosť a podlomené zdravie.

Autori tejto diplomovej práce sa nestotožňujú s cieľom vytvoriť jednu zdravotnú poisťovňu, ktorá bude pokrývať všetkých poisťencov na Slovensku, v takom znení, v akom ho predkladá vláda. Podľa nášho názoru by takéto riešenie zlikvidovalo konkurenčné prostredie, zároveň by malo výrazne negatívny dopad na čakacie doby pacientov, výrazným spôsobom by zaťažilo štátny rozpočet. Navrhujeme viacero možných alternatív reformy týkajúcej sa zdravotných poisťovní. Zároveň je potrebné poznamenať, že snahy vlády Slovenskej republiky, ktoré sa snažia systém jednej zdravotnej poisťovne obhájiť argumentom, že súkromné zdravotné poisťovne by nemali dosahovať zisk a z toho dôvodu by bolo najlepším riešením ich zoštátnenie – v aktuálnej situácii neobstoja. Dôvodom je najmä fakt, že v štátnej zdravotnej poisťovni je výrazný vplyv štátu, ktorý má často za následok uzatváranie nevýhodných zmlúv s cieľom zvýhodniť spriatelenu časť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Práve kvôli tomuto negatívne javu by sme skôr mali diskutovať o vhodnosti aktuálnej veľkosti vplyvu štátu na hospodárenie štátnej zdravotnej poisťovne, a posúdiť možnosti jej zlepšenia hospodárenia. Poukazovať na súkromné poisťovne a pritom slepo tolerovať nevýhodné zmluvy štátnej poisťovne nepokladáme za správnu cestu zlepšenia situácie týkajúcej sa trhu zdravotného poistenia

v rámci Slovenskej republiky. Netreba zabúdať na fakt, že prvoradým je občan – pacient, ktorý za svoje pravidelné odvody na zdravotné poistenie očakáva náležitú zdravotnú starostlivosť v čase potreby, a má právo výberu či už medzi jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (ak je to možné, nakoľko špecializovaných lekárov môže byť v niektorých odboroch veľmi málo), ako aj medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami.

Prvou variantou by mohlo byť ponechanie súčasného systému štátnej a súkromných poisťovní, avšak s niekoľkými zmenami. Hlavná zmena by spočívala v prísnejšej regulácii súkromných poisťovní. Ako sme už spomenuli, súkromné poisťovne v snahe dosiahnuť zisk umelo upravujú počty vykonaných zdravotníckych úkonov, čo autori práce nepovažujú za vhodné ani prospešné z pohľadu poistencov. Z tohto dôvodu by malo byť zakázané určovanie počtu vykonaných úkonov, pretože dochádza k diskriminácii pacientov nad uvedený limit, napriek tomu že platia poistné rovnako, ako pacienti, ktorí sa do určeného limitu zmestia. Rovnako si myslíme, že dosahovanie zisku zdravotných poisťovní by malo byť regulované – súkromné zdravotné poisťovne by mali zisk dosahovať len z výkonu obchodnej činnosti, pretože v súčasnej dobe ich zisk tvorí len ušetrené poistné. Podľa nášho názoru by sa z poistného zisku nemal vytvárať vôbec, pretože tieto prostriedky sú povinnými platbami od poistencov, a teda sa poisťovňa nijako nepričinila o vytvorenie tohto zisku.

Ako druhú variantu navrhujeme, aby v rámci povinného zdravotného poistenia fungovala jedna štátna zdravotná poisťovňa, ktorá by uhrádzala bežné zdravotné výkony. Popri štátnej poisťovni by však v systéme mohli fungovať aj súkromné poisťovne, ktoré by ponúkali zdravotné poistenie vo forme pripoistenia a uhrádzali by nákladnú zdravotnú starostlivosť. Tento model funguje v Holandsku a je veľmi úspešný. Poistenec si platí nominálne poistné – časť zdravotného poistenia, ktorú platí poistenec priamo za svoj zdravotný plán. Nominálne poistné teda nezávisí od výšky príjmu, ako pri zdravotných odvodoch. Samotné zdravotné odvody tvoria zvyšnú časť verejného zdravotného poistenia. Podstatou tohto modelu je, že si obyvatelia za svoje peniaze kupujú konkrétne definovaný produkt zdravotného poistenia. V ponuke sú rôzne druhy poistných plánov – s rôznou cenou nominálneho poistného. Takýto produkt lepšie odzrkadľuje potreby trhu, umožňuje adresne oslovovať konkrétne cieľové skupiny a ponúkať im také služby, ktoré majú pre nich význam, keďže preferencie ľudí sú rôzne.

Ďalšou zaujímavou možnosťou je ponechať súčasný stav jednej štátnej a viacerých súkromných zdravotných poisťovní. Podmienkou pokračovania tohto systému by bolo pravidelné hodnotenie zdravotných poisťovní podľa toho, ako si plnia svoje povinnosti na základe reálnych kvalitatívnych ukazovateľov, ktoré dosahujú. Napríklad z pohľadu

chorobnosti a podobne. Podľa úspešnosti ukazovateľov by bola následne poisťovňa hodnotená a mala by priznanú istú odmenu. Takýmto opatrením by boli poisťovne efektívne odmeňované na základe od dosahovaných výsledkov, čo by v konečnom dôsledku bolo motivačným faktorom pre neustále zlepšovanie ponúkaných služieb, a zároveň by bolo zaistené zdravé konkurenčné prostredie.

Nami navrhované možnosti riešenia aktuálnych problémov týkajúcich sa hospodárenia zdravotných poisťovní môžu byť v rôznej modifikácii základom pre zmenu systému zdravotného poistenia. V uvedených riešeniach sme dbali na to, aby bol prvoradý poistenec - pacient, pretože za pravidelné odvody za zdravotné poistenie si zaslúži dostupnú a adekvátnu zdravotnú starostlivosť. Zároveň je potrebné zachovať možnosť výberu, či už je to možnosť výberu zdravotnej poisťovne, alebo možnosť výberu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Zdravotníctvo ako jeden zo základných cieľov hospodárskej politiky štátu má najmä v podmienkach Slovenskej republiky značné rezervy a priestor na zlepšenie. Ciele a miľníky v zdravotníctve sú vždy rôzne definované aktuálnou vládou. Veríme, že vláda spolu s rezortom zdravotníctva budú naďalej dbať o renomé štátnej Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a zároveň zabezpečia zdravé konkurenčné prostredie na trhu so zdravotným poistením a zdravotnou starostlivosťou. Len tak bude môcť stúpať úroveň dostupných zdravotných služieb, ktorá v konečnom dôsledku bude zvyšovať spokojnosť obyvateľstva so životom v našej krajine.

5 Záver

Cieľom tejto diplomovej práce bolo popísať a prehľadne analyzovať aktuálne problémy hospodárenia zdravotných poisťovní. V prvej kapitole sme podrobne popísali problematiku zdravotného poistenia. Definovali sme pojmy zdravotný systém a zdravotné poistenie. Zároveň sme uviedli jednotlivé modely zdravotného poistenia, ktoré sú v rôznych obmenách dodnes využívané. Stručne sme zhrnuli históriu zdravotného poistenia a zdravotných poisťovní na území Slovenskej republiky.

V druhej kapitole *Ciele a metodika práce* sme zadefinovali ciele tejto diplomovej práce, a zároveň sme uviedli metodiku využítú pri spracovávaní a analýze údajov využitých pri popise aktuálnej hospodárskej problematiky zdravotných poisťovní.

V tretej kapitole *Výsledky práce* sme uviedli zákonné normy definujúce zdravotné poistenie a zdravotné poisťovne. Popísali sme negatívne vplyvy ohrozujúce hospodárenie zdravotných poisťovní pôsobiacich na území Slovenskej republiky. Zároveň sme uviedli vlastný pohľad na makroprostredie zdravotných poisťovní. V makroprostredí zdravotnej poisťovne sa nachádzajú pacienti, lekári, a štát, v tomto prípade reprezentovaný Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Popísali sme detailný pohľad na činnosť Úradu, analyzovali sme jeho vplyv na hospodárenie zdravotných poisťovní. Pri každej zdravotnej poisťovni sme uviedli vybrané ekonomické ukazovatele s najväčším vplyvom na jej hospodárenie. Analyzovali sme poisťný kmeň danej poisťovne a jeho zloženie. Ku každej poisťovni sme zároveň uviedli prehľadné súhrnné štatistiky. Podrobne sme rozoberali úspešnosť výberu poisťného ako factor determinujúci hospodársky výsledok zdravotnej poisťovne. Pre zdôraznenie významu konkurenčného prostredia sme uviedli výhody nad rámec zákona, ktoré ponúkajú svojim poisťencom jednotliví poskytovatelia zdravotného poistenia.

Problematika hospodárenia zdravotných poisťovní je v podmienkach Slovenskej republiky značne spolitizovaná. Vláda, ktorá je aktuálne pri moci, má o zdravotníctve vždy inú predstavu než tá predchádzajúca. Zdravotná politika štátu by však mala byť finančno-ekonomicky a formálno-právne podchytená na niekoľko rokov vopred. V 21. storočí je za zdravotníctvo multirezortná zodpovednosť – zdravotníctvo ako take nie je len problémom ministerstva zdravotníctva, ale aj ostatných rezortov najmä z hľadiska prevencie. Na Slovensku je aktuálne Národný program podpory zdravia, vypracovaný Ministerstvom zdravotníctva a Úradom verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. Medzi jeho hlavné ciele patrí zlepšenie životného štýlu, zdravá výživa, obmedzenie alkoholu, tabaku a drog.

Taktiež sa zaoberá znížením výskytu infekčných a neinfekčných chorôb. Každý cieľ obsahuje definíciu, súčasný stav, zdravotné povedomie obyvateľov, aktivity na splnenie cieľa a ukazovatele monitorovania. Navrhnuté indikátory, rovnako ako aj spôsoby ich monitorovania v rámci jednotlivých projektov, pravidelne sleduje odborná komisia.

Napriek tomu, že v našej krajine je zdravotná starostlivosť zo zákona garantovaná všetkým obyvateľom, nie všade vo svete je automaticky dostupná. Napríklad v USA napriek početným zdravotníckym programom je zdravotná starostlivosť tak nákladná, že si ju bežný občan ani nemôže dovoliť, a zdravotné poistenie nie je povinné. Sme toho názoru, že systém povinného zdravotného poistenia je potrebný v každej krajine, aby bola kontinuálne zabezpečená zdravotná starostlivosť pre všetkých obyvateľov v prípade, že ju potrebujú. Prvoradým cieľom každej vlády všade vo svete by malo byť zdravie obyvateľstva. Dostupná kvalitná zdravotná starostlivosť pozitívne vplýva na spokojnosť ľudí so životom, a hlavne zabezpečuje zdravie obyvateľstva a zvýšenú kvalitu života.

Zdroje

1. PUSTELNÍK, Karel, JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. ISBN 80-7042-346-3
2. Svetová zdravotnícka organizácia. *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia, 2000. ISBN 92 4 156198 X
3. DUDEKOVÁ, Gabriela. The System of Social Care in 19th Century Bratislava and its Modernization around 1900. In: *Historická revue*. Bratislava: Slovenská akadémia vied, 2015, č. 5/2015. ISSN 1335-6550
4. PECHOVÁ, Michaela. *Zdravotná politika – praktická a seminárne*. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2009. ISBN 978-80-225-2705-7
5. Svetová zdravotnícka organizácia. *Social health insurance systems in western Europe*. [online]. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia, 2004. [cit.29-3-2018] Dostupné na: http://www.who.int/health_financing/documents/shi_w_europe.pdf
6. BEVERIDGE, Wiliam Henry. *Social insurance and allied services*. London: Her Majesty's Stationery Office, 1942. ISBN-13: 978-0875860145
7. BÁRTLOVÁ, Sylva.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4
8. DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9
9. NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1
10. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*, 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8
11. KOVÁČ, Eduard. *Zdravotné poistenie*. Bratislava: Motýľ, 2003, 128s., ISBN 80-88978/85/8
12. Zákon č.580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
13. Trend. *Rezort zdravotníctva prezradil, ako by sa mohol obmedziť zisk poisťovní*. [online]. [cit.25-2-2018]. Dostupné online: <https://www.etrend.sk/ekonomika/ministerstvo-zdravotnictva-prezradilo-ako-by-sa-mohol-obmedzit-zisk-poistovni.html>

14. Svetová zdravotnícka organizácia. *A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages*. [online]. Ženeva: Svetová zdravotnícka organizácia, 2003. [cit.20-3-2018] Dostupné na:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70199/WHO_MNC_OSD_03.01_eng.pdf?sequence=1
15. Pravda. *Zdravotné poisťovne vládnú lekárom*. [online]. [cit.15-2-2018]. Dostupné online: <https://spravy.pravda.sk/domace/clanok/332630-zdravotne-poistovne-vladnu-lekarom/>
16. Zákon č.581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov
17. SME. *Zdravotné poisťovne odhalili viaceré podvody vďaka poisťovniam*. [online]. [cit.17-2-2018]. Dostupné online: <https://domov.sme.sk/c/20427551/zdravotne-poistovne-odhalili-viacere-podvody-vdaka-poistencom.html>
18. Zákon č.577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
19. Všeobecná zdravotná poisťovňa. *Poskytovanie príspevkov na úhradu ZS a úhrada spoluúčasti poistencovi*. [online]. [cit.4-2-2018]. Dostupné online: <https://www.vszp.sk/poskytovatelia/zdravotna-starostlivost/zdravotna-starostlivost/poskytovanie-prispevkov/>
20. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Povinnosti zdravotných poisťovní voči úradu*. [online]. [cit.19-2-2018]. Dostupné online: <http://www.udzs-sk.sk/web/sk/povinnosti-zdravotnych-poistovni-voci-udzs>
21. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia 2010-2016*. [online]. [cit.6-3-2018]. Dostupné online: <http://www.udzs-sk.sk/spravy>
22. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o činnosti a hospodárení Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou 2016*. [online]. [cit.1-4-2018]. Dostupné online: http://www.udzs-sk.sk/documents/14214/81402/VE_6_2017_web.pdf/88567301-f8d0-4d29-8d81-2a5c06448050
23. Všeobecná zdravotná poisťovňa. *Výročné správy 2010-2016*. [online]. [cit.2-3-2018]. Dostupné online: <https://www.vszp.sk/transparentne/ekonomicke/vyrocnasprava/>

24. Všeobecná zdravotná poisťovňa. *Ozdravný plán Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. Úsporné opatrenia na obdobie od 1.1.2017 do 31.12.2017*. [online]. [cit.19-3-2018]. Dostupné online:
https://www.vszp.sk/files/transparentne/ekonomicke/ozdravny_plan_sec_final_web.pdf
25. Dôvera zdravotná poisťovňa. *Výročné správy 2010-2016*. [online]. [cit.2-3-2018]. Dostupné online: <https://www.dovera.sk/o-nas/vyrocne-spravy>
26. Union zdravotná poisťovňa. *O nás*. [online]. [cit.1-4-2018]. Dostupné online: <https://www.union.sk/union-zp-o-poistovni>
27. Union zdravotná poisťovňa. *Výročné správy 2010-2016*. [online]. [cit.2-3-2018]. Dostupné online: <https://www.union.sk/union-zp-vyrocne-spravy>