

» obsah

Národný program
reforiem 2011 – 2014

Vyhľadka o čakacích
zoznamoch bude platiť
od 1. júla

Nárast zamestnanosti
nad očakávanie

Nominálne poistné
v Holandsku

Nemecko:
Chybné nastavenie
dodatčného príspevku
v rokoch 2009 a 2010

Rok 2010 u nás: HPI,
HRC a HMA

HMA práca: Analýza
problematiky nástupu
nových zamestnanců
do HZP

» tirage

Zdravotná politika
mesačník
o zdravotnej politike

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika

tel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: newsletter@hpi.sk

Vyšlo s podporou

 **NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI**
OPEN SOCIETY FOUNDATION

SAFS Slovenská asociácia farmaceutických
spoločností orientovaných na výskum a vývoj

editor: Tomáš Szalay
foto: Eva Sívá, Miroslav
Hudák, Tomáš Szalay
ISSN 1338-1172

Transformácia nemocníc sa začala

Hoci legislatívne zmeny zatiaľ prechádzajú ministerstvu zdravotníctva pomerne hladko, až ich implementácia ukáže, či pôjde o úspešné volebné obdobie. Najväčšou tohtoročnou výzvou je úspešná transformácia štátnych nemocníc na akciové spoločnosti.

Hoci novela zákona o poskytovateľoch, ktorá transformáciu uzákonila, bola schválená ešte v decembri 2010, transformácia sa mohla odštartovať až na jar tohto roka. Veto prezidenta namierené proti vernostným systémom v lekárňach odsunulo účinnosť prvých reformných opatrení na 1. apríl 2011.

Posledný termín transformácie sa pritom nezmenil: treba to stihnúť do 31. decembra 2011, v odôvodnených prípadoch do 30. júna 2012. Už dnes je zrejme, že „odôvodneným prípadom“ bude prinajmenšom bratislavská Univerzitná nemocnica.

Ak sa majú dodržať všetky procesné lehoty, ktoré si transformácia podľa zákona vyžaduje, termín 31. december môžu stihnúť len tie zdravotnícke zariadenia, ktoré do konca mája uzatvoria zmluvu so znaleckou organizáciou na ocenenie majetku. Znalecké posudky sú nevyhnutné na vymedzenie podniku, ktorý je ako majetok štátu vkladaný do akciovej spoločnosti.

Kedže takmer všetky nemocnice už uzatvorili takúto zmluvu, je dnes možné povedať, že transformácia nemocníc sa naozaj začala. Prebieha v nich mimoriadna účtovná závierka a znalci začínajú svoju prácu. Technicko-organizačná časť transformácie je teda zabezpečená.

Zostáva tá finančná stránka. Ministerstvo financií už naznačilo, že bude hľadať zdroje na krytie nákladov spojených s prípravou znaleckých posudkov. To je však len kvapka oproti objemu zdrojov, potrebných na oddĺženie zariadení, ktorých záväzky po lehote splatnosti rastú tempom 10 až 11 mil. € mesačne. Skutočný účet vystavia až znalecké posudky, dovtedy treba nájsť spoľahlivú techniku oddĺženia. A začať sa v zdravotníckych zariadeniach pripravovať na bolestivú reštrukturalizáciu.

(Štátne) nemocnice sa rekordným tempom zadlžujú, nervozita dodávateľov kulminuje, vo VŠZP je sekera viac než 120 mil. €, rastie finančná záťaž pacientov priamymi platbami a ani zdravotníci sa netaja nespokojnosťou s dnešným stavom.

Objem verejných zdrojov v zdravotníctve sa pritom za uplynulú dekádu zdvojnásobil a aj po zohľadnení inflácie je vyšší o 40%. V parite kúpnej sily dáva Slovensko na zdravotníctvo dva a pol krát viac per capita ako v roku 2002.

Otázka, ktorá by sa pri spracovávaní podkladov pre transformáciu mohla objasniť, znie: kam išli (a idú) tieto peniaze?

TOMÁŠ SZALAY

**Prihláste sa už dnes
do vzdelávacieho programu
Master of Science**



Volajte: +421 911 596 050
Kliknite na: www.hma.sk
Pište na: frisova@hma.sk

Národný program reforiem Slovenskej republiky 2011 – 2014

Ministerstvo financií v apríli tohto roka zverejnilo národný program reforiem (NPR). V oblasti „zdravie“ Národný program reforiem ako hlavný cieľ pre Slovensko určil, že v roku 2020 sa má obyvateľ Slovenska dožiť 60 rokov zdravého života. Roky zdravého života definuje MF SR (na báze EUROS-TATu) ako „počet rokov prežitých v dobrom zdravotnom stave, ktoré je možné očakávať pri narodení“, pričom „dobrý zdravotný stav je definovaný neprítomnosťou invalidity alebo obmedzení v každodennom živote.“

Konkrétne, cieľ v NPR znie, že „vláda SR zlepši zdravotnú starostlivosť tak, aby sa do roku 2020 zvýšil počet očakávaných rokov zdravého života bez invalidity alebo závažného hendikepu pri narodení na 60 rokov.“ (Tabuľka 1)

Aj keď konceptuálne súhlasíme s cieľom zvyšovania zdravotného stavu, nepovažujeme za správne, ak sa k cieľu zdravotného stavu občanov hlási priamo vláda. Takto definovaný sľub vyvoláva nesprávne očakávania, ako keby vláda mala priame nástroje na zlepšovanie zdravotnej starostlivosti a na zlepšovanie zdravotného stavu. Vláda však takéto nástroje nemá a nie je žiadny dôvod aby ich v budúcnosti mala. Výrazne lepšia by bola formulácia „vláda vytvorí prostredie, ktoré bude ľudí motivovať k zlepšovaniu zdravotného stavu...“

Na problémy vznikajúce pri používaní indikátora „zdravé roky života“ poukazujú aj autori Filko, Kišš, Ódor, Šiškovič (Ako sa najesť z grafov – netechnické zhrnutie, NBS 2010). Napriek tomu, že ho považujú za smerodajný pri hodnotení výsledku štrukturálnych reforiem, upozorňujú, že „je potrebná opatrnosť pri interpretácii odporúčaných politik a riešení, vzhľadom na to, nakoľko je zdravotný stav determinovaný inými faktormi ako samotným zdravotníctvom. Je možné, že zlepšenia v oblasti dopravnej infraštruktúry, miestneho a regionálneho životného prostredia a vzdelávania môžu k zlepšeniu zdravia prispieť viac než intervencie v oblasti zdravotníctva.“

Národný program reforiem v zdravotníctve je rozdelený na 3 časti:

1. Dostupnosť zdravotnej starostlivosti a informovanosť
2. Lieková politika
3. Poskytovatelia a trh s poistením

ČASŤ 1:

DOSTUPNOSŤ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A INFORMOVANOSŤ

V oblasti dostupnosti je kľúčovým záväzkom vlády zrušenie koncovkej siete nemocníc a regulácia čakacích zoznamov (Tabuľka 2). S týmto zámerom je možné len súhlasiť a vo vláde schválená novela zákona č. 581/2004 Z. z. tento záväzok jasne podporuje, dokonca so širším záberom ako sa v NPR plánovalo. Reguláciu čakacích zoznamov taktiež hodnotíme pozitívne, ale bez systémových návazností bude opatrenie len veľmi ťažko vymáhateľné.

Tabuľka 2: Časová dostupnosť zdravotnej starostlivosti (minimálna sieť a pravidlá pre čakacie listiny)

Predložiť na rokovanie vlády návrh novely zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a nariadenie vlády o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	30. 9. 2011	MZ
Predložiť na rokovanie vlády vyhlášku, ktorá ustanovuje podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti	30. 4. 2011	MZ
Novela zákona o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov s účinnosťou od 1. apríla 2011	splnené	MZ

Zdroj: NPR, 2011

Tabuľka 1: Národné ciele stratégie Európa 2020

Ukazovatele		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Cieľ 2020
Roky zdravého života	SK	-	56,4	54,4	55,9	52,3	-	-	60,0
(počet očakávaných rokov pri narodení)	EÚ	-	-	62,1	62,3	-	-	-	

Zdroj: dáta pre roky 2004 – 2010: Eurostat, cieľ pre rok 2020: NPR

V národnom programe reforiem však v tejto časti absentujú dve kľúčové opatrenia:

1. **Definícia zákonného nároku poistenca** ako kľúčového predpokladu pre zabezpečenie časovej a fyzickej dostupnosti zdravotnej starostlivosti.
2. Umožnenie zdravotným poisťovniam, aby mohli pre svojich poistencov pripraviť **rôznorodé zdravotné plány** a rozmanito tak pracovať s konceptom dostupnosti, kvality a efektívnosti.

V oblasti informovanosti vláda plánuje zaviesť rozšírený zoznam indikátorov kvality, pričom výsledky by mali byť v užívateľsky prijateľnej podobe. Toto opatrenie hodnotíme veľmi pozitívne, avšak máme obavu o jeho skutočnú realizáciu. Kľúčovým problémom nie je samotné vymyslenie indikátorov, ale dôveryhodný zber údajov a používanie takto vyzbieraných informácií samotnými spotrebiteľmi a poistencami.

Tabuľka 3: Informovanosť pacientov o kvalite poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Predložiť rozšírený zoznam indikátorov kvality na schválenie vlády	31. 12. 2011	MZ
Predložiť na rokovanie vlády novelu zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov	30. 11. 2011	MZ

Zdroj: NPR, 2011

V národnom programe reforiem v tejto časti absentujú dve zásadné opatrenia:

1. Spôsob zabezpečenia **dôveryhodného zberu údajov**.
2. Akým spôsobom sa tieto informácie použijú a na čo budú slúžiť – **koncept klientsky orientovaného zdravotníctva**.

ČASŤ 2: LIEKOVÁ POLITIKA

V oblasti liekovej politiky je NPR orientovaný na zavedenie generickej preskripcie a uvoľnenie predaja OTC liekov v iných registrovaných predajniach. Obe opatrenia považujeme za veľmi prínosné – a čo je najdôležitejšie, paradigma-ticky menia spôsob preskripcie liekov a zabehaný business model medzi farmaceutickými a lekáromi. Oveľa dôležitejšiu úlohu bude zohrávať lekárník (v prípade generickej preskripcie) a pre občanov sa zvýši dostupnosť bežných liekov bez lekárskeho predpisu (v prípade liberalizácie ich predaja aj mimo lekární).

V liekovej regulácii sa má zadefinovať miera nákladovej efektívnosti liečby s cieľom zadefinovať spoločensky neprínosnú liečbu. Podľa MF sa má zrýchliť vstup generických liekov na slovenský trh a sprísniť a stransparentniť kategorizácia liekov.

Národný program reforiem venuje síce veľký priestor liekovej politike, ale dáva v nej veľmi málo miesta pre angažovanie sa poisťovní ako skutočných platiteľov. Skutočnou reformou by bolo, ak by zanikla kategorizačná komisia a referencovanie cien a celá agenda by sa delegovala na zdravotné poisťovne, vrátane vyjednávania o cenách.

Tabuľka 4: Opatrenia v liekovej politike

Zavedenie generickej preskripcie		
Predložiť na rokovanie vlády novelu zákona o liekoch s plánovanou účinnosťou 1. októbra 2011	31. 8. 2011	MZ
Regulácia trhu s liekmi		
Predložiť na rokovanie vlády novelu zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti s účinnosťou 15. septembra 2011	31. 8. 2011	MZ
Novela vyhlášky MZ SR 723/2004 s cieľom zvýšiť transparentnosť a nezávislosť kategorizácie liekov	31. 8. 2011	MZ
Predložiť nový zákon 140/1998 Z.z. o lieku a zdravotníckych pomôckach zavádzajúcu reguláciu marketingových aktivít výrobcov a distribútorov liekov s účinnosťou 1.10.2011	31. 8. 2011	MZ
Degresívna obchodná prirážka na lieky dodávané do nemocníc		
Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 8. septembra 2010, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva k 1.10.2010	splnené	MZ
Ochranný limit na lieky pre dôchodcov a zdravotne ťažko postihnutých		
Novela zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti s účinnosťou 1. apríla 2011.	splnené	MZ
Uvoľnenie predaja OTC liekov v iných registrovaných predajniach a predaj liekov cez internet		
Predložiť na rokovanie vlády novelu zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach, ktoré uvoľní predaj OTC liekov	30. 6. 2011	MZ

Zdroj: NPR, 2011

Tabuľka 5: Opatrenia v ústavnej zdravotnej starostlivosti

Zavedenie platieb za diagnostickú skupinu (DRG)		
Presunúť kompetencie pre zavedenie platby za diagnózu (DRG systém) na ÚDZS	splnené	MZ
Predložiť na rokovanie vlády zoznam krokov a opatrení pre zavedenie systému DRG a jeho implementácie ako úhradového mechanizmu pre ústavnú zdravotnú starostlivosť	31. 12. 2011	MZ
Zriadenie Centra pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín v rámci ÚDZS	30. 4. 2011	MZ
Zavedenie DRG systému do praxe	31. 12. 2014	MZ
Zverejňovanie zmlúv a transformácia nemocníc		
Novela zákona o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov s účinnosťou od 1. apríla 2011	splnené	MZ

Zdroj: NPR, 2011

ČASŤ 3: POSKYTOVATELIA A TRH S POISTENÍM

V oblasti poskytovateľov vláda plánuje zaviesť DRG, transformovať nemocnice na akciové spoločnosti a zverejňovať zmluvy. Všetky tri opatrenia považujeme za mimoriadne dôležité z pohľadu dopátania sa ekonomickej pravdy o hospodárení nemocníc.

V oblasti poistného trhu vláda plánuje zaviesť zdravotné pripoistenie a zlepšiť kompenzáciu štruktúry rizika zavedením prediktora PCG. Z týchto dvoch opatrení je reálnejšie zaviesť PCG ako pripoistenie. Dôvodom je fakt, že kým PCG je opatrenie technického charakteru, tak pripoistenie musí byť napojené na definovanie zákonného nároku. A na tento krok nemala žiadne doterajšia vláda politickú odvahu.

Tabuľka 6: Zlepšenie systému kompenzácie rizika

Vytvoriť pracovnú skupinu pod gesciou MZ SR	1. 6. 2011	MZ
Zriadiť pracovnú skupinu pod gesciou MZ SR, ktorej členmi budú zástupcovia MZ SR, MF SR, ÚDZS a zástupcovia všetkých zdravotných poisťovní, a ktorá vypracuje kompletnú metodiku zavedenia mechanizmu prerozdelenia poistného	30. 3. 2012	MZ
Zber vierohodnej údajovej základne pre výpočet modelu a výpočet PCG z údajov zdravotných poisťovní za rok 2011	31. 7. 2012	MZ
Predložiť na rokovanie vlády novelu zákona o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v zmysle novelizovaného zákona vydať vyhlášku o prerozdelení poistného na verejné zdravotné poistenie	1. 6. 2011	MZ

Zdroj: NPR, 2011

V tejto časti NPR chýba:

1. Riešenie **dominantného postavenia VŠZP**.
2. Riešenie **dlhodobého financovania zdravotníctva** (nominálne poistné).

ZÁVEREČNÉ ZHODNOTENIE NÁRODNÉHO PROGRAMU REFORIEM

Národný program reforiem má ambíciu zlepšiť zdravotný systém v zdravotníctve.

Medzi jeho silné stránky radíme:

1. Zameranie na technické opatrenia, zlepšujúce **merateľnosť produkcie nemocníc (DRG)**, či **zlepšujúce kompenzáciu štruktúry rizika (PCG)**
2. Kroky smerujúce **k tvrdým rozpočtovým obmedzeniam** (transformácia nemocníc na a. s.)
3. **Dereguláciu trhu v oblasti poskytovateľov** (zrušenie koncovkej siete)
4. **Liberalizáciu dostupnosti liekov** (predaj mimo lekární)
5. **Snahu o vyššiu transparentnosť** (regulácia čakacích zoznamov, informovanosť pacientov, zverejňovanie zmlúv)

Medzi slabé stránky radíme:

1. Medzi cieľom (roky prežité v zdraví) a nástrojmi (ktoré sú používané) **chýbajú motivačné nástroje, ktoré by pacientov motivovali k vyššej zodpovednosti a k zvyšovaniu zdravia** (napr. reward based health-care, managed care). V tomto kontexte je nutné spomenúť, že dokument len okrajovo reflektuje zásadné zmeny v charaktere chorôb (PCG) a životnom štýle spotrebiteľov v zdravotníctve.
2. **Neúplnosť** – zoznam uvedených opatrení zďaleka nie je úplný a chýbajú v ňom niektoré zásadné reformné opatrenia:
 - a. Napríklad v časti trh s poistením **chýba riešenie dominantného postavenia VŠZP**
 - b. V programe úplne **absentuje dlhodobější pohľad na reformu financovania zdravotníctva** – napr. formou nominálneho poistného a poistných plánov.

- c. V národnom programe reforiem chýbajú prvky **managed competition** (úloha regulátora, štruktúra trhu, vstup a výstup na trh). Po skúsenostiach s mäkkým prístupom ÚDZS v oblasti finančného dohľadu je namieste otvoriť otázku, či by finančný dohľad a licencovanie (vstup a výstup z trhu) nemala prebrať NBS. ÚDZS by tak zostal len medicínsky dohľad a dohľad nad nákupom zdravotných služieb.
 - d. Regulácia čakacích zoznamov nestačí, v NPR jednoznačne **chýba definícia zákonného nároku**.
 - e. Podobne ako existuje návrh fiškálnej rady, aj zdravotníctvo potrebuje „Radu pre zákonný nárok“, ktorá by nezávisle na vláde definovala, na čo majú mať pacienti nárok a od čoho sa majú odvíjať produkty zdravotných poisťovní. Holandsko má na tento účel inštitúciu menom CVZ.
3. Časová realizácia: kľúčový projekt z daného zoznamu **(DRG) je osadený mimo rámec volebného obdobia**
 4. **Nesprávny časový harmonogram:**
 - a. viacerým projektom je ich „splnenie“ prisúdené veľmi nevhodne a predčasne. Napríklad transformácia nemocníc na a. s. nekončí tým, že MZ SR predložilo zákon a parlament ho schválil.
 - b. Pri PCG – kým samotný model pre PCG má byť hotový až v júli 2012, ale novela zákona má byť pripravená už v júni 2011
 5. **Nízky dôraz na implementáciu** – napríklad v projekte informovanosť pacientov – úloha nekončí zoznamom indikátorov (ten nikdy nebude dokonalý), ale tým, aby zozbierané údaje boli dôveryhodné, verejnosti ľahko dostupné a aby slúžili spotrebiteľom a poisťovcom v systéme
 6. Národný program reforiem len veľmi okrajovo reaguje na dlhodobé výzvy slovenského zdravotníctva
 - a. Nerieši reformu **inštitúcií** (len veľmi okrajovo nemocnice).
 - b. Nerieši reformu **informačnej infraštruktúry** (len veľmi okrajovo DRG a vážne indikátory kvality)
 - c. Nerieši reformu **financovania** (len veľmi okrajovo spomína PCG a ochranný limit)



Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976) je riaditeľ, partner a senior analytik Health Policy Institute.

Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonomikou zdravotníctva a makroekonomiou.

» kontakt

pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Vyhláška o čakacích zoznamoch bude platiť od 1. júla

1. júla 2011 nadobúda účinnosť vyhláška č. 151/2011 Z. z., novelizujúca vyhlášku č. 412/2009, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Ide o jeden z reformných záväzkov ministerstva zdravotníctva.

Vyhláška prináša zmenu v procesnom spracovávaní čakacích zoznamov. Či bude nový systém fungovať lepšie ako ten doterajší, o tom sme pochybovali už v čase, keď bola vyhláška predmetom pripomienkovacieho procesu (viď *Vyhláška o čakacích zoznamoch: snaha o lepší tok informácií, naďalej úzky rozsah diagnóz*, Zdravotná politika č. 1/2011). Minimálne v ústavnej starostlivosti je manažment hospitalizácií cez systém HOSPICOM určite flexibilnejší a užitočnejší než ťažkopádne plánovanie na rok dopredu, ako uvádza vyhláška.

Doterajšie tri skupiny diagnóz/výkonov, pre ktoré sa tvoria čakacie zoznamy (t.j. operácia katarakty, kĺbové endoprotézy a elektívne zákroky na srdci) sa v pôvodnom návrhu novely vyhlášky nerozširovali. To bol hlavný dôvod, pre ktorý sa novela po pripomienkovom konaní na niekoľko mesiacov zastavila, aby sa nakoniec **zoznam diagnostických skupín rozšíril o ďalšie tri čakacie zoznamy:**

1. rutinné rádiologické vyšetrenie – mamogram
2. korekčná operácia rázštepú podnebia (a pery)
3. tyreotoxikóza – liečba rádiojódom

Rozšírenie zoznamu vítame, hoci zostáva záhadou, prečo sa do vyhlášky dostali práve tieto skupiny a nie iné.

Domnievame sa, že **je potrebné sledovať čakanie na akúkoľvek zdravotnú starostlivosť hradenú z verejného zdravotného poistenia, bez ohľadu na diagnózu, výkon či typ starostlivosti**. Tvorba čakacích zoznamov len na šesť diagnostických skupín a len na zdravotnú starostlivosť poskytovanú v ústavných zariadeniach nerieši problém slovenských pacientov s časovou dostupnosťou zdravotnej starostlivosti. Poistenci dnes čakajú na celú škálu výkonov, a to aj v ambulantnej alebo jednodňovej starostlivosti. Niekedy ide o umele čakacie zoznamy, vytvárané poskytovateľmi, o ktorých v zdravotnej poisťovni ani nevedia.

Poctivá tvorba čakacích zoznamov na všetku zdravotnú starostlivosť by umožnila

1. vyčíslieť objem chýbajúcich zdrojov v zdravotníctve,
2. identifikovať priority financovania,
3. definovať nárok poistencov (v časovej dostupnosti),
4. znížiť informačnú asymetriu,
5. znížiť korupciu.

Rozumieme obave, že by tvorba čakacích listín momentálne uškodila VŠZP, keďže by na ne musela vytvárať technické rezervy. Je to otázka priorit zdravotnej politiky.

TOMÁŠ SZALAY

Nárast zamestnanosti nad očakávania

Už v údajoch za posledný štvrtrok 2010 sa odrazil začínajúci sa rast zamestnanosti (po siedmich mesiacoch jej kontinuálneho poklesu). Rýchly odhad ŠÚ SR hovorí už o dvojpercentnom raste zamestnanosti v prvom štvrtroku 2011. Takéto tempá rastu zamestnanosti sa dosahovali napr. v prvom polroku 2007, v silno expandujúcej, ešte „predkrízovej“ ekonomike.

Rast zamestnanosti je aspoň tak dôležitý makroekonomický cieľ ako odbúravanie nezamestnanosti. Keďže financovanie zdravotníctva je závislé od odvodov, je každé zlepšenie parametrov trhu práce aj z tohto pohľadu veľmi dôležitým javom. Možno konštatovať, že ekonomika začala „vťahovať“ ďalších pracujúcich. V poslednom štvrtroku 2010 stúpila zamestnanosť medziročne o 0,5 %, v prvom štvrtroku 2011 už o 2 % (podľa aktuálneho tzv. rýchleho odhadu ŠÚ SR). Toto číslo je príjemným prekvapením. Ak sa hodnota z „rýchleho odhadu“ potvrdí (čo je veľmi pravdepodobné), znamenalo by to medziročný nárast počtu pracujúcich v prvom štvrtroku až o viac ako 42 tisíc osôb. Pravda, dobrý výsledok z prvého štvrtroka je aspoň sčasti dosiahnutý aj tým, že vývoj v rovnakom období predchádzajúceho roka bol veľmi nepriaznivý (efekt nízkej porovnávacej bázy, pozri v **Grafe 1**). Preto neočakávame, že by sa takáto výrazná medziročná zmena udržiavala aj v ďalších štvrtrokoch, pri vyššej minulo-ročnej porovnávacej základni. Upozorňujeme, že tieto čísla o zamestnanosti sú tzv. zamestnanosťou podľa ESA 95. Veľmi zjednodušene to znamená, že ide len o zamestnaných v domácej ekonomike (nevstupujú sem osoby zamestnané v zahraničí).

Rast zamestnanosti však nie je v každej chvíli nevyhnutne späť s poklesom miery nezamestnanosti. Z minulých rokov už poznáme príklad rastu zamestnanosti pri zvyšujúcej sa miere nezamestnanosti (napr. rok 2001). Táto zdanlivá abnormalita sa stáva vtedy, keď neobvykle silno vzrastie počet pracovných síl (expanzia ponukovej strany trhu práce) a ani rastúci dopyt zamestnávateľov nedokáže pohltiť tieto prírastky pracovných síl. Napr. keď hospodárska politika mo-

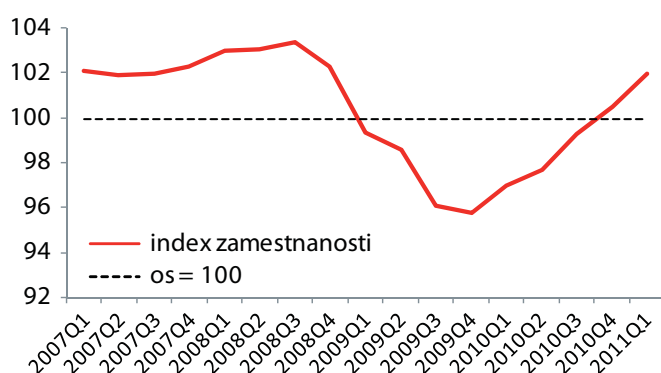
tivuje ľudí k aktivite (a tým k účasti na trhu práce), narastá ponuková strana trhu (rastie počet osôb ponúkajúcich svoju pracovnú silu) a sprievodným javom môže byť súčasné narastanie zamestnanosti aj nezamestnanosti. Alebo nárast zamestnanosti pri ešte neklesajúcej miere nezamestnanosti – čo je zrejme príklad Slovenska zo začiatku roka 2011. K tomuto javu sa však budeme vedieť lepšie vyjadriť až po publikovaní výsledkov výberového zisťovania pracovných síl.

Veľmi priaznivé číslo z rýchleho odhadu ŠÚ SR o raste zamestnanosti priam volá po preverení iným výkazníctvom. Alternatívnou metódou vykazovania zamestnanosti sú mesačné indexy zamestnanosti vo vybraných odvetviach. V **Grafe 3** je zjavné, že vo väčšine sledovaných odvetví bol vývoj zamestnanosti v prvom štvrtroku 2011 podstatne priaznivejší ako v prvom štvrtroku 2010 (nápadnou výnimkou je stavebníctvo). Takéto vykazovanie má podstatne „užší záber“, ale podporuje a dokrešľuje pozitívnu hodnotu rastu zamestnanosti vykázanú na národohospodárskej úrovni (v **Grafe 1**).

Dynamika rastu zamestnanosti bola obzvlášť vysoká v odvetví „informácie a komunikácia“. Toto odvetvie sa už aj v predchádzajúcom roku veľmi rýchlo vysporiadalo s recesiou. Takýto prehľad nezahŕňa niektoré odvetvia, v ktorých možno očakávať ústup zamestnanosti (myslíme tým hlavne odvetvia s dominanciou verejného sektora).

Ak médiá pravidelne pripomínajú stále vysokú mieru tzv. evidovanej nezamestnanosti, tak na druhej strane môžeme aspoň s čiastočným uspokojením vnímať rast zamestnanosti. A rast zamestnanosti skôr či neskôr strhne mieru nezamestnanosti nadol.

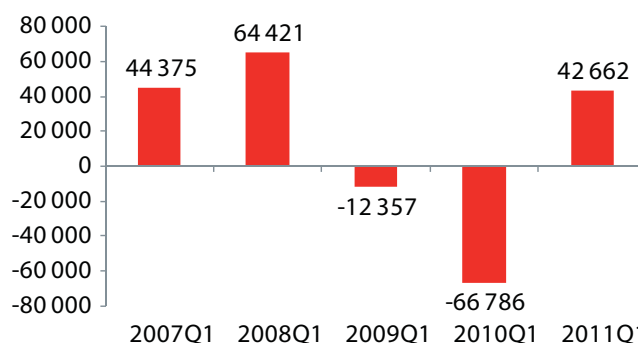
Graf 1: Medziročný index zamestnanosti (rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)



Poznámka: Ide zamestnanosť podľa ESA 95.

Zdroj: Štatistický úrad SR, údaj za 1. štvrtrok 2011 je tzv. rýchlym odhadom ŠÚ SR

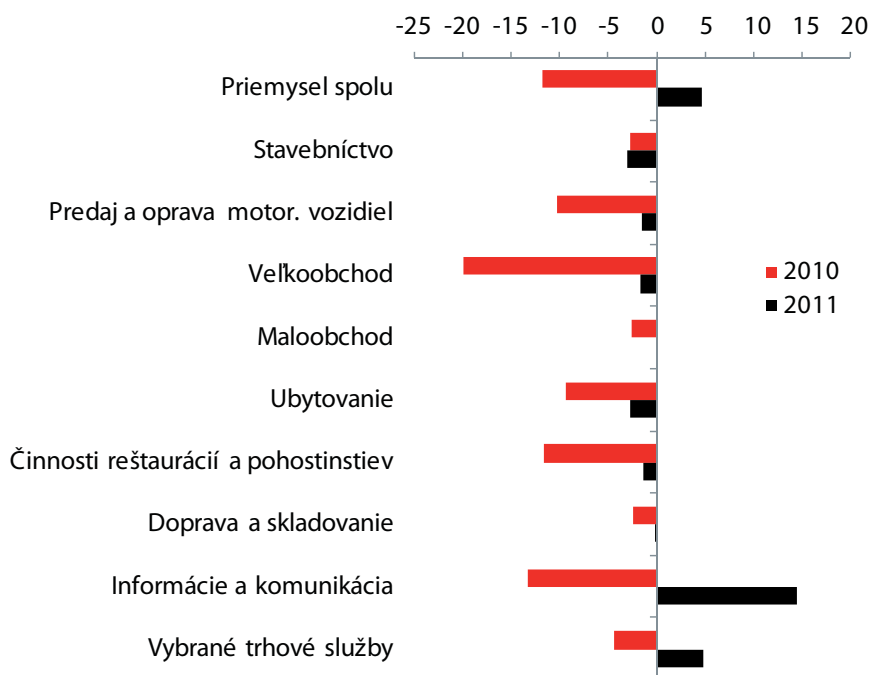
Graf 2: Medziročná zmena počtu zamestnaných v prvých štvrtrokoch 2007 – 2011



Poznámka: Ide zamestnanosť podľa ESA 95.

Zdroj: vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR, údaj za 1. štvrtrok 2011 vychádza z tzv. rýchleho odhadu ŠÚ SR

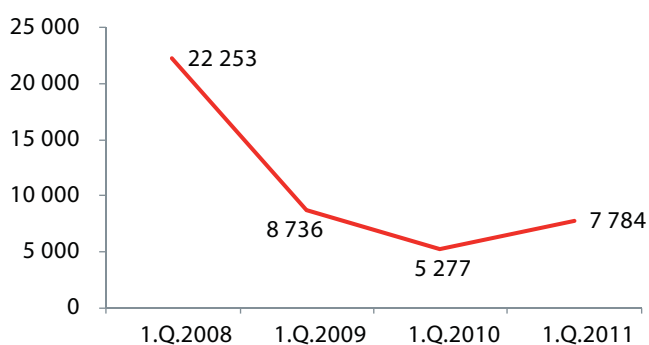
Graf 3: Medziročné zmeny zamestnanosti vo vybraných odvetviach v prvom štvrtroku 2010 a 2011 (%)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Zo súboru aktuálnych údajov z úradov práce vyplýva iný zreteľahodný pozitívny signál budúceho rastu zamestnanosti: narastá počet voľných pracovných miest (VPM). V prvých troch mesiacoch 2011 ich bolo v priemere o 2507 viac ako v rovnakých troch mesiacoch 2010. Pravda, počet VPM je ešte vzdialený od počtu v „predkrízovom“ roku 2008, vývojová tendencia sa však nápadne zmenila (**Graf 4**). Je pritom zaujímavé, že nárast počtu VPM sa v súčasnosti týka viacerých regiónov SR a nie je koncentrovaný na Bratislavský kraj. Zlepšenie vývoja VPM sa neprejavilo v Bratislavskom a Košickom kraji, v ostatných krajoch však áno.

Graf 4: Počet voľných pracovných miest v databázach ÚPSVaR



Poznámka: Počet VPM v databázach úradov práce nie je celkovým počtom voľných pracovných miest v ekonomike (značná časť pracovných kontraktov sa uzavrie bez toho, aby boli tieto miesta hlásené ako voľné na účely ÚPSVaR). Napriek tomu je počet VPM vhodným indikátorom formovania dopytu po pracovnej sile.

Priemery z mesačných údajov.

Zdroj: ÚPSVaR

Zatiaľ sme odkázaní na uvažovanie na základe nie celkom kompatibilných dát (nezamestnanosť a VPM podľa úradov práce, zamestnanosť podľa ESA 95 alebo podľa výberového zisťovania vo vybraných odvetviach). Ale podstatne kvalitnejší obraz získame po zverejnení výsledkov výberového zisťovania pracovných síl v priebehu júna.



Ing. Karol Morvay, PhD. (1973)
je senior analytik Health Policy Institute.

Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekonomiou a ekonomickou teóriou.

» kontakt

morvay@hpi.sk | www.hpi.sk



Policy paper

Výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo

Cieľom *policy papera* je predstaviť kľúčové výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo.

Za tri kľúčové ciele považujú autori, partneri Health Policy Institute, zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva, zvyšovanie spokojnosti spotrebiteľov a finančnú ochranu pred katastrofickými nákladmi.



Celé znenie dokumentu nájdete na www.hpi.sk

Nominálne poistné v Holandsku

Tento článok sumarizuje základné princípy zdravotného poistenia v Holandsku. Sú v ňom použité informácie z týchto článkov, publikácií a prezentácií:

- Wynand P.M.M. van de Ven and Frederik T. Schut: *Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States?* *Health Affairs*, 27, no.3 (2008):771-781
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. *The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition*, 2010; 12(1):1–229.
- Prezentácia Henriety Maďarovej o holandskom zdravotnom systéme na Health Management Academy zo dňa 19. 5. 2011

Holandsko je prvá krajina sveta, ktorá konzistentne implementuje model Alaina Enthovena založený na univerzálnom zdravotnom poistení, ktoré funguje na manažovanej konkurencii v súkromnom sektore. Základné princípy zdravotného poistenia v Holandsku:

- **Každý si je povinný kúpiť:**
 - individuálne súkromné zdravotné poistenie
 - so zákonne predpísaným „benefit package“
 - od súkromnej zdravotnej poisťovne
- **Poisťovňa je povinná akceptovať každého poistenca**
 - na základe „community rating“, nie „risk rating“
 - bez vylúčenia krytia na základe existujúcich predispozícií

FINANCOVANIE:

- **Zdravotný odvod:**
 - Každá osoba musí platiť zdravotný odvod v závislosti od výšky príjmu (7,2 % z prvých 31 200 € príjmu v roku 2008, ale len 6,9 % v roku 2009).
 - Tento zdravotný odvod sa platí daňovému „kolektoru“ a ten tieto prostriedky transferuje do fondu vyrovnávania rizika – REF (risk equalization fund).
 - Zamestnávateľia sú zo zákona povinní kompenzovať svojich zamestnancov za tento zdravotný odvod. Táto kompenzácia je rovnaká bez ohľadu na vybranú zdravotnú poisťovňu a sú zdaniteľným príjmom zamestnancov.
 - Na základe zákona o zdravotnom poistení tvorí objem vybraného zdravotného odvodu 50 percent celkových príjmov zdravotných poisťovní.
- **Nominálne poistné:**
 - Okrem toho, každý dospelý je povinný platiť nominálne poistné priamo svojej zdravotnej poisťovni.
 - Každá poisťovňa si nastavuje svoje vlastné poistné na báze „community rating“.
 - V roku 2008 bola výška priemerného nominálneho poistného 1 100 € na osobu (18+) na rok.
- **Prerozdelenie rizika:**
 - Pre vysoko rizikových poistencov, zdravotná poisťovňa dostane z REF finančnú kompenzáciu pre vysoko rizikových poistencov.
 - Pre nízko rizikových poistencov, zdravotná poisťovňa musí odvieť do REF finančnú platbu za týchto nízko rizikových poistencov.

• Dobrovoľné zdravotné poistenie:

- Ľudia si môžu voľne vyberať dobrovoľné doplnkové zdravotné poistenie pre plnenia, ktoré nie sú zahrnuté v povinnom základnom poistení (zubná starostlivosť v dospelosti, fyzioterapia, okuliare, alternatívna medicína, kozmetická chirurgia, ...).
- Viac ako 90 % populácie má kúpené dobrovoľné doplnkové zdravotné poistenie – väčšinou od tej istej zdravotnej poisťovne, ako verejné zdravotné poistenie.

SOCIÁLNE ASPEKTY:

- Približne 2/3 holandských domácností dostávajú od vlády podporu v závislosti od výšky príjmu (tzv. „zdravotná dávka“), ktorej výška minimálna výška je 24 € a maximálne je 1 464 € na domácnosť na rok (v roku 2008) na nákup nominálneho poistného.
- V roku 2006 asi 4,9 milióna domácností získalo zdravotnú dávku (v Holandsku je spolu 7,2 milióna domácností).
- Priemerná výška dávky dosiahla 690 € (rok 2007)
- Pre jednočlennú domácnosť bola zdravotná dávka maximálne 552 € (v roku 2008) a 692 € (v roku 2009)
- Maximálna zdravotná dávka pre rodinu bola 1 464 € (v roku 2009).
- V roku 2009 bol maximálny príjem, pri ktorom mala jednočlenná domácnosť nárok na dávku stanovený na 32 502 € a pre rodiny 47 880 €.
- Pretože výška zdravotnej dávky je rovnaká bez ohľadu na výber zdravotnej poisťovne, spotrebitelia sú plne cenovo senzitivní v hraničných nákladoch (pri nákupe nominálneho poistného).
- Deti do 18 rokov neplatia žiadne nominálne poistné, vláda kompenzuje ich náklady do REF na základe ich nákladov na zdravotnú starostlivosť.

REŽIMY POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A PLNENIE ZO STRANY ZP

• Dva základné režimy:

- Zdravotná starostlivosť beží v režime manažovanej konkurencie (Health Insurance Act).
- Dlhodobá starostlivosť je oddelená a beží v režime Exceptional Medical Expenses Act.

- **Plnenia zo strany zdravotných poisťovní podľa Health Insurance Act**

- Základný balík je definovaný cez funkcie nie cez poskytovateľov, to umožňuje vstup nových poskytovateľov na trh.
- Zdravotná poisťovňa musí špecifikovať presné plnenie pre poistencov v poistnej zmluve (tzv. kontraktčné práva) – napr. zoznam kontrahovaných poskytovateľov, hrazené lieky, procedurálne podmienky.
- Cenotvorba medzi ZP a poskytovateľmi sa postupne liberalizuje.
- Poistenci (spotrebiteľia) si môžu vybrať:
 - Naturálne plnenie
 - Hotovostné plnenie
- Zdravotná poisťovňa má voľnú ruku pri kontrahovaní poskytovateľov (selektívny kontrakt) a môže finančne motivovať poistencov, aby využili služby vybraných poskytovateľov.
- Alternatívne, zdravotná poisťovňa môže poskytovať poistencom kontrakty s plnou úhradou u všetkých poskytovateľov.
- Aj keď je štandardizovaný základný balík definovaný v zákone, v skutočnosti existujú podstatné odlišnosti v nárokoch a plneniach pre rôzne skupiny ľudí.

MOŽNOSTI VÝBERU PRE SPOTREBITEĽA V ZDRAVOTNEJ POISŤOVNI:

- **Kontrakty:**

- Pre každý typ kontraktu je zdravotná poisťovňa povinná akceptovať ktoréhokoľvek poistenca v ktoromkoľvek čase (tzv. garantovaný prístup) v tej istej výške nominálneho poistného (community rating na produkt) v každej provincii.
- Dĺžka kontraktu je vždy 1 rok.
- Na základe zákona, poistenci majú každý rok aspoň jednu šancu (1. január) zmeniť poisťovňu, alebo svoj kontrakt (zdravotný plán).
- Zdravotné poisťovne zverejňujú svoje sadzby pre základné poistenie vždy do 15. novembra.
- Vzhľadom na vysokú mieru konkurencie na trhu utrpeli ZP v roku 2006 stratu vo výške 2 % svojich príjmov (563 miliónov €).
- Viac ako 18 % poistencov zmenilo poisťovňu.

- **Skupinové zľavy**

- Zákon umožňuje zdravotným poisťovniam poskytovať „skupinové zľavy“ až do výšky 10 % z nominálneho poistného pre poistencov, ktorí vytvoria „skupinu“ – čo môže byť akákoľvek právnická osoba.
- V roku 2007 až 57 % populácie obdržalo takúto skupinovú zľavu s priemernou výškou 7 %. Asi 2/3 z nich mali svoju zľavu administrovanú cez zamestnávateľa.

- Existujú však aj rôzne iné skupiny:

- Pacientske organizácie
- Športové organizácie
- Odbory
- Spolupracujúce banky (pre svojich klientov)
- Nezávislí podnikatelia (cez internet)
- V princípe plnenie pre poistenca „bez zľavy“ a „so zľavou“ je identické, vrátane výberu poskytovateľa. Jediným rozdielom je cena nominálneho poistného.
- Pri dobrovoľnom doplnkovom zdravotnom poistení sa však podmienky plnenia medzi poistencami v skupinovom a nie skupinovom kontrakte môžu líšiť. V praxi však veľa skupín priamo negociuje nielen plnenia verejného zdravotného poistenia, ale aj dobrovoľného doplnkového poistenia.

- **Prvá spoluúčasť**

- Na základe Health Insurance Act, každý dospelý mal v roku 2009 prvú spoluúčasť 155 € ročne (s výnimkou všeobecného lekára a starostlivosti o matku a dieťa).
- Ak si poistenec zvolí vyššiu prvú spoluúčasť (max až do výšky 655 €), môže dostať vyššiu zľavu.

- **Štruktúra trhu:**

- Na trhu je 14 zdravotných poisťovní (niektoré sú zgrupované v holdingoch).
- Štyri najväčšie holdingy ovládajú 90 % trhu.
- Zdravotná poisťovňa s menej ako 850 000 poistencami má dovolené obmedziť svoje aktivity na jednu, alebo viac z celkového počtu 12 provincií.

V ROKU 2006 ZRUŠENÁ VRATKA PRE 18+ V PRÍPADE NEČERPANIA STAROSTLIVOSTI DO 255 EUR:

- Nespravodlivé voči chronicky chorým.
- Veľký časový odstup od čerpania starostlivosti.

VYMÁHANIE MANDÁTU ZAKÚPIŤ SI ZDRAVOTNÉ POISTENIE (PROBLÉMY):

- Asi 1,5 % ľudí si nekúpilo žiadne zdravotné poistenie.
- Asi 1,5 % poistencov zase nezaplatilo žiadne nominálne poistné. ZP si môže zrušiť kontrakt, ale takýto človek sa posunie o ZP ďalej (tá ho musí prijať) a vzniká kolotoč čiernych pasažierov.

PREROZDELENIE:

- Do roku 2002 boli prediktory: vek, pohlavie, indikátory invalidity, socio-ekonomický status.
- Od roku 2002 sú pridané nové prediktory: pharmacy cost groups (PCG), diagnostic cost groups (DCG), samozamestnávanie (áno/nie) a región.
- Napriek tomu selekcia rizika pretrváva (vyššia motivácia, sofistikovanejšie nástroje).

KONKURENCIA MEDZI ZDRAVOTNÝMI POISŤOVŇAMI:

- Nemá byť na selekcii rizika – štátna dotácia a prerozdelenie.
- Cenou – nominálne poistné.
- Produktom:
 - Výška dobrovoľnej prvej spoluúčasti
 - Spôsob zaistenia dávok: vecné (> 40 %), hotovostné – pokladničný systém (20 %) alebo mix
 - Postupné zavádzanie sietí preferovaných poskytovateľov – prepojenie na definíciu nároku
 - Cross-selling: 90 % poistencov má súkromné pripoistenie
 - Skupinové poistenie a zľavy: diabetici – štandardizácia starostlivosti + pripoistenie
- Kvalitou:
 - Štandardizované indikátory – pripravované
 - www.kiesbeter.nl

POSKYTOVANIE INFORMÁCIÍ:

- Vláda spustila webstránku pre spotrebiteľov o zdravotných poisťovniach a poskytovateľoch (www.kiesbeter.nl).
- Spotrebiteľia tu môžu porovnávať všetky zdravotné poisťovne podľa
 - ceny
 - služieb
 - spokojnosti spotrebiteľov
 - doplnkové poistenia (sadzby a benefity)

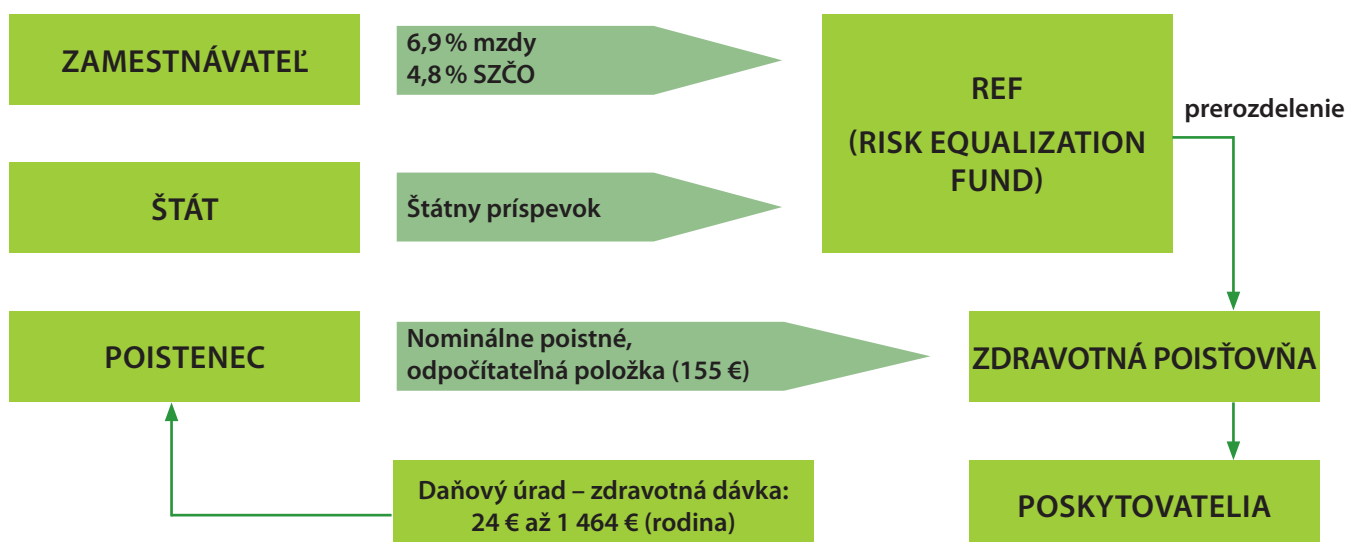
- Spotrebiteľia tu môžu porovnávať nemocnice na základe parametrov výkonnosti, ktoré vypracúva Health Care Inspectorate (IGZ).
- Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vykonáva Health Care Authority (NZa).

ZMENA ROLE VLÁDY:

- Postupný prechod z riadiacej funkcie na nastavovanie prostredia pre riadenú konkurenciu:
 - NZa (Holandský úrad pre ZS): regulácia cien a taríf, kontrola trhu poskytovania zdravotnej starostlivosti, zdravotného poistenia nakupovania zdravotnej starostlivosti.
- Rozsiahle kompetencie na strane regulácie:
 - súťaže (vstup na trh – Úrad pre finančný trh a Holandská národná banka, kontrola súťaže ZP aj PZS, protimonopolný úrad)
 - Inšpektorát zdravotnej starostlivosti (IGZ) – kontrola poskytovateľov ZS, informovanosť o kvalite ZS
 - NZa: transparentnosť, informovanosť o cene, efektívnosti
 - Budovanie infraštruktúry: katalóg služieb: DBC, clinical care pathways, guideliney, e-health

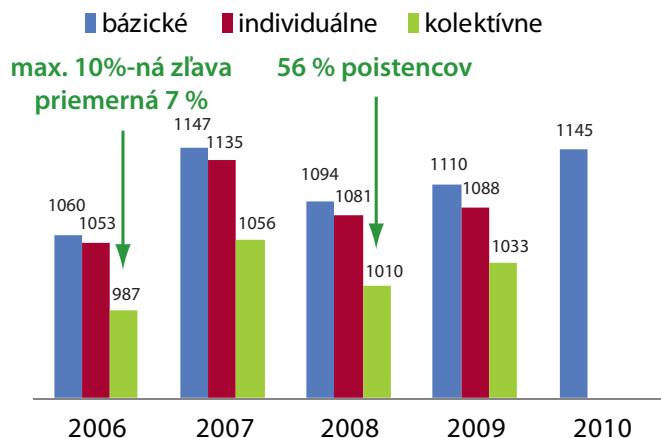
Na základe zahraničnej literatúry
a prezentácie Henriety Maďarovej spracoval
PETER PAŽITNÝ

Príloha 1: Financovanie zdravotníctva v Holandsku od roku 2006



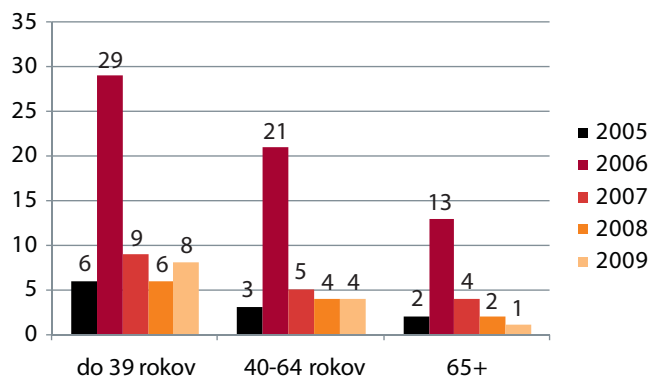
Zdroj: Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(1):1–229.

Príloha 2: Vývoj nominálneho poistného v € v Holandsku



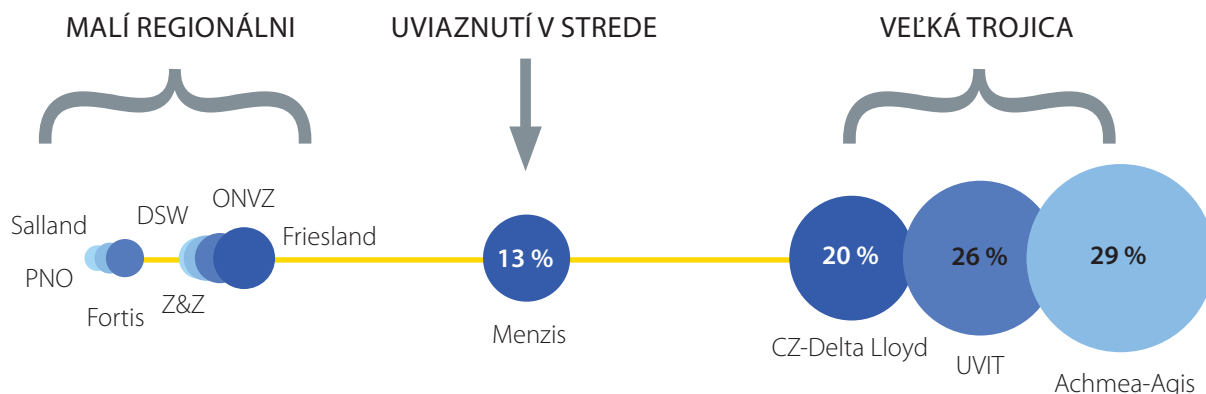
Zdroj: <http://www.scribd.com/doc/30817650/Vektis-Zorgthermometer-2010-Verzekerden-in-beweging> v prezentácii Henriety Maďarovej o holandskom zdravotnom systéme na Health Management Academy zo dňa 19. 5. 2011

Príloha 3: Zmeny zdravotnej poisťovne v Holandsku



Zdroj: de Jong: *The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled* v prezentácii Henriety Maďarovej o holandskom zdravotnom systéme na Health Management Academy zo dňa 19. 5. 2011

Príloha 4: Štruktúra trhu poistenia v Holandsku



Zdroj: Atos v prezentácii Henriety Maďarovej o holandskom zdravotnom systéme na Health Management Academy zo dňa 19. 5. 2011

Zveme Vás

PRAHA, 19. – 21. 6. 2011

na **6. Prague International Health Summit** – najvýznamnejší stredoevropskou konferenciu venovanou zdravotní politice a zdravotným systémom, porádanou letos na téma:

Inovativní modely poskytování zdravotních služeb

Tři důvody, proč letos nesmíte chybět:

- Příklady skutečných změn doslova z celého světa
- Pochopení souvislostí
- Vynikající přednášející a tradičně otevřená a interaktivní atmosféra

Užijte si s námi různorodost pohledů na diskutovaná témata, diverzitu účastníků, vysokou interaktivnost a inovativní atmosféru a využijte příležitost navázat cenné kontakty s kolegy z řad plátců a poskytovatelů zdravotních služeb, vzdělávacích a výzkumných institucí, státní správy a pacientských organizací z více než 20 zemí světa.

- Dvě desítky originálních příspěvků, 4 souběžné pracovní skupiny s následnými analýzami, shrnutími a doporučeními od špičkových odborníků.
- Jazykem konference je čeština a angličtina. Simultánní tlumočení je zajištěno po celou dobu konference.
- Zvýhodněná cena při skupinové registraci.
- Další podrobnosti a aktuální informace o programe naleznete na www.ihsummit.eu

Nemecko: Chybné nastavenie dodatočného príspevku v rokoch 2009 a 2010

Možnosť vyberania dodatočného príspevku (Zusatzbeitrag) bola do nemeckého systému povinného zdravotného poistenia zavedená spolu so spustením Zdravotného fondu (Gesundheitsfond) od roku 2009. Už od 1. januára 2011 však došlo k reforme dodatočného príspevku, ktorú sme popísali v Zdravotnej politike 3/2011 (*Zmena paradigmy v nemeckom systéme povinného zdravotného poistenia?*). Prečo prišlo už po dvoch rokoch k zmene v systéme dodatočného príspevku a ktoré chyby systému boli odstránené?

VÝCHODISKOVÁ SITUÁCIA A MOTIVÁCIE

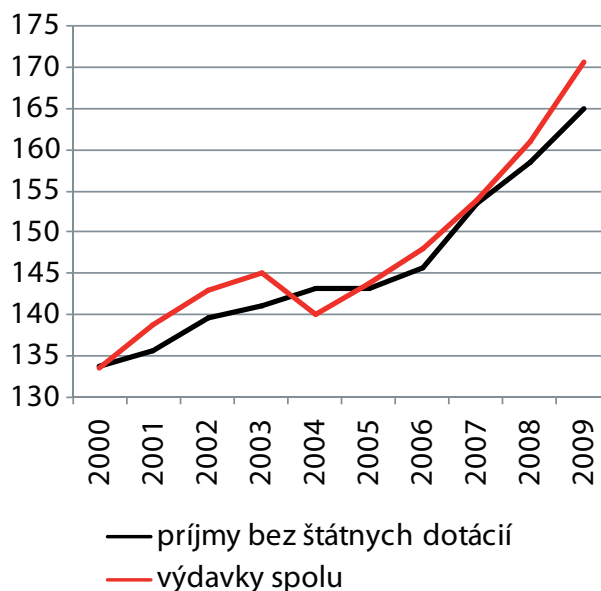
Cieľom nemeckých tvorcov zdravotnej politiky pri zavádzaní dodatočného príspevku bolo získanie dodatočných zdrojov do systému povinného zdravotného poistenia, pretože predikcie rovnako ako aktuálny vývoj ukazovali potrebu dofinancovania systému (**Graf 1, Tabuľka 1**).

Ako vidno z **Tabuľky 1**, rozdiel príjmov a výdavkov zdravotných poisťovní bez dotácií štátu dosiahol v roku 2009 úroveň takmer 6 miliárd €, pričom predošlé roky ukazujú o čosi menší, avšak rovnako neuspokojivý deficit. Od roku 2005 prevyšujú výdavky zdravotných poisťovní ich príjmy. Okrem snahy získať dodatočné zdroje bolo ďalším motivačným prvkom pre zavedenie dodatočného príspevku **odpojenie zdravotného poistenia od individuálnych príjmov obyvateľstva**.

CIELE VERSUS REALITA

Dodatočný príspevok mal posilniť konkurenciu medzi zdravotnými poisťovňami a tak vytvárať spätný tlak na ich efektivitu. Práve paušálny dodatočný príspevok mal poisťencov

Graf 1: Porovnanie príjmov zdravotných poisťovní očistených o štátne dotácie s výdavkami, milardy €



motivovať k zmene zdravotnej poisťovne, pričom nižšie príjmové skupiny mali byť k tomuto kroku motivované silnejšie, nakoľko paušálny príspevok ich v porovnaní k ich príjmu zaťažuje viac ako vyššie príjmové skupiny. Paušálny dodatočný príspevok mal rovnako slúžiť ako jasný a ľahko prístupný porovnávací cenový parameter jednotlivých zdravotných poisťovní a mal **zlepšovať ich porovnateľnosť a zvyšovať tak konkurenciu**.

Avšak výsledná podoba dodatočného príspevku v zákone bola výsledkom politických kompromisov, čo viedlo prak-

Tabuľka 1: Príjmy a výdavky zdravotných poisťovní povinného zdravotného poistenia spolu v miliardách €

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Príjmy spolu	133,81	135,79	139,71	141,05	144,27	145,74	149,93	156,06	162,52	172,20
z toho: príspevky na ZP	130,05	131,89	136,21	137,78	140,11	140,25	142,18	149,96	155,88	159,80
z toho: iné príjmy bez kompenzácie rizikovej štruktúry	3,76	3,90	3,50	3,27	4,16	5,49	7,75	6,09	6,63	5,20
z toho: dotácie štátu					1,00	2,50	4,20	2,50	4,00	7,20
Výdavky spolu	133,70	138,81	143,03	145,09	140,18	143,81	148,00	153,93	160,94	170,78
z toho: platby za výkony	125,94	130,63	134,33	136,22	131,16	134,85	138,68	144,43	150,90	160,40
z toho: výdavky na správu	7,30	7,64	8,02	8,21	8,11	8,16	8,11	8,20	8,23	8,91
Rozdiel: príjmy – výdavky	0,10	-2,69	-3,41	-3,40	4,02	1,68	1,63	1,70	1,43	1,42
Rozdiel: príjmy – výdavky bez dotácií štátu	0,11	-3,02	-3,32	-4,04	3,09	-0,57	-2,27	-0,37	-2,42	-5,78

Poznámka: rozdiel medzi príjmami a výdavkami bol korigovaný o saldá z kompenzácie rizikovej štruktúry vrátane nákladov na správu Disease-Management programov

Zdroj: Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, vlastné prepočty

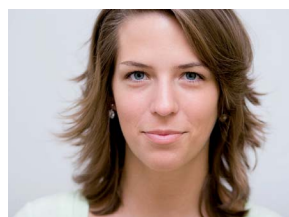
tický k jeho znefunkčneniu. Zdravotné poisťovne v prípade, že príjmy od Zdravotného fondu nekryjú dostatočne ich výdavky, majú právo žiadať od svojich poistencov dodatočný príspevok. Poisťovňa sa pritom v období rokov 2009 a 2010 mohla rozhodnúť, či tento príspevok bude **paušálny alebo bude stanovený ako percento z príjmu**. Výška dodatočného príspevku bola pritom obmedzená na 1 % z príjmu pre účely platby zdravotného poistenia (tzv. Überforderungsregel). Obidve tieto pravidlá však konkurenciu na trhu zdravotných poisťovní obmedzujú a nie rozvíjajú, tak ako bolo zámerom tvorcov zákona.

Kombinácia dodatočného príspevku a obmedzenie jeho výšky na max. 1 % z príjmu bez príslušnej kompenzácie príjmovej štruktúry môže v konečnom dôsledku viesť **k znevýhodneniu zdravotnej poisťovne nie pre jej zlé hospodárenie, ale pre príjmovú štruktúru jej poistencov**. Sociálne vyrovnanie v takomto prípade prebieha na úrovni konkrétnej zdravotnej poisťovne a nie na úrovni celého systému zdravotného poistenia. Ak dodatočný príspevok pre jedného poistenca dosiahne strop 1 % jeho príjmu, nemusí zaplatiť jeho celú sumu a tento náklad sa preniesie na ďalších poistencov. Z toho vyplýva, že dodatočný príspevok požadovaný zdravotnou poisťovňou je o to vyšší, čím viac jej poistencov dosiahne strop 1 % z príjmu. Vyšší dodatočný príspevok motivuje poistencov s vyšším príjmom zmeniť zdravotnú poisťovňu, avšak poistenci s nižším príjmom v nej ostávajú, keďže sú chránení jednopercenčným stropom a navyšovanie dodatočného príspevku sa ich nedotkne. Dodatočný príspevok sa v takomto prípade stáva zrkadlom príjmovej štruktúry poistencov zdravotnej poisťovne a neodzrkadľuje jej kvalitu. Na takto pokrivenom konkurenčnom prostredí nič nemení ani fakt, že strop 1 % z príjmu sa môže uplatňovať až pri dodatočnom príspevku nad 8 €, naopak, ešte viac kriví motivácie a správanie príjmových skupín okolo 800 € mesačne.

Tento nedostatok systému dodatočného príspevku bol od 1. 1. 2011 odstránený a to tak, že sociálne vyrovnanie už neprebíha v rámci jednej zdravotnej poisťovne, ale v rámci systému zdravotného poistenia ako takého. Zároveň bol dodatočný príspevok definovaný ako od príjmu nezávislý príspevok stanovený konkrétnou sumou v eurách (viď Zdravotná politika 3/2011). Vďaka týmto opatreniam je otvorený priestor na naplnenie cieľov, ktoré boli v Nemecku vytýčené pri zavádzaní dodatočného príspevku. V prípade, že zdravotná poisťovňa začne od svojich poistencov žiadať dodatočný príspevok, nebude sa jeho výška odvíjať od výšky príjmov jej poistencov, ale bude jednak odrazom jej ekonomickej situácie ako aj výsledkom jej strategického konkurenčného rozhodnutia. **Konštrukcia dodatočného príspevku 2011 je lepšia ako tomu bolo v roku 2009, stále však nie je bezchybná.** Avšak jeho zavedením a zlepšovaním sa Nemecko postupne pripravuje na zmenu financovania systému zdravotníctva ako takého.

Zdroje:

- Jahresgutachten 2006/2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.
- Jahresgutachten 2009/2010 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.



Mária Pourová (1983) je junior analytik Health Policy Institute. Na Ekonomickej univerzite vo Viedni študuje manažment rizika, poisťovníctvo a procesný manažment.

» kontakt

pourova@hpi.sk

www.hpi.sk

„Kto dnes nie je na Facebooku, neexistuje!“



Boom internetových sociálnych sietí nás v Health Policy Institute nemohol nechať ľahostajných.

Vytvorili sme preto na Facebooku profilovú stránku HPI. Pridajte si ju medzi obľúbené a zostanete s nami v kontakte.

Na Facebooku nájdete aj profilovú stránku Health Management Academy. Sledujte novinky HMA: oficiálne i neformálne.



zdravotnáPolitika

» mesačník o zdravotnej politike

ISSN 1338-1172

Patrite k občasným čitateľom nášho newslettera? Zaregistrujte sa (bezplatne) na www.hpi.sk (alebo nám pošlite mail na newsletter@hpi.sk) a budete dostávať každý mesiac e-mailové avízo o novom vydaní mesačníka, ako aj pozvánky na odborné akcie z oblasti zdravotnej politiky.

Prihláste sa už dnes do vzdelávacieho programu Master of Science



- Nové vedomosti a zručnosti
- Noví priatelia a networking
- Svetové vedomosti bez cestovania a rečovej bariéry
- Skúsení lektori
- Prestížny titul Master of Science

Cena – **18 890,- €** s DPH



Volajte: +421 911 596 050
Kliknite na: www.hma.sk
Pište na: frisova@hma.sk



Rok 2010 u nás:

Health Policy Institute,
Health Research & Consulting a
Health Management Academy



**HEALTH
POLICY
INSTITUTE**

WWW.HPI.SK

***„Naše myšlienky vytvárajú lepšie
zdravotníctvo.“***

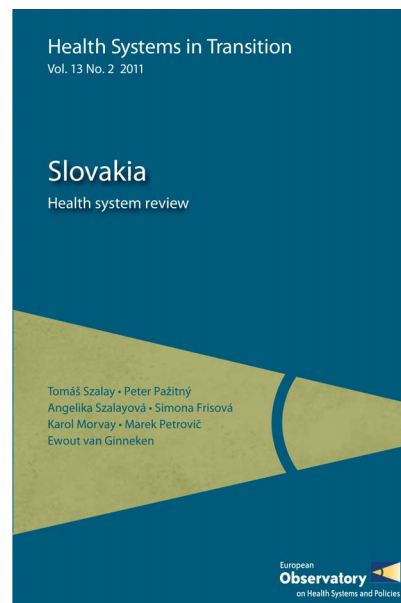
Od januára 2005, kedy sme v štvorici Tomáš Szalay, Angelika Szalayová, Henrieta Maďarová a Peter Pažitný zakladali HPI, prešlo slovenské zdravotníctvo dôležitými zmenami, ktoré testovali robustnosť systému manažovanej konkurencie. Jej základy boli položené reformnými zákonmi z roku 2004, na ktorých sme sa vďaka Rudolfovi Zajacovi aktívne podieľali aj my.

Rok 2010 bol pre nás úspešným rokom vo viacerých ohľadoch. V prvom polroku 2010 sme sa aktívne zúčastňovali diskusií o budúcom nastavení zdravotnej politiky na Slovensku. V rámci projektu *Nové idey pre Slovensko* sme boli oslovení k napísaniu výhodísk zdravotnej politiky, ktoré napokon vyšli pod názvom „2 cesty slovenského zdravotníctva“. Oficiálne predstavenie publikácie sa konalo na tematickej konferencii k zdravotníckym programom politických strán v apríli 2010.



Našou víziou je stať sa najrešpektovanejším zdravotníckym think-tankom v strednej a východnej Európe.

Health Policy Institute zorganizoval predvolebnú diskusiu o zdravotníckych programoch politických strán. A dokončil publikáciu v prestížnej edícii WHO/Observatory Health Systems in Transition.



Na pozvanie Konzervatívneho inštitútu sme sa s viacerými ďalšími think-tankami stali súčasťou odvážneho projektu *Reformná vláda*, ktorého ambície boli zadefinovať (ešte pred voľbami) kľúčové východiská programového vyhlásenia reformnej vlády. Analytici HPI boli zodpovední za prípravu kapitoly zdravotníctvo. Zmena kurzu vládnutia v júni 2010 umožnila, aby sa z týchto 52 téz z programového vyhlásenia reformnej vlády do skutočného programového vyhlásenia prepracovalo až 25.

Tomáš Szalay a Angelika Szalayová sa od augusta 2010 aktívne podieľali na odborných úlohách pre ministerstvo zdravotníctva. Tomáš sa venoval stabilizačným opatreniam a Angelika liekovej politike. Kým Tomáš sa na odborných úlohách podieľal až do konca decembra 2010, Angelika po odborných nezhodách svoju činnosť pre MZ SR ukončila k 31.10.2010.

V rámci projektu EUREGIO III v novembri 2010 sa nám s organizačnou a finančnou pomocou Semmelweis University podarilo zorganizovať trojdňovú vysoko odbornú konferenciu, na ktorú sme priťahli súčasnú domácu a svetovú odbornú špičku. Naše pozvanie okrem domácich expertov prijali

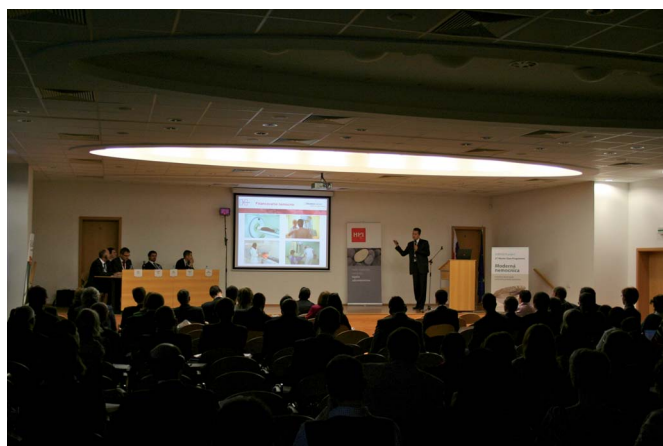
zahraniční odborníci ako Kunibert Lennerts, Phil Nedine, Henu Kjisik, či Barrie Dowdeswell, ktorých práca určuje trend v oblasti dizajnu, výstavby a prevádzky nemocníc vo svete.

Veľmi nás potešilo, že sme s láskavou podporou Open Society Fund (OSF) a Slovenskej asociácie farmaceutických spoločností (SAFS) mohli od septembra 2010 opätovne spustiť vydávanie nášho pravidelného newslettera *Zdravotná politika*. Obom donorom za ich podporu láskavo ďakujeme.

Od založenia HPI bolo našou víziou vytvoriť rešpektovaný zdravotnícky think tank a aktívne ovplyvňovať zdravotnú politiku nielen na Slovensku, ale aj v iných krajinách Strednej a Východnej Európy s cieľom budovať lepšie zdravotné systémy, ktoré rešpektujú spotrebiteľov a vyžadujú zodpovednosť zdravotných poisťovní, poskytovateľov a občanov.

Naše ukotvenie na európskej úrovni sme potvrdili tým, že European Observatory a WHO si tím HPI vybralo pre napísanie prestížnej publikácie *Health System in Transition: Slovakia 2011*. Po dvaapoločnej práci bola táto prestížna publikácia o slovenskom zdravotníctve vydaná na jar 2011.

Trojdná konferencia Moderná nemocnica so špičkovou medzinárodnou účasťou zaplnila kongresovú sálu ministerstva zdravotníctva.



Health Policy Institute, – Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku nemohol chýbať pri vzniku networku zdravotníckych expertov strednej a východnej Európy CEE HPN. Jeho základy boli položené na jeseň 2010 v Bratislave. Prvé stretnutie networku bolo v marci 2011 v Budapešti (fotografia).

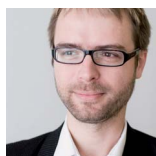
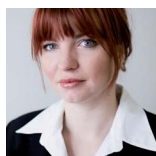
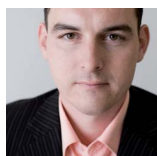


Dôležitú úlohu HPI na stredoeurópskej scéne dokumentuje fakt, že HPI sa v roku 2011 stalo zakladajúcim členom Central & East European Health Policy Network (CEE HPN). Prvým produktom tohto unikátneho zoskupenia zdravotníckych expertov z krajín Strednej a Východnej Európy bude prezentácia strategických scenárov pre zdravotnícke systémy týchto krajín do roku 2020.

HPI v roku 2010 dosiahlo stratu 17 571 € a bolo na strane výnosov financované prevažne z grantov (OSF, SAFS), sponzorských a reklamných príspevkov na usporiadanie konferencie EUREGIO III (Dôvera Holding, AMCHAM, MEDIA IN, MADRESS, MIELE) a účastníckych poplatkov za konferencie a publikácie. Naša vďaka patrí za finančnú podporu patrí aj zubnej klinike Schill Dental Clinic.

Naše konferencie navštevujú ľudia z rôznych firiem zo Slovenska a zahraničia. Dovoľte spomenúť aspoň niektoré z nich: AGEL SK, ALIAN, B BRAUN, BIO-FIT, CENTIRE, EMC Instytut Medyczny, EUROPEAN INVESTMENT BANK, fakultné nemocnice z Trenčína, Nitry, Banskej Bystrice, GSK, Gratex, IBM, Interklinik, Magellan, MYLAN, NOU, NESS, PWC, SIEMENS, či UNIPHARMA.

Medzi kľúčové referencie HPI môžeme zaradiť Ministerstvo zdravotníctva SR, Ministerstvo zdravotníctva ČR, Výskumný inštitút strategických štúdií z Maďarska, maďarský Úrad pre dohľad, Stockholm Network, Institut d'Economie de la Sante či WHO.



Tím HPI 2010/2011

Partneri:

Ing. Peter Pažitný, MSc.

MUDr. Tomáš Szalay

MUDr. Angelika Szalayová

Senior analytici:

Ing. Simona Frisová

Ing. Karol Morvay, PhD.

MUDr. Sylvia Hnilicová

Ing. Janka Červenáková

Marketingová konzultantka:

Mgr. Andrea Benáková

Finančná riaditeľka:

Ing. Ivana Morvayová

Junior analytici:

Mária Pourková

Ing. Tomáš Sivák

Administratívna a organizačná podpora:

Lenka Borošová

Tabuľka 1: Hospodárenie Health Policy Institute v rokoch 2005 až 2010 v €

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Výnosy	53 542	50 488	11 983	52 712	13 397	44 915
Náklady	55 069	48 330	17 560	29 410	33 077	62 487
Výsledok hospodárenia	-1 527	2 158	-5 543	23 302	-19 681	-17 571

Zdroj: HPI, 2011

HEALTH RESEARCH & CONSULTING

WWW.HEALTHRESEARCH.SK



Health Research & Consulting

**„Naše analýzy vytvárajú lepšie
zdravotníctvo.“**

Spoločnosť Health Research & Consulting (HRC) sme založili ešte v roku 2005 ako sesterskú spoločnosť HPI, ktorá sa zameriava na business consulting v oblasti zdravotníctva. Vlastníkmi Health Research & Consulting, s. r. o. sú Peter Pažitný, Tomáš Szalay a Angelika Szalayová.

Health Research & Consulting sa zaoberá analýzami, prognózami a poradenstvom. HRC pre svojich klientov pravidelne spracováva analýzy a prognózy makroekonomického prostredia, trhu zdravotného poistenia, farmaceutického trhu, hľadá najlepšie postupy vo svete, analyzuje dopady opatrení zdravotnej politiky a spracováva marketingové analýzy a spotrebiteľské správanie.

Financovanie HRC je založené na komerčnom princípe a medzi kľúčové referencie patria najmä: Dôvera, HMO Slovakia, Management Skill Base, KAPSCH, Združenie zdravotných poisťovní (ZZP SR), AGEL, HICEE, PENTA, REAL-K, SAFS, SI MEDICAL, SWISS-RE, A.T. KEARNEY, či podpora od spoločnosti FALCK pri organizovaní konferencií.

Okrem toho má HRC príjmy za účastnícke poplatky na konferenciách a z predaja publikácií a štúdií.

HEALTH MANAGEMENT ACADEMY

WWW.HMA.SK



**„Naši študenti vytvárajú lepšie
zdravotníctvo.“**

Health Management Academy (HMA) vznikla v roku 2007 s cieľom ponúknuť kvalitné vzdelávania v oblasti zdravotnej politiky a zdravotného manažmentu. Spoločnosť HMA sa veľmi rýchlo etablovala na vzdelávacom trhu a priniesla rôznorodé vzdelávacie programy pre lekárov, lekárnikov, manažérov, politikov a expertov. K dnešnému dňu absolvovalo naše vzdelávacie programy viac ako 180 študentov.

Vlastníkmi spoločnosti Health Management Academy sú Peter Pažitný, Simona Frisová, Janka Červenáková, Tomáš Szalay, Angelika Szalayová a Karol Morvay.

V roku 2010 zaznamenala HMA veľký úspech, keď v spolupráci s budapeštianskou Semmelweis University spustila vzdelávací program Master of Science, ktorý ponúka 5-semestrálne štúdium v slovenskom jazyku so špičkovými slovenskými a zahraničnými lektormi. V historicky prvom ročníku momentálne študuje 20 študentov. Ďalší ročník pre nových uchádzačov sa otvára v septembri 2011.

Tabuľka 2: Hospodárenie Health Research & Consulting v rokoch 2005 až 2010 v €

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Výnosy	267 277	501 494	228 109	371 506	87 338	35 589
Náklady	68 413	170 451	186 981	291 741	67 375	50 509
Výsledok hospodárenia	198 865	331 043	41 127	79 765	19 962	-14 920

Zdroj: HRC, 2011

Tabuľka 3: Hospodárenie Health Management Academy v rokoch 2005 až 2010 v €

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Výnosy	-	-	65 525	152 792	135 579	99 459
Náklady	-	-	82 752	123 515	135 325	134 976
Výsledok hospodárenia	-	-	-17 228	29 277	254	-35 517

Zdroj: HMA, 2011



Prominentní hostia otvárali MSc. program v manažmente zdravotných služieb na Health Management Academy v septembri 2010.

Veľmi nás teší, že naše študijné programy majú oporu aj medzi firmami a inštitúciami ako: AMGEN, RZP, ALPHA MEDICAL, APOLLO ZP, Asociácia súkromných lekárov, Dôvera ZP, HARTMANN RICO, HUDOS, Hutnická ZP, JOHNSON & JOHNSON, MEDIREX, MIRAKL, Nemocničná a.s., PRACTIC, PROCARE, UNIPHARMA, BIO – FIT, GLAXO SMITH KLINE, LOHMAN RAUSCHER, OZONE LABORATORIES, SUNPHARMA, PFIZER, UNION ZP, Vitality, HB REAVIS, Ministerstvo zdravotníctva SR, Ministerstvo zdravotníctví ČR, FN Nitra, FN Trnava, Nemocnice Malacky, DFN Banská Bystrica, Roche, Sanofi Aventis, či UCB.

Taktiež nás teší dôvera desiatok lekárov po celom Slovensku, ktorý sa zúčastňujú našich vzdelávacích programov zameraných na manažment ambulancií a lekárov. Vzdelávací program LEKÁR už má akreditáciu MZ SR.



Prihláste sa už dnes do vzdelávacieho programu **Master of Science**



Případová studie: Analýza problematiky nástupu nových zaměstnanců do HZP

Na Dni otevřených dveří akademie HMA v červnu 2009 představil svou závěrečnou práci v rámci programu Manažér ING. PETR MALÝ z české Hutnické zdravotní pojišťovny (HZP). Tato pojišťovna se 1. října 2009 zlúčila s Českou národní zdravotní pojišťovnou a vytvořila spolu Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu, se 730 tisíci poistenci třetí největší pojišťovnu v České republice.

ÚVOD

Do Hutnické zaměstnanecké pojišťovny jsem nastoupil v únoru 2008. Jedním z mých úkolů bylo vytvořit nové oddělení (cca 5 lidí), které mělo pomáhat pojišťovně aktivně reagovat na změny na trhu veřejné zdravotní péče. Splnění úkolu úzce souviselo s dobrým zvládnutím procesu získávání „nových“ zaměstnanců, a proto jsem se pokusil analyzovat dosavadní postup HZP při nástupu nových zaměstnanců a konfrontovat jej se svými zkušenostmi. Výsledkem studie pak měl být návrh, jak lépe přistupovat k procesu získávání a uvedení nových pracovníků.

A – PROCES ZÍSKÁVÁNÍ NOVÝCH ZAMĚSTNANCŮ

A1) PROSTŘEDÍ FIRMY

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna (HZP) byla zřízena na základě žádosti největších hutních podniků severomoravského regionu a vznikla 1. 12. 1992. Strukturu HZP tvoří čtyři odborné úseky (**Diagram 1**).

Mezi základní funkce, které pojišťovna zajišťuje patří:

- výběr pojistného, údržba registrů pojištěnců a plátců pojistného, kontakt s pojištěnci,
- zajištění smluvních vztahů s poskytovateli zdravotní péče,
- zajištění dostupnosti zdravotní péče a efektivní alokace zdrojů,
- kontrolní a revizní činnost směrem k zdravotním zařízením.

A2) POTŘEBY ORGANIZACE V OBLASTI LIDSKÝCH ZDROJŮ

Management HZP si uvědomuje, že lidské zdroje jsou jedním z nejdůležitějších aktiv, které firma potřebuje k zajištění svých činností. V návaznosti na některé strategické cíle (růst, profesionalizace služeb, pružná reakce na měnící se podmínky na trhu) musí firma aktivně přistupovat k řízení personálních procesů. Podílí se na nich personální oddělení, ředitel a manažeri úseků. Část procesu je systematicky řešena interní směrnici (nábor pracovníků). Dle teorie řízení však řada důležitých aspektů v procesu chybí (písemný plán, SMART definice cílů, kontrola).

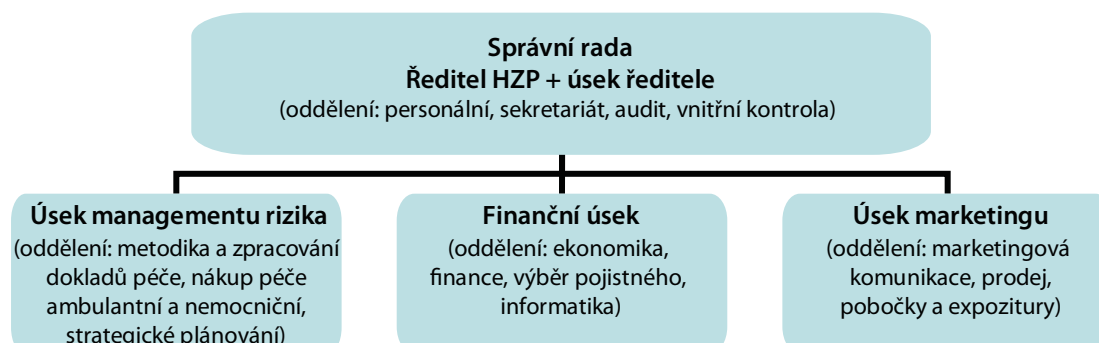
A3) PROBLÉM S NÁSTUPEM NOVÝCH ZAMĚSTNANCŮ

HZP v polovině roku 2007 restrukturalizovala dva ze čtyř úseků (management rizika a marketing) – tradiční organizační strukturu přeměnila na strukturu pracovních týmů s cílem optimalizovat vykonávané činnosti a posléze také počet zaměstnanců tak, aby byla připravena na očekávanou transformaci úlohy zdravotních pojišťoven v rámci reformy systému zdravotnictví v České republice.

Vznikl však problém v tom, že:

1. HZP zaznamenává dlouhodobě úbytek svých zaměstnanců při současném růstu počtu pojištěnců (*flukuační kvóta se pohybovala v některých měsících až na úrovni 2 %, stav zaměstnanců k 31. 12. 2008 = 239, nevyšší pohyb je na úrovni nižších pracovních pozic*)
2. HZP se nedaří nalézt na trhu práce kvalitní pracovníky, kteří by s ohledem na zásadní změny v organizační struktuře mohli zastávat práci na nových pracov-

Diagram 1: Organizační struktura HZP (2009)



ních místech (např. v úseku managementu rizika chybí obsadit téměř celá 1/3 z celkového počtu 85 systemizovaných míst)

Logicky lze dopady uvedeného problému charakterizovat následujícím způsobem:

1. z krátkodobého hlediska jsou jednotlivé činnosti kumulovány na stávající pracovníky, ti jsou pak pracovním přetěžováním, dochází k nedodržování termínů, k chybám, ke stížnostem z řad klientů i interních zákazníků.
2. z dlouhodobého hlediska může dojít ke zhoršení kvality služeb pro klienty pojišťovny, nebude se dařit naplňovat strategické cíle a bude docházet ke ztrátám konkurenčních výhod, situace může cyklicky vyústit v trvalé zhoršení pracovních podmínek a podmínit tak další odchody z firmy.
3. pozitivním momentem problému je, že pod tlakem nedostatku personálních zdrojů dochází ke zefektivnění některých pracovních činností.

B – ANALÝZA PROBLEMATIKY NÁSTUPU NOVÝCH ZAMĚSTNANCŮ

B1) ORGANIZAČNÍ STRUKTURA

Detail organizační struktury Úseku managementu rizika, kde pracují jako vedoucí týmu strategického plánování (činnost týmu je v současné době omezena) a vedoucí týmu pro nemocniční zdravotní péči je uveden v **Příloze 1**.

Je možné, že takto navržená struktura neodpovídá nebo nebude odpovídat očekávané realitě ať už z hlediska své skladby (tj. dle procesního rozdělení) nebo z hlediska potřebného počtu pracovních míst.

B2) ANALÝZA PRÁCE, MÍST A UCHAZEČE

Analýza pracovních pozic a požadavků na pracovníka může pomoci zvážit, zda-li nová místa opravdu korespondují s potřebami pojišťovny (**Diagram 2**).

Analýza práce – důkladné analýze práce, ve smyslu teoretických východisek, není v HZP věnována příliš velká pozornost. Přesto mají manažeři i personalisté určitou představu o tom, jaká je povaha práce, na kterou je uchazeč přijímán.

Tato představa však nebývá formálně zachycena a to má vliv na problémy při definování pracovní pozice, požadavků na zaměstnance i při pohovorech.

Analýza organizace – ani k analýze potřeb HZP nepřistupuje příliš systematicky a je vždy spíše kladen důraz na to, aby hledaná osoba byla vhodná pro pracovní pozici než pro organizaci jako celek. Nicméně některé základní požadavky odrážející firemní kulturu jsou do požadavků na uchazeče zahrnovány. Patří sem zejména – spolehlivost, flexibilita a schopnost týmové práce.

Popis pracovní pozice – popis pracovní pozice je v HZP formalizován interní směrnici. Z popisu se vychází i při přípravě a samotném výběru nového zaměstnance (viz. vzorový popis v **Příloze 2**). „Vzorové“ popisy, které charakterizují nároky na zaměstnance v dané pracovní funkci a vymezují související činnosti, povinnosti a kompetence, připravují manažeři. Popisy se revidují a aktualizují ve dvouletých intervalech.

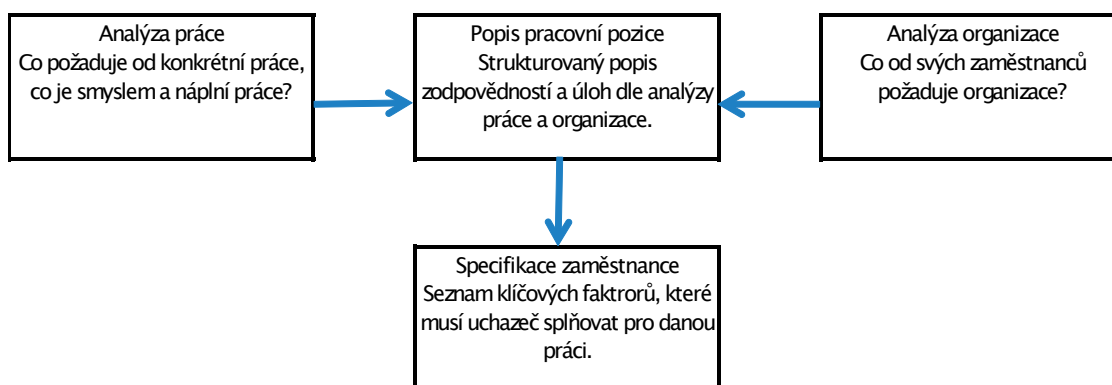
Specifikace pracovníka – jsou obsaženy v popisu pracovní pozice.

B3) ZDROJE NÁBORU PRACOVNÍKŮ

Požadavek na obsazení pracovní pozice vychází od manažerů. V součinnosti s personálním oddělením pak začíná probíhat proces náboru zaměstnance.

- **stávající zaměstnanci** – HZP má zájem primárně obsadit každé nové či uvolněné místo z interních zdrojů. Podmínka povinného interního VŘ je neefektivní a to zejména z důvodů časových ztrát (pokud není vhodný uchazeč nalezen) a také proto, že firma v určitém ohledu „degeneruje“ – interní zaměstnanci mohou mít oborovou či profesní slepotu a nedokážou přinést firmě moc nového.
- **interní databáze externích uchazečů** – databáze žadatelů o práci, kteří si sami zasílají nabídku práce nebo se přihlásili do jiných VŘ a neuspěli. Databáze je dobrým nástrojem pro rychlý nábor pracovníků, její vybudování a správa není příliš nákladná. Bohužel často obsahuje neaktualizované údaje (záznam se eviduje 3 roky). Další nevýhodou je, že personální útvar přistupuje k tomuto nástroji příliš pasivně, tzn. nejsou vyvíjeny cílené aktivity na rozšíření či aktualizaci informací.

Diagram 2: Postup analýzy práce a uchazeče



Tabulka: Zdroje pro nábor pracovníků

Typ	Zdroj	Priorita využití	Klady, silné stránky z pohledu HZP	Zápory, slabé stránky z pohledu HZP
interní	stávající zaměstnanci	primární	nízké nebo žádné náklady, dobrá znalost uchazeče, rychle dostupní uchazeči	strnulost organizace, ochuzení se o nové myšlenky a pohledy, v současnosti vyčerpaný
externí	interní databáze	primární	relativně nízké náklady na zřízení a údržbu, rychle dostupné údaje	pasivní přístup HZP, neaktuální informace
	inzeráty	primární	oslovení široké základny uchazečů	relativně drahé, někdy špatná účinnost, časově náročné
	reference	sekundární	bez nákladů, spolehlivost uchazečů, rychlost	pasivní přístup ze strany HZP
	personální agentury	sekundární	profesionalita, širší zdroje	vysoké náklady, časová náročnost, potřeba správně definovat požadavky
	internet	sekundární	nízké náklady, snadno dostupný zdroj, oslovení široké základny uchazečů	pasivní přístup HZP, málo účinný pro některé kvalifikace, mnoho portálů
	stáže	sekundární	nízké náklady, možnost vyzkoušet si dlouhodobě uchazeče	změna legislativy, po zaučení stážisté odcházejí, velmi úzký zdroj, časově náročné

- **inzeráty** – častý nástroj náboru pracovníků. HZP používá textový inzerát, doplněný logem (viz. **Příloha 3**). Text obsahuje hlavně požadavky pro výkon pracovní funkce, popis nabízených podmínek je stručný. V inzerátu postrádám popis pracovních úkolů, kompetencí a zodpovědností. Inzeráty jsou umísťovány do regionálních příloh MF Dnes a Lidových novin. Lze zjednodušit, že u inzerátů na „nižší“ pozice bývá ohlas několikanásobně vyšší, než-li je tomu u inzerátů na pozice „vyšší“ (management). Načasování inzerátu je podřízeno pouze vzniku potřeby hledat kandidáty, jiné faktory (sezónnost, časový předstih) nejsou brány v úvahu.
- **reference zaměstnanců** – v minulosti velmi oblíbený zdroj. Dnes se dá považovat za částečně vyčerpaný a to i proto, že HZP jej nijak aktivně nepodporuje.
- **personální agentury** – HZP je používá jen velmi výjimečně. Důvodem je špatná zkušenost z minulosti, časová náročnost a vysoké náklady na nalezení nového pracovníka.
- **internet** – upoutávky jsou umísťovány na web firmy. Spolupráce s portály, které nabízejí a zprostředkovávají práci, zatím nebyla vyzkoušena ani navázána.
- **stáže** – v minulosti prošlo stáží v HZP více než 50 studentů (podpora Úřadem práce). „Osvědčeným“ stážistům nabídla pojišťovna místo. Dnes jsou stáže zprostředkovávány třetími osobami, což výrazně snížilo jejich pružnost a dostupnost.

B4) PROCES VÝBĚRU UCHAZEČŮ

Proces výběru uchazečů se obvykle skládá ze tří částí:

1. Předvýběr
2. 1. kolo výběru – pohovor (obecný)
3. 2. kolo výběru – praktická zkouška

Předvýběr – ze souboru zájemců o místo jsou s ohledem na klíčové požadavky a podle motivačního dopisu a životopisu vybíráni uchazeči do tzv. širšího výběru. Každý z uchazečů je informován, zda-li je jeho nabídka práce pro firmu zajímavá nebo ne. Pokud není uchazeč vybrán, je mu nabídnuto zařazení do interní databáze. S ostatními je telefonicky dohodnut termín, místo a podmínky osobního pohovoru.

1. kolo výběru – pohovor je předem připraven a většinou veden tříčlennou komisí (manažer, pracovník útvaru, personalista). Vždy je snaha pohovor vést tak, aby uchazeč mluvil alespoň 70% času, který je na pohovor vyhrazen. Pohovor splňuje všechny formální i obsahové požadavky (dle teorie). Nejpozději druhý den se komise znovu schází a určuje, kdo postupuje do dalších fází VŘ.

2. kolo výběru – cílem druhého kola VŘ je detailněji prověřit praktické znalosti a zkušenosti vybraných uchazečů. Povaha praktické zkoušky či pohovoru se liší dle specifík dané pracovní pozice. Většinou jde o návrh koncepce řešení problému, prezentaci a obhajobu koncepce v diskuzi.

Firma standardně nepoužívá v rámci VŘ žádné osobnostní a jiné znalostní testy, ani nástroje tzv. assessment center.

B5) NÁSTUP DO ORGANIZACE A UVEDENÍ PRACOVNÍKA

Vítězi VŘ je představen návrh pracovní smlouvy a případně jsou dojednány další požadavky. Zásada však říká, že změny by neměly významným způsobem měnit podmínky, které byly známy před zahájením VŘ.

Uvedení nového pracovníka je v HZP formalizováno interními směrnici. Východiskem by měl být tzv. „Plán adaptace“ (**Příloha 4**). Praxe se však odlišuje. Důležitým momentem v procesu adaptace je také to, že proces není nijak zahrnut do úkolů personálního oddělení, ale spadá plně do zodpovědnosti manažerů.

Proces uvedení se pokusím stručně analyzovat s pomocí konceptu „Nástupu do organizace“. Model rozděluje nástup do firmy do 9 základních fází. Fáze 1 až 5 zachycují získání nového pracovníka, fáze 6 až 9 analyzují uvedení pracovníka do firmy.

Fáze 6 – přizpůsobení

Protože v HZP je řízení tohoto procesu plně v pravomocích manažera, je ve výsledku velmi ovlivněno jeho kvalitami a stylem řízení. Obecně lze říci, že počáteční fáze uvedení jsou v HZP značně podceňovány. A to jak z roviny materiálního zajištění – čekání na vybavení ICT a jinou technikou, tak i z hlediska zajištění informací – neexistuje ucelený set základních informací a naučit se rychle orientovat v administrativní i odborné problematice firmy, je mnohdy závislé jen na schopnostech a důvtipu nového zaměstnance.

Fáze 7 – adaptace

To, že je efektivní řízení této fáze značně problematické (s ohledem na značný vliv různých subjektivních faktorů), se ukazuje také v pojišťovně. Proces je založen na „ad-hock“ událostech a jen díky vstřícnosti a zároveň také zodpovědnosti některých členů týmů je zaměstnancům poskytnuta pomoc při adaptaci a začlenění se do kolektivu.

Fáze 8 – odchod

Důvody odchodu nejsou často dostatečně analyzovány a opatření k jejich prevenci nejsou systematicky uplatňována do personální práce firmy, proto dnes neznáme hlavní důvody odchodů zaměstnanců. Na některých pozicích jsou zaměstnanci „ve výpovědi“ drženi zbytečně dlouho. Jejich přítomnost pak působí kontraproduktivně, navíc mohou demotivovat jiné zaměstnance. Systematicky také není zajištěno předání a kontinuita pracovních úkolů.

Fáze 9 – audit

Audit není prováděn.

C – HODNOCENÍ PROCESU NÁSTUPU ZAMĚSTNANCŮ DO HZP

Schematicky zachycuje hodnocení fází procesu nástupu nových zaměstnanců do HZP **Graf 1** (na ose X je uveden význam fází procesu tak, jak je v současné době vnímá HZP, osa Y zachycuje kvalitu řízení fáze procesu) a doplňuje jej stručný výčet klíčových vlivů na výsledné hodnocení.

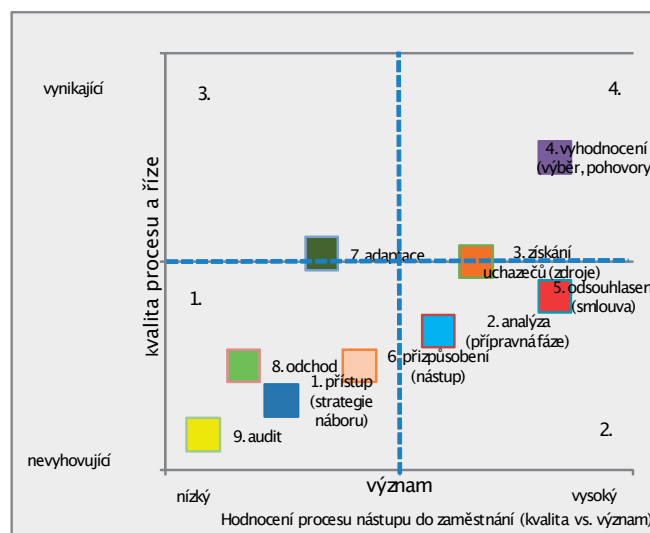
V rámci celého procesu je kladen důraz hlavně na část náboru, výběru a získání pracovníků (kvadranty 2. a 4.). Kvalitativně však lze i v těchto činnostech najít prostor pro zlepšování. Fázím uvedení a adaptace, včetně koncepčně zaměřených činností se pak v HZP nevěnuje dostatečná pozornost (kvadranty 1. a 3.). To se odráží v jejich celkově nízké kvalitě a přímo i ve výsledcích získávání a dlouhodobého udržení zaměstnanců.

Nábor, výběr a získání pracovníků:

- Personální strategie není jednoznačně formulovaná.
- V přípravné fázi náboru pracovníků nejsou personálním útvarem ani manažery dostatečně využívány nástroje k analýze práce, pracovních pozic a požadavku na pracovníka. HZP se pak snaží obsadit místa nebo najít typ lidí, jejichž zřízení nebo kvalita nejsou zcela v souladu s reálnými potřebami firmy.
- Zdroje odpovídají požadavkům HZP i možnostem trhu, avšak řada z nich je řízena méně efektivně (interní databáze, inzeráty) nebo není aktivně řízena vůbec (internet, reference),
- Proces výběru pracovníků (první předvýběr, osobní pohovory) je formalizován interní směrnici a prakticky prováděn na vysoké profesionální úrovni. Zde již prostor pro přílišné zlepšování a optimalizaci nevidím. Přípomínkou je to, že se při výběru nepoužívají žádné „vědecké nástroje“ a subjektivní faktor (intuice) má až příliš velkou váhu.

Uvedení, adaptace, odchod pracovníků – o řízení jaké takovém nelze v rámci této části procesu příliš hovořit. Situace však není stejná napříč celou firmou, ale liší se dle přístupu manažerů. Zásadním momentem pak je, že proces uvedení

Graf 1: Matice hodnocení fází procesu nástupu zaměstnanců do HZP



není nijak formován a kontrolován personálním oddělením. Hlavní nedostatky jsou:

- Proces uvedení a adaptace pracovníka není cíleně plánován, nejsou definována žádná kritéria, pomocí kterých by mohl být proces monitorován, kontrolován a vyhodnocen.
- Tzv. „zaškolovací kolečko“ je v HZP zcela nestandardním nástrojem.
- Informace, kterými je nový pracovník v prvních dnech a týdnech ve firmě vybaven, jsou nedostatečné, nestructurované, někdy málo srozumitelné.
- Technické vybavení pracovníka a pracoviště není připraveno dopředu, ale řeší se až po nástupu pracovníka.
- Odchodu zaměstnanců není věnována náležitá pozornost, nejsou analyzovány příčiny nespokojenosti, není vždy plně zajištěna kontinuita a předání práce.
- Novému zaměstnanci je přidělen mentor nebo průvodce, pro tyto role však není vyčleněn časový prostor.

D, E – NÁVRHY A OPATŘENÍ A JEJICH VLIV NA BUDOUCÍ PERSONÁLNÍ ČINNOSTI VE FIRMĚ A ZÍSKÁVÁNÍ NOVÝCH PRACOVNÍKŮ

Své návrhy a hodnocení jejich vlivu na nábor nových pracovníků jsem soustředil na oblasti (dle provedené analýzy), které osobně považuji za nedostatečné nebo nevyhovující. Dílčí kroky akčního plánu navrhuji pro účely studie v obecnější rovině. Jejich praktická realizace však bude vyžadovat detailní rozpracování, včetně termínování, kritérií pro monitoring a vyhodnocení apod.

Pozn.: Samotnému náboru pracovníků samozřejmě musí předcházet úvahy o tom, kam má dané oddělení směřovat, jaká je jeho úloha a přínos v rámci organizace apod. Příprava strategických plánů a úvahy jsou však nad rámec této studie, a proto budu vycházet z předpokladu, že určitá personální změna či vytvoření oddělení má smysl.

AKČNÍ PLÁN

Analýza práce

Opatření:	Průzkum a definování obsahu práce pomocí strukturovaného formuláře. Součástí průzkumu bude také definice sítě vztahů s ostatními odděleními i samotnými kolegy v rámci oddělení.
Priorita:	Střední
Postup:	Příprava formuláře. Definice očekávání od typu práce. Průzkum práce (diskuze s pracovníkem, kolegy, normy, historie). Průzkum vztahů, vazeb, závislostí. Definice obsahu práce. Odsouhlasení s personálním oddělením, klíčové pozice také s ostatním managementem.
Implikace:	Analýza prověří povahu a rozsah práce na dané pozici, pomůže odhalit rezervy nebo naopak přetížení stávající míst, poskytne východiska pro definici požadavků na pracovníka (klíčové osobnostní i kvalifikační vlastnosti). Zpracování analýzy však bude časově náročné a musí se tedy provádět s dostatečným časovým předstihem, navíc v prostředí nebo období častých změn může být relevance závěrů z analýzy jen velmi krátkodobá.

Seznam požadavků na zaměstnance

Opatření:	Pro každé místo vytvořit ve vazbě na analýzu práce, firemní kulturu a strategii strukturovaný seznam osobních, profesní a praktických vlastností a zkušeností zaměstnance – vše v kategoriích „minimální, vhodné, vítané (vzory) a skutečně očekávané“ dle manažera.
Priorita:	Střední
Postup:	Příprava seznamu, rozdělení vlastností na klíčové a ostatní. Sběr dat o požadavcích v podobných firmách. Personální oddělení obsahově naplní kategorie „minimální, vhodné a vítané“. Manažer obsahově naplní kategorii „očekávané“.
Implikace:	Seznam bude základním východiskem pro pozdější nábor pracovníků, definování inzerátů, budování profesního růstu zaměstnanců apod. Je nezbytné, aby byl seznam konfrontován s požadavky v podobných organizacích nebo se standardy v oboru.

Zdroje – interní nábor

Opatření:	V současnosti vyčerpaný zdroj pro obsazení potřebných míst => z nových i stávajících zaměstnanců vytipovat a aktivně vybudovat síť (program) potenciálních pracovníků na náročnější pozice.
Priorita:	Vysoká
Postup:	Připravit a odsouhlasit strategii rozvoje zaměstnanců s vedením firmy. Vytipovat zaměstnance, získat je pro program. Naplánovat řízený rozvoj a vzdělávání (motivace, vzdělávání, postupné zařazování do řešených projektů apod.). Průběžná kontrola a hodnocení.
Implikace:	Řízený interní nábor je dlouhodobý proces, poměrně náročný na zdroje a plánování. Přináší však velmi dobré výsledky. Nutno získat podporu celé firmy. Vhodnou motivací je třeba zabránit předčasnému odchodu zaměstnanců v programu.

Zdroje – interní databáze

Opatření:	Vybudovat Centrální zdroj nových zaměstnanců – procesně i datově napojit databázi na ostatní zdroje pro nábor. Pravidelná aktualizace interní databáze. Průběžné vyhledávání potenciálních zaměstnanců.
Priorita:	Vysoká
Postup:	Formovat podobu databáze s ohledem na budoucí strategický rozvoj firmy. Vyčlenit zdroje pro budování a správu databáze. Připravit a prakticky provést procesní i datové napojení na ostatní zdroje. Pravidelně vyhodnocovat efektivitu jednotlivých zdrojů.
Implikace:	Interní databáze by měla být centrálním zdrojem náboru nových pracovníků, měla by spojit všechny ostatní zdroje do jednoho celku a snažit se tyto zdroje používat aktivně a permanentně. Měla by také být místem vyhodnocení efektivy jednotlivých nástrojů. Bude potřeba vyčlenit dodatečné zdroje (čas lidí, ITC) na vybudování a správu nástroje, nastavit kritéria pro hodnocení a měření zdrojů, stanovit konkrétní cíle. Odhad zdrojů je třeba položit do srovnání s náklady na využití personálních agentur.

Zdroje – inzeráty

Opatření:	Zatraktivnění inzerátů, nalezení vhodnějších médií, či lepší timing tak, aby se požadovaná odezva zvýšila alespoň o 20%.
Priorita:	Vysoká
Postup:	Outsourcing – využít techniky a aspekty marketingové komunikace, psychologie apod. při tvorbě reklam a inzerátů. Vyhodnocovat dopad kampaní.
Implikace:	Profesionální inzercie zvýší zpětnou odezvu na inzeráty, vedlejším efektem bude posílení celkového image firmy, protože inzeráty mohou zaregistrovat i lidé, kteří práci nehledají. Bude nutné pravidelně hodnotit efektivitu vynaložených zdrojů – tj. poměr odezva ku prostředkům na inzerci.

Zdroje – ostatní zdroje

Opatření:	Podpořit nábor na základě doporučení. Navázat spolupráci se školami. Aktivně využívat Internetové portály i vlastní web.
Priorita:	Nízká
Postup:	Stanovit pravidla, vhodná forma motivace (finance, vzdělávání, vybavení pracoviště). Vytipovat školy, dohodnout formu stáží, podíl na nákladech apod. Analyzovat možnosti spolupráce s portály.
Implikace:	Uvedené zdroje jsou relativně levné, avšak pro HZP okrajové, jejich posílení by se mohlo mírně promítnout do nárůstu uchazečů o práci.

Motivace, podmínky, smlouva

Opatření:	Zlepšit motivační podmínky pro nové i stávající zaměstnance
Priorita:	Vysoká
Postup:	Analyzovat dosavadní motivační systém. Srovnání s firmami v oboru a regionu. Analyzovat očekávání potenciálních i stávajících zaměstnanců. Definovat nový motivační systém ve vazbě na strategický rozvoj a dostupné zdroje (pro nové i stávající – neměl by však platit plošně)
Implikace:	Vhodné podmínky a motivace pomohou oslovit potřebné uchazeče a také udržet stávající klíčové pracovníky. Nový systém bude pravděpodobně náročnější na zdroje, a proto bude třeba zefektivnit strukturu pracovních míst, vytvořit podmínky pro dosahování, ale i kontrolu vyšší produktivity práce.

Fáze uvedení a adaptace

Opatření:	Začít plánovat, řídit, monitorovat a vyhodnocovat proces uvedení a adaptace.
Priorita:	Vysoká
Postup:	Připravit plán nástupu a adaptace. Dle popisu pracovního místa připravit ucelený, dostatečný, srozumitelný soubor informací. Věnovat se osobně novému pracovníku, seznámit ho s nejdůležitějšími lidmi. Umožnit a naplánovat kolečko, projednat s kolegy co, jak a kdy by mělo být představeno. Předem připravit techniku a veškerá nastavení v rámci IS. Dát k dispozici pracovníkovi jeho popis práce. Hned od počátku svěřit konkrétní úkoly, zahrnout jej do případných projektů apod. Najít a pověřit pomocí vhodného mentora, vyčlenit časový prostor. Ujasnit si vzájemná očekávání, vysvětlit a nastavit kritéria hodnocení, objasnit formu komunikace, principy firemní kultury apod. V pravidelných intervalech provádět hodnocení postupu adaptace, korigovat adaptační plán.
Implikace:	Pracovník si po dobu náboru vytváří očekávání, která je nutno znát a pokud jsou reálná, tak také naplnit. Jinak hrozí odchod zaměstnance ještě ve zkušební době. Pracovník se rychle adaptuje = rychle od něj můžeme očekávat výkony, přínosy pro firmu, minimalizujeme ztráty za období, kdy se zaučuje. Avšak bez širšího vnímání procesů adaptace jako nutnosti pro celou firmu, nebudou výsledky nikdy uspokojivé. Je potřeba vyšetřit si čas a mít ochotu spolupracovat, učit, vysvětlovat apod.



Fáze odchodu

Opatření:	Nastavit procesní pravidla pro případ odchodů zaměstnanců. Provádět prevenci proti odchodům.
Priorita:	Vysoká
Postup:	Pravidelné osobní hodnotící pohovory se zaměstnanci – závěry uvádět do praxe!!! Závěrečný pohovor v případě odchodu = analyzovat příčiny odchodu. Rychle analyzovat dopad odchodu zaměstnance na chod firmy. Vytvořit plán předání práce, kontaktů, agendy apod. Revize motivačního systému, pracovních podmínek, popisů práce, požadavků na zaměstnance apod.
Implikace:	Vhodná prevence sníží počet odchodů. Hodnotící pohovory pomohou včas zachytit signály problémů či nespokojenosti. Systematické a plánované předání práce zabrání budoucím ztrátám (časovým, finančním, klientů apod.)

ZÁVĚR

Analýza a vyhodnocení nástupu zaměstnanců do HZP ukázala, že problém v podobě vysoké fluktuace a neschopnosti firmy nalézt kvalitní zaměstnance má své příčiny téměř ve všech dílčích fázích procesu. HZP se soustředí hlavně na samotný nábor pracovníků, kde dosahuje dobrých výsledků. Bohužel další činnosti ať už koncepční nebo související s adaptací zaměstnanců a jejich dlouhodobou motivací jsou ve firmě do určité míry podceňovány. Vytvořením jasného rámce celého procesu (strategie) a pak zejména zefektivněním zdrojů pro nábor, přehodnocením systému pracovních podmínek a motivace a uplatňováním základních principů řízení při adaptaci nových zaměstnanců by mělo dojít k výraznému zmírnění uvedených problémů.

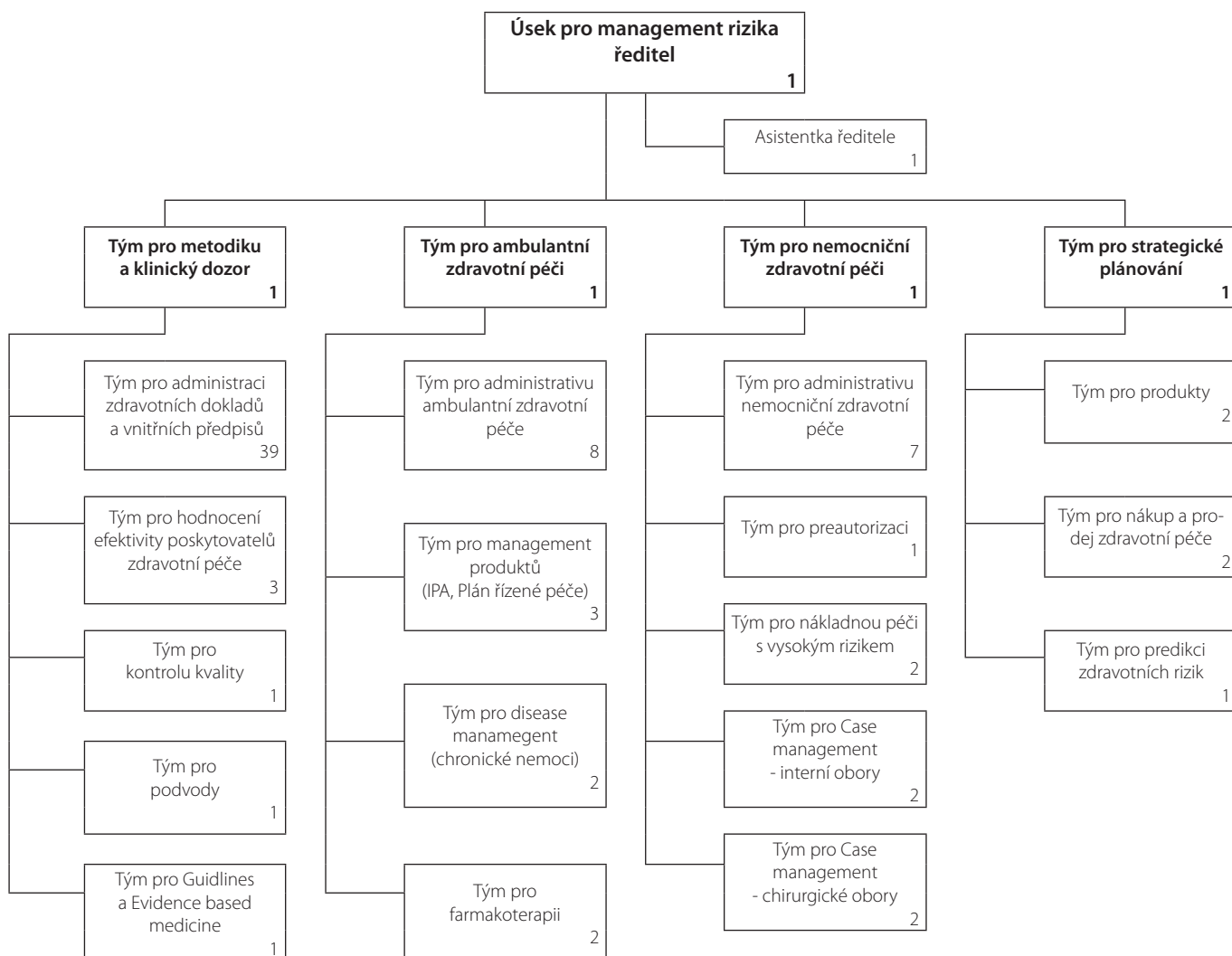


Ing. Petr Malý je absolventem Obchodno-podnikatelské fakulty Slezské univerzity v Karvině. Posledně 4 roky pracuje v zdravotní poistovně HZP – ČPZP, kde se venuje financování lůžkové starostlivosti.

» kontakt

Petr.Maly@cpzp.cz

Příloha 1: Organizační struktura úseku „Management rizika“



Příloha 2: Vzorový popis pracovního místa

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	
POPIS PRACOVNÍ FUNKCE (VZOROVÝ)	
Název pracovní funkce(PPF): Asistentka revizního lékaře	Název pracovního útvaru: Management rizika, tým pro metodiku a klinický dozor
	Číslo pracoviště (nákladové středisko): 936
	KZAM (vyplní RH):
A. Zařazení pracovní funkce dle organizační struktury	
A.1 Přímo nadřízená pracovní funkce(název): Vedoucí oddělení kontroly úhrad	
A.2 Přímo podřízené pracovní funkce(názvy):	
A.3 Celkový počet podřízených zaměstnanců: 0	
A.4 Pracovní funkce je zastupována pracovní funkcí (název): Asistentka revizního lékaře	
A.5 Pracovní funkce zastupuje pracovní funkce (názvy): Asistentka revizního lékaře	
B. Kvalifikační požadavky	
B.1 Vzdělání: středoškolské s maturitou	
B.2 Speciální požadavky (kurzy, zkoušky, znalosti, dovednosti):	
- maturita na Střední zdravotnické škole,	
- velmi dobrá znalost práce s PC,	
- orientace v systému veřejného zdravotního pojištění,	
- základní orientace ve Vyhlášce MZ ČR 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bod. hodnotami	
B.3 Práce s PC:	
Word	Úroveň znalosti: uživatelská
Excel	Úroveň znalosti: uživatelská
	Úroveň znalosti:
	Úroveň znalosti:
B.4 Znalost cizích jazyků:	
Jazyk:	Úroveň znalosti:
Jazyk:	Úroveň znalosti:
C. Praxe	
C.1 Požadovaná odborná praxe:	C. 2 Požadovaná praxe v řídicí funkci:
D. Osobnostní předpoklady	
D.1 Vlastnosti a schopnosti: ochota k vysokému pracovnímu nasazení, schopnost jednat s lidmi, organizační schopnosti	
E. Vymezení pracovních činností, pravomocí a odpovědností pro uvedenou pracovní funkci:	
- Při výkonu své funkce sleduje asistentka revizního lékaře především základní zájmy pojišťovny, tj. účelné a efektivní vynakládání prostředků zdravotní pojišťovny. Tím hájí zájem pojištěnců na úhradě co největšího objemu kvalitní zdravotní péče za zaplacené pojistné. - Je zodpovědná za plnění úkolů souvisejících s kontrolami realizovanými v rámci HZP. Podílí se na realizaci vnitřního auditu. - Spolupracuje s revizními lékaři při zajišťování revizí přímo ve zdravotnickém zařízení, vypracovává podklady k revizi. Při zajišťování kontrol jedná s pověřenými zástupci zdravotnických zařízení a vyřizuje veškerou administrativní činnost spojenou s přípravou revize v ZZ. - Zúčastňuje se společně s revizním lékařem kontroly ve zdravotnickém zařízení a pořizuje z tohoto jednání zápis. - Zpracovává revizní zprávu včetně výpočtů revizních nálezu, zajišťuje úplnost revizní zprávy a její odeslání zdravotnickému zařízení. Tato činnost se týká jak revizí provedených přímo v ZZ, tak i revizí prováděných z IS HZP. - Kontroluje lhůtu pro odvolání ZZ k revizi a následně předává revizní zprávu k uplatnění revizního nálezu. - Podílí se rovněž na vyřizování písemných i telefonických reklamací ze strany ZZ. - Vypracovává čtvrtletní, pololetní a roční statistické přehledy revizní činnosti. - Zpracovává čtvrtletní plány revizí a další statistické či analytické soubory týkající se revizní činnosti. - Při realizaci úhrad v rámci EU kontroluje provedené revize a zpracovává Protokol předběžné řídicí kontroly před vznikem nároků a závazků k požadavkům vyúčtování pro CMU. - Svým aktivním přístupem a osobní iniciativou se podílí na vzájemné zastupitelnosti s ostatními asistentkami, napomáhá vedoucímu oddělení a odboru při plnění úkolů stanovených vedením HZP. - Sleduje veškerou dokumentaci na úseku vykazování lékařské péče (číselníky, sazebníky, vyhlášky, metodiky apod.) - Aktivně se vzdělává formou samostudia, odborných školení v oblasti práce s PC, odborných seminářů v podmínkách zdravotního pojištění pořádaných revizními lékaři, vedením HZP a zdravotním úsekem HZP.	
E.1 S pracovní funkcí je spojena odpovědnost za hospodaření se svěřenými hodnotami, které je zaměstnanec povinen vyúčtovat: - NE	
E.2 Podpisová oprávnění: (uvést také konkrétní podpisová oprávnění pro příkazy operace, správce rozpočtu, hlavní účetní) Nemá	
F. Závěrečná ustanovení	
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna se zavazuje vytvářet v dané funkci pracovní podmínky umožňující zaměstnanci plnit úkoly dle tohoto popisu.	
Popis pracovní funkce je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž po jednom zpracovatel a personální odbor.	
Jméno vedoucího zaměstnance – zpracovatele PPF: MUDr. Lýdie Fojtíková	
Datum: 22. 9. 2006	Podpis (na souhlas s výše uvedeným):

Příloha 3: Vzorový inzerát

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna

Jeremenkova 11, 703 00 Ostrava-Vítkovice

vyhlašuje výběrové řízení na pozici

REVIZNÍHO LÉKAŘE

všech specializací včetně stomatologie

U zájemců požadujeme:

- absolutorium lékařské fakulty
- atestaci v oboru a klinickou praxi minimálně 5 let
- orientaci v systému veřejného zdravotního pojištění
- analytické myšlení
- samostatnost v práci, kreativitu
- trestní a morální bezúhonnost
- znalost práce s PC (Word, Excel)
- řidičský průkaz sk. B výhodou
- ochotu k pracovnímu úvazku minimálně 30 hodin týdně

Nabízíme:

- zázemí stabilní společnosti
- zajímavou práci, možnost seberealizace
- odpovídající mzdové ohodnocení

Písemnou přihlášku se strukturovaným životopisem zašlete do 30. 9. 2008 personálnímu odboru na výše uvedenou adresu nebo e-mailem na adresu marie.drbohlavova@hzp.cz.

Příloha 4: Plán adaptace

Jméno zaměstnance:	
Pracovní funkce:	
Útvar v HZP (NS):	
Přímý vedoucí zaměstnanec:	
Datum vzniku pracovního poměru v HZP:	
Termín ukončení adaptace nového zaměstnance:	
	Datum skutečného splnění
Seznámení zaměstnance se zaměstnanci příslušného útvaru HZP	
Zabezpečení školení nového zaměstnance – BOZP a PO	
Seznámení zaměstnance s objektem HZP	
Informování o způsobu záznamu docházky do zaměstnání	
Prokazatelné seznámení zaměstnance s Pracovním řádem HZP a Organizačním řádem HZP	
Vzájemné seznámení zaměstnance se spolupracujícími zaměstnanci dalších útvarů HZP	
Prokazatelné seznámení zaměstnance s dalšími potřebnými vnitřními předpisy HZP	
Seznámení zaměstnance s legislativou vztahující se k problematice ZP	
Zabezpečení speciálního školení nového vedoucího zaměstnance z BOZP a PO	
Zabezpečení školení zaměstnance – řízení referentského vozidla	
Zabezpečení školení zaměstnance – příslušné části IS HZP	
Přidělení přístupových práv do IS HZP	
Přiznání přístupových hesel do IS HZP	
Seznámení zaměstnance s Intranetem HZP	
Zabezpečení předání příslušných pracovních předmětů (event. jejich záznam do Karty svěřených předmětů)	
Další:	



ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2011 – 2012

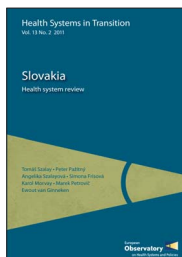
Aké budú dopady reformy odvodov na zdravotníctvo? Prognóza príjmov a výdavkov zdravotníctva do roku 2012.

Autori: K. Morvay, T. Sivák, P. Pažitný

vydal Health Policy Institute, jún 2011, 42 strán

ISBN 978-90-969907-7-1

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



SLOVAKIA: HEALTH SYSTEM REVIEW

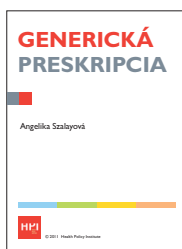
Prestížna publikácia o slovenskom zdravotnom systéme z edície WHO Health Systems in Transition. Publikácia je v anglickom jazyku.

Autori: T. Szalay, P. Pažitný, A. Szalayová, S. Frisová, K. Morvay, M. Petrovič, E. van Ginneken

vydal Observatory, apríl 2011, 203 strán

ISSN 1817–6127 Vol. 13 No. 2

PDF i HTML verzia bezplatne na www.hpi.sk



GENERICKÁ PRESKRIPCIA

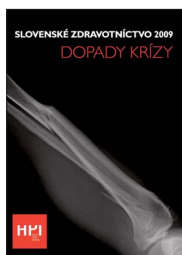
Téma generickej preskripcie sa z vládneho programu dostala do návrhu nového zákona o liekoch. Čaká nás zrejme diskusia, ku ktorej HPI prispieva vysvetľujúcou publikáciou.

Autorka: A. Szalayová

vydal Health Policy Institute, apríl 2011, 24 strán

ISBN 978-80-969907-8-8

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO 2009: DOPADY KRÍZY

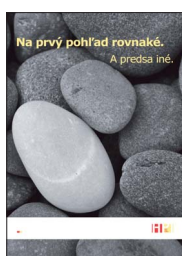
Autori publikácie upozorňujú na dopady svetovej hospodárskej krízy na slovenské zdravotníctvo. Navrhujú konkrétne opatrenia, ktoré umožnia minimalizovať negatívne dôsledky krízy na fungovanie sektora.

Autori: T. Szalay, K. Morvay, P. Pažitný, A. Szalayová, I. Morvayová

vydal Health Policy Institute, marec 2009, 94 strán

ISBN 978-80-969907-4-0

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



NA PRVÝ POHĽAD ROVNAKÉ. A PREDSA INÉ

Publikácia prináša Rating zdravotných poisťovní 2008. V ňom zvíťazila zdravotná poisťovňa Dôvera pred Unionom, ZP Apollo, Spoločnou ZP a poslednú priečku obsadila Všeobecná ZP.

Autori: A. Szalayová, P. Pažitný, S. Frisová, S. Hnilicová, T. Szalay

vydal Health Policy Institute, september 2008, 128 strán

ISBN 978-80-969907-3-3

PDF verzia bezplatne na www.hpi.sk



DOBRY POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEME HO VYVÁŽIŤ?

Publikácia prináša prehľad problematiky selekcie rizika a kompenzácie rizikovej štruktúry, analýzu súťaže o poistencov na Slovensku a simulovanie rôznych variantov kompenzácie rizikovej štruktúry v slovenských podmienkach.

Autori: P. Pažitný, A. Szalayová, H. Maďarová, M. Petrovič, L. Lenártová, S. Frisová a T. Szalay

vydal Health Policy Institute, jún 2008, 98 strán

ISBN 978-80-969907-2-6

Tlačená verzia: € 20, PDF verzia: € 15 – objednávky: morvayova@hpi.sk



ZDRAVIE JE LUXUS. VIEME AKO HO FINANCOVAŤ?

Ak sa dnešný systém financovania zdravotníctva nezmení, dôsledkom otvárania nožníc medzi príjmami a výdavkami bude v roku 2025 deficit vo výške 82,3 mld. korún za jediný rok (1,3 % HDP). Autori formulujú koncepty riešení, o ktorých je potrebné diskutovať.

Autori: K. Morvay, P. Pažitný, M. Petrovič, T. Szalay, A. Szalayová

vydal Health Policy Institute, apríl 2008, 64 strán

ISBN: 978-80-969907-1-9

Tlačená verzia: € 20, PDF verzia: € 15 – objednávky: morvayova@hpi.sk