

**OBSAH**

**EZP: nezlyhal trh, ale Úrad pre dohľad**

**Rozdiely v zmluvných cenách medzi fakultnými a všeobecnými nemocnicami**

**Selekcia rizika a kompenzácia rizikovej štruktúry v zdravotnom poistení (2. časť)**

**Slovenský spotrebiteľ 2007**

**11 typov spotrebiteľov**

**Ministerstvo financií zásadne nesúhlasí s návrhom novely poistných zákonov**

**Veriteľ bol efektívny, transparentný a dôveryhodný**

**Systém financovania OAIM**



Foto: [www.rock-on-rock-on.com](http://www.rock-on-rock-on.com)  
Bill Dan z Kalifornie dokazuje, že nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

**Into Balance**  
newsletter  
o zdravotnej politike

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

Tel: +421 2 5464 3051  
Fax: +421 2 5464 3053  
E-mail: [newsletter@hpi.sk](mailto:newsletter@hpi.sk)

## EZP: nezlyhal trh, ale Úrad pre dohľad



Kauza poistného kmeňa Európskej zdravotnej poisťovne (EZP) ukázala v plnej nahote, ako je nebezpečné, keď sa nezávislý regulátor dostane pod politický vplyv. Politické ovládnutie ÚZDS súčasnou koalíciou bolo jedným z prvých krokov Ivana Valentoviča. Kým dovtedy bola pozícia predsedu úradu nezávislá, po novele zákona, ktorú predložili poslanci Smeru Valocký a Zvonár môže vláda predsedu úradu odvolať kedykoľvek na návrh ministra zdravotníctva, a to i bez udania dôvodu.

Health Policy Institute už v novembri 2006 (viď *Into Balance* 11/2006) upozorňoval, že ak vláda bude disponovať právomocou odvolať predsedu úradu, úrad sa dostane do podriadeného postavenie voči ministerstvu zdravotníctva. Taktiež sme naznačovali, že úrad stratí predpoklady pre svoju hlavnú funkciu, a to nezávislý dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zdravotným poistením na základe technických a odborných kritérií, nie na základe politických záujmov. Vráťme sa však späť k poistnému kmeňu EZP.

### CHYBA PRVÁ: PASIVITA A NEROZHODNOSŤ

Prvou chybou úradu bolo, že nekonal vtedy, keď konať mal. Ak mal predseda úradu informácie o tom, že EZP má hodnotu vlastných zdrojov nižšiu, ako je minimálna miera platobnej schopnosti (§ 51, ods. 1, písm. b zákona o zdravotných poisťovniach) alebo že EZP vykazuje straty, ktorých výška by pri úhrade týchto strát z disponibilných prostriedkov zdravotnej poisťovne viedla k zníženiu vlastného imania pod hodnotu základného imania (§ 51, ods. 1, písm. c), mal EZP nariadiť, aby predložila ozdravný plán.

O tom, že predseda úradu Richard Demovič dané informácie mal, svedčí jeho vyjadrenie z 3.7.2008 (TASR): „Z dokladov, ktoré mal úrad k dispozícii, sa dalo predpokladať, že situácia v EZP môže závažným spôsobom ohroziť schopnosť poisťovne plniť záväzky, ktoré pre ňu vyplývajú z vykonávania verejného zdravotného poistenia, preto pripravoval zavedenie nútenej správy nad touto zdravotnou poisťovňou.“

Podľa zákona je úrad povinný zaviesť nútenú správu nad zdravotnou poisťovňou, ak hodnota prostriedkov vyjadrujúca minimálnu mieru platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne klesne pod stanovenú hodnotu počas troch za sebou nasledujúcich mesiacov.

Otázka je, prečo predseda úradu čakal s nútenou správou a ešte predtým nenariadil EZP predložiť ozdravný plán. Veľmi podobný prípad riešil v roku 2005 vtedajší predseda úradu Ján Gajdoš so Spoločnou zdravotnou poisťovňou (SZP), ktorá stratila schopnosť uhrádzať záväzky do 30 dní. SZP vtedy musela vypracovať ozdravný plán a jej akcionári museli navýšiť základné imanie o 450 mil. Sk. Principiál-

nosť postoja Jána Gajdoša bola v prípade SZP o to dôležitejšia, že išlo o štátom vlastnenú zdravotnú poisťovňu a úrad voči nej „nezmäkol“.

Pasivita a nerozhodnosť súčasného predsedu Demoviča pri riešení finančných problémov EZP spôsobila, že akcionári EZP úrad predbehli a sami vstúpili do likvidácie. Nedali mu tak už možnosť EZP sankcionovať a prinútiť jej akcionárov zvýšiť základné imanie (čím by dlhy zaplatil akcionár EZP – spoločnosť Medical Care Holding Ltd, ktorá patrí J&T), ale nechtiac mu poskytli druhú šancu riešiť finančné problémy EZP rýchlym predajom poistného kmeňa. Demovič však ponúknutú šancu nevyužil.

### CHYBA DRUHÁ: NEZMYSELNÝ PREVOD KMEŇA EZP NA SZP

EZP svoje rozhodnutie o zrušení poisťovne a vstupe do likvidácie úradu doručila 2. mája. Následne na to zdravotná poisťovňa Apollo vyhlásila (SITA, 6. mája o 13:10), že je pripravená prevziať poistný kmeň Európskej zdravotnej poisťovne (EZP) a zabezpečiť jej poisťencom kvalitnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť. Úrad však napriek tomu nariadil dočasný prevod poistného kmeňa EZP na SZP (SITA, 6. mája o 16:21). Dôkazom chybnosti tohto rozhodnutia je fakt, že SZP v nasledujúcich mesiacoch záujem o poistný kmeň EZP neprejavila ani raz.

Navyše, cena poistného kmeňa EZP sa s približujúcim termínom na ukončenie prestupov (30. 9.) znižuje a prevod poistného kmeňa EZP na SZP nijakým spôsobom jeho predaj neurýchlil, skôr naopak. Ak teda kúpna cena kmeňa EZP mohla v čase vstupu do likvidácie kryť aspoň nejakú časť nesplatených záväzkov, obštrukcie s jeho prevodom túto sumu znižujú na minimum.

### POHĽADÁVKY POSKYTOVATEĽOV

Niekedy zdanlivo malé zmeny môžu dramaticky meniť následné udalosti. Zrušenie nezávislosti úradu pre dohľad v roku 2007 nemusela byť pre laickú verejnosť a aj mnohých poskytovateľov vtedy zásadná udalosť. Narušila však jemný mechanizmus rovnováhy v systéme a kolobeh následných udalostí ešte bude verejnosť aj poskytovateľov veľmi zaujímať.

Ak nebudú pri likvidácii EZP uspokojené všetky pohľadávky poskytovateľov, je to zodpovednosť úradu pre dohľad, lebo nekonal vtedy, keď konať mal a keď už konečne konal, tak konal chybné. Podľa vyhlásení ministra zdravotníctva Rašiho (HN, 12. augusta) to vyzerá tak, že dlhy súkromnej EZP namiesto J&T možno vyrovná štát. Nie je to však zlyhanie trhu, ale zlyhanie politicky ovládnutého a nesamostatného regulátora.

**PETER PAŽITNÝ**

článok bol publikovaný v *Hospodárskych novinách*  
20. augusta 2008

S účinnosťou od 1. júla získala Vranovská nemocnica, n.o. vo Vranove nad Topľou do prenájmu na 30 rokov budovy a ďalší nehnuteľný majetok Nemocnice Stropkov, s.r.o.

## MONITORING JÚL 2008

2. júla nevyhovel Ústavný súd SR návrhu skupiny 32 poslancov, ktorí napadli viaceré ustanovenia Zjaccovej reformy zdravotníctva pre údajný nesúlad s ústavou.

2. júla schválil parlament novú zmluvu o záchrannej zdravotnej službe. Poskytovatelia záchrannej zdravotnej služby od septembra nebudú musieť povinne zriaďovať zásahové strediská.

2. júla schválil parlament nové obsadenie dozornej rady Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Novým predsedom rady sa stal exminister Ivan Valentovič, ktorý nahradil vo funkcii Vojtecha Lazara. Mariána Petka, Daniela Végha a Petra Horvátha nahradili Peter Janko a Jozef Molitor.

9. júla vláda rozhodla, že Letecká vojenská nemocnica, a.s. Košice sa pretransformuje na detskú fakultnú nemocnicu.

10. júla podala Nezisková organizácia Nemocnica s poliklinikou Nová Baňa návrh na vyhlásenie konkurzu. Nemocnica totiž nemá zabezpečené finančné krytie výkonov potom, čo s ňou VŠZP a Dôvera neuzavreli zmluvu.

10. júla informovala Všeobecná zdravotná poisťovňa, že na základe zistených nedostatkov pri revíznej kontrole v nemocnici v Ilave znižuje objem i štruktúru nákupu zdravotnej starostlivosti.

### Rozdiely v zmluvných cenách medzi fakultnými a všeobecnými nemocnicami

## Fakultné nemocnice sú zvýhodňované viac, ako by zodpovedalo náročnosti poskytovanej starostlivosti



Podľa Health Policy Institute sú **zmluvná voľnosť** a **flexibilné ceny** kľúčovými prvkami Zjaccovej reformy. Zmluvné ceny charakterizujú nákupnú politiku zdravotnej poisťovne – nie je preto náhodné, že najnižšie ceny k 31. 12. 2007 ponúkalo Apollo a najvyššie Európska zdravotná poisťovňa. Priemernú cenu však svojou trhovou váhou najviac ovplyvňuje Všeobecná zdravotná poisťovňa a preto významné rozdiely medzi fakultnými (FN) a všeobecnými nemocnicami (VN) môžeme pripísať najmä na vrub cenovej politiky VŠZP.

Na základe zverejnených informácií zo správy o verejnom zdravotnom poistení za rok 2007, ktorú zverejnil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou môžeme konštatovať, že:

- Existuje významný rozdiel v priemerných cenách medzi fakultnými a všeobecnými nemocnicami.** Najväčší je pri hospitalizáciách na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny, kde je priemerná cena vo fakultných nemocniciach viac ako dvojnásobná oproti všeobecným nemocniciam. Na chirurgickom oddelení je to viac o 60 % a na pediatrii o 58 % (Tabuľka 1). Vo všetkých 9 typoch oddelení, ktoré ÚDZS zverejnil je cena vo FN vyššia ako vo VN, pričom náskok fakultných nemocníc kolíše od 30 % do 104 %.
- Rozdiely v maximálnych hodnotách zmluvných cien FN voči VN sú výrazne nižšie ako pri minimálnych hodnotách.** Štandardná odchýlka rozdielov medzi FN a VN pri minimálnych hodnotách je

20 721 Sk, pričom pri maximálnych hodnotách je to len 8 210 Sk. Zistenie znázorňuje Graf 1.

Cenové uprednostňovanie fakultných nemocníc na úkor všeobecných nemocníc by bolo dôveryhodné jedine vtedy, ak by cenové zvýhodnenie presne kopirovalo náročnejší case-mix index fakultných nemocníc, či vyššiu komplexnosť liečby. Podľa hodnotení zdravotnej poisťovne Dôvera sú vo všeobecnosti fakultné nemocnice (priemerná hodnota indexu 1,23) lepšie ako všeobecné nemocnice (priemerná hodnota indexu 0,96), ale tento rozdiel – v priemere o 28 % nezakladá žiadny predpoklad pre to, aby mali fakultné nemocnice priemerné zmluvné ceny vyššie o 30 % až 104 %.

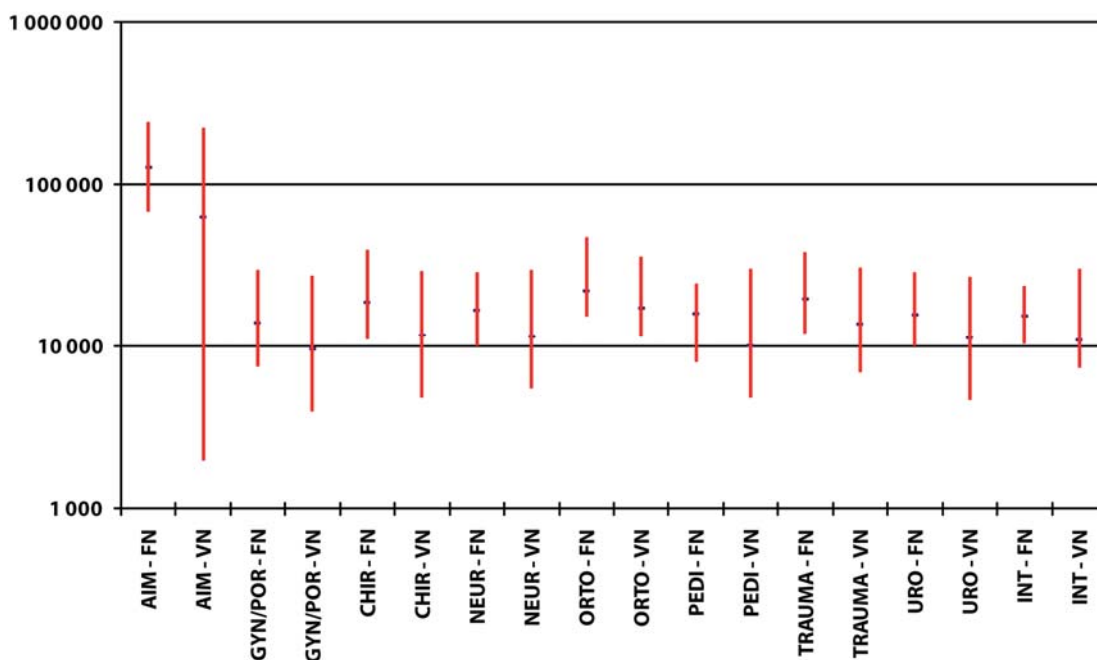
**Súčasná priemerná zmluvná cena pre fakultné nemocnice (vyššie o 30 % až 104 %) ich teda zvýhodňuje oproti všeobecným nemocniciam viac ako by zodpovedalo náročnosti prípadov a komplexnosti liečby, ktoré vykonávajú (vyššie o 28 %).**

PETER PAŽITNÝ

Tabuľka 1: Rozdiel v zmluvných cenách

Oddelenie	Priemerná cena vo fakultnej nemocnici (FN)	Priemerná cena vo všeobecnej nemocnici (VN)	Rozdiel medzi priemernou cenou vo FN a VN	Rozdiel v priemernej cene (FN-VN)/cena vo VN
anesteziológia a intenzívna medicína	130 865	64 203	66 662	104 %
chirurgia	18 960	11 841	7 119	60 %
pediatria	16 258	10 263	5 995	58 %
traumatológia	20 004	13 838	6 166	45 %
gynekológia a pôrodnictvo	14 219	9 810	4 409	45 %
neuroológia	16 973	11 698	5 275	45 %
interná medicína	15 654	11 047	4 607	42 %
urológia	15 981	11 465	4 516	39 %
ortopédia	22 565	17 412	5 153	30 %

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2008 - prepočty Health Policy Institute

**Graf 1: Minimálne, priemerné a maximálne hodnoty zmluvných cien medzi FN a VN**

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2008 – graf Health Policy Institute

**Tabuľka 2: Porovnanie cenových podmienok na vybraných nemocničných oddeleniach ako parameter ratingu zdravotných poisťovní 2008**

	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
ARO	0,787	0,760	1,000	0,811	0,992
arytmie	1,000	0,943	0,879	0,989	0,943
geriatria	0,917	0,992	1,000	0,949	0,972
gynekológia a pôrodnictvo	0,808	0,920	0,888	1,000	0,848
chirurgia	0,851	0,830	0,966	1,000	0,801
interná medicína	0,885	0,884	0,999	1,000	0,910
kardiochirurgia	0,933	0,952	0,952	1,000	0,952
kardiológia	0,897	0,952	0,952	1,000	0,952
klinická onkológia	0,761	0,691	1,000	0,958	0,710
neuroológia	0,910	0,908	1,000	0,945	0,960
OAIM	0,956	0,979	0,979	1,000	0,979
ODCH	0,860	0,816	1,000	0,910	0,907
ortopédia	0,900	0,888	0,973	0,957	1,000
pediatria	0,823	0,820	1,000	0,891	0,823
psychiatria	0,932	0,882	0,751	1,000	0,932
<b>ústavná ZS spolu</b>	<b>0,881</b>	<b>0,881</b>	<b>0,956</b>	<b>0,961</b>	<b>0,912</b>

**Poznámky:**

Zdravotná poisťovňa s najvyššou priemernou cenou pre každé zo sledovaných oddelení získala 100 bodov, ostatné získali pomerný počet bodov v závislosti od výšky ich ceny. Výsledné hodnotenie cenových podmienok za lôžkovú ZS sa získalo súčtom bodov získaných za každý typ hospitalizácie, pričom každým typom hospitalizácie mal rovnakú váhu.

Farebné zvýraznenie čísel: zelená je najlepšia hodnota, červená najhoršia, odtiene žltej sú medzi nimi.

Zdroj: Rating zdravotných poisťovní 2008, Health Policy Institute, 2008

16. júla vláda schválila strategické ciele informatizácie zdravotníctva. Náklady na eHealth v rokoch 2009 až 2013 sú odhadované približne na 7,604 mld. Sk.

16. júla podpísali primátori piatich miest Trnavského samosprávneho kraja zakladajúcu listinu akciových spoločností nemocníc v Dunajskej Stredě a Skalici. Akcionármi nemocníc sú mestá Dunajská Streda, Skalica, Senica, Holíč a Gbely. Majoritný podiel v oboch nemocniciach bude mať samosprávny kraj.

29. júla vyhlásilo ministerstvo zdravotníctva výzvu na predkladanie žiadostí o nenávratný finančný príspevok (NFP)

z Európskeho fondu regionálneho rozvoja. Celkovo je na túto výzvu vyčlenených 600 mil. Sk, minimálna výška NFP na jednu žiadosť je 50 mil. Sk a maximálna 200 mil. Sk.

30. júla predložilo ministerstvo zdravotníctva do pripomienkového konania návrh novely zákona o zdravotných poisťovniach. Návrh mení pravidlá pre rozdelenia, ruší povinnosť tvorby technických rezerv, mení spôsob výpočtu platobnej schopnosti poisťovní a súkromným zdravotným poisťovniam pridáva povinnosť predkladať svoje rozpočty na schválenie vo vláde.

Spoločnosť ProCare, a.s. postavila v košickej mestskej časti KVP polikliniku. Ako 31. júla informoval riaditeľ polikliniky Marián Papcun, náklady na jej vybudovanie dosiahli 240 mil. Sk. V zdravotníckom zariadení je 33 pracovísk s 24 lekáskymi špecializáciami a pracovisko jednotňovej chirurgie s ôsmimi lôžkami a dvoma modernými operačnými sálami. Kapacita novej košickej polikliniky je 40 000 klientov.

**K2**

## Selekcia rizika a kompenzácia rizikovej štruktúry v zdravotnom poistení



Health Policy Institute (HPI) dňa 3. 6. 2008 usporiadal v tomto roku už druhú konferenciu („K2“) o zdravotnej politike. Témou bola „Selekcia rizika a kompenzácia rizikovej štruktúry v zdravotnom poistení“. Konferencia bola rozdelená do troch blokov:

1. Moderné trendy v systéme kompenzácie rizikovej štruktúry
2. Slovenský spotrebiteľ a súťaž o poisťencov
3. Ako zlepšovať systém kompenzácie rizika v SR a ČR

V júlovom vydaní newslettera *Into Balance* sme priniesli záznam z prvej časti konferencie, kde vystúpil prof. Wynand van de Ven z Holandska, prof. Bertram Häussler z Nemecka a Gabi Bin Nun z Izraela. Na tomto mieste uverejňujeme druhú, záverečnú časť záznamu z konferencie, v ktorej si predstavíme prezentácie prednášajúcich z druhého a tretieho bloku.

### ANDREA BENÁKOVÁ

Prvým prednášajúcim z druhého bloku bola **Andrea Benáková** z Knut Healthcare Communication, ktorá sa zamerala na „Slovenského spotrebiteľa“ v kontexte slovenského zdravotníctva. Marketing podľa nej nie je umenie predávať to, čo máme – ale umením ponúknuť to, čo klient potrebuje. Kľúčovým záverom jej prezentácie bolo identifikovanie protikladov, ktoré charakterizujú slovenskú populáciu vo vzťahu k témam zdravie a zdravotníctvo:

- Na jednej strane deklarovanie hodnoty zdravia a na strane druhej podceňovanie zdravotníctva
- Zažitá „úroveň“ tradičných služieb oproti rastúcej znalosti možnosti výberu lekára
- Ochota cestovať za kvalitným vyšetrením k „správnejmu lekárovi“, ale nedostatok informácií o kvalitatívnej zdravotnej starostlivosti
- Nové trendy v životnom štýle a staré nezdravé návyky
- Zarábanie peňazí a zároveň podceňovanie investícií do zdravia
- Rýchla doba, stres, fastfood, @, IT technológie dnes a zdravotné následky tohto spôsobu života v budúcnosti
- Nárast psychických problémov a tabuizovanie témy duševného zdravia.

Autorský článok Andrei Benákovovej vrátane vysvetlenia metodiky a prehľad 11 typov spotrebiteľov nájdete v tomto čísle *Into Balance* na stranách 12 až 22.

### ANGELIKA SZALAYOVÁ

**Angelika Szalayová** z HPI sa vo svojej prezentácii zamerala na konkurenčné prostredie na trhu zdravotných poisťovní, boj o poisťenca a selekciu poisťencov podľa rizika v podmienkach Slovenska.

Analytička HPI najprv porovnávala účinnosť kampaní zdravotných poisťovní v roku 2006 a 2007 z kvantitatívneho hľadiska. V roku 2006 boli náklady na získaného poisťenca vysoké, avšak ich rozptyl bol nízky. Najdrahšie získaval poisťencov UNION – za 3 502 Sk na jedného poisťenca (**Tabuľka 1**). V roku 2007 sa rozptyl výrazne zvýšil a UNION na jedného získaného poisťenca vynaložil až 22 217 Sk (**Tabuľka 2**).



Tabuľka 1: Výsledky kampane 2006

	Pohyby poistencov			Náklady spolu v mil. Sk			Náklady na 1 získaného poistenca v Sk		
	Príchody	Odchody	Rozdiel	Kampaň	Makléři	Spolu	Kampaň	Makléři	Spolu
<b>Union</b>	462 460	0	462 460	168	1 452	<b>1620</b>	363	3 139	<b>3 502</b>
<b>VŠZP</b>	12 363	446 709	-434 346	22	3	<b>25</b>	1 798	242	<b>2 040</b>
<b>Dôvera</b>	140 881	55 713	85 168	163	80*	<b>243</b>	1 153	568	<b>1 721</b>
<b>EZP</b>	74 607	0	74 607	0	101	<b>101</b>	0	1 354	<b>1 354</b>
<b>Apollo</b>	17 967	44 891	-26 924	1	6	<b>7</b>	75	306	<b>381</b>
<b>Sideria</b>	2 878	82 279	-79 401	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>
<b>SZP</b>	1 764	83 328	-81 564	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>

Pozn. údaje o nákladoch na kampaň EZP neboli k dispozícii

\* – ide o výdavok ZP Dôvera, nie je však známy údaj o výdavku akcionára

Zdroj: ÚDZS, zdravotné poisťovne, Unimedia, TNS, prepočty Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 2: Výsledky kampane 2007

	Pohyby poistencov			Náklady spolu v mil. Sk			Náklady na 1 získaného poistenca v Sk		
	Príchody	Odchody	Rozdiel	Kampaň	Makléři	Spolu	Kampaň	Makléři	Spolu
<b>Union</b>	5 186	125 268	-120 082	115	0	<b>115</b>	22 217	0	<b>22 217</b>
<b>Apollo</b>	9 719	7 970	1 749	42	5	<b>47</b>	4 359	483	<b>4 842</b>
<b>Dôvera</b>	107 726	23 834	83 892	144	-*	<b>144</b>	1 340	-*	<b>1 340</b>
<b>EZP</b>	76 513	20 722	55 791	15	80	<b>95</b>	201	1045	<b>1 246</b>
<b>VŠZP</b>	30 169	43 772	-13 603	24	0	<b>24</b>	804	0	<b>804</b>
<b>SZP</b>	2 832	10 579	-7 747	1	0	<b>1</b>	187	0	<b>187</b>

\* – údaj nie je dostupný, nie je známy ani údaj o výdavku akcionára

Zdroj: ÚDZS, zdravotné poisťovne, Unimedia, TNS, prepočty Health Policy Institute, 2008

Podľa Angeliky Szalayovej správne nastavené motivácie podporujú rast konkurencie a podporujú vznik nových produktov. Zdravotné poisťovne si vedia určiť cieľových poistencov, pričom samotná agresívna marketingová kampaň bez podpory maklérskej siete nemusí byť úspešná. Kvalitu kmeňa zásadným spôsobom ovplyvňuje kvantita získaných poistencov a mimoriadne dôležitú úlohu pri získavaní poistencov hrajú politické faktory.

Podľa analytičky HPI sme mohli na Slovensku pozorovať nasledovné techniky selekcie rizika:

- agresívne marketingové kampane (nadlinky, podlinky, makléři)
- selektovaná reklama / internet

- produkty nad rámec rozsahu a programy zamerané na cieľové skupiny
- oslovovanie zamestnávateľov
- nábor poistencov prostredníctvom lekárov
- dary pre poistencov

Podľa Angeliky Szalayovej súčasný prerozdeľovací mechanizmus predstavuje priaznivé prostredie pre selekciu rizika. Technika selekcie rizika je podľa nej účinná vtedy, ak náklady poisťovne na zdravotnú starostlivosť rastú pomalšie ako priemer trhu po zohľadnení prerozdelenia. Zdravotné poisťovne však podľa Szalayovej len veľmi nevyrovnané a s rôznou úspešnosťou vedú uplatniť účinnú techniku selekcie rizika. Z výsledkov vyplýva potreba zdokonalit' mechanizmus kompenzácie rizika.

**CHCETE VEDIET' VIAC**  
o zložení kmeňov zdravotných poisťovní? Aká je ich nákladovosť? Akú úspešnosť mali ich kampane? Ako zlepšiť prerozdeľovací systém na Slovensku?



### DOBRY POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEME HO VYVÁŽIŤ?

Publikácia o selekcii rizika a kompenzácii rizikovej štruktúry v zdravotnom poistení vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

439 Sk / € 14,57 za tlačennú verziu  
237 Sk / € 7,87 za elektronickú verziu

Objednávky posielajte na [hpi@hpi.sk](mailto:hpi@hpi.sk) | +421 (0)2 5464 3051

## HENRIETA MAĐAROVÁ

Poradkyňa českého ministra zdravotníctva **Henrieta Maďarová** sa vo svojej prezentácii zamerala na hodnotenie systému prerozdelenia v SR a ČR a na návrh zlepšenia prerozdelenia poisťného v Českej republike.

Podľa Maďarovej súčasný systém prerozdelenia v SR podľa veku a pohlavia vysvetľuje 1,3 % variability nákladov. Po pridaní nových parametrov (vek, pohlavie, veľkosť obce, kraj) sa predikčná schopnosť zvýši na 10,7 % variability nákladov. Ekonomická aktivita sa ako prediktor javí ako štatisticky nevýznamná.

Pri hodnotení nákladov na zdravotnú starostlivosť sa ukázalo, že:

- 80 % nákladov spotrebuje 20 % poisťencov
- Ženy spotrebujú v priemere o 1 946 Sk na hlavu viac ako muži
- Ekonomicky neaktívni o 2 095 Sk viac
- 0,1 % prípadov má náklady vyššie ako 20-násobok priemeru

Podľa Maďarovej je lákavé pridať do prerozdelenia premennú kraj a veľkosť sídla, ale takýto krok by znamenal konzerváciu nerovnomerného rozdelenia prostriedkov a konzerváciu neefektívnosti v spotrebe zdravotnej starostlivosti a manažmente pacienta.

Prirodzenou ideou možnosti zlepšenia systému prerozdelenia by bolo zavedenie regionálnych premenných, avšak ich pridanie zvýši predikčnú silu modelu len o 1,3 % (na 2,97 %, výsledok testu pre ČR) a potiera motiváciu znižovať regionálne disparity (Graf 1).

Výrazne lepšou možnosťou pre zlepšenie prerozdelenia je model PCG, ktorý bol navrhnutý koncom 90-tych rokov v USA. PCG identifikuje chronicky chorých (a preto nákladných poisťencov). Model je založený na identifikácii definovaných preskripcí liekov v ročnej histórii poisťenca a je vhodný najmä pre ambulantné náklady.

Model PCG v ČR vyvinula Reforma zdravotníctví-forum.cz spolu s Klient PRO s.r.o. v r. 2006 (autori Macháček, Chalupka, Tesař). Je inšpirovaný holandskou implementáciou, z ktorej preberá 21 rizikových skupín. Krité-

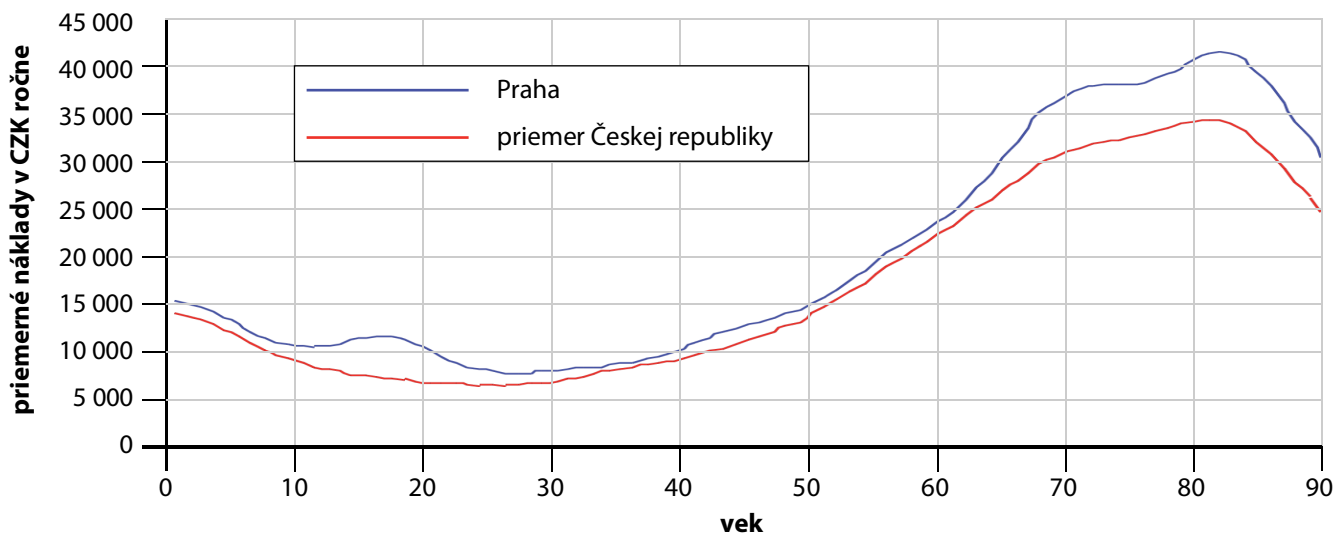
**Tabuľka 3: Princípy prerozdelenia v SR**

<b>Systém prerozdelenia už v zákone č. 273/1994 Zb.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 parametre: vek (17 vek. kategórií, 80+) a pohlavie</li> <li>• Indexy rizika: z historických dát zdravotných poisťovní</li> <li>• Základ pre prerozdelenie: 100 % zaplateného poisťného</li> </ul>
<b>Úpravy v zákone č. 580/2004 Z. z.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Základ pre prerozdelenie: 90 % z 95 % povinného poisťného (85,5 %)</li> <li>• Ročné zúčtovanie prerozdelenia poisťného</li> </ul>
<b>Ďalšie novely zákona č. 580/2004 Z. z.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesačné prerozdelenie 85 % vybraného poisťného</li> <li>• Ročné prerozdelenie 85,5 % povinného poisťného</li> </ul>

**Tabuľka 4: Princípy prerozdelenia v ČR**

Obdobie	% poisťného, ktoré podlieha prerozdeleniu	Kritérium
od 1993	50 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Štátni poisťenci podľa veku do 60 rokov a nad 60 rokov v pomere 1 podiel: 2 podiely z prerozdelenia</li> </ul>
od 1994	60 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Štátni poisťenci podľa veku do 60 rokov a nad 60 rokov v pomere 1 podiel: 3 podiely z prerozdelenia</li> </ul>
od 2005	100 % (nakoniec od 1. 4. 2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nákladovosť poisťencov podľa veku a pohlavia</li> <li>• 36 nákladových indexov a počet nákladných poisťencov (80 % z nákladov presahujúcich 30 násobok priemeru systému)</li> </ul>
<b>Súčasný stav</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Súčasných 36 kategórií podľa veku a pohlavia vysvetľuje ex ante 2,93 % rozptylu (výpočet na vzorke údajov 1 mil. poisťencov VZP za rok 2006)</li> <li>• Ex post prerozdelenie (nákladná starostlivosť) redistribuuje 4,6 % nákladov na zdravotnú starostlivosť</li> </ul>
<b>Plánované zmeny v blízkej budúcnosti</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zmena právnej formy zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti</li> <li>• Regulovaná možnosť tvorby zisku = podstatne vyššia motivácia pre selekciu rizika</li> <li>• Je potrebné predísť novej selekcii rizika zdokonalením systému prerozdelenia poisťného</li> </ul>

Zdroj: Prezentácia Henriety Maďarovej

**Graf 1: Porovnanie nákladového profilu Prahy a priemeru Českej republiky**

Zdroj: Prezentácia Henriety Maďarovej

riom pre optimalizáciu algoritmu je porovnateľná prevalencia chorôb v ČR ako v Holandsku (Tabuľka 5). Od r. 2006 je používaný pri administrácii IPA kontraktov Hutnícké zámeštneckoé poisťovny.

Predikčná sila modelu bola testovaná na 50 tis. poisťenoch ČNZP (menšia vzorka = menší rozptyl ako VZP). Oproti demografickému modelu dosiahol PCG zvýšenie vysvetleného rozptylu z 3,36 % na 6,77 %. V ambulantnej sfére dokonca trojnásobné zvýšenie z 3,34 % na 9,96 %.

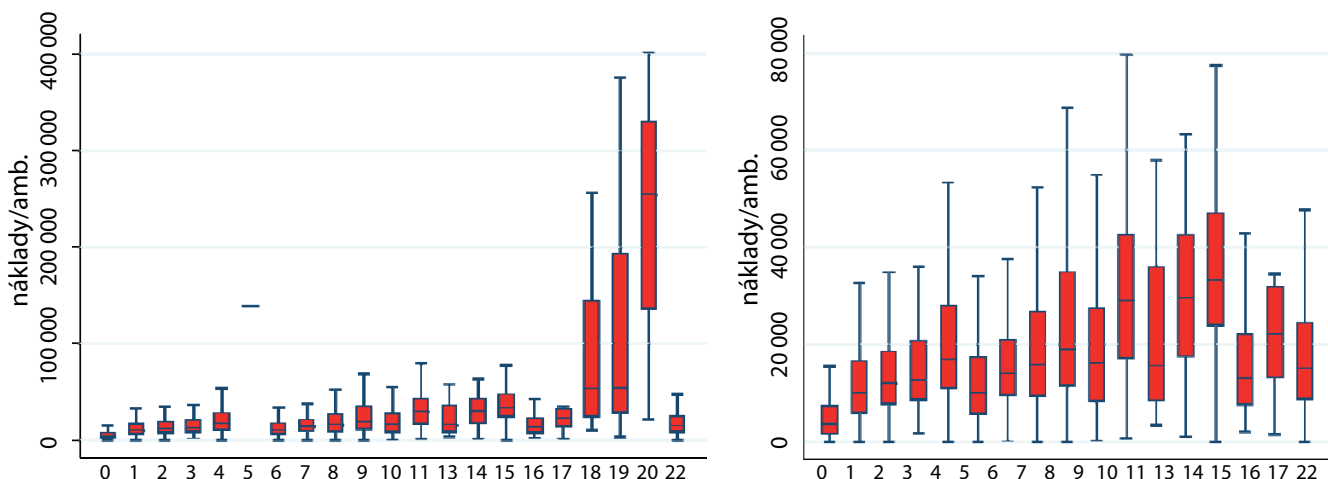
Kritickým faktorom modelu je jeho administratívna náročnosť a motivácia k vyššej preskripcii liekov. Náročnosť na údaje zdravotných poisťovní a na informačné systémy – pre výpočet nákladových indexov sú na rozdiel od súčasného systému nevyhnutné individuálne údaje a pravidelná revízia modelu (ATC skupín) vzhľadom na vývoj na trhu s liekmi. Motiváciu k vyššej preskripcii liekov je čiastočne možné sťažiť tým, že v modeli neumožníme komorbiditu: 1 poisťenec – maximálne 1 PCG skupina (tá najdrahšia).

**Tabuľka 5: Porovnanie prevalencie (výskyt na 1 000 poisťencov) v Holandsku a Českej republike**

PCG	Popis	Prevalencia	
		Holandsko	Česká republika
1	Hypertenzia – nízka	18,4	68,9
2	Hypertenzia – vysoká	22,1	31,2
3	Glaukóm	3,0	2,9
4	Depresia	10,1	15,9
5	Dna	0,5	0,8
6	Poruchy štítnej žľazy	5,2	8,1
7	Hyperlipidémia	7,9	15,2
8	Respiračné choroby, astma	23,7	21,9
9	Epilepsia	5,0	6,1
10	Vredová choroba	22,7	18,1
11	Crohnova choroba a ulcerózna kolitída	1,0	1,6
13	Reumatické choroby	2,0	1,0
14	Parkinsonova choroba	1,4	1,2
15	Diabetes – typ I	7,1	8,1
16	Diabetes – typ II	9,2	11,5
17	Cystická fibróza	0,3	1,0
18	Transplantácia	0,8	1,0
19	Malignity	0,4	0,4
20	HIV/AIDS	0,3	0,1
21	Renálne ochorenia	0,1	0,0
22	Ochorenia srdca (ICHS)	26,4	28,6

Zdroj: Prezentácia Henriety Maďarovej

Grafy 2 a 3: Boxplot nákladov na ambulantnú starostlivosť podľa skupín PCG a detail boxplotu



Zdroj: Prezentácia Henriety Maďarovej

MARTIN FILKO

Poradca ministra financií **Martin Filko** začal svoju prezentáciu zhrnutím politického pozadia na Slovensku. Viaceré poisťovne tu fungujú od roku 1994. Status verejných neziskových inštitúcií a neurčité limity rozpočtu viedli k ich deficitu v 90. rokoch a krátko po roku 2000. Predchádzajúca vláda zmenila v r. 2005 poisťovne na ziskové spoločnosti, čo viedlo k vyššej technickej a alokačnej efektívnosti ako aj predchádzaniu hľadaniu výhod (rent-seeking) a korupcii pri uzatváraní zmlúv a v administratíve.

Súčasná vláda v r. 2008 stanovila limit výdavkov na správu a zakázala rozdelenie zisku s cieľom efektívnosti správy a predchádzania „neoprávneným ziskom“. Implicitne založené na spravodlivosti a prevencii selekcie rizika.

Martin Filko prezentoval technický kontext problematiky. Podľa neho sa medzinárodné odhady prediktívnej sily (upr. R<sup>2</sup>) pri demografických premenných pohybujú okolo 5 % a pridanie diagnostických informácií ich zvyšuje až do výšky 30 %. Podľa slovenských odhadov – údaje z roku 2003 (Sanigest 2005, 2007) z 2 „súkromných“, 1 štátnej poisťovne sú výsledky nasledovné (pri probléme s údajmi a odhadmi pred zmenou politiky):

- Demografické dáta 0,01 – 0,04
- Len diagnostické informácie 0,22 – 0,50
- Demografické + diagnostické dáta – nie viac než len diagnostické
- Koncentrácia katastrofických prípadov (dialýzy, transplantácie) v štátnej poisťovni

Pri svojom vlastnom výskume použil dáta Filko z 3 poisťovní – VŠZP (štátna, roky 2002-2007), Dôvera (súkromná, roky 2005-2007), Apollo (súkromná, 2002-2007). Tieto údaje mu umožnili zostavenie krížovej „hyperkocky“ na základe kritérií: vek, pohlavie, MKCH-10 a príslušné premenné (počet pacientov, počet návštev, celkové náklady + celkový počet poistencov).

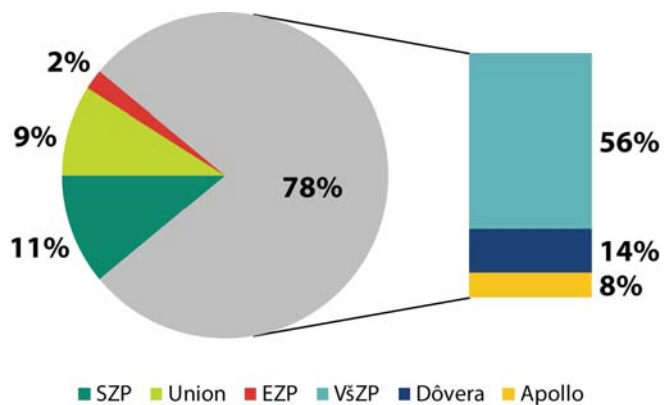
Získanie údajov však podľa Filka nebolo jednoduché. Poisťovne nemusia vykazovať údaje Ministerstvu financií a údaje sa získali až po liste ministra pre ÚDZS (regulačný orgán) a všetky poisťovne. Napriek tomu ÚDZS a ostatné poisťovne nespoupracovali.

Tabuľka 6: História kompenzácie rizika v SR

Obdobie	Popis	Prerozdelenie
1995 – 1999	Vyšší index rizika pre starších (60+)	60 – 80 %
1999 – 2002	Rizikové skupiny	85 – 100 %
2002 –	Skupiny podľa veku a pohlavia	85 – 85,5 %

Zdroj: Prezentácia Martina Filka

Graf 4: Trhové podiely zdravotných poisťovní (2007)



Zdroj: Prezentácia Martina Filka

Použitý súbor kryje 80 % celého trhu zdravotného poisťenia (Graf 4) a všetky výpočty sú len pre tieto tri poisťovne. Pri zahrnutí všetkých 6 poisťovní sa výsledky môžu hranične zmeniť.

Metodologicky Martin Filko najprv upravil frekvencie a náklady podľa veku a pohlavia a porovnal upravené hodnoty s priemerom sektora. Nasledovala úprava podľa veľkosti poisťovne, vzájomné porovnanie poisťovní a porovnanie v čase. Kompenzácia rizikovej štruktúry bola simulovaná pre diagnostické údaje, pre vek a pohlavie a porovnaná so súčasným systémom.

Pri svojom výskume si Filko položil dve empirické hypotézy:

- Historické rozdiely v rizikovej štruktúre medzi poisťovňami generujú pre ne ekonomické renty (variabilná riziková štruktúra, po určitom čase môže, ale nemusí vymiznúť)
- Prísnejšie rozpočtové limity a motivácia k tvorbe zisku časom zvýšili súťaž pri výbere poisťencov s nízkym rizikom (vzrastajúca variabilita rizikovej štruktúry, najmä od r. 2005)

Najdôležitejšie výsledky:

- Viac pacientov v jednej súkromnej a jednej štátnej poisťovni
- Viac vyšetrení v súkromných poisťovniach
- Rozdiely sa v čase znižujú pri pacientoch, ale nie pri vyšetreniach
- Pri niektorých sa zväčšujú, najmä po roku 2005

Na záver si Martin Filko položil otázku, či je potrebné meniť systém kompenzácie rizika a aké sú alternatívy pre verejnú politiku. Podľa neho sa súčasná diskusia zameriava na zmenu podielu prerozdelenia (momentálne 85,5 %, plán zvýšiť na 100 %), avšak toto podľa neho nerieši skutočný problém, pričom existuje možný negatívny dopad na výber poisťného.

Preto odporúča pridanie diagnostických informácií. Je možné predpokladať problémy s dátami, avšak podľa Filka je potrebné orientovať sa na PCG (vykazované kódy MKCH -10), respektíve medzinárodné skupiny PCG/DCG.

Pri rozložení katastrofického rizika je podľa neho vhodnejší neosobný mechanizmus než fond bez pravidiel.

### TOMÁŠ MACHÁČEK

**Tomáš Macháček**, poradca českého ministra zdravotníctva, predstavil praktické použitie PCG modelu v skupinovom kapitálnom kontrakte s IPA (independent practice association – združenie nezávislých praxí).

Pharmacy-based cost group (PCG) model používa Reforma zdravotníctví-forum.cz („Reforma“) a Klient PRO od roku 2006 k štandardizácii rizika a k hrubej klasifikácii populácie podľa zdravotného stavu v analýzach Reformy napríklad v modeli kombinácie zdravotného poistenia a osobných zdravotných účtov.

PCG je taktiež používané:

- na štandardizáciu rizika v komparatívnych analýzach a pri preukazovaní účinnosti rizikových kontraktov administrovaných Klient PRO.
- na kompenzáciu štruktúry rizika v kapitálnom kontrakte s IPA
- na kompenzáciu štruktúry rizika pre účely profilingu v rámci IPA
- na podporu vedenia registrov chronických stavov v rámci IPA

Ako už spomenula Henrieta Maďarová, PCG je možná súčasť modelu prerozdelenia poisťného verejného zdravotného poistenia v ČR od r. 2010.

IPA je združením lekárov, ktorí inak prevádzkujú ekonomicky nezávislé lekárske praxe a združujú sa do skupiny za účelom uzavretia skupinového rizikového kontraktu.



Rizikový kontrakt je zodpovednosť za bilanciu kapitálneho fondu, v ktorom sú evidované vybrané náklady zdravotných služieb poisťencov zdravotnej poisťovne registrovaných u praktických lekárov IPA.

Skupina ručí za vyrovnanú bilanciu fondu časťou svojho príjmu – tzv. zádržné. Zároveň má nárok na časť prípadného prebytku vo forme bonifikácie. Zádržné aj bonifikácia sú prerozdelené v rámci skupiny podľa podielu jednotlivých praktických lekárov na výsledku skupiny.

Skupinové IPA kontrakty Hutnícké zamestnanecké pojišťovny sú celkovo 3 a bežia od roku 2002. Je v nich približne 90 000 poisťencov a 120 praktických lekárov. Administrátorom kontraktov IPA je Klient PRO.

Kapitálny fond skupinového IPA kontraktu sa tvorí nasledovne: V kmeni sú poisťenci registrovaní u praktických lekárov IPA. Príjmy sú definované rizikovo váženou kapitáciou. Výdavky sú skutočné náklady zdravotnej poisťovne za vybrané zdravotné služby (cca 45 % všetkých nákladov ZP).

Vecný rozsah fondu je kompromis medzi dvoma princípmi. Po prvé, náklady sú aspoň čiastočne ovplyvniteľné lekármi IPA. Po druhé, minimalizuje sa možnosť presúvať náklady mimo fond.

Zádržné predstavuje 15 - 20 % príjmu skupiny, čo je asi 3,5 % obratu fondu.

Kľúčové je, ako sa skupina vyrovnáva s rizikom:

- Na strane príjmov je rizikovo vážená kapitálna platba podľa veku a pohlavia a PCG
- Existuje dostatočne veľký kmeň skupiny (minimálne 25 000 poisťencov), ktorý rozkladá riziko
- Vysoké riziko je z kontraktu vylúčené (zaistenie)

Paradoxne, spresnenie kompenzácie štruktúry rizika nie je prvoplánovo v záujme zdravotnej poisťovne(!).

Ako sa lekár vyrovnáva s účasťou v IPA:

- Je nutný prahový počet pacientov danej poisťovne (poisťovní). Úplné minimum (podmienená účasť) je 200. Minimum je 300. Odporúčané je mať nad 500 pacientov.
- Vysoké riziko (extrémne náklady) je z hodnotenia vylúčené.

Spresnenie kompenzácie štruktúry rizika je kriticky dôležité preto, aby hodnotenie praktických lekárov na výsledku IPA bolo korektné. **PCG model je presne takým spresnením.**

Príspevok PCG k spresneniu kompenzácie štruktúry rizika je rôzny pre rôzne segmenty nákladov, všeobecne je vhodnejší pre ambulantné služby.

Čo sa zmenilo v hodnotení praktikov po zavedení PCG:

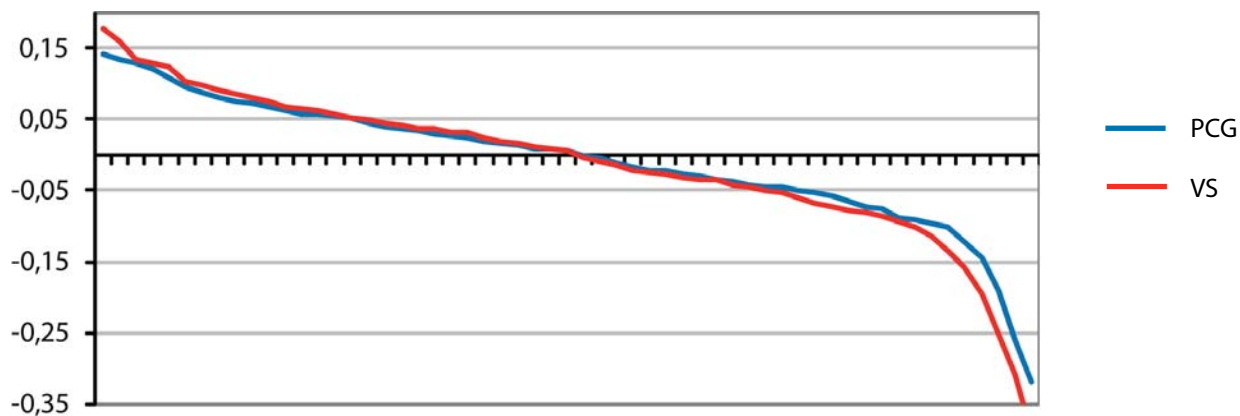
- „Zlí“ sa stali lepšími a naopak. Priemerná absolútna zmena bilancie: 2,35 perc bodov (extrémy: +10,5 ; - 6,8 )
- Zníženie extrémnych výsledkov (bilancií) – menšia lotéria pre praktických lekárov
- Nákladové profily majú podstatne väčšiu autoritu (!)
- Klinický štýl je vidieť z administratívnych (nákladových) údajov

**Tabuľka 7: Spresnenie prediktívnej sily dodaním parametra PCG**

	Vek/pohlavie	Vek/pohlavie+PCG
Všetky zdravotné náklady	3,36 %	6,77 %
Ambulantné služby	3,34 %	9,96 %
IPA rizikový fond 2006	9,62 %	17,38 %
IPA rizikový fond 2008		> 20,00 %

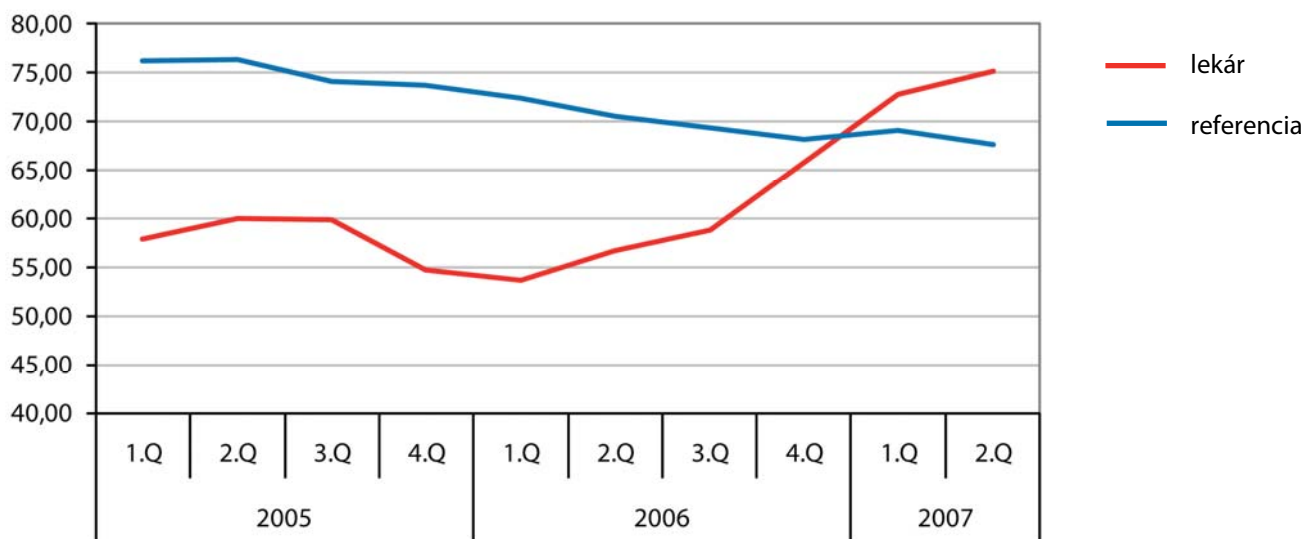
Zdroj: Prezentácia Tomáša Macháčka

**Graf 5: Bilancia praktického lekára – vplyv PCG**



Zdroj: Prezentácia Tomáša Macháčka

**Graf 6: Príklad – jednotkové náklady lekárom indukovanej starostlivosti**



Zdroj: Prezentácia Tomáša Macháčka



**Podľa Tomáša Macháčka je kompenzácia štruktúry rizika kriticky dôležitá pri profilingu, pri určení jednotkových nákladov na najrôznejšie segmenty fondu IPA, počtov odporúčení a objemu priamo vyžiadanych vyšetrení.**

**Jednotkové náklady pre skupiny pacientov so špecifickými charakteristikami:**

- **Hypertenzia – spektrum antihypertoník**
- **Astma – hospitalizačné dni, či spotreba betamimetik vs. inhalačných kortikoidov**

Na záver svojej prezentácie Tomáš Macháček zhrnul význam korektného porovnávania lekárov v rámci skupinového kontraktu do 4 krokov:

1. krok - porovnanie praktického lekára voči referencii
2. identifikácia problému u praktického lekára
3. špecifikácia problému
4. riešenie problému

A to spočíva v špecifickej nákladovej analýze (peer review), vo finančnom pláne a v relatívnom poklese nákladov o 15 %.

**hlavné myšlienky prednášajúcich zapísal  
PETER PAŽITNÝ**



# SLOVENSKÝ SPOTREBITEĽ 2007



Knut Healthcare Communication



## 1. Výskum ako základný kameň úspešného podnikania

V trhovom prostredí sa nachádzame v situácii, keď nestačí plniť primárnu funkciu organizácie - dosahovať pozitívny hospodársky výsledok.

Je potrebné odlíšiť sa od konkurencie prostredníctvom budovania imidžu vlastnej značky. A k tomu ponúknuť aktuálnym a potenciálnym klientom - poisťcom zrozumiteľné, výhodné a kvalitné produkty a služby. Tie musia vychádzať z ich potrieb. Ak máme produkty a služby pripravené, musíme svoju ponuku cieľovej skupine komunikovať. Komu? Kde? Ako?

Mohlo by sa zdať, že v oblasti zdravotníctva vieme klientov, ich potreby a následne našu ponuku definovať na základe vlastných skúseností, nakoľko otázka zdravia sa nás viac či menej všetkých týka. Je to však paradigma, ktorá stojí za preverenie.

Všetci myslíme na to, ako vyzeráme v očiach iných. Zriedkakedy sme pritom objektívni. Väčšinou si to, čo vidíme v očiach druhých, vysvetľujeme mylne. Navyše je roz-

diel vo vnímaní mužov a žien, regiónov, generácií, príjmových skupín atď.

Ak hovoríme o potenciálnych klientoch, v prvom rade musíme túto skupinu ľudí identifikovať a čo najpresnejšie pomenovať. Či už chceme byť pri výbere budúcich poisťencov selektívni, alebo sa zameriame na celú populáciu, nevyhneme sa definovaniu potrieb a očakávaní skupiny ľudí, ktorú plánujeme osloviť. Na to, aby sme zodpovedne definovali svoju cieľovú skupinu sú nevyhnutné dáta a informácie s vysokou výpovednou hodnotou.

Úspechu každej spoločnosti predchádza poznanie prostredia v ktorom pôsobí. Poznanie pochádza z preskúmania prostredia, správnej interpretácie výsledkov výskumu a dôslednej implementácie ponuky vypracovanej na takomto základe.

Naše otázky môžu byť rozmanité a preto je potrebné zvoliť taký druh výskumu, ktorý nám poskytne relevantnú odpoveď.

Základné rozdelenie pomenúva dva druhy výskumu: kvalitatívny a kvantitatívny výskum.

## 2. Rozdiel medzi kvalitatívnym a kvantitatívnym výskumom

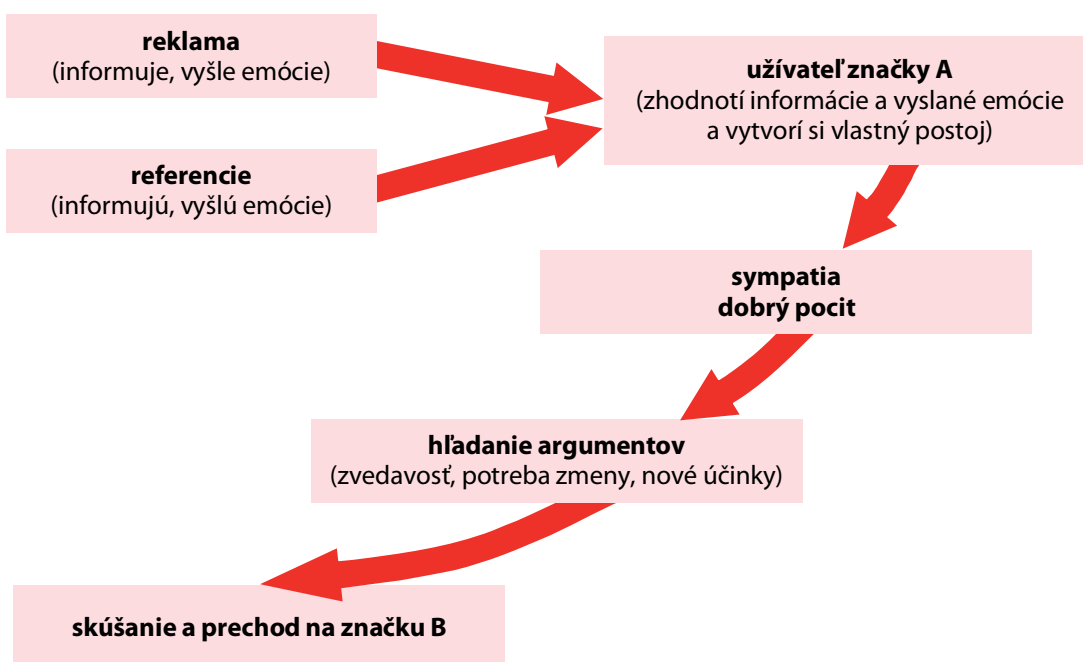
### 2.1. KVALITATÍVNY VÝSKUM

- **Kvalitatívny výskum sa zaoberá voľnými asociáciami, pocitmi a názormi, ktoré sa nedajú štatisticky vyhodnotiť.**
- **Výsledky vznikajú z „malých“ vzoriek.**
- **Vzorka nemusí byť reprezentatívna, lebo od cieľových osôb sa očakáva, že v rozhovore odkrývajú vnútornú logiku uvažovania o predmete prieskumu.**
- **Dôraz sa kladie na názory a odborné vyjadrenie, pričom sa sleduje, ako sa veci dejú.**

- Rozhovor býva viac alebo menej štrukturovaný.
- To znamená, že čím jasnejšie je štrukturovanie problematiky, tým viac konkrétnych otázok môže byť do scenára vopred pripravených.
- Ak problematika nemá jasnú štruktúru, miesto konkrétnych otázok používame voľnejšie definované okruhy, z ktorých bude rozhovor vychádzať. Ďalšie upresňujúce otázky sú kladené tak, ako vyplývajú z rozhovoru.
- Vyhodnotenie prebieha na základe „sémantiky“ výrokov respondentov.
- Tie sa spracovávajú kódovaním = priradovaním do jednotlivých významových kategórií = dimenzií.
- Výsledkom býva zväčša schéma (príbeh, obrázok, nie % vyjadrenie), na základe ktorej sa dá vysvetliť vnútorná logika problematiky.

**V kvalitatívnom výskume hľadáme odpovede na otázky PREČO, AKO to funguje...**

## Príklad schémy rozhodovacieho procesu:



## Formy kvalitatívneho výskumu:

- Individuálny hĺbkový rozhovor
- Focus group discussion (v skupine vybranej na základe kritérií)
- Mystery shopping
- In-hall test
- Pre-test a post-test kreativity (zväčša sú súčasťou Focus group diskusie)

Profesionálne odvedeným výskumom dosiahneme lepšie poznanie prostredia, mechanizmov uvažovania a najmä našej cieľovej skupiny. Budeme mať jasnejšie vymedzené „mantinely“ pre:

- a) naše uvažovanie o riešení úlohy
- b) kreatívne riešenie
- c) vymedzenie komunikačných kanálov.

## 2.2 KVANTITATÍVNY VÝSKUM

- Kvantitatívny prieskum sa zakladá na štatistických údajoch a výsledky sú interpretované číselné údaje
- Vzorka býva veľká, aby bolo možné výsledky triediť, vytvárať tabuľky krížením dvoch a viacerých otázok navzájom.
- Pre kríženie je potrebné mať veľký súbor dát, čo v štatistike znamená 30 a viac odpovedí.

## V kvantitatívnom výskume dostaneme odpovede na otázky KOLKO (kto, kde, kedy...).

- Minimálna vzorka pre kvantitatívne zisťovanie je 150 respondentov – používa sa v homogénnych cieľových skupinách (CS)
- V širších CS, kde je väčšia rozmanitosť odpovedí sa používajú vzorky od 300 – 600 respondentov.
- Pri reprezentatívnych prieskumoch na celú populáciu sa používajú vzorky od 1.000 respondentov.

## Formy kvantitatívneho výskumu:

- Omnibus (multitematický reprezentatívny výskum)
- Reprezentatívny výskum v populácii
- Tracking (kontinuálny pravidelný výskum)
- Ad-hoc výskum v CS
- Anketa
- Business to business výskum

Kvantitatívny výskum, ktorý sa zaoberá po prvýkrát problematikou zdravotníctva na Slovensku nesie názov „Slovenský spotrebiteľ 2007“.

Jedinečnosť tohto výskumu spočíva aj vo veľkosti vzorky. Báza 4 000 respondentov je dostatočne veľká na to, aby bola zabezpečená reprezentatívnosť pre každý z 8 krajov a aby bolo možné vykonávať hĺbkové analýzy.

### 3. O výskume „Slovenský spotrebiteľ 2007“

SLOVENSKÝ  
SPOTREBITEĽ 2007

#### 3.1. POPIS VÝSKUMU

Ide o exkluzívny výskumný projekt reklamnej agentúry Publicis Knut. Cieľom projektu realizovaného v perióde štyroch rokov je poskytnúť plastický obraz o obyvateľoch Slovenska. Identifikovať rôzne typy spotrebiteľov, ktoré sa navzájom odlišujú, no pritom sú jednotlivé skupiny vnútorne koherentné.

Prínosom tohto výskumného projektu sú zistenia o tom, čo sa v životnom štýle obyvateľstva Slovenska za uplynulé štyri roky zmenilo a k akým posunom došlo. Ako sa v životnom štýle prejavujú novodobé fenomény tzv. druhej gramotnosti (mobilné telefóny, osobné počítače, internet, platobné karty atď.), ako sa zmenilo nákupné správanie a ako sa zmenila životná úroveň obyvateľstva.

Výskum je založený na komplexnom zmapovaní faktorov ovplyvňujúcich spotrebiteľské správanie s dôrazom na psychologické prostredie a sociálny status.

Faktorovými analýzami bolo vygenerovaných **11 základných typov spotrebiteľov**.

Tieto typy sú natoľko vyhranené, že úspešne diferencujú slovenskú populáciu. Pri popise typov sa s plnou vážnosťou rešpektovala zásada nevyvodzovať závery ponad rámec empirických faktorov. Výsledkom je unikátna typológia slovenských spotrebiteľov.

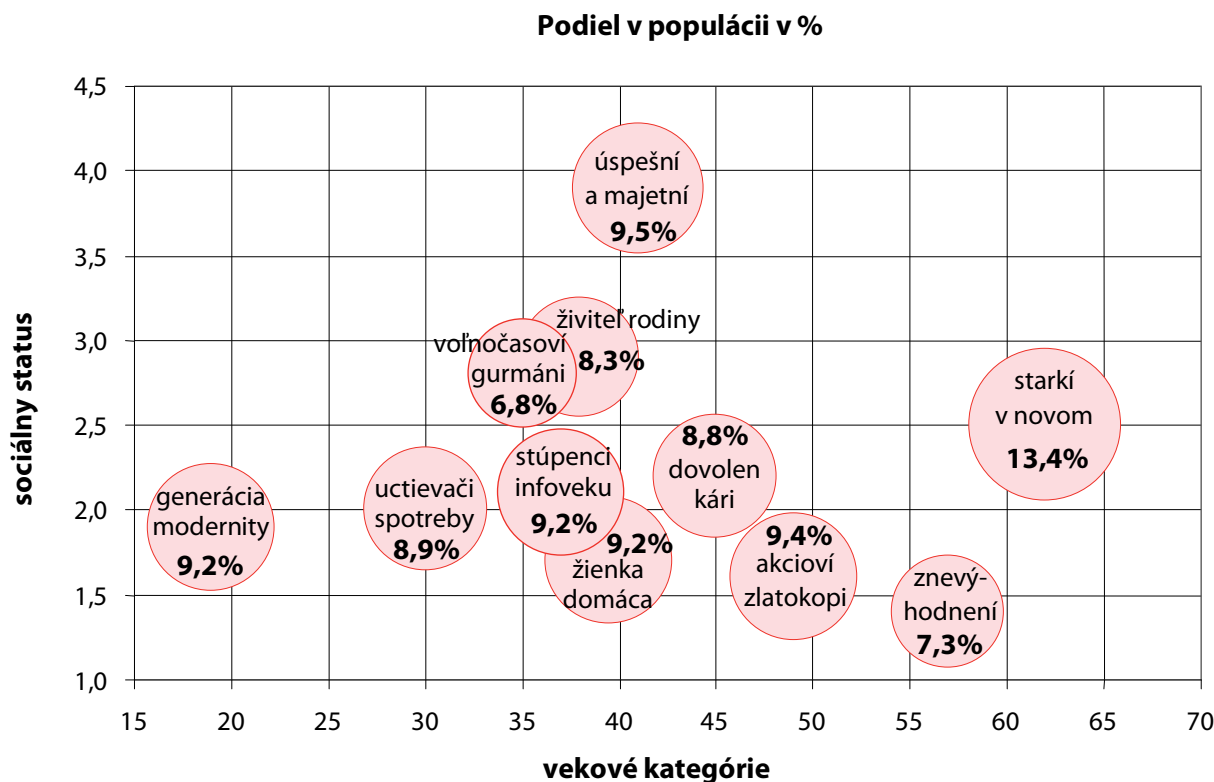
Terénny zber dát uskutočnila výskumná agentúra MVK v termíne jún – november 2007, na už spomenutej vzorke 4 000 respondentov vo veku nad 15 rokov. Ide o reprezentatívny výskum uskutočnený na základe kvótného výberu reprezentatívneho vzhľadom na vek, pohlavie, vzdelanie, národnosť a veľkosť miesta bydliska. Projekt Slovenský spotrebiteľ umožňuje rozpracovanie na jednotlivé regióny (kraje) a teda definovanie rozdielov medzi nimi.

Vzhľadom na to, že ide už o 3. vlnu výskumu, bola veľká pozornosť venovaná projektovej príprave. Hlavným cieľom bolo zachovať základný koncept značky „Slovenský spotrebiteľ“, ale pritom rešpektovať rozsiahle spoločenské zmeny, ktorými Slovensko prešlo od vykonania prvého (v r. 1999 na vzorke 1 885 respondentov) a druhého výskumu (v r. 2003 na vzorke 8 129 respondentov).

Práve Slovensko zaznamenalo v danom čase najhlbšie a najdynamickejšie zmeny v meradle Európskej únie.

V posledných rokoch sa téma zdravia a zdravého životného štýlu stáva čoraz výraznejšou a dôležitejšou. Preto si aj výskumný projekt Slovenský spotrebiteľ 2007 položil za cieľ zmapovať túto oblasť. Na ukážku vyberáme niektoré zo súvisiacich okruhov tém.

**Graf1: Typológia slovenskej populácie**



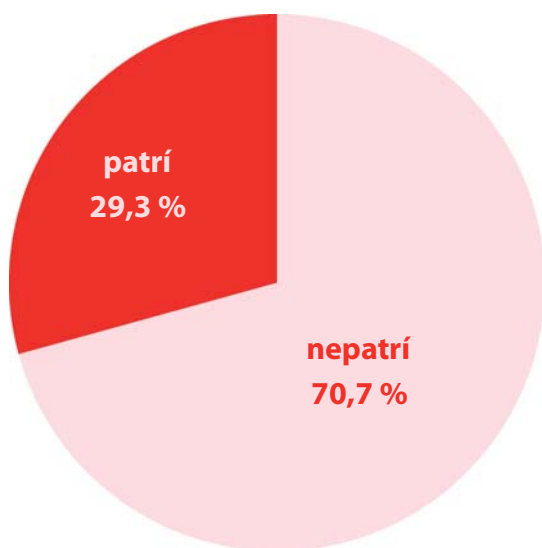
Zdroj: Publicis Knut, Slovenský spotrebiteľ 2007

## ZÁUJEM O STAV ZDRAVOTNÍCTVA

Najzákladnejšou z tém bolo zistiť, do akej miery sa populácia zaujíma o úroveň zdravotnej starostlivosti na Slovensku. Zaujímavé je, že len necelá tretina (29 %) považuje tému úrovne zdravotníctva za jednu z troch najzávažnejších, o ktoré prejavujú prednostný záujem. Pritom zdravie a snaha o zachovanie svojho zdravia a zdravia svojich najbližších je u mnohých prvoradou životnou hodnotou.

Opačný postoj, teda že úroveň zdravotnej starostlivosti nepatrí medzi tri pre respondenta osobne najzávažnejšie problémy, zaujalo 71 %.

**Graf 2: Patrí úroveň zdravotníctva medzi tri problémy, ktoré sú pre Vás osobne najzávažnejšie?**



n = 4 000 respondentov

Zdroj: Publicis Knut, Slovenský spotrebiteľ 2007

Nadpriemerne sa o úroveň zdravotníctva zaujíma typ „Starkí v novom“. Vekom je to najstaršia a najpočetnejšia skupina s prevahou žien. Najviac je tu dôchodcov. Nie sú to však bedári. Majú zaistenú existenciu, aj keď ich dôchodky a príjmy sú podpriemerné. Pre ich životný štýl je typické vysedávanie pri TV, pasívne oddychovanie, len zriedka si doprajú dovolenku alebo liečebný pobyt. Málo sa starajú o sebarozvoj, udržanie telesnej i duševnej kondície. S tým súvisia aj ich častejšie návštevy lekára, i keď sa snažia mať dobrý stravovací režim a nakupovať skôr zdravšie potraviny.

Ďalším s typom so záujmom o úroveň zdravotníctva je typ „Žienka domáca“. Ide o čisto ženský typ. Spoločným menovateľom sú často nepriaznivé životné podmienky. Žijú v majetkovo a finančne slabo zabezpečených domácnostiach. Nájdeme ich najmä v menej rozvinutých regiónoch. Ich hlavnou životnou náplňou je starostlivosť o rodinu, deti, príbuzných, domácnosť. Ich životných štýl poznamenáva aj to, že im nezostáva čas alebo chuť dbať o životosprávu, šport, relax. Vôbec neinvestujú do seba, do sebarozvoja, do aktívnych foriem oddychu, sú frustrované, čo sa časom prejavuje aj na ich zdravotnom stave. V tomto type nájdeme nadpriemerne ženy, ktoré trpia nadváhou, alebo už sú obézne.

Posledným z typov s nadpriemerným záujmom o naše zdravotníctvo je typ „Znevýhodnení“. Sú to ľudia zrelého veku s miernou prevahou mužov. V tomto type je najslabšia vzdelanostná úroveň. Kumulujú sa tu hendikepy ako: slabé vzdelanie, nízka kvalifikácia, nerozvinutá oblasť v ktorej žijú, chýbajúce príležitosti a u viacerých aj chatrné zdravie. Niet divu keď nedbajú o svoju životosprávu, stravujú sa síce pravidelne ale neracionálne a radi pijú tvrdý alkohol.

## POTREBA NÁVŠTEVY LEKÁRA

Viac ako polovica populácie nad 15 rokov (58 %) navštívi lekára len v prípade vážnejšieho ochorenia. Ľahšie stavy sa pokúša preliečiť sama. Oproti tomu vždy, za každých okolností ide k lekárovi 29 % ľudí. Kritickú skupinu tvoria tí, ktorí odmietajú navštíviť lekára a predstavujú 14 % populácie. Tu je hrozbou nielen prechodenie ochorenia, ale aj nepodchytenie vznikajúceho zdravotného problému včas.

Okrem mladých ľudí, ktorí zatiaľ netrpia žiadnymi zdravotnými problémami a preto vôbec nechodievajú k lekárovi sa nadpriemerné percento odmietačov lekárskeho návštevy vyskytuje v type „Živiteľ rodiny“. Ako už bolo zmienené, ide prevažne o mužov oddaných práci a rodine, ktorí ju chcú a aj dokážu slušne zabezpečiť. Avšak ich životný štýl, stravovacie návyky a voľnočasové aktivity nezodpovedajú správny návykom pre zachovanie zdravia. Mierne nadpriemerne nechodievajú k lekárovi ešte ľudia typu „Stúpenci infoveku“, ktorí vôbec nedodržiavajú zásady správnej starostlivosti o zdravie a zdravú životosprávu. Pritom nadpriemerne pijú a fajčia.

## PREVENTÍVNE A BEŽNÉ NÁVŠTEVY LEKÁRA

Pravidelne podstúpi preventívnu prehliadku viac ako 40 % Slovákov. Oproti tomu „odmietači“ preventívnych prehliadok predstavujú viac ako 20 %. Diskutabilnú skupinu tvorí 39 % ľudí, ktorí z rôznych dôvodov nedodržiavajú pravidelnosť preventívnych prehliadok. Pre viac ako dve tretiny (76 %) ľudí je najdôležitejším faktorom spokojnosť s lekárom. Vzdialenosť k lekárovi je skôr sekundárnym faktorom. Dôležitá je len pre 16 % ľudí.

## ODBORNÉ VYŠETRENIA A HOSPITALIZÁCIE

Rovnako ako pri preventívnych vyšetreniach aj v prípade návštev odborných lekárov a hospitalizácií zohráva najdôležitejšiu úlohu spokojnosť s lekárom. Splnenie tohto faktora je dôležité pre 76 % ľudí. Ľudia sú ochotní cestovať za vyšetrením, hlavne aby sa dostali do rúk „správneho“ lekára o ktorom majú pozitívne referencie alebo vlastnú pozitívnu skúsenosť. Čo najmenšia vzdialenosť k lekárovi je dôležitá len pre 15 % ľudí. Sú ochotní cestovať za lepším odborníkom či v rámci okresu (20 %), do iného okresu (21 %), do iného kraja (26 %) alebo až do inej krajiny (11 %). Len 15 % trvá na blízkosti odborného lekára/specialistu v mieste bydliska/mesta.

Takmer všetci respondenti (95 %) vyjadrili vplyv iných faktorov na ich výber lekára. Najdôležitejším je rodina spolu s ošetrovateľom. Vyjadrenie ošetrovateľa

lekára má najdôležitejší vplyv v prípade potreby odborného vyšetrenia alebo hospitalizácie. Tieto dva faktory uviedla nadpolovičná väčšina respondentov. Podstatný vplyv má aj okolie – priatelia a známi. Oproti tomu blízkosť k lekárovi je rozhodujúcim faktorom len pre necelú tretinu populácie. Najmenší vplyv na výber lekára, či všeobecného alebo odborného, majú mediá a rôzne informačné zdroje. Z toho vyplýva, že skúsenosť s lekárom a jeho odporúčania spolu s referenciami okolia majú u ľudí najväčšiu váhu.

### DUŠEVNÉ ZDRAVIE

Duševné zdravie, harmónia, vyrovnanosť a spokojnosť so životom sú dôležitou súčasťou vitality a zdravia ľudí. Pritom je táto oblasť ešte stále podceňovaná a tabuizovaná. Väčšina respondentov (57 %) sa vyjadrila, že nemáva problémy so zhoršeným duševným stavom. Ďalšia viac ako tretina máva zdriedkavé, občasné nepríjemné pocity, signalizujúce narušenie duševného zdravia. 5 % populácie trpí pomerne častými nepríjemnými duševnými pocitmi.

Pritom v priebehu posledného roka sa u väčšiny opýtaných (55 %) prejavili známky možnej depresie a 9 % uviedlo, že známky depresie u seba registrovali v poslednom roku pomerne často.

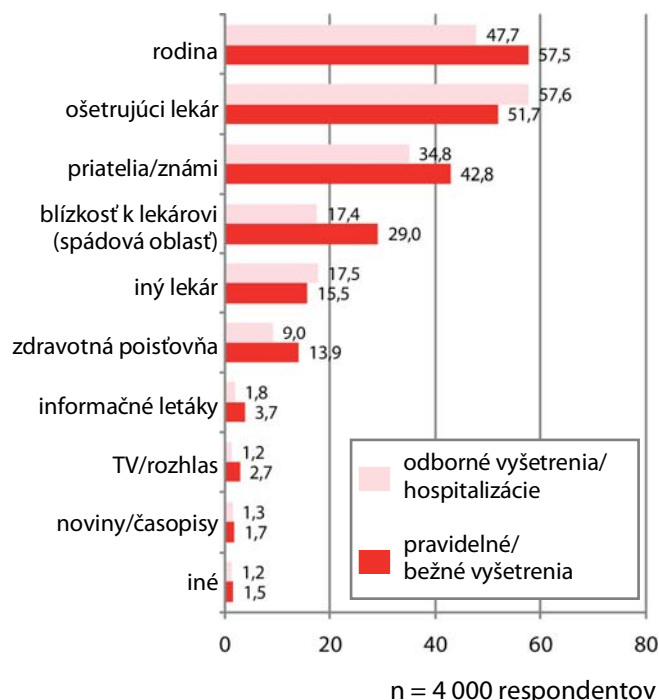
I keď takmer polovica (47 %) deklarovala, že by v prípade zachovania svojho duševného zdravia v budúcnosti vyhľadala psychológa/psychiatra, reálne tak v minulosti spravilo len 11 % opýtaných. 85 % populácie nemá žiadnu skúsenosť so psychológom/psychiatrom a tretina (31 %) by ani v budúcnosti neuvažovala o návšteve takéhoto špecialistu.

(Dáta zo Slovenského Spotrebiteľa o duševnom zdraví sú použité s láskavým súhlasom Ligy za duševné zdravie.)

## 4. Na záver

Výskum Slovenský spotrebiteľ 2007 odhalil alebo potvrdil viaceré nedostatky v prístupe obyvateľstva Slovenska k svojmu zdraviu, zdravej životospráve a zdravému životnému štýlu. Ukázal, že väčšina Slovákov výrazne podceňuje túto oblasť a že u väčšiny dodnes pretrvávajú zažitie prístupy z minulosti. Netýka sa to však len starších vekových ročníkov, ale aj mladších ľudí. Výrazne nadpriemerné nedostatky vykazujú ženy z typu „Žienka domáca“. Život týchto žien a všetko ich snaženie je obmedzené výhradne na starostlivosť o domácnosť a rodinu. Z rôznych dôvodov u nich absentuje aktívny prístup k vlastnému zdraviu a zdravšej životospráve. Keď k tomu pridáme ich pocit frustrácie a nespokojnosť s kvalitou života, je možné predpokladať, že časom tieto faktory negatívne ovplyvnia ich zdravotný stav a spôsobia nástup rôznych ochorení. Táto skupina žien je významná aj z dôvodu, že má vplyv na vytvorenie nesprávnych návykov aj u ďalšej generácie. Ďalšie dva typy s nesprávnym prístupom k zdraviu a zdravej životospráve sú „Živitelia rodiny“ a „Stúpenci infoveku“.

**Graf 3: Ktoré z uvedených faktorov Vás ovplyvnili pri výbere lekára na pravidelné, bežné vyšetrenia a ktoré na špeciálne vyšetrenia/hospitalizáciu?**



Zdroj: Publicis Knut, Slovenský spotrebiteľ 2007

**SLOVENSKÝ SPOTREBITEĽ 2007**

Sú pohltení prácou, modernými technológiami a zarábaním peňazí. Nesprávne relaxujú a často sa u nich k tomu pripája alkohol a cigarety. Ohrozenú skupinu predstavujú mladí ľudia z typu „Generácia modernity“. U nich sa ešte neprejavujú zažitie nesprávne návyky, majú aktívne formy oddychu, športujú, ale na druhej strane sú výrazne ovplyvňovaní novodobými trendami v spôsobe stravovania formou rýchlych fastfoodov a fyzicky neaktívnym vysedávaním pri internete.

**ANDREA BENÁKOVÁ**

Knut Healthcare Communication

Všetky práva vyhradené.  
Materiál Slovenský spotrebiteľ 2007 je určený pre účely publikácie newsletter HPI, je právne chránený podľa autorského zákona.  
Materiál je neprenosný a nereprodukovateľný.

**NEPREHLIADNITE: 11 spotrebiteľských typov podľa projektu agentúry Publicis/Knut na ďalšej strane!**

# 11 typov spotrebiteľov

## 1. ŽIVITEĽ RODINY

### Životná otázka:

*Ako zmanažovať seba a peniaze?*

Sú to prevažne muži: táto skupina osôb sa delí na dve základné podskupiny, na zamestnancov a na podnikateľov. Vo všeobecnosti sú to najmä „hlavy rodín“ (otec – manžel), ktorí sa snažia čo najlepšie zabezpečiť svoju rodinu (financie, pohodlie, vymoženosti). Podriaďujú tomu všetky svoje aktivity (práca na úkor voľného času). Ich príjem tak predstavuje najväčší prínos do rozpočtu domácnosti. Preferujú skôr pasívny relax (voľný čas trávia najčastejšie doma s rodinou), nie je u nich zvykom, aby pravidelne investovali do kultúry alebo aktívneho športu. Sú komunikačne zdatní, mobil, počítač, internet sú súčasťou ich života.

### Čo je pre nich typické?

- Typická je viazanosť na rodinu, zamestnanie a peniaze.
- Ich prioritou je pokojný život v rodine.
- Pracuje a vždy pracoval na Slovensku.
- Peniaze míňa tradičným spôsobom, nie cez internet alebo teleshopping.
- Priťahujú ho značkové, módné, cenovo výhodné a pekné veci.
- Darčekové, reklamné predmety vždy potešia.
- Kozmetika, manikúra, sauna, solárium sú neznáme pojmy.

## 2. GENERÁCIA MODERNITY

### Životná otázka: Aký je svet?

Polovica mladých do 24 rokov: ich hlavnou výzvou je nateraz vlastný rozvoj, zbieranie skúseností, nadväzovanie reálnych aj virtuálnych kontaktov, a rozširovanie možností. Sú šťastní, zdraví, slobodní. Neťažá ich každodenné zaobstarávanie domácnosti, majú za sebou podporu rodičov a zázemie dobre zabezpečenej domácnosti. Pestujú sa po duševnej aj po telesnej stránke – na imidži záleží! Majú svoje značkové veci, obľúbené médiá, aktivity, plány a ambície. Financie neprodukurujú (s výnimkou brigád), ale disponujú voľnými peniazmi.

### Čo je pre nich typické?

- Otvára sa im svet.
- Sú slobodní, žijú v rodičovskom hniezde.
- Ich život je pomerne šťastný chcú vyštudovať vysokú školu; mať prácu, ktorá ich baví a pokojný život plný porozumenia v kruhu rodiny.
- Denne pracujú s počítačom, všetci majú mobilný telefón.
- Internet je zdroj zábavy a informácií, ako aj prostriedok komunikácie s inými.
- Mnohé ich ešte len čaká, mnohé sa ich ešte netýka.
- Neriešia investície do zmeny bývania.

Ponúkame vám základné charakteristiky jedenástich typov slovenských spotrebiteľov podľa projektu agentúry Publicis / Knut: *Aké životné otázky riešia? Čo je pre nich typické? V čom sú iní? Ako reagujú na reklamu?*

PODIEL  
V POPULÁCII  
**8,3 %**  
PRIEMERNÝ VEK  
**40**



### V čom sú iní?

Oproti všetkým osobám 18+ sa v tomto type nadpriemerne koncentrujú ženatí muži vo veku 33 – 47 rokov. Práca ich baví a trávia v nej 10 – 12 hodín. Takmer všetok svoj voľný čas venujú rodine. Vyznajú sa vo finančných produktoch.

PODIEL  
V POPULÁCII  
**9,2 %**  
PRIEMERNÝ VEK  
**19**



- Ešte nenakupovali na splátky, ani z teleshoppingu.
- Nie sú členmi zákazníckych klubov.
- Nehrávajú peňažné hry.
- Menší podiel z nich využíva finančné služby a produkty.
- Nepôsobili v zahraničí.
- Dbajú o seba, o svoj výzor, o vzťahy.
- Kľúčový význam majú pre nich rovesníci.

### V čom sú iní?

V porovnaní s ostatnou populáciou skoro vo všetkom, čo robia – veď sú nositeľmi zmien! Nadpriemerne sa v tomto type koncentrujú ľudia s nižšou mierou záväzkou, ťažob a neslobody života. Majú svet v ktorom rezonujú značky a módné trendy. Vedú zdravý životný štýl s pestrou škálou aktivít a spôsobov trávenia času. Stravovanie a životný štýl zrkadliaci nové trendy. Určite sa tu nevyskytujú osoby komunikačne negramotné, neaktívne, bez ambícií a starší ľudia.

### V čom sú zaujímaví pre marketing?

Sú značkovo gramotní, reagujú na módné trendy.

### 3. ÚSPEŠNÍ A MAJETNÍ

#### Životná otázka:

**Ako zmanažovať seba, čas a druhých?**

Sú to finančne zabezpečené, rodinne založené osoby: po finančnej stránke majú zabezpečenú rodinu, často aj budúcnosť. Vďaka za to svojmu vyššiemu príjmu a finančnej gramotnosti. Žijú vo vlastnom dome so záhradou vo vilovej štvrti. Obe pohlavia sú zastúpené približne rovnako. Typické pre úspešných a majetných je vyššie vzdelanie. Majú vedomostnú tvorivú prácu, pracujú s ľuďmi.

Súčasťou ich života sú pracovné obedy a večere. Majú vyššie spoločenské postavenie, to však nie je reflektované v spoločenskom a kultúrnom živote - uspokojuje ich tráviť čas v kruhu svojej rodiny a pár známych, málo navštevujú kultúrne podujatia.

#### Čo je pre nich typické?

- Zabezpečený život a rodina.
- Prioritou je pokojný život v rodine.
- Pracujú a vždy pracovali na Slovensku.
- Peniaze mívajú tradičným spôsobom.
- Priťahujú ich módne, značkové, cenovo výhodné a pekné veci.
- Niečo zadarmo vždy poteší.
- Kupujú si nové autá.
- Zdravie je dôležité.

### 4. ŽIENKA DOMÁCA

#### Životná otázka:

**Ako všetko zvládnuť (denný chod domácnosti) a relaxovať osamote doma bez peňazí?**

Sú to výlučne ženy. Ich príbeh hovorí najmä o tom, čo nerobia (čo nemôžu robiť). Koncentrujú sa medzi nimi tak trochu obeť vlastného životného príbehu – strata partnera, rozvod, život v domácnosti s deťmi bez partnera, nižšia životná úroveň, nemobilita, nezačlenenosť v komunite. Tieto ženy sú výkonná zložka domácnosti, často jediná, a neostáva im čas ani prostriedky na seba, okrem čítania životných príbehov iných a udržiavania kontaktu so svetom prostredníctvom televízie. Spotrebiteľsky sa realizujú v low segmente, čo sotva prekvapí.

#### Čo je pre ne typické?

- Typické je to, čo nerobia, čo nemôžu robiť.
- Neplánujú zmeny napr. ohľadom bývania, sťahovania.
- Majú deficit v spojení so svetom: „internet negatív“, nešoférky, nemajú skúsenosť s pôsobením v zahraničí, neovládajú cudzie jazyky, kontakt so svetom si aktualizujú cez TV.
- Voľný čas nie je o tvorivom vyžití, záujmoch, aktivitách.
- Svoje telo nehýčkajú v saune, soláriu, na pedikúre či manikúre, nechodievajú do fitka...
- Čítajú (žijú?) príbehy iných.



PODIEL  
V POPULÁCII  
**9,5 %**  
PRIEMERNÝ VEK  
**42**

#### V čom sú iní?

Oproti všetkým osobám 18+ sa v tomto type nadpriemerne koncentrujú ľudia vo veku 33 – 47 rokov, s príjmom 20 – 50 tis. Sk mesačne, ktorí stúpajú v spoločenskom rebríčku. Pracuje 6 – 10 hodín denne. V rámci tohto typu sú ešte dva subtypy: tí, ktorým práca zasahuje do rodinného života a tí, ktorí nedovolia zasahovať práci do rodinného života. Vlastníctvo: knižnica s viac ako 100 knihami, chata, firma, dom, auto (novšie ako 4 roky).



PODIEL  
V POPULÁCII  
**9,2 %**  
PRIEMERNÝ VEK  
**43**

#### V čom sú iné?

Oproti ostatným ženám 18+ sa tu nadpriemerne koncentrujú ženy, ktorých cieľom je kupovať tak lacno, a ak sa dá, tak aj pekne vyzerať. Nie je cieľom byť iná, odlišiť sa. Sú veriace, kostoly však nenavštevujú častejšie ako ostatné ženy, skôr naopak. Vyššia koncentrácia nešťastných.

## 5. UCTIEVAČI SPOTREBY

### Životná otázka:

*Ako nájsť celoživotný vzťah?*



Dve tretiny sú ženy. Najčastejšie ide o slobodné osoby, žijúce s rodičmi alebo v trojgeneračnej domácnosti (vo vlastnom dome/byte). Majú základné alebo stredné vzdelanie. Nižší príjem im vystačuje, keďže nemajú vysoké náklady na domácnosť (nie sú hlavným živiťelom rodiny). Uprednostňujú pokojný život v rodine. Napriek tomu, že majú dostatok voľného času, nevyužívajú ho na kultúrne a spoločenské vyžitie. Vo voľnom čase radi nakupujú, idú po moderných veciach, pričom sú verní svojim značkám. Starajú sa o svoj vzhľad, o zdravie už menej (aj keď sa stravujú zdravo a pestro). V médiách vyhľadávajú skôr nenáročnú zábavu.

### Čo je pre nich typické?

- Pokojný život v rodine je pre nich veľmi dôležitý.
- Nie sú hlavným živiťelom rodiny.
- Neovládajú jazyky.
- Informácie čerpajú najmä z televízie.
- Priťahujú ich móдне, značkové, cenovo výhodné a pekné veci.
- Zdravie je dôležité (ovocie, zelenina, spokojnosť s lekármi,...)
- Nekupujú cez internet a teleshopping.

### V čom sú iní?

Oproti všetkým osobám vo veku 18+ sa tu nadpriemerne koncentrujú ľudia, prevažne ženy vo veku 18 až 32 rokov, slobodné, zamestnané, ktoré nakupovanie považujú za hobby. Idú po moderných veciach, zaujímajú ich novinky, hity, uprednostňujú modernú tanečnú hudbu a súčasné hity. Denne SMS-kujú, vyberajú si dovolenky pri vode, zaujímajú ich nasledovné témy ako vzťahy, láska, sex, celebrity, beauty.

## 6. STÚPENCI INFOVEKU

### Životná otázka: *Ako zoptimalizovať život?*

Prevaha mužov v každom veku: sú stabilizovaní v živote, držia si svoj status, zásadné životné zmeny nie sú hlavným bodom programu. Svoje schopnosti kapitalizujú cez prácu s počítačmi ako výkonní zamestnanci. Internet je pritom zdrojom informácií aj pre praktický život, osobný prehľad a zábavu. Zabezpečovanie domácnosti nie je ich starosť, až na „mužské“ práce. Chýba im pohyb, tvorivé vyžitie, pokrývajú aj starostlivosť o zdravie. Radi sú doma, s rodinou, aj keď sa väčšinou venujú osobným aktivitám. Majú pozitívny vzťah k médiám a najmä internetu. V mnohých ohľadoch sú to priemerní ľudia a spotrebitelia.



### Čo je pre nich typické?

- Ich svet je stabilizovaný, ide o to, ako všetko optimalizovať.
- Na spoločenskom rebríčku majú svoje miesto a nehybu sa nahor, ani nadol.
- Neplánujú meniť bývanie, ani sa sťahovať.
- Sú (pomerne) šťastní.
- Ide im o pokoj v rodine a prácu, ktorá ich baví.
- Preferujú značkové výrobky a záruku tradičnej kvality, ale veľká skupina preferuje aj low cost segment.
- Denne pracujú s počítačom, updatujú informácie.
- Deficit majú v tvorivosti, záujmoch vo voľnom čase, športe, cudzích jazykoch a starostlivosti o telo.

### V čom sú iní?

V porovnaní so všeobecnou populáciou sa tu nadpriemerne koncentrujú ľudia, ktorých baví práca s počítačmi, softvéromi, internetom, modernými technológiami, práca s abstraktnými objektmi. Majú pozitívny vzťah k médiám ako zdroju aktuálnych informácií, čítajú Sme, Pravdu a aj Nový čas. Majú odstup k nakupovaniu, nebaví ich chodiť po obchodoch obzeráť, prekážajú im reklamné SMS-ky, e-maily, bannery na internete.

## 7. STARKÍ V NOVOM

### Životná otázka: Ako sa vyrovnáť so stratami?

Sú to starší ľudia, zväčša dôchodcovia. Nadpriemerne je takých, ktorí žijú sami, prípadne s manželom/-kou, starajú sa o svoju domácnosť sami (bývajú vo vlastnom dome/byte na dedine/v malom meste). Sú prevažne veriaci. Informácie čerpajú v drvivej väčšine z televízie a novín, komunikácia so svetom je viazaná iba na pevnú linku (nepoužívajú internet ani mobilný telefón). Keďže sú to väčšinou dôchodcovia, majú celý deň pre seba. Napriek tomu takmer nevyužívajú služby určené na sebarozvoj, ani nechodia za kultúrou. Bývajú často chorí (diagnostikované choroby), zriedkavo chodia na dovolenku, keď tak na liečebné pobyty. Čo sa týka nakupovania, vyhľadávajú výhodné nákupy a nakupujú len to, čo potrebujú.

### Čo je pre nich typické?

- Ide o staršie osoby žijúce s partnerom vo veku 48 +
- Majú v domácnosti najvyšší príjem a starajú sa o chod domácnosti.
- Väčšinou si kupujú veci za výhodnú cenu a niečo zadarmo ich vždy poteší.
- Hlavný zdroj každodenných informácií je televízia a noviny.
- Nepoužívajú internet
- Stravujú sa výhradne doma.

## 8. AKCIOVÍ ZLATOKOPI

### Životná otázka: Kde sa dá čo najlacnejšie nakúpiť?

Typ s miernou prevahou žien. Stabilizovaní v manželstve, neplánujú výraznejšie zmeny v živote. Čas trávia v domácnosti, ktorú opúšťajú, keď idú do práce, do obchodu alebo k známym na kus reči. Voľný čas a životný štýl sa vyznačujú pasívitou. Nerobia nič pre svoje zdravie, trpia nadváhou, vyžitie hľadajú v televízii. Ich vášňou je nakupovanie, akcie a reklama. Sú zo slabšie zabezpečených domácností, a tak sa realizujú hlavne v hypermarketoch, v Lidli a na trhoviskách. Internet a počítače ich nepriťahujú. Radšej si požičajú časopis alebo zídu na kus reči.

### Čo je pre nich typické?

- Stredná a vo zvýšenej miere aj nižšia stredná vrstva.
- Ich postavenie sa nemení, aj keď je tu zvýšený podiel tých, čo smerujú dole.
- Priemerne a slabšie zabezpečené domácnosti.
- Väčšina je skôr šťastná v živote.
- Nakupovanie je najčastejší spôsob trávenia voľného času mimo domácnosti.
- Ako reklama im vyhovuje všetko, čo sa k nim dostane.
- Vôbec nechodia do sauny, do fitness centra, na kozmetiku...
- Vo voľnom čase sa väčšina vôbec nevenuje tvorivým činnostiam...
- Relaxujú pred telkou, zaujímavé sú pre nich telenovely, lasické seriály, súťaže.

PODIEL  
V POPULÁCII  
**13,4 %**  
PRIEMERNÝ VEK  
**60**



### V čom sú iní?

- Oproti všetkým osobám 18 + je tu zvýšená koncentrácia dôchodcov a ovdovených osôb, ktoré žijú sami.
- O chod domácnosti sa starajú sami.
- K lepšiemu životu im chýba 2-5 tisíc korún, snažia sa čo najviac šetriť (málo míňať), kupujú si lacné, cenovo výhodné produkty.
- Nevedia používať počítač a nemajú ani mobilný telefón.
- Radi počúvajú ľudovky a dychovku.
- Nechodia na dovolenky, nenavštevujú reštaurácie.

PODIEL  
V POPULÁCII  
**9,4 %**  
PRIEMERNÝ VEK  
**46**



### V čom sú iní?

V porovnaní so všeobecnou populáciou sú to ľudia s veľmi pozitívnym vzťahom k nakupovaniu a reklame. Sú to osoby, na ktorých je zabezpečenie chodu domácnosti a „ženské“ domáce práce. Sú cieľovou skupinou cenových hráčov, majú vášeň pre akcie, reklamy a letáky.

## 9. ZNEVÝHODNENÍ

### Životná otázka: Ako udržať tempo života?

Sú to osoby s najnižšou kvalifikáciou. Zväčša ide o ľudí nad 48 rokov – o dôchodcov, prípadne pracovníkov s nízkou mzdou, majú najnižší sociálny status. Sú usadení na „svojom“ mieste, žijú v domácnosti s ďalšími osobami (často s dospelými deťmi) na vidieku. Majú málo spoločenského kontaktu a záujmov (najviac času trávia so svojou najbližšou rodinou). Neovládajú prácu s počítačom, internetom, nemajú mobily. Spojenie so svetom predstavuje televízia a rozhlas. Starostlivosti o vzhľad a módnosti neprikladajú veľký význam. Aj o zdravie sa starajú sporadicky. Aj keď chodia pravidelne na preventívne prehliadky, zdravotný stav nie je ideálny (zvýšený podiel tých, ktorí majú diagnostikovanú chorobu, častejšie ich prepadajú depresívne nálady).

### Čo je pre nich typické?

- Najnižšie vzdelanie, nízke kvalifikácie.
- Málo spoločenského kontaktu a záujmov (jedávajú doma, nechodia do spoločnosti a pod.), žijú príbehmi iných.
- So svetom udržiavajú kontakt cez televíziu a rozhlas (nevedia používať počítač, internet, nemajú mobil).
- Sú usadení na svojom mieste - neplánujú sa sťahovať, ani prerábať.
- Pri nakupovaní idú po dobrej, výhodnej cene.
- Neovládajú jazyky.

## 10. DOVOLENKÁRI

### Životná otázka: A prečo klásť otázky?

V mnohých ohľadoch priemerní ľudia a spotrebiteľia. S miernou prevahou mužů z mestského prostredia, najmä sídlisk. Žijú ich výkonná robota. Žijú s rodinou, s partnerom a deťmi, a to je pre nich aj v živote dôležité. Sú pomerne šťastní a neplánujú zásadné zmeny. Voľný čas trávia skôr pasívne, radi pozerajú televíziu a čítajú tlačenej médiá. K nakupovaniu nemajú veľmi vreľý vzťah, aj keď im každý mesiac ostane z peňazí aj pre seba. Svetlým bodom v roku je letná dovolenka, na ktorej si dajú záležať. Žiadna práca, žiadne stavby, dovolenka znamená more a cestovanie.

### Čo je pre nich typické?

- Žijú s rodinou.
- Najviac ich považuje za dôležitý pokojný život a porozumenie v rodine.
- Nechcú sa sťahovať.
- Nepôsobili v zahraničí, väčšina neovláda cudzie jazyky.
- Tri štvrtiny považujú svoj život za šťastný, alebo aspoň pomerne šťastný.

### V čom sú iní?

V porovnaní so všeobecnou populáciou je zvýšený počet tých, čo žijú na sídliskách v mestách, žijú v trojčlennej domácnosti, domácnosť nevlastní nejaké ďalšie majetky,



PODIEL  
V POPULÁCII  
**7,3 %**  
PRIEMERNÝ VEK  
**55**

### V čom sú iní?

Oproti všetkým osobám vo veku 18+ sa tu nadpriemerne koncentrujú ľudia skôr so základným vzdelaním (vyučení, bez maturity) a radia sa do nižšej strednej vrstvy. Žijú s manželom/-kou a dospelými alebo dospelievajúcimi deťmi na vidieku. Finančne na tom nie sú najlepšie (nemajú platobnú kartu, preferujú výhodné nákupy, nechodia na dovolenky a pod.) Takmer stále jedávajú doma.

PODIEL  
V POPULÁCII  
**8,8 %**  
PRIEMERNÝ VEK  
**42**



v domácnosti im prislúchajú skôr „mužské“ práce, voľný čas trávia najradšej s partnerom a deťmi. Práca ich skôr baví, v práci vykonávajú príkazy nadriadených. Vo väčšine majú negatívny postoj k nakupovaniu, nebaví ich len tak chodiť po obchodoch, spotrebiteľské preferencie lavírujú medzi dobrou cenou a značkou, reklamy v rádiu ich skôr obťažujú. Nastavení sú skôr na užívanie ako na rozvoj. Preferujú dovolenky pri mori alebo na poznávacích zájazdoch. Takmer nikto netrávi dovolenku prácou, ale relaxom.

### V čom sú zaujímaví pre marketing?

Väčšia časť má mesačne k dispozícii osobné voľné peniaze. Realizujú sa najmä formou dovolení – sú teda zaujímaví z hľadiska cestovného ruchu. Rizikom je ich indiferentný postoj k reklame vo všeobecnosti, niektoré formy reklamy ich obťažujú, napr. rozhlasová. Nakupovanie ich nebaví.

## 11. VOĽNOČASOVÍ GURMÁNI

### Životná otázka:

#### Ako čo najlepšie zvládnuť tempo života?

Sú to aktívne osoby, vo veku 18-47 rokov, s vyšším vzdelaním, zo strednej vrstvy (nemajú vysoké príjmy). Žijú v meste (na sídlisku) vo vlastnom najčastejšie 3-izbovom byte. Sú technicky a komunikačne zdatní, využívajú moderné technológie (denne používajú počítač a internet). Médiá a informácie tvoria neoddeliteľnú časť ich života. Okrem toho majú veľa záujmov, zúčastňujú sa viacerých aktivít, snažia sa žiť zdravo (strava, cvičenie). Majú široký okruh priateľov a známych, s ktorými sa aj pravidelne stretávajú. Majú hlbšie kultúrne a spoločenské cítenie ako ostatné typy, chcú mať dostatok času a možností na svoje záujmy a priateľov.

### Čo je pre nich typické?

- Dva silné typy: osoby žijúce so svojimi rodičmi (a súrodencami) – prevažne muži do 30 rokov a osoby, ktoré už majú svoju vlastnú rodinu (deti do 18 rokov) – 26-50 rokov.
- Zdroj informácií je televízia a internet.
- Pokojný život v kruhu rodiny je veľmi dôležitý, pričom nezabúdajú ani na široký okruh známych a priateľov, s ktorými trávajú čas.
- Snažia sa žiť zdravo.
- Veci si radi plánujú dopredu, v práci radšej vymýšľajú, tvoria ako realizujú.

### V čom sú iní?

Oproti všetkým osobám vo veku 18+ sa tu nadpriemerne koncentrujú ľudia vo veku 18-32 rokov, vysokoškolsky vzdelaní, pracujúci, ktorí bývajú v byte v osobnom vlastníctve. Patria do strednej vrstvy, denne používajú počítač a internet (5-10 hodín týždenne). Reklama cez mail a banery ich obťažuje. Hrajú počítačové hry, čítajú knihy, športujú, starajú sa o seba.

• Zavádzanie nových značiek a produktov

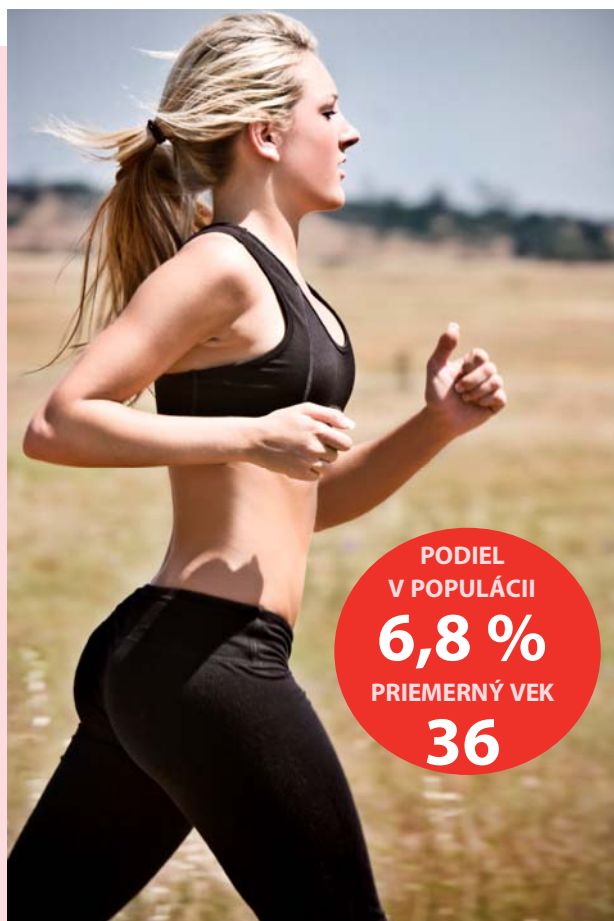
• Plánovanie a budovanie imidžu značky

• Rebranding imidžu značiek a produktov

• Stanovovanie najefektívnejších spôsobov podpory predaja

• Výber najvhodnejších mediálnych nosičov kampaní

• Vytváranie zadaní reklamnej komunikácie



### V čom sú zaujímaví z marketingového hľadiska?

- Perspektívni mladí ľudia (polovica je vo veku 18-32 rokov, sú slobodní, vzdelaní, zamestnaní s príjmom 10-20 tisíc mesačne, udržiavajú sa alebo stúpajú na spoločenskom rebríčku).
- Asi polovica sa ešte neosamostatnila (žijú s rodičmi), v horizonte 1-5 rokov si plánujú zabezpečiť vlastné bývanie.
- Chcú si založiť osobný účet, stavebné sporenie, životnú poisťku so sporením.

Pravidelne používajú počítač a internet (sprostredkováva im kontakt so svetom a zábavu, sťahujú si obrázky, zvonenia do mobilov), sú otvorení nakupovaniu cez internet (štvrtina už má skúsenosť).

SLOVENSKÝ SPOTREBITEĽ 2007



PUBLICIS • KNUT



Na prvý pohľad rovnaké.

A predsa iné.

## Konferencia HPI

o kvalite a ratingu zdravotných poisťovní

4. septembra 2008, Hotel Danube, Bratislava

Systém viacerých zdravotných poisťovní so sebou prináša **potrebu ich porovnávania**. Hodnotenie kvality zdravotných poisťovní **znižuje informačnú medzeru** medzi poistencom a poisťovňami a **zvyšuje transparentnosť** prostredia. Jedine prehľadné a dostupné informácie **zvyšujú dôveru poistencov voči poistnému systému** a zdravotným poisťovňam.

Naše pozvanie prijali renomovaní odborníci z Holandska, Maďarska a Slovenska:

**Henk van Vliet**

*poradca výkonnej rady Nederlandse Zorgautoriteit, Holandsko*

**Zsombor Kovácsy**

*predseda Egészségbiztosítási Felügyelet, Maďarsko*

**Angelika Szalayová**

*partner Health Policy Institute, Slovensko*

**Merajme to, čo je najdôležitešie;  
a nie to, čo je najjednoduchšie merať.**

900 Sk (30 EUR) Pri registrácii do 31. júla 2008 a pre a štátnu a verejnú správu  
 I 900 Sk (63 EUR) Pri registrácii do 4. septembra 2008  
 900 Sk (30 EUR) Pre študentov Health Management Academy

Kontakty pre registráciu: [www.konferencie.hpi.sk](http://www.konferencie.hpi.sk), e-mail: [lenartova@hpi.sk](mailto:lenartova@hpi.sk), tel: +421 911 596 555

Mediálny partner konferencie:

Partner konferencie:

**S I T A**  
 SLOVENSKÁ TLAČOVÁ AGENTÚRA  
 SLOVAK NEWS AGENCY

health management academy **hmad**

## Ministerstvo financií zásadne nesúhlasí s návrhom ministerstva zdravotníctva na novelizáciu poistných zákonov Spor dvoch ministerstiev o zdravotnú politiku rozhodne zrejme premiér

K návrhu ministerstva zdravotníctva na novelizáciu zákona o zdravotných poisťovniach a zákona o zdravotnom poistení (materiál č. 18502/2008 – OL) sa v oficiálnom pripomienkovom konaní vyjadrilo ministerstvo financií, a to nevededne kriticky. Zo 14 zaslaných pripomienok označilo 8 za zásadné. Väčšina pripomienok sa vecne zhoduje so stanoviskom HPI, ktoré bolo publikované v júlovom vydaní newslettera *Into Balance* pod názvom 'Pravek zdravotnej politiky'. Nakoniec – zoznámte sa s nimi sami v nasledujúcej tabuľke (vynechané boli formálne a legislatívno-technické pripomienky).

### MZ SR (kontext)

### Pripomienka MF SR

Upozorňujem, že **kvantifikácia vplyvu na štátny rozpočet** uvedená v Doložke finančných, ekonomických, environmentálnych vplyvov, vplyvov na zamestnanosť a podnikateľské prostredie (ďalej len „doložka vplyvov“) vyplývajúca z navrhovanej novely zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení (čl. II bod 11 - § 31g) **sa odlišuje od kvantifikácie Ministerstva financií SR** vychádzajúcej z vymeriavacieho základu podľa platného § 13 ods. 11 cit. zákona. Sadzba pre poistné platené štátom v návrhu rozpočtu predstavuje 4,75 %, výška celkového preddavku poistného plateného štátom na rok 2009 na základe predmetného návrhu je podľa Ministerstva financií SR na úrovni 32 121 291 884 Sk a výška príspevku štátu na kompenzáciu rizík zdravotných poisťovní by v uvedenom prípade bola počítaná sadzbou maximálne 0,25 % z vymeriavacieho základu, t. j. 1 786 320 580 Sk.

#### čl. II bod 10 [§28a ods. (4)]

(4) Mechanizmus prerozdelenia a hospodárenia príspevkom štátu na kompenzáciu príjmov zdravotných poisťovní určí všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva po dohode Ministerstvom financií Slovenskej republiky.

**Zásadne nesúhlasím s navrhovaným presunom kompetencií vo vzťahu k prerozdeleniu poistného** na verejné zdravotné poistenie upravené v zákone č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení z Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na Ministerstvo zdravotníctva SR. Zvýšenie transparentnosti odporúčam riešiť zriadením kontrolných mechanizmov priamo v zákone tak, aby zabezpečili dohľad nad mechanizmom predmetného prerozdelenia poistného.

#### čl. II body 3 až 9

Navzájom súvisiace ustanovenia navrhujú zvýšiť základ prerozdelenia na 95,5 % predpísaného poistného a prenásť kompetencie vo vzťahu k prerozdeleniu z úradu pre dohľad na ministerstvo zdravotníctva.

Upozorňujem, že ustanoveniami bodov 3 až 9 článku II návrhu novely zákona sa nezmierni „**nespravodlivé prerozdelenie celkových zdrojov medzi zdravotnými poisťovňami**“ a nezvýši sa „**solidarita medzi zdravotnými poisťovňami a medzi poisťencami zdravotných poisťovní**“, ako sa argumentuje v dôvodovej správe. Ustanoveniami bodu 10 článku II sa neodstráni „**dôvody nepomeru medzi vysokými nákladmi na úhradu zdravotnej starostlivosti a nízkymi príjmami od platiteľov poistného**.“ Nespravodlivosť súčasného prerozdelenia je spôsobená tým, že časť rozdielov v predpovedateľných nákladoch poisťencov nie je korigovaná súčasným prerozdelením mechanizmom založeným na veku a pohlaví poisťencov. Negatívne dôsledky rozdielnej nákladovej štruktúry poistného kmeňa jednotlivých poisťovní nie je možné odstrániť výhradne zvýšením miery prerozdelenia, ale je potrebné do prerozdelenia mechanizmu pridať ďalšie kritériá, ktoré budú dôkladnejšie korigovať rozdiely medzi očakávanými nákladmi na rôzne typy poisťencov, napríklad na základe ich zdravotného stavu. Vláda SR preto uznesením 367/2008 z 4. júna 2008, ktorým schválila Modernizačný program Slovensko 21, uložila ministrom zdravotníctva vypracovať akčný plán opatrenia „*Zmena systému kompenzácie rizika v zdravotnom poistení*“, ktorý predpokladá, že „vláda novelizuje legislatívu týkajúcu sa systému kompenzácie rizika („prerozdelenia mechanizmu“) tak, aby obsahoval okrem demografických premených aj kritériá zdravotného stavu, a vytvorí solidárny mechanizmus zdieľania rizika medzi zdravotnými poisťovňami pri financovaní katastrofickej, vysoko nákladnej zdravotnej starostlivosti“. Uvedené body článku II návrhu novely zákona nie sú v súlade so schváleným modernizačným programom, preto žiadam ich úpravu v zmysle predchádzajúcich pripomienok.

#### 4. V § 6 sa vypúšťa odsek 11...

...ktorý dnes znie:

(11) Zdravotná poisťovňa môže vytvoriť ku dňu účtovnej závierky technickú rezervu

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

K čl. I, bodu 4 (§ 6 ods. 11):

**Zásadne nesúhlasím s vypustením tohto ustanovenia, ktoré upravuje možnosť tvorby technických rezerv a žiadam zachovať možnosť tvorby technických rezerv aj s príslušnou vyhláškou, upravujúcou ich tvorbu.** Zdravotná poisťovňa môže vytvárať rezervy podľa zákona č. 431/2002 Z.z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o účtovníctve“), kde je všeobecne upravená tvorba rezerv pre všetky účtovné jednotky. Z dôvodu prechodu na akruálny prístup v účtovníctve verejného sektora, predstavujú technické rezervy zdravotných poisťovní spôsob verného zobrazenia v účtovníctve ako jednej zo zásad vymedzených zákonom o účtovníctve. Technické rezervy upravené zákonom č. 581/2004 Z.z. sú špecifickými rezervami v oblasti poisťovníctva a trvám na ich úprave v tomto zákone, pretože pre potreby jednotného vytvárania technických rezerv v zdravotných poisťovniach je to nevyhnutné.

## Pripomienka

## Kontext (navrhovaná zmena zákona)

Návrh, aby medzi výdavky na prevádzkovú činnosť poisťovne (s obmedzením vo výške 3,5 % z úhrnu poisťného) nepatrili poplatky z omeškania, sankcie a úroky nesúvisiace s prevádzkovou činnosťou a úhrada za činnosť úradu pre dohľad.

K čl. I, bodu 5 [§ 6a ods. 3 písm. h) a i)]:

**Navrhované znenie zásadne žiadam vypustiť, pretože akékoľvek poplatky z omeškania, sankcie a úroky by potom boli hradené z prostriedkov určených na úhradu zdravotnej starostlivosti.** Nesúhlasím s „penalizáciou“ poisťencov zdravotných poisťovní za manažérske pochybenia. Navyše, navrhované znenie písmena i) nie je v súlade s platným znením § 28 ods. 6 písm. c), podľa ktorého úhrada za činnosť poisťovne patrí medzi jej príjmy.

Návrh, aby schvaľovaniu vo vláde podliehali nielen rozpočty štátnych, ale i súkromných zdravotných poisťovní.

K čl. I, bodu 13 (§ 11 ods. 10) :

**So zmenou týkajúcou sa predkladania rozpočtov zdravotných poisťovní vláde možno súhlasiť iba za podmienky, že návrhy rozpočtov zdravotných poisťovní bude predkladať minister zdravotníctva vláde na vedomie ako informatívne materiály.** V prípade schválenia navrhovaného znenia bude vláda, okrem rozpočtov štátnych poisťovní, schvaľovať rozpočty súkromných zdravotných poisťovní a ak by neschválila rozpočet súkromných zdravotných poisťovní, mohli by tento krok štátu zahraniční investori súkromných zdravotných poisťovní vnímať ako zásah do ich hospodárenia. **Z medzinárodnoprávneho hľadiska by mohol byť takýto postup štátu interpretovaný ako neprimeraný zásah do práv zahraničných investorov garantovaných štátom v zmysle dohôd o podpore a vzájomnej ochrane investícií a hrozila by možnosť vzniku medzinárodnej arbitráže za porušenie dohôd o podpore a vzájomnej ochrane investícií.** V nadväznosti na uvedené **odporúčam ustanovenie § 11 ods. 10 ponechať v pôvodnom znení.**

14. V § 14 odsek 1 znie:

„(1) Platobnou schopnosťou zdravotnej poisťovne sa rozumie schopnosť zabezpečiť úhradu záväzkov za zdravotnú starostlivosť svojich poisťencov. Ministerstvo zdravotníctva vyhláškou ustanoví:

- výšku, spôsob výpočtu a preukazovania miery platobnej schopnosti,
- lehoty preukazovania dosiahnutej miery platobnej schopnosti.“

K čl. I, bodu 14 (§ 14 ods. 1) (+ súvisiace body 28 a 29):

**Zásadne nesúhlasím s navrhovaným znením a úpravu podmienok platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne žiadam upraviť zákonom a nie vyhláškou.** Zároveň žiadam v návrhu a) ustanoviť, že úhradu príslušných záväzkov zabezpečuje zdravotná poisťovňa vlastnými zdrojmi, b) zdefinovať minimálnu mieru platobnej schopnosti, c) ustanoviť možnosť preukazovania miery platobnej schopnosti zdravotných poisťovní Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v určitých intervaloch, napr. štvrtročne.

15. § 15 sa dopĺňa odsekom 7, ktorý znie:

„(7) Kurzové rozdiely z konverzie na euro zdravotná poisťovňa účtuje na nákladoch a výnosoch pre verejné zdravotné poisťenie.“

K čl. I, bodu 15 (§ 15 ods. 7):

**Zásadne žiadam navrhované znenie vypustiť.** Oblasť účtovania zdravotných poisťovní upravuje Ministerstvo financií SR v opatrení č. MF/22930/2005-74, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o postupoch účtovania a rámcovej účtovej osnove pre zdravotné poisťovne. Uvedené opatrenie bude novelizované po prijatí novely zákona o účtovníctve do termínu prijatia eura v Slovenskej republike, kde sa kurzové rozdiely z konverzie na euro budú účtovať súvahovo a až následne do nákladov prípadne výnosov. S týmto návrhom bolo Ministerstvo zdravotníctva SR oboznámené koncom júna 2008, preto nevidím dôvod upravovať túto oblasť v predložennom návrhu.

Základ mesačného prerozdelenia poisťného sa navrhuje zvýšiť z 85 % na 95 % vyratého poisťného. Základ ročného prerozdelenia poisťného sa navrhuje zvýšiť z 85,5 % na 95,5 % povinného poisťného.

K čl. II, bodu 4 (§ 27 ods. 3) a bodu 8 (§ 27a ods. 3):

S navrhovaným znením **zásadne nesúhlasím.** Ministerstvo financií SR môže akceptovať stanovenie základu pre prerozdelenie poisťného plateného štátom na úrovni 100 % len za podmienky, že stanovenie základu pre prerozdelenie poisťného od ekonomicky aktívnych obyvateľov ostane na súčasnej úrovni, a to 85 % pre mesačné prerozdelenie a 85,5 % pre ročné prerozdelenie. **V novele navrhované zvýšenie miery prerozdelenia by znížilo motiváciu jednotlivých (najmä menších) zdravotných poisťovní investovať do zabezpečenia výberu poisťného, čo by sa pravdepodobne odrazilo v nižšej úspešnosti výberu poisťného.**

Bod 10 obsahuje ustanovenie § 28a: Príspevok štátu na kompenzáciu rizík zdravotných poisťovní.

K čl. II, bodu 10 (§ 28a) a bodu 11 (§ 31f a 31g):

S navrhovanými ustanoveniami **zásadne nesúhlasím** a žiadam ponechať platné znenie úpravy poisťného plateného štátom za zákonom vymedzené kategórie obyvateľov, pretože návrh rozpočtu verejnej správy na roky 2009 až 2011 predpokladá sadzbu pre výpočet poisťného plateného štátom na úrovni 4,75 % v celkovej výške 33 907 612 tis. Sk. Upozorňujem na nesúlady pojmov v § 28a, kde sa navrhuje, že príjem z príspevku štátu na kompenzáciu rizík zdravotných poisťovní nie je poisťné, zatiaľ čo v § 31g sa následne uvádza, že pre rok 2009 je sadzba poisťného pre štát 5 % z vymeriavacieho základu, z čoho následne 0,5 % je predmetný príspevok štátu. S príslušnými ustanoveniami nie je možné súhlasiť aj z dôvodu, že v súčasnosti nie je zrejмый mechanizmus prerozdelenia a hospodárenia s predmetným príspevkom štátu, ktorý má následne ustanoviť až všeobecne záväzný právny predpis a zároveň nie je známy ani charakter príspevku. Znenie § 28a ods. 3 je zároveň vecne nesprávne, nekompletné a neobsahuje úpravu, čo bude príjmom a čo výdavkom osobitného mimorozpočtového účtu; zároveň však nie je dôvod zriadenia osobitného mimorozpočtového účtu Ministerstva zdravotníctva SR. Ministerstvo zdravotníctva SR ako štátna rozpočtová organizácia sústreďuje všetky svoje príjmy na príjmových rozpočtových účtoch a výdavky uhrádza zo svojich výdavkových rozpočtových účtov.

Bod 11 upravuje lehoty na ročné zúčtovanie zdravotného poistenia (§ 31f) a sadzbu poisťného pre štát (§ 31g), ktorá má byť pre rok 2009 5 % z priemernej mzdy, z čoho 4,5 % je poisťné za osoby uvedené v § 11 ods. 8 a 0,5 % je príspevok štátu na kompenzáciu rizík zdravotných poisťovní podľa § 28a.

# Projekt oddženia cez Veritel, a. s. bol efektívny, transparentný a dôveryhodný

Na internete funguje od júla webový projekt [www.veritel.sk](http://www.veritel.sk). Stoja za ním Janka Červenáková a Peter Pažitný, dvaja bývalí členovia Dozornej rady akciovej spoločnosti Veritel, ktorá v rokoch 2003 – 2006 oddžovala zdravotníctvo. V spolupráci s Tomášom Szalayom na stránke vysvetľujú princíp fungovania Veritela, boria mýty o spoločnosti a umožňujú prehľadne skontrolovať, kde skončilo takmer 20 miliárd korún z oddženia. Na stránke sa tiež nachádza podrobne komentovaná správa ministra Počiatka o spoločnosti Veritel, ktorá v júni 2008 odznela v slovenskom parlamente.

Práve táto správa, ktorú tvorcovia webu považujú za manipulatívnu, bola impulzom pre vznik stránky. Správa verejnosti podsúva veľmi skreslený a negatívne ladený obraz o činnosti spoločnosti. Znevažovanie činnosti a kriminalizácia Veritela však vo svetle objektívnych faktov neobstojí. Keďže minister financií Počiatek odmietol ponúkanú pomoc pri rekonštrukcii činnosti Veritela, argumenty o hrubých chybách a neprofesionalite tejto správy sa stali verejne dostupné.

Tvorcovia webu považujú projekt Veritel za efektívny, transparentný a dôveryhodný. Svoj názor odôvodňujú takto:

- Veritel bol efektívny.** Veritel, a. s. oddžil celkové záväzky delimitovaných, transformovaných a štátnych zdravotníckych zariadení (ZZ) v celkovom objeme 27,776 mld. Sk za 13,675 mld. Sk, čím verejným zdrojom a daňovým poplatníkom **ušetril 14,101 mld. Sk** oproti variantu, keby sa išlo dovedy tradič-

ným spôsobom oddženia. Po prirátaní úspor získaných pri oddžovaní zdravotných poisťovní sa celková úspora vyšplhala ešte vyššie. (**Tabuľka 1**)

- Veritel bol transparentný.** Celá suma 19,423 mld. Sk použitá na oddženia zdravotníckeho sektora je do posledného haliera zdokumentovaná. Zoznam všetkých subjektov, od ktorých boli pohľadávky odkúpené vrátane sumy a dátumu úhrady je možné nájsť na [www.veritel.sk](http://www.veritel.sk).
- Veritel bol dôveryhodný.** V dozornej rade pôsobili dôveryhodní a erudovaní odborníci, ktorí zastupovali MF SR, MZ SR a FNM SR: Ing. Alexander Ballek, Ing. Janka Červenáková, Ing. Eleonóra Janíková, Ing. Jana Ježíková, Ing. Ján Králik, Ing. Peter Pažitný, Ing. Vladimír Podstránsky, JUDr. Ernest Valko a Ing. Daniel Végh.

-red-

**Tabuľka 1: Prostriedky použité v procese oddženia a kalkulácia úspory pri oddžovaní ZZ, údaje sú v mil. Sk**

	Výška oddžovaných záväzkov v ZZ v mil. Sk			Prostriedky použité k oddženiu v mil. Sk		
	delimitované a transformované	v pôsobnosti MZ SR	SPOLU ZZ	delimitované a transformované	v pôsobnosti MZ SR	SPOLU ZZ
<b>SPOLU oddženie zdravotníckych zariadení</b>			<b>27 776,09</b>			<b>13 674,50</b>
Súkromný sektor	1 031,90	7 773,30	8 805,20	970,9	7 535,20	8 506,10
Sociálna poisťovňa	8 729,99	9 575,60	18 305,59	2 803,10	1 700,00	4 503,10
Daňový úrad	411,00	254,30	665,30	411,00	254,30	665,30
<b>SPOLU prostriedky použité na ZP a ZP Perspektíva</b>						<b>5 748,30</b>
poskytnutá pôžička pre VŠZP						4 500,00
poskytnutá pôžička pre ZP Sidéria Istota						100,00
oddženie verejných lekární						600,00
oddženie ZP Perspektíva - v konkurze						548,30
<b>SPOLU činnosť spoločnosti</b>						<b>1,00</b>
<b>SPOLU použité prostriedky</b>						<b>19 423,80</b>
<b>SPOLU získané prostriedky</b>						<b>20 134,00</b>
Zostatok zdrojov poskytnutých na oddženie						710,20

Zdroj: Správa MF SR o výsledkoch preverenia činnosti spoločnosti Veritel, a.s. za celé obdobie jej existencie, 2008

## Absolventská práca akadémie HMA v akademickom roku 2007/2008

# Systém financovania OAIM

Na tomto mieste prinášame v publikovanej verzii ďalšiu z najlepšie hodnotených záverečných prác absolventov vzdelávacieho programu Manažér, akademický rok 2007/2008, ktorý organizuje akadémia HMA ([www.hma.sk](http://www.hma.sk)). Jej autorom je **PETER KALENČÍK**, výkonný riaditeľ Nemocničná, a. s.



### 1. ZHRNUTIE

Prírodnou snahou všetkých subjektov pôsobiach v sektore zdravotníctva, bude vždy snaha o získanie čo najväčšej časti zdrojov pre svoj odbor. Týka sa nielen poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, všetkých dodávateľov a distribútorov liekov a zdravotníckeho materiálu, lekární, ale aj zdravotných poisťovní. Dobré vieme, že nie sme jediný štát, v ktorom je spôsob financovania zdravotníctva problémom. **V tomto materiáli je rozobraté financovanie a nákladovosť oddelenia anesteziológie a intenzívnej medicíny.** Ako príklad mi slúžili reálne dáta všeobecnej nemocnice, ktoré v časti miezd pre lepšiu názornosť boli upravené podľa vyhlášky MZ z roku 2002 o normatívoch sestier a lekárskeho personálu.

Ak porovnáme nákladovosť lôžka resp. hospitalizácie OAIM a platby uhrádzanej zo strany poisťovní, vidno veľký rozdiel. Platba za lôžko pokrýva zhruba 60 % nákladov.

- Ako by teda malo byť financované oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny?
- Mala by sa len zdvihnúť hodnota platby za hospitalizáciu?
- Mala by to byť kombinovaná platba?
- Paušál, ktorý by pokrýval prevádzku oddelenia (stand-by režim), ale v prípade hospitalizácie pacienta by sa uhrádzali náklady spojené s liečbou?
- Mal by to byť model TISS bodovania u každého pacienta?
- Mala by to byť platba za ošetrovací deň?

**Osobne podporujem model, v ktorom poisťovňa zaplatí len skutočný náklad vzniknutý pri záchrane ľudského života, čo spĺňa model TISS bodovania u pacienta. Táto zmena sa však nedá urobiť rýchlo. Mali by sme si však pri stanovovaní hodnoty bodu uvedomiť, že táto časť OAIM je v pohotovosti a čaká na pacienta presne tak ako RZP a RLP a vo svojej podstate vo veľkej miere rozhoduje o ľudskom živote.**

1. V prvom kroku navrhujem: zvýšiť platbu za hospitalizačný prípad na nákladovú cenu odsúhlasenú s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.
2. V druhom kroku: požiadať o model financovania pomocou TISS bodov z Českej republiky.
3. V treťom kroku: urobiť návrh, odsúhlasiť a implementovať model na podmienky Slovenskej republiky.

### Použité skratky

MZ	– Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
OAIM	– oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny, v zahraničnej literatúre uvádzané aj ako ICU (Intensive Care Unit)
Poisťovňa	– zdravotná poisťovňa
TISS	– therapeutic and intervention scoring system
DRG	– Diagnosis Related Group, klasifikačná schéma pre celé skupiny pacientov (case mix), ktorí majú rovnakú kauzálnu (hlavnú) diagnózu. Metóda slúži na určenie nákladovosti na priemerného pacienta
UPV	– umelá pľúcna ventilácia
RLP, RZP	– rýchla lekárska/zdravotná pomoc
OS ZZS SR	– Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby SR
ANS	– Asociácia nemocníc Slovenska
AFN	– Asociácia fakultných nemocníc
SLK	– Slovenská lekárska komora

Treba zdôrazniť, že pokiaľ v blízkej budúcnosti neurobíme zmenu vo financovaní oddelení OAIM, hrozí nám vo všeobecnosti krach a zatváranie týchto oddelení, pretože náklady na ich prevádzku sú veľmi vysoké.

Ak bude schválená pripravovaná vyhláška o personálnom zabezpečení OAIM tak, ako je v súčasnosti predkladaná, budeme o krok bližšie k uzavretiu ďalších oddelení OAIM, ktoré pri súčasných platbách za hospitalizáciu nebudú mať dostatok zdrojov na zamestnanie ďalšieho personálu, ktorý táto vyhláška vyžaduje.

Prežijú iba zariadenia, ktoré sú zaradené do minimálnej siete, kde sa platba za hospitalizáciu oproti všeobecným nemocniciam na začiatku roka 2008 dosť výrazne zdvihla.

Môže celkom reálne nastať aj prípad, že sanitky rýchlejšie zdravotnej služby síce prídu načas k pacientovi, ale počet nemocníc s oddelením OAIM bude menší.

### 2. TEORETICKÉ VYMEDZENIE

Anesteziológia a intenzívna medicína je interdisciplinárnym odborom zdravotnej starostlivosti, ktorý skúma a poskytuje anesteziologickú a intenzívnu starostlivosť. Pri poskytovaní anesteziologickej starostlivosti a pri aplikácii princípov intenzívnej medicíny spolupracuje s operačnými i neoperačnými odborníkmi zdravotnej starostlivosti.

**OAIM – ODDELENIE ANESTÉZIOLÓGIE A INTENZÍVNEJ MEDICÍNY**

Štandardne je oddelením v nemocnici, ktoré sa skladá z častí:

- Anestéziológia – hlavne jej podávanie a sledovanie životných funkcií pri operačných zákrokoch
- Anestéziologická ambulancia – zabezpečujúcu predoperačné anestéziologické vyšetrenia a konziliárne služby
- Intenzívna medicína – vysoko špecializovaná zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť kriticky chorým pacientom v čase, keď sú bezprostredne ohrozené životne dôležité funkcie (bezvedomie, šok, ťažké úrazy, otravy atď.)

Toto oddelenie slúži pre:

- Všetky oddelenia nemocnice (zhoršenia stavov na oddeleniach, pooperačné sledovanie)
- Vonkajšie potreby (potreby regiónu) rôzne poškodenia zdravia, ktoré si vyžadujú intenzívnu zdravotnú starostlivosť napr. havárie, zhoršenia zdravotného stavu v domácom prostredí

OAIM je napojené na Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby tak, ako sanitky rýchlej lekárskej pomoci. V rámci týchto subjektov prebieha komunikácia o umiestnení pacienta na OAIM.

**NÁKLADOVOSŤ ODDELENIA OAIM**

Je to suverénne najnákladovejšie oddelenie v nemocnici. Bez tohto oddelenia však nemocnica nie je nemocnicou.

**V Slovenskej republike sú oddelenia v nemocnici platené pevnou cenou za hospitalizačný prípad.**

V rámci hospitalizácií na OAIM sa poisťovne opierajú o TISS skóre (všeobecne u pacienta musí byť vyššie ako 20) a dĺžky hospitalizácie do 12 hodín, do 24 hodín alebo preklad. Paradoxom je, že prvých 12 až 24 hodín, ktoré vedú k záchrane života väčšinou, bývajú najdrahšie; napriek tomu v niektorých poisťovniach pretrváva názor, že kratšiu hospitalizáciu treba krátiť aj finančne.

Svojho času opatrenie MZ SR 07045/2003 zadefinovalo minimálnu i maximálnu cenu za hospitalizačný prípad. Toto opatrenie zaznamenalo aj novelu 07045-4/2004, kde sa zadefinovali už len maximálne ceny. V praxi však závisí od každej z poisťovní akú cenu ponúkne danej nemocnici. Všeobecne platí, že cena za hospitalizáciu vo všeobecnej nemocnici je najnižšia. Tá sa pohybuje v priemere okolo 63 000 Šk za hospitalizáciu.

Existuje aj možnosť vykázať na poisťovňu finančne mimo-riadne náročnú zdravotnú starostlivosť. Bohužiaľ, poisťovne majú na ňu rozdielne kritériá. VŠZP napríklad za rok 2007 ne- preplatila skúmanému oddeleniu OAIM ani jedného finančne náročného poistenca.

**VÝVOJ V OKOLITÝCH ŠTÁTOCH**

DRG ako systém hodnotenia nákladovosti na oddeleniach (zavedený v 80. rokoch 20. storočia ako štandardizácia platieb v systéme Medicare v USA), prešiel tvrdou kritikou v deväťdesiatych rokoch 20. storočia napr. v časopise Intensive Care World.

Výhrady smerovali hlavne na jeho uplatnenie pri oddeleniach OAIM:

- nie je citlivý pri individuálnych nárokoch, ktoré si často starostlivosť o pacienta na OAIM vyžaduje
- používa priemerné ceny
- nie sú zvýhodnené nemocnice, ktoré sa venujú vzdelávaniu

Tieto argumenty boli uznané a viedli k tomu, že žiadna krajina v Európe nepoužíva len samotný DRG systém na hodnotenie (financovanie) intenzívnej medicíny.

**Francúzsko**

Kombinovaný systém – používa sa DRG, ktorý sa kombinuje so systémom, ktorý zohľadňuje činnosti vykonávané na OAIM. Táto kombinácia umožňuje zvyšovať finančné ohodnotenie prípadov.

**Nemecko**

Využíva sa zjednodušený TISS 28 v kombinácii s DRG, prepojené s motiváciou zariadení na odmeny ak dosiahnu úspory.

**Česká republika**

Financovanie OAIM je závislé od TISS skóre. Jeden TISS bod má svoju korunovú hodnotu, každé TISS skóre má svoju bodovú hodnotu, ktorá sa preráta príslušnou hodnotou v korunách.

**3. POŽIADAVKY NA OAIM: PERSONÁLNE ZABEZPEČENIE A MATERIÁLNO TECHNICKÉ ZABEZPEČENIE****PERSONÁLNE ZABEZPEČENIE****Stará vyhláška**

MZ SR vo vestníku čiastka 4-5 rok 2002 uverejnilo normatív minimálneho personálneho obsadenia sestrami pri posteli chorého a ďalším ošetrovateľským personálom a vo vestníku čiastka 6-9 rok 2002 normatív minimálneho personálneho obsadenia lôžkových oddelení zdravotníckych zariadení lekárnami:

- Počet lekárov na 1 lôžko – 0,55 (platí pre všetky typy nemocníc, vysokošpecializované ústavy a ústavy s celo-slovenskou pôsobnosťou)
- Počet sestier na 1 lôžko – 2 až 3,5
- Ďalší ošetrovateľský personál počet na 1 lôžko 0,5 až 1,5
- Vedúca sestra 1 na oddelenie
- Primár oddelenia 1 na oddelenie

**Pripravovaná vyhláška**

- Počet lekárov na 1 lôžko – 0,33 na pacienta, ak je obsadené
- Počet sestier na 1 lôžko, ak je obsadené (1 na pacienta)
- Ďalší ošetrovateľský personál 0,33 na 1 lôžko ak je obsadené
- Vedúca sestra na oddelenie
- Primár oddelenia 1 na oddelenie

**Tabuľka 1: Štruktúra nákladov 7-lôžkového OAIM**

Náklady/mesiac			Súčasný model		Nový model		
Mzdové náklady	Hrubý plat	Odvody	Spolu	Úväzok	Na 1 lôžko	Úväzok	Na 1 lôžko
Dvojatestovaný lekár	45 000 Sk	17 100 Sk	62 100 Sk	0,55	34 155 Sk	1,00	62 100 Sk
Sestra	18 000 Sk	6 840 Sk	24 840 Sk	2,50	62 100 Sk	5,00	124 200 Sk
Ostatný personál	12 000 Sk	4 560 Sk	16 560 Sk	1,00	16 560 Sk	1,00	16 560 Sk
Vedúca sestra	18 000 Sk	6 840 Sk	24 840 Sk	0,14	3 549 Sk	0,14	3 549 Sk
Primár	55 000 Sk	20 900 Sk	75 900 Sk	0,14	10 843 Sk	0,14	10 843 Sk
<b>Spolu (1)</b>					<b>127 206 Sk</b>		<b>217 251 Sk</b>
Ostatné náklady			Spolu	Na 1 lôžko	Na 1 lôžko		
Spotrebované nákupy			630 741 Sk	90 106 Sk	90 106 Sk		
Služby			72 948 Sk	10 421 Sk	10 421 Sk		
Odpisy, rezervy a opr. položky			148 797 Sk	21 257 Sk	21 257 Sk		
Finančné náklady			12 322 Sk	1 760 Sk	1 760 Sk		
Nepriame náklady			356 989 Sk	50 998 Sk	50 998 Sk		
<b>Spolu (2)</b>			<b>1 221 797 Sk</b>	<b>174 542 Sk</b>	<b>174 542 Sk</b>		
<b>Mesačné náklady na 1 lôžko [Spolu (1) + Spolu (2)]</b>					<b>301 749 Sk</b>		<b>391 794 Sk</b>
<b>Priemerný náklad na 1 hospitalizáciu</b> (pri počte 20 hospitalizácií mesačne)					<b>105 612 Sk</b>		<b>137 128 Sk</b>

**ZÁKLADNÉ MATERIÁLNO-TECHNICKÉ ZABEZPEČENIE**

Predkladám naozaj iba základné vybavenie oddelenia :

- Polohovacie postele
- Monitory vitálnych funkcií
- Defibrilátor
- Ventilátory (UPV)
- Infúzne pumpy
- Lineárne dávkovače
- Odsávačky
- Resuscitačný vak – ambuvak
- Externý kardiostimulátor
- Prenosný RTG

**V súčasnosti neexistuje platná právna úprava, ktorá by nariaďovala aký počet lekárov, stredného zdravotníckeho personálu a materiálno technického zabezpečenia má mať poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti.**

**4. ROZBOR NÁKLADOVEJ ŠTRUKTÚRY OAIM V NEMOCNICI**

V tejto časti budem používať dáta konkrétnej všeobecnej nemocnice okrem časti mzdy, kde vychádzam z vyhlášky, ktorá upravuje počet personálu v nemocnici.

Sledovať budem iba nákladovosť intenzívnej medicíny, abstrahujem od anestéziológie.

**Tabuľka 2: Profil skúmaného OAIM**

Ukazovateľ	Hodnota
počet lôžok	7
ročný počet pacientov	238
počet ošetrovacích dní	1 490
celkový počet ošetrovacích dní	2 555
počet diagnóz MKCH 10	89

**Tabuľka 3: Porovnanie úhrad za hospitalizačný prípad medzi poisťovňami**

Poisťovňa	Úhrada za hospitalizáciu
EZP	80 450 Sk
APOLLO	79 907 Sk
Dôvera	64 080 Sk
Union	63 800 Sk
SZP	62 222 Sk
VŠZP	58 890 Sk

Z Tabuľky 1 vyplýva:

- Mzdy tvoria najväčšiu časť nákladov oddelenia.
- Nový model, ktorý je momentálne v pripomienkovom konaní, vychádza nákladovo drahšie ako pôvodný model. Určite ešte dozná zmien. Počet sestier aj personálu

zohľadňuje ekonomiku a stav a počet personálu na oddeleniach OAİM na Slovensku, ale zatiaľ nezohľadňuje pripomienky lekárov a sestier, ktorí určite budú tlačiť počty lekárov a sestier na lôžko smerom aspoň na pôvodný stav, čo podľa mňa má opodstatnenie.

- Počet sestier plánovaná vyhláška určuje na počet obsadených lôžok pacientom. Nie na počet lôžok, ktoré má OAİM k dispozícii.
- Počet lekárov je tiež zadefinovaný rovnako na počet pacientov na lôžku (nie počet lekárov na počet lôžok).
- Na základe týchto podkladov si neviem odpovedať na otázku, ako a na základe čoho postaviť služby lekárov a sestier na oddelení OAİM
- **Cena 1 hospitalizácie je 105 612 Sk (Tabuľka 1).**
- V prípade, že bude schválená pripravovaná vyhláška o personálnom vybavení a materiálne technickom vybavení, cena 1 hospitalizácie bude **137 128 Sk (Tabuľka 1).**

**Áno, aj my sme rozmýšľali: potrebujeme toľko personálu? Odpoveď: Potrebujeme.**

**Zníženie nákladov? Snažíme sa držať pacientov na OAİM nevyhnutný čas.**

**Áno, aj my sme dostali otázku: Vy nemáte bod RZP? Odpoveď: Nie. Ale to si neviete pomôcť!**

**Toto nie je oddelenie, ktoré sa dá nastaviť od počtu hospitalizácií. Úlohou OAİM je tu byť k dispozícii pre vážne zhoršenia stavov v nemocnici, ale hlavne ako ďalší článok v reťazi, ktorý preberá pacienta z RZP.**

## 5. NÁVRH MOŽNÝCH SPÔSOBOV FINANCOVANIA OAİM NA SLOVENSKU

Aké by teda mohli byť možnosti financovania OAİM?

### 1. ZVÝŠENIE PLATBY ZA HOSPITALIZÁCIU

Rieši síce situáciu veľmi rýchlo = dodatok s poskytovateľom (viac peňazí za hospitalizáciu), z pohľadu stratégie poisťovní však bude málo kontrolovateľný a obľúbený. Pomohol by však na prechodné obdobie. Výšku tejto platby, aby pokryla len náklady, sme vyrátali v príklade na 105 612 Sk.

### 2. KOMBINOVANÁ PLATBA

Paušál, ktorý by pokrýval prevádzku oddelenia (stand-by režim), ale v prípade hospitalizácie pacienta by sa uhradili náklady spojené s liečbou. Podľa môjho názoru by mala vzniknúť sieť preferovaných oddelení OAİM, ktoré úzko nadväzujú aj na fungovanie OS ZZS SR, RZP, RLP.

Paušál by zahŕňal všetky fixné náklady – náklady, ktoré by vznikli aj bez toho, aby ležal čo len 1 pacient na oddelení (mzdy, odpisy, služby, ...). Suma by sa rozrákala percentom počtu poistencov poisťovne na celkovom počte poistencov v SR.

Variabilné náklady by zahŕňali len náklady spojené už s konkrétnou hospitalizáciou pacienta na oddelení.

### 3. MODEL TISS BODOVANIA U KAŽDÉHO PACIENTA

Zaujímavý model, ktorý by sa opieral o skutočný výkon podaný pri záchrane ľudského života. TISS bod by mal svoju hodnotu v Sk a každé TISS skóre určitý počet bodov. Poisťovníam by sa isto podarilo získať model financovania OAİM



v Českej republike a v spolupráci s hlavným odborníkom pre túto oblasť, SLK, ANS, AFN pripraviť spoločný návrh, ktorý by bol v praxi realizovaný.

Nevýhoda - zavedenie nie je možné rýchlo.

### 4. PLATBA ZA OŠETROVACÍ DEŇ

Tento model tu už raz bol. Je rovnako zaujímavý ako model 3, avšak má nevýhodu, že neodzrkadľuje skutočný stav pacienta a tým pádom ani nákladovosť.

Aj pri tejto metóde by sme asi museli vychádzať z reálnych nákladov oddelenia. Museli by sme však brať do úvahy fakt, že náklad na pacienta v prvých dňoch hospitalizácie je vyšší ako v ostatných. Osobne si myslím, že by sme si asi pri tomto spôsobe viac skomplikovali ráčanie. Možnosť 1 alebo 2 sa mi zdá jednoduchšia aj transparentnejšia.

### Konzultanti:

**Mgr. Michal Gajdzica**

**MUDr. Alena Volnárová**

primár OAİM Nemocničná a. s., nemocnica Malacky

### Použité materiály a literatúra

- Referátový výber – Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína 6/2005, 4-5/2007
- Výsledky hospodárenia Nemocničná a. s., nemocnica Malacky
- Vestník MZ SR čiastka 11, apríl 2007: Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore anesteziológia a intenzívna medicína

### Zaujímavé webové stránky

[www.world-critical-care.org](http://www.world-critical-care.org)

[www.sccm.org](http://www.sccm.org) – Society of Critical Care Medicine

[www.esicm.org](http://www.esicm.org) – European Society of Intensive Care Medicine

# VZDELÁVACÍ PROGRAM 2008/2009

www.hma.sk

## o fungovaní a zmenách v systéme zdravotníctva

Chcete zlepšiť svoje manažérske zručnosti, zvýšiť efektívnosť v procese riadenia, získať hlbšie znalosti z oblasti zdravotnej politiky či porozumieť podstate fungovania zdravotných systémov?

### Program MANAŽÉR I

Je určený pre manažérov stredného a vyššieho manažmentu v sektore zdravotníctva. Zahŕňa súbor modulov, ktoré poskytnú moderné znalosti o fungovaní systému zdravotníctva, najmä jeho ekonomických súvislostí a tiež zdokonalenie manažérskych zručností účelovo zameraných na sektor zdravotníctva.



Radi by ste získali informácie o ekonomických súvislostiach v zdravotníctve, lepšie sa zorientovali v legislatíve, zmluvách so zdravotnými poisťovňami, naučili sa vytvárať pridanú hodnotu pre pacienta a používať koncepciu marketingového myslenia v praxi?



### Program MANAŽÉR II

Je určený pre absolventov programu MANAŽÉR I. Druhý stupeň programu je orientovaný na zlepšovanie špecifických manažérskych zručností.

### Program LEKÁR

Je určený pre všetkých ambulantných lekárov. Zahŕňa súbor modulov, ktoré v krátkom čase umožnia získať ucelené praktické informácie o zdravotnej ekonomii, legislatívnom prostredí, kontraktach s poisťovňami a tvorbe pridanej hodnoty pre pacienta.

### Intenzívny program LEKÁR

Pre skupiny minimálne 15 študentov je možné absolvovať program počas dvoch dní.

**ZDRAVIE JE LUXUS. VIEME AKO HO FINANCOVAŤ?**

Stratégia financovania zdravotníctva do roku 2025  
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 219 Sk / € 7,27 za tlačенú verziu  
118 Sk / € 3,92 za elektronickú verziu

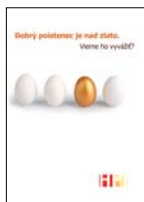
**ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY**

PRE ROKY 2008 - 2011



Prognóza príjmov a výdavkov zdravotníckeho sektora  
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 219 Sk / € 7,27 za tlačенú verziu  
118 Sk / € 3,92 za elektronickú verziu

**DOBRÝ POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEME HO VYVÁŽIŤ?**

Publikácia o selekcii rizika a kompenzácii rizikovej  
štruktúry v zdravotnom poistení  
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

cena: 439 Sk / € 14,57 za tlačенú verziu  
237 Sk / € 7,87 za elektronickú verziu

**KONTAKT PRE OBJEDNÁVKY:**

e-mail: [hpi@hpi.sk](mailto:hpi@hpi.sk)  
fax: +421 2 54 643 053  
telefón: +421 2 54 643 051  
pošta/osobne: Health Policy Institute  
Hviezdoslavovo nám. 14  
811 02 Bratislava  
Slovenská republika

## Intelligentné preklady s tradíciou

- « Preklady a lokalizácia » prekladáme presne, bez chýb a s nadšením
- « DTP služby » preložený materiál bude vyzeráť tak ako má
- « Tlač » dostanete od nás hotový „výrobok“
- « Jazykové mutácie a redizajn webstránok » Vaše webstránky „oblečieme“ do krásnych šiat a naučíme ich hovoriť cudzími jazykmi
- « B2B » služby pre prekladateľské agentúry

Cronica, s. r. o. (Ltd.)  
Haanova 12, 851 04 Bratislava 5  
tel. +421-2-6224-2096, +421-907-442-837  
office@cronica.sk, www.cronica.sk

**cronica**  
translation and localization services

Mesačný newsletter o zdravotnej politike **Into Balance** v elektronickej podobe (ako \*.pdf súbor) si môžete v anglickej i slovenskej mutácii bezplatne objednať na e-mailovej adrese [newsletter@hpi.sk](mailto:newsletter@hpi.sk), kde radi prijmeme aj Vaše pripomienky, názory a komentáre.

**Ročné predplatné (12 čísel) tlačenej verzie newslettera vrátane poštovného stojí v rámci Slovenska 1500 Sk (€ 49,79), do zahraničia 2000 Sk (€ 66,39). Adresa pre objednávky: [newsletter@hpi.sk](mailto:newsletter@hpi.sk)**

**Into Balance 8/2008**

Obsah tejto publikácie je chránený autorským právom.

Bez súhlasu Health Policy Institute je jeho použitie možné len za podmienok fair use. Na použitie obsahu publikácie nad rámec fair use potrebujete výslovný súhlas Health Policy Institute (mailový kontakt: [hpi@hpi.sk](mailto:hpi@hpi.sk)).

© Health Policy Institute, 2008 | Zodpovedný redaktor: Tomáš Szalay, Foto: Eva Sívá