HPI HEALTH POLICY INSTITUTE

zdravotnáPolitika

» mesačník o zdravotnej politike

ISSN 1338-1172

predtým intoBalance

ročník 6 » **apríl 2011**

» obsah

Ministerstvo financií predstavilo Program stability na roky 2011 – 2014

Pochybné rekordy

HPI vydalo publikáciu o generickej preskripcii

Hrdo prezentujeme: Slovakia – Health system review

Zdanenie zisku zdravotných poisťovní

Ročné zúčtovanie budú už za nás robiť zdravotné poisťovne

Porovnanie call-centier zdravotných poisťovní

» tirage

Zdravotná politika
mesačník
o zdravotnej politike

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

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

Vyšlo s podporou

NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI
OPEN SOCIETY FOUNDATION

SAFS Slovenská asociácia farmaceutických spoločností orientovaných na výskum a vývoj

editor: Tomáš Szalay
foto: Eva Sivá, Tomáš Szalay

ISSN 1338-1172

Novela zákona o zdravotných poisťovniach

Po náleze Ústavného súdu v kauze zisku zdravotných poisťovní sa vláda dostala pod tlak, aby čo najskôr splnila svoje programové vyhlásenie. To znamená, aby zaviedla „presne stanovené podmienky" pre tvorbu zisku zdravotných poisťovní.

Poisťovne už nemusia reinvestovať všetok prípadný kladný hospodársky výsledok do zdravotnej starostlivosti, na to netreba prijímať novelu zákona. Obmedzenie, schválené predchádzajúcou vládou, stratilo účinnosť dňom zverejnenia nálezu Ústavného súdu. Novelu však treba prijímať preto, aby sa zaviedli podmienky pre dosahovanie zisku.

Reálnym sprísnením status quo bude navrhované zdanenie zisku zdravotných poisťovní (zisk poisťovní bol pred troma rokmi, rok po prijatí „neziskovej" novely, oslobodený od dane; nález Ústavného súdu zrušil obmedzenie zisku, ale oslobodenie od dane sa na tento zisk vzťahuje aj naďalej).

Paradoxne, akékoľvek ďalšie zmysluplné podmienky, namierené na reguláciu zisku, by postihli predovšetkým stratovú Všeobecnú zdravotnú poisťovňu.

Po dlhých diskusiách sa do zákona nakoniec dostala len výška rezervného fondu a povinnosť účtovať technické rezervy na pacientov na čakacích zoznamoch. Cieľom je, aby poisťovňa nedosahovala zisk na úkor poistencov tým, že by ich nechala čakať na poskytnutie zdravotnej starostlivosti a znížila si tak náklady.

Čakacie zoznamy sú regulované vyhláškou ministerstva zdravotníctva a zatiaľ sa tvoria len pre tri okruhy diagnóz/výkonov (umelé kĺby, šošovky, kardiochirurgia). Novela vyhlášky, ktorá sa nedávno zastavila v pripomienkovom konaní, zatiaľ neplánuje zásadne rozšíriť zoznam sledovaných diagnóz, ani sledovať dĺžku čakania na poskytnutie ambulantnej starostlivosti (vrátane jednodňovej).

Transparentné čakacie zoznamy by sa pritom mali tvoriť všade, kde sa reálne čaká na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, bez ohľadu na to, či ide o ústavnú či ambulantnú starostlivosť.

Pre poistencov sú transparentné čakacie zoznamy dôležitým nástrojom vyrovnávajúcim informačnú asymetriu. Dokážu sa domáhať svojho nároku, pretože bude náhle zrozumiteľnejší. Zúži sa priestor pre korupciu. Podporí to súťaž medzi poskytovateľmi.

Na druhej strane však stojí veľmi praktický problém: VšZP si nemôže dovoliť počas ozdravných opatrení rozširovať nákladové položky. Pokiaľ nemusí, technické rezervy neúčtuje. Súkromné poisťovne s tvorbou technických rezerv nemajú problém, sú v podstatne lepšej kondícii než VšZP.

Pravidlá sa tak budú zrejme sprísňovať postupne. Politickú prioritu má nevďačná misia: záchrana VšZP.

TOMÁŠ SZALAY

autor spolupracuje s MZ SR na príprave novely zákona č. 581/2004 Z. z.

Ministerstvo financií predstavilo Program stability na roky 2011 – 2014

Ministerstvo financií zverejnilo slovenský Program stability pre roky 2011 – 2014,[1] v ktorom predstavuje program konsolidácie verejných financií. Hlavné ciele programu stability sú:

1. Znížiť deficit verejnej správy pod hranicu 3 % HDP v roku 2013 (**Tabuľka 1**) a stabilizovať a začať znižovať verejný dlh (**Tabuľka 2**).
2. Dodržanie plánovaného deficitu vo výške 4,9 % HDP v roku 2011 realizáciou konsolidačných opatrení.
3. Znížiť deficit verejných financií na úroveň 3,8 % HDP v roku 2012.

Ministerstvo financií plánuje konsolidácia verejných financií vykonať troma typmi opatrení:

- Stabilizačné (ich jadrom sú úspory vo výdavkovej oblasti a dočasné zvýšenie DPH z 19 % na 20 %).
- Štrukturálne (ich jadrom je zlepšenie podnikateľského prostredia, reforma odvodo-daňového systému a podpora znalostnej ekonomiky).
- Zamerané na dlhodobú udržateľnosť (ich jadrom je ozdravenie a privatizácia štátnych podnikov, zmeny v dôchodkovom systéme a zdravotníctve a zlepšenie inštitucionálneho rámca rozpočtovej politiky).

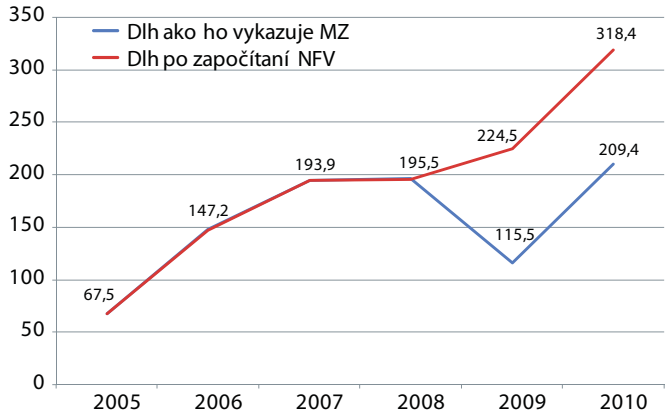
VYSPORIADANIE SA S NÁVRATNOU FINANČNOU VÝPOMOCOU Z ROKU 2009

Predchádzajúca vláda poskytla v decembri 2009 nemocniciam zo štátnych finančných aktív návratnú finančnú výpomoc (NFV) vo výške 130 mil. €, z toho 109 mil. € išlo štátnym nemocniciam.

V januári 2010 sme napísali, že poskytnutie NFV zo štátnych aktív umožňuje deficit verejných financií kamuflovať a že skutočný deficit sa teda započíta do bilancie tej vlády, ktorá prizná, že NFV poskytnuté nemocniciam sú nevymožiteľné a preklasifikuje ich na čistý výdavok, čo sa už podľa ESA95 do deficitu započíta. Takouto technikou oddlženia cez NFV mohla Ficova vláda zachraňovať nemocnice pred voľbami bez toho, aby to musela v rozpočte priznať.[2]

Súčasná vláda správne preklasifikovala návratná finančnú výpomoc (NFV) poskytnutú nemocniciam na nenávratnú finančnú výpomoc (neNFV) a opäť správne ju započítala nie do deficitu roka 2011, ale do deficitu roka 2009, teda do roka, keď bola NFV poskytnutá. Rozdiel vo vnímaní dokumentuje **Graf 1**. Modrá krivka dlhu je preferovaná MZ SR (a objavuje sa nielen v dokumentoch predchádzajúceho, ale aj súčasného vedenia), pričom správne by mala byť červená krivka dlhu, ktorá do výšky dlhu započítava aj objem poskytnutej návratnej finančnej výpomoci v roku 2009. Preto je pohľad MF SR, započítať poskytnutú NFV v roku 2009 do deficitu roka 2009 korektný.

Graf 1: Rozdiel vo výške dlhu bez započítania a so započítaním NFV v roku 2009 v mil. €



Zdroj: Kalkulácie HPI na základe údajov MZ SR, 2011

Tabuľka 1: Ciele programu stability pre roky 2011 – 2014

	2011	2012	2013
Deficit verejných financií ako % HDP	-4,9 %	-3,8 %	-2,9 %

Zdroj: MF SR, 2011

Tabuľka 2: Vývoj dlhu verejnej správy 2009 – 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hrubý dlh verejnej správy ako % z HDP	35,4 %	41,0 %	44,1 %	45,3 %	45,3 %	45,2 %

Zdroj: MF SR, 2011

1) http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=19532

2) http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/3777/oddlzenie-bez-zaruky-dalsieho-nezadlzovania.html

VYSPORIADANIE SA S DLHOM NEMOCNÍC ZA ROK 2010

Podobne ako neNFV (nenávratnú finančnú výpomoc) poskytnutú v roku 2009 MF SR započítalo do roku 2009, tak veľmi správne do deficitu roku 2010 započítalo aj stratové hospodárenie nemocníc vo výške 79,3 mil. € (0,1 % HDP) za rok 2010. MF SR pritom upozorňuje, že nedostatočné opatrenia v minulosti viedli v týchto podnikoch (okrem nemocníc to boli aj železničné spoločnosti) k ich stratovému hospodáreniu, ktoré musí vláda v súčasnosti financovať.

POZÍCIA ZDRAVOTNÍCTVA V PROGRAME STABILITY 2011 – 2014

Ministerstvo financií v oblasti zdravotníctva identifikovalo ako dôležité tieto opatrenia:

- **v liekovej politike**
  - generická preskripcia
  - referencovanie cien k trom najnižším cenám v EÚ
  - zadefinovanie miery nákladovej efektívnosti
  - umožnenie predaja voľnopredajných (OTC) liekov bez predpisu mimo lekárni
  - posilnenie transparentnosti a nezávislosti procesu kategorizácie liekov
  - obmedzenie možných konfliktov záujmov lekárov povinným zverejňovaním ich školení farmaceutickými firmami na internete
- **v lôžkovej starostlivosti**
  - zavedenie platby za diagnostickú skupinu (DRG), čím sa zrovnoprávnia platby za štandardné výkony.
  - oddlženie nemocníc a ich transformácia na akciové spoločnosti s cieľom vytvorenia tvrdých rozpočtových obmedzení
  - na oddlženie nemocníc sa majú použiť príjmy z privatízácie podnikov s majetkovou účasťou štátu

ČO V PROGRAME STABILITY CHÝBA?

Uvedomujeme si obmedzený priestor takéhoto typu dokumentu a preto rozumieme tomu, že MF SR nemohlo vymenovať všetky nástroje zdravotnej politiky určené pre stabilizáciu verejných financií.

V programe stability by však podľa nášho názoru nemali chýbať tieto zásadné opatrenia:

- **Finančná stabilizácia VšZP**. Tá si bude vyžadovať zrejme 130 mil. € na vykrytie kumulovanej straty z r. 2008 až 2010. Strata v roku 2010 dosiahla 70 mil. € a podľa ÚDZS je potrebné ešte vysporiadanie pohľadávok a nákladov na zdravotnú starostlivosť z obdobia pred rokom 2011, na ktoré nie sú vytvorené technické rezervy. ÚDZS odhaduje tieto riziká na 50 až 60 mil. €.
- **Rozdelenie a privatizácia VšZP**. Je dôležitá z dôvodu zníženia politických vplyvov na rozhodovanie VšZP ako aj na stabilizáciu a štandardizáciu poistného trhu. Svoj úmysel vstúpiť na slovenský trh zdravotného poistenia nevylučuje Allianz a svoje ambície potvrdila aj AXA.[3)] Privatizácia VšZP by zároveň bola nezanedbateľným zdrojom príjmov štátneho rozpočtu, ktoré by sa dali použiť na oddlženie, či modernizáciu nemocníc.
- **Definovanie výšky a techniky oddlženia nemocníc**. Podľa nášho odhadu môžu náklady na oddlženie dosiahnuť až 500 mil. €. Dôvodom je zdedené zadlženie od predchádzajúcej vlády, rast dlhu od nástupu novej vlády ako aj záväzky, ktoré v súčasnosti nie sú vykazované ako dlh, lebo sú v lehote splatnosti. Keďže lehoty splatnosti sú podla medializovaných informácií dodávateľov vyše 300 dní, tak objem týchto záväzkov môže byť vo výške 150 až 200 mil. €.

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

Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonómiou zdravotníctva a makroekonómiou.

» kontakt pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Tabuľka 3: Výpočet výšky finančných prostriedkov potrebných na oddlženie štátnych nemocníc

Záväzky	Suma	Zdroj údaju
Záväzky po lehote splatnosti (istina) zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR k 31.12.2010	209 mil. €	Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31. 12. 2010
Predpokladaný nárast záväzkov po lehote splatnosti (istina) zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR v roku 2011	100 mil. €	Odhad HPI
Predpokladaný objem záväzkov v lehote splatnosti, ktoré nie sú klasifikované ako dlh, ale bude potrebné ich pri transformácií uhradiť	150 až 200 mil. €	Odhad HPI
Celková suma potrebná na oddlženie	459 až 509 mil. €	

Zdroj: MZ SR a odhady HPI

3) http://www.tyzden.sk/ekonomicky-servis/zdravotnictvo-na-slovensku-mozno-pribudnu-nove-zdravotne-poistovne-2.html

Pochybné rekordy

Médiá v posledných mesiacoch pravidelne pripomínajú negatívne rekordy v makroekonomickom vývoji Slovenska. Týkať sa majú inflácie a nezamestnanosti. Stretávame sa napr. s titulkami, že *„Rast cien na Slovensku trhá rekordy“*,[1] či *„Rekordná nezamestnanosť za posledných šesť rokov“*[2] alebo *„Nezamestnanosť zotrváva na šesťročnom maxime“*.[3] Tieto rekordy síce nie sú celkom spochybniteľné, ale majú svoje chyby krásy.

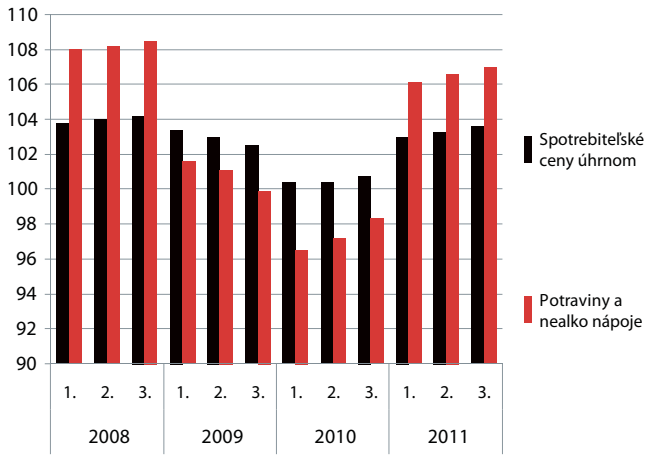
Mediálna atraktívnosť témy vývoja cenovej hladiny je daná výrazným zvýšením miery inflácie oproti predchádzajúcemu obdobiu. Značnú spoločenskú pozornosť si hneď na začiatku roka 2011 získala téma oživenej inflácie a obzvlášť téma rastu cien potravín. Pritom však asi treba dôrazne pripomenúť, že ani celková miera inflácie, ani miera rastu cien potravín sa ani zďaleka nenachádzala na nejakých doteraz nevídaných hodnotách. Hodnoty zo začiatku roka 2011 sa zdajú vysoké len pri porovnaní s poslednými dvomi rokmi (Graf 1). A v posledných dvoch rokoch bola inflácia dočasne umŕtvená ekonomickou recesiou (v recesii bol kvôli slabému dopytu výrazne oslabený rast cien, tento jav zotrval aj niekoľko štvrťrokov po oživení). Porovnať súčasnú mieru inflácie s dvomi rokmi, v ktorých bola inflácia utlmená recesiou, a hovoriť pritom o „trhaní rekordov“ nie je namieste. Pri porovnaní v dlhodobejšom horizonte možno vylúčiť, že by išlo o nejaké neobvykle vysoké hodnoty miery inflácie.

Celková miera inflácie v prvých štvrťrokoch (v prvom štvrťroku 2011 bola na úrovni 3,3 %) bola iba zriedkavo nižšia, a to za celé obdobie 16 rokov, za ktoré je k dispozícii kvalitatívne homogénny časový rad. Relatívne silný rast cien potravín na začiatku roka 2011 (pozri ďalej) bol do určitej miery kompenzovaný omnoho slabším rastom alebo aj poklesom cien iných skupín tovarov.

Ak zúžime pohľad na ceny potravín, nemožno poprieť skokovitý vývoj. Ale napr. skok v hladine cien potravín v prvom štvrťroku (na úrovni 6,6 % – čo je rast nepochybne omnoho silnejší ako v posledných dvoch rokoch) je podobný ako v rade ďalších období (druhý štvrťrok 1997, druhý štvrťrok 1998, druhý a tretí štvrťrok 2001) a je to skok nižší ako ten nedávny v prvom štvrťroku 2008.

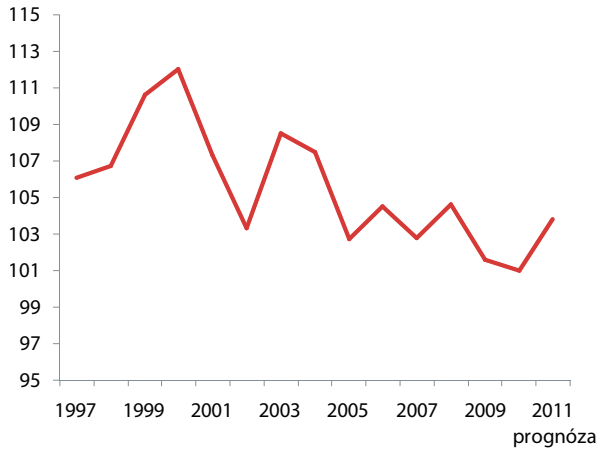
Miera inflácie je na začiatku roka 2011 vnímaná ako vysoká hlavne preto, lebo v predchádzajúcich dvoch rokoch bola kvôli recesii podstatne nižšia. Pri oživení ekonomík po recesii je normálnym javom aj oživenie rastu cenovej hladiny (a k tomu sa v SR pridal vplyv zvýšenej sadzby nepriamych daní, vplyv neúrody či korekcie cien energií). Pritom táto miera inflácie nie je vyššia ako tá, ktorá bola bežná a „normálna“ pred recesiou (Graf 2). Predpokladáme, že priemerná miera inflácie za rok 2011 bude ešte mierne vyššia v porovnaní so spomínanou hodnotou zo začiatku roka. Je očakávaná hodnota z intervalu 3,4 % až 3,9 % je skutočne nápadne vyššia ako úroveň 1,0 % z roku 2010. Pri vnímaní dlhodobejšieho vývoja je táto miera inflácie relatívne nízka vzhľadom na pomery ekonomiky SR.

Graf 1: Index spotrebiteľských cien v prvých mesiacoch rokov 2008 až 2011 (rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Graf 2: Index spotrebiteľských cien v SR v dlhodobom pohľade (rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)



Zdroj: Štatistický úrad SR, 2011- vlastná prognóza

Druhým populárnym rekordom je rekordná miera evidovanej nezamestnanosti. Je rekordom za dlhšie obdobie ako „rekordná inflácia“ a je ťažšie spochybniteľný. Miera tzv.

1) http://finweb.hnonline.sk/c3-51576810-kP0000_d-rast-cien-na-slovensku-trha-rekordy

2) http://www.aktuality.sk/clanok/182658/rekordna-nezamestnanost-za-poslednych-sest-rokov

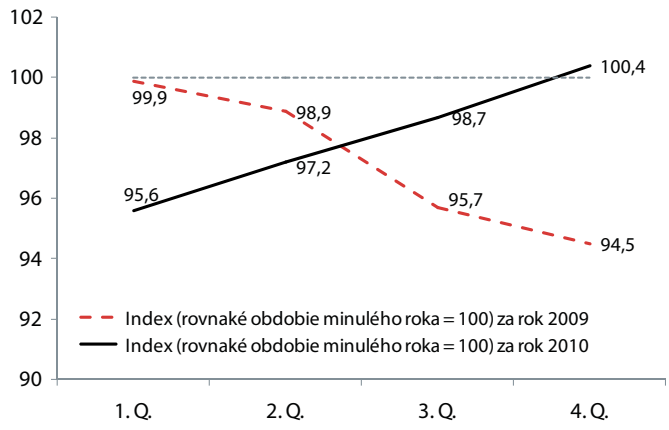
3) http://www.webnoviny.sk/ekonomika/nezamestnanost-zotrvava-na-sestrocn/336378-clanok.html

evidovanej nezamestnanosti v marci 2011 dosiahla 13,1 %, čo je vyššia hodnota ako v rovnakých mesiacoch rokov 2005 až 2010.

Medzi faktory, ktoré oslabujú význam tohto rekordu, patria tieto:

- V marci 2011 už medziročne poklesol celkový počet evidovaných nezamestnaných. Pripomíname, že miera evidovanej nezamestnanosti nie je počítaná z celkového, ale z disponibilného počtu nezamestnaných – teda len z tých, ktorí sú schopní ihneď nastúpiť do práce. Ak napriek poklesu celkového počtu nezamestnaných mierne stúpla miera nezamestnanosti z 12,9 % v marci 2010 na 13,1 % v marci 2011, je jasné, že sa zmenila vnútorná štruktúra registrovaných nezamestnaných: celkove ich bolo medziročne menej, ale v rámci tohto celkového počtu narástol počet tých, ktorí sú schopní okamžite nastúpiť do práce.
- Od posledného štvrťroka 201x0 badáme medziročný nárast počtu pracujúcich (aj keď iba mierny – **Graf 3**). Rast počtu pracujúcich je pri sledovaní prekonávania recesie významnejší ako vývoj miery evidovanej nezamestnanosti. Za prvý štvrťrok 2011 ešte nie sú k dispozícii dáta o zamestnanosti za celé hospodárstvo, môžeme si však pomôcť aspoň údajmi o zamestnanosti vo vybraných odvetviach za prvé dva mesiace roka. Z nich vyplýva mierny nárast v januári a už podstatne silnejší nárast zamestnanosti vo februári 2011 (**Graf 4**).
- Ukazuje sa obrat v ďalších štatistických údajoch Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny: v prvých troch mesiacoch 2011 je významne vyšší počet voľných pracovných miest ako v rovnakom období roka 2010, od jesene 2010 badať zvýšenie mesačného odlevu uchádzačov o zamestnanie.
- Hoci mieru nezamestnanosti okolo 13 % asi nikto nebude považovať za prijateľnú, treba pripomenúť, že zďaleka nejde o najvyššiu mieru nezamestnanosti v SR. Pred 10 rokmi zaťažovala ekonomiku takmer 20-percentná miera nezamestnanosti (a pretrvávala dlho) a ekonomika sa s ňou dokázala postupne vysporiadať.

Graf 3: Index počtu pracujúcich v jednotlivých štvrťrokoch 2009 a 2010 (rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)



Zdroj: Štatistický úrad SR

Graf 4: Medziročný rozdiel počtu pracujúcich vo vybraných odvetviach v prvých dvoch mesiacoch roka 2011

Zdroj: Vlastné výpočty podľa údajov Štatistického úradu SR

Oba zmienené, v médiách populárne „rekordy" sa dajú ľahko relativizovať. Ani v jednom prípade nejde o hodnoty, ktoré by boli vo vývoji slovenskej ekonomiky mimoriadne. Spoločnosť je týmito pseudorekordmi prehnane traumatizovaná. Pritom boli tu už aj horšie „rekordy".

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

Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekonómiou a ekonomickou teóriou.

» kontakt morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

Policy paper

Výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo

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

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

Príspevok je tak rozdelený do troch kapitol, pričom každá z nich sa venuje jednému cieľu a hlavným stratégiám na ich dosiahnutie. Vzhľadom na komplexnosť cieľov a rôznorodé záujmy jednotlivých hráčov v zdravotníctve je záver *policy papera* venovaný potrebe zodpovednej regulácie a ochrane spotrebiteľa.

Celé znenie dokumentu nájdete na www.hpi.sk

HPI

Predpisovanie účinnej látky: výhody, riziká, mýty a skúsenosti

Téma generickej preskripcie sa z vládneho programu dostala do návrhu nového zákona o liekoch. Čaká nás zrejme diskusia, ku ktorej chce Health Policy Institute prispieť vysvetľujúcou publikáciou o generickej preskripcii. Brožúrka je vo formáte pdf bezplatne dostupná na www.hpi.sk. Jej autorkou je Angelika Szalayová, partnerka HPI.

Cieľom publikácie je:

1. **Definovať pojmy** generiká, generická preskripcia a generická substitúcia
2. **Definovať výhody a riziká** generickej preskripcie
3. **Vyvrátiť mýty** spojené s generickou preskripciou
4. **Zhrnúť poznatky a dopady** z implementácie generickej preskripcie v rôznych krajinách EÚ

STIAHNITE SI PUBLIKÁCIU *GENERICKÁ PRESKRIPCIA:*

www.hpi.sk/cdata/Publications/hpi-genericka_preskripcia.pdf

Prvá časť sa venuje popisu súčasného stavu na Slovensku. Generická preskripcia povolená nie je. **Povolená je len generická substitúcia, pričom ani tá sa od jej zavedenia v roku 2005 v praxi často nevyužíva, čo je jedným z dôvodov pre zbytočne vysoké doplatky pacientov.**

Druhá časť sa venuje popisu generík a definícii generickej substitúcie a preskripcie. **Generiká musia tak isto ako originálne lieky pri vstupe na trh preukázať, že sú:**

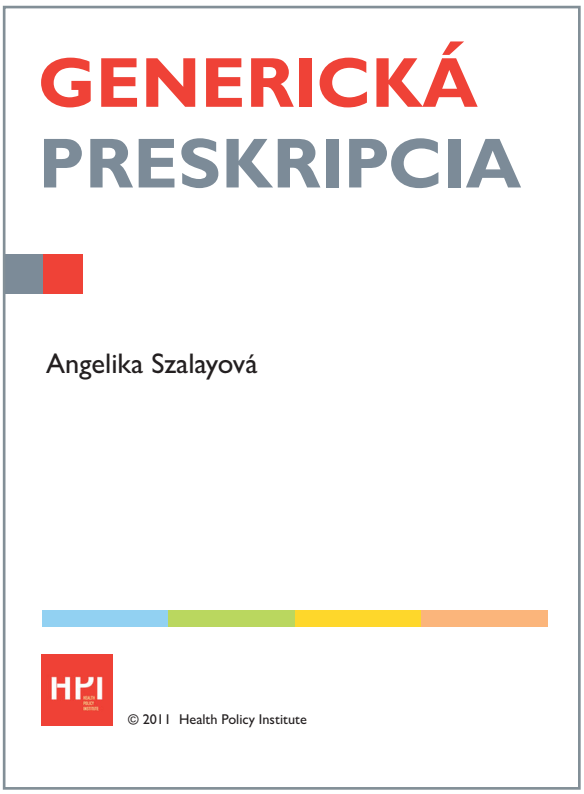
1. farmaceuticky ekvivalentné
2. bioekvivalentné
3. vyrábané podľa pravidiel dobrej výrobnej praxe
4. správne označené

Tretia časť sa venuje jednotlivým parametrom generickej preskripcie.

Štvrtá časť popisuje **pozitíva** generickej preskricpie, medzi ktoré patria:

1. zníženie doplatkov pacientov
2. zníženie cien liekov
3. zníženie efektu marketingových aktivít
4. zjednodušenie predpisovania liekov
5. zvýšenie bezpečnosti pacientov
6. zvýšenie dôvery voči generickým liekom

	Generická substitúcia	Generická preskripcia
Čo lekár predpisuje	Konkrétny názov lieku	Účinnú látku (nie konkrétny názov lieku)
Čo lekárnik vydáva	Môže alebo musí nahradiť pôvodný liek	Vydá liek na základe účinnej látky



Piata časť je zameraná na **identifikáciu rizík** generickej preskripcie, do ktorých radíme:

1. presun marketingových aktivít do lekární
2. presun preskripcie na lieky s patentovou ochranou
3. riziká pri preskripcii niektorých liekov citlivých na dávkovanie
4. problémy so zabezpečením dostupnosti liekov a možné negatívne dopady na generický priemysel
5. návyk pacientov na známe lieky
6. rezistencia lekárov a farmaceutického priemyslu voči generickej preskripcii

Podporiť pozitívne efekty generickej preskripcie a predchádzať jej rizikám je možné správnym nastavením regulácie generickej preskripcie, ako aj podpornými aktivitami ako edukačné kampane a motivačné mechanizmy zamerané na lekárov, lekárnikov aj samotných pacientov.

Zavedením generickej preskripcie sa narušia viaceré zavedené aktivity, preto je možné očakávať negatívne postoje viacerých záujmových skupín. Mnohé argumenty proti generickej preskripcii pritom nie sú opodstatnené a sú vyvrátiteľné vysvetlením toho, čo generiká sú a čo generické preskripcia znamená, alebo dôkazmi z výskumov. Časť 6 preto prináša zoznam najčastejších mýtov a skutočností, ktoré ich vyvracajú.

Siedma časť sa venuje **používaniu generík v EÚ** a časť 8 sa venuje **príkladom implementácie generickej preskripcie a generickej substitúcie v krajinách EÚ.** Tieto konkrétne úpravy a skúsenosti môžu slúžiť ako inšpirácia, ale aj ako podporné argumenty pri zavádzaní generickej preskripcie na Slovensku.

-asz-

Analytici Health Policy Institute podpísaní pod prestížnou publikáciou o slovenskom zdravotníctve

Slovakia – Health system review

V edícii Health Systems in Transition vyšla v apríli publikácia o slovenskom zdravotníctve *Slovakia – Health system review.* Autorský tím pozostáva z analytikov HPI (Tomáš Szalay, Peter Pažitný, Angelika Szalayová, Simona Frisová, Karol Morvay, Marek Petrovič) a editora Ewouta van Ginneken z Observatory. Pre Health Policy Institute ide o prestížnu referenciu na medzinárodnej odbornej scéne.

STIAHNITE SI PUBLIKÁCIU *Slovakia: Health system review*

www.hpi.sk/cdata/Publications/HiT-Slovakia_2011.pdf

Publikácie z edície Health Systems in Transition (alebo skrátene HiT) sú detailným prehľadom zdravotných systémov jednotlivých krajín, ako aj prebiehajúcich alebo pripravovaných reforiem. HiT vychádza pod odborným dohľadom Observatory (viď **Rámček**), v presne vymedzenej a pravidelne aktualizovanej šablóne.

Dosiaľ posledná publikácia HiT o Slovensku vyšla v roku 2004, jej autormi boli Svätopluk Hlavačka, Róbert Wágner a editorkou Anette Riesberg. Publikácia vyšla žiaľ až vo chvíli, keď prestala byť aktuálna. Nepopisovala prebiehajúce zmeny v rámci vtedajšej reformy zdravotníctva. Na publikáciu o Slovensku so zhrnutím zmien po roku 2004 sme čakali ďalších 7 rokov.

S ponukou napísať HiT o Slovensku sa na HPI na jar 2008 obrátila Dr. Darina Sedláková, riaditeľka Kancelárie WHO na Slovensku. Ponuku sme – poctení – prijali a po vybavení všetkých formalít sme na konci roku 2008 odovzdávali 200-stránkový rukopis. Na dlhý čas sa potom rukopis stratil v ping-pongu medzi bývalým vedením ministerstva zdravotníctva a kanceláriou WHO, ale nakoniec úspešne prešiel dvojstupňovou medzinárodnou oponentúrou a dnes je konečne súčasťou edície HiT. Na Slovensku bude HiT oficiálne predstavená 2. júna 2011.

Keďže sme knižku dokončovali tri roky, priebežne sme v nej museli aktualizovať údaje, čísla, zákony. V poslednej korektúre sme napríklad ešte „rušili" výmenné lístky a zapracovávali nález Ústavného súdu o zisku zdravotných poisťovní.

Výsledný text, ktorý vznikol aj vďaka cenným pripomienkam a úpravám editora Ewouta van Ginnekena, bude v najbližších rokoch patriť k hlavným zdrojom informácií o slovenskom zdravotníctve pre medzinárodnú odbornú verejnosť.

TOMÁŠ SZALAY

Rámček: Observatory

European Observatory on Health Systems and Policies

European Observatory on Health Systems and Policies (ďalej len „Observatory") je partnerstvom Regionálnej kancelárie WHO pre Európu, vlád Belgicka, Fínska, Írska, Holandska, Nórska, Slovinska, Španielska, Švédska, talianskeho regiónu Veneto, Európskej komisie, Európskej investičnej banky, Svetovej banky, Francúzskeho Národného zväzu zdravotných poisťovní, London School of Economics and Political Science a London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Observatory podporuje a presadzuje zdravotnú politiku založenú na dôkazoch, ktoré získava dôslednými analýzami zmien v európskych zdravotných systémoch.

„Kto dnes nie je na Facebooku, neexistuje!"

facebook

Boom internetových sociálnych sietí nás v Health Policy Institute nemohol nechať ľahostajných. **Vytvorili sme preto na Facebooku profilovú stránku HPI.** Pridajte si ju medzi obľúbené a zostanete s nami v kontakte. **Na Facebooku nájdete aj profilovú stránku Health Management Academy** a sledujte novinky HMA: oficiálne i neformálne.

Zmeny, ktoré prináša vládna novela zákona č. 581/2004 Z. z.

Zdanenie zisku zdravotných poisťovní

V reakcii na nález Ústavného súdu v kauze zisku zdravotných poisťovní ministerstvo zdravotníctva pripravilo novelu zákona o zdravotných poisťovniach, ktorú 28. apríla 2011 schválila vláda a odoslala na rokovanie Národnej rady Slovenskej republiky. Na tomto mieste prinášame zhrnutie navrhovaných zmien.

ZISK ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Vláda sa vo svojom programovom vyhlásení (august 2010) zaviazala umožniť zdravotným poisťovniam tvorbu zisku za presne stanovených podmienok. O zrušení obmedzenia zisku zdravotných poisťovní medzičasom rozhodol Ústavný súd. Vláda argumentuje, že ak by sa navrhovaná úprava neprijala, v praxi to umožní zdravotným poisťovniam dosahovať zisk bez akýchkoľvek podmienok, dokonca nezdanený.

Návrh zákona obsahuje **tri podmienky:**

- **znovuzavedenie dane na zisk zdravotných poisťovní** – na základe novely daňového zákona z r. 2008 je totiž zisk zdravotných poisťovní oslobodený od dane,
- **povinné použitie zisku na tvorbu rezervného fondu až do výšky 20 %** splateného základného imania (rezervný fond možno použiť len na úhradu straty),
- **povinná tvorba technických rezerv na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti** pre poistencov zaradených v čakacích zoznamoch. Zdravotná poisťovňa tak nemôže dosahovať zisk na úkor svojich poistencov tým, že by ich odsúvala do poradovníkov namiesto toho, aby im uhradila zdravotnú starostlivosť bez čakania a je dôležité z hľadiska dodržiavania všeobecne uznávaných účtovných štandardov aj vo verejnom zdravotnom poistení.

PREVOD POISTNÉHO KMEŇA

Návrh zákona prináša komplexnú právnu úpravu prevodu poistného kmeňa. Nedostatočnosť právnej úpravy viedla pri odchode Európskej zdravotnej poisťovne, a.s. z poistného trhu k praktickým problémom, ktorých dozvuky riešia slovenské súdy a ktoré nevyriešila ani následná novelizácia zákona. Podrobná regulácia prevodu poistného kmeňa má do budúcnosti zabrániť nejednoznačným výkladom zákona.

Navrhujú sa tri typy odplatného prevodu poistného kmeňa:

1. **Dobrovoľný prevod**

   Ak poisťovňa odchádza dobrovoľne z trhu alebo ak má „drobné finančné ťažkosti" (t. j. jeden mesiac za posledný rok mala problém s platobnou schopnosťou), môže dobrovoľne – so súhlasom ÚDZS – previesť časť kmeňa na inú ZP. Poistenci majú v takom prípade právo nesúhlasiť s prevodom vlastnej prihlášky do inej zdravotnej poisťovne.

   Preberajúcu poisťovňu si vyberá odovzdávajúca poisťovňa.

   Poistenci majú právo odmietnuť prevod vlastnej prihlášky do inej zdravotnej poisťovne (okrem prípadu, ak poisťovňa dobrovoľne odchádza z trhu).

2. **Nariadený prevod**

   Nariadením prevodu časti poistného kmeňa môže ÚDZS predísť zavedeniu nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou. Podmienkou pre nariadený prevod je skutočnosť, že zdravotná poisťovňa spĺňa podmienky pre zavedenie nútenej správy. ÚDZS môže v takom prípade poisťovni nariadiť prípravu prevodu poistného kmeňa (t.j. nájsť preberajúcu zdravotnú poisťovňu, dohodnúť sa na výške odplaty, predložiť úradu návrh postupu prevodu). Ak sa odovzdávajúcej poisťovni tento proces nepodarí zavŕšiť do jedného mesiaca, ÚDZS obligatórne zavedie nad poisťovňou nútenú správu.

   Poistenci majú právo odmietnuť prevod vlastnej prihlášky do inej zdravotnej poisťovne.

3. **Nútený prevod**

   Pri likvidácii zdravotnej poisťovne resp. pri strate povolenia na výkon verejného zdravotného poistenia dochádza k nútenému prevodu poistného kmeňa.

   Preberajúcimi poisťovňami sú všetky ostatné ZP s výnimkou tých, ktoré majú vážne problémy (sú v nútenej správe, majú vypracovať ozdravný plán alebo

Rámček: Kľúč pre pomerný prevod poistného kmeňa pri nútenom prevode

Ak je preberajúcich poisťovní pri nútenom prevode viac ako jedna, návrh zákona obsahuje nasledujúci algoritmus prevodu:

1. jedna polovica prevádzaného poistného kmeňa sa prevedie rovným dielom medzi tie preberajúce zdravotné poisťovne, ktoré nepresahujú priemerný podiel na trhu,
2. druhá polovica poistného kmeňa sa prevedie na všetky preberajúce zdravotné poisťovne pomerne podľa ich podielu poistencov.

Ustanovenie má za cieľ ochranu hospodárskej súťaže. Pozícia poisťovní s nadpriemerným podielom na trhu sa pri nútenom prevode posiľňuje pomalšie než pozícia ostatných preberajúcich zdravotných poisťovní.

v dvoch mesiacoch za posledných 12 mesiacov nespĺňala podmienky platobnej schopnosti). Poistenci sú medzi tieto poisťovne rozdelení pomerne podľa osobitného kľúča (**Rámček**) uvedeného v návrhu zákona.

Poistenec pri nútenom prevode môže odmietnuť prevod do preberajúcej poisťovne ZP_1 a môže si vybrať inú preberajúcu poisťovňu (ZP_2, ZP_3, ...), avšak len spomedzi tých, ktoré preberajú kmeň v rámci núteného prevodu.

Cena za prevádzaný kmeň sa stanoví dohodou príp. znaleckým posudkom.

LIMIT PREVÁDZKOVÝCH VÝDAVKOV

V súlade so zámerom vlády vyjadreným v programovom vyhlásení znižovať prekážky pre vstup nových zdravotných poisťovní do verejného zdravotného poistenia sa mení dnešný percentuálny limit pre výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne, ktorý bol doteraz stanovený pevnou percentuálnou sadbou (3,5 % z úhrnu poistného pred prerozdelením). Navrhované naviazanie limitu prevádzkových výdavkov zdravotnej poisťovne na počet poistencov odstráni diskrimináciu menších poisťovní a uľahčí prípadný vstup nových poisťovní na trh.

S pribúdajúcim počtom poistencov rastú pre prevádzkové výdavky zdravotnej poisťovne úspory z rozsahu. Sadzba uvedeného limitu bude do budúcnosti určovaná tak, aby menšie zdravotné poisťovne mohli zo zdrojov verejného zdravotného poistenia použiť relatívne viac prostriedkov na prevádzkové činnosti v porovnaní so zdravotnými poisťovňami s veľkým počtom poistencov. Celkový objem zdrojov, ktoré môžu zdravotné poisťovne použiť na prevádzkové výdavky by mal zostať po legislatívnej zmene rovnaký, ako keby mali všetky poisťovne limit 3,5 %. Je to záruka, aby nedošlo k zníženiu objemu zdrojov na nákup zdravotnej starostlivosti.

Pre každú zdravotnú poisťovňu ZP bude limit daný nasledujúcim vzorcom:

$$\text{limit (v \%)} = 2{,}9 + \frac{2\,000\,000}{1\,000\,000 + PP_{ZP}}$$

kde PP_{ZP} je počet poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne ZP.

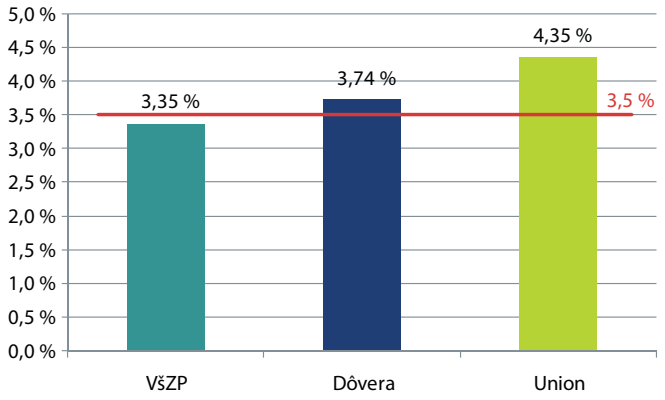
Pri modelovaní dopadu na jednotlivé zdravotné poisťovne vychádzalo ministerstvo z počtu poistencov zdravotných poisťovní ku koncu februára 2011. Výpočet výšky limitu vyzerá nasledovne:

VšZP: 2,9 + (2 000 000/(1 000 000 + 3 475 934) = **3,35 %**

Dôvera: 2,9 + (2 000 000/(1 000 000 + 1 397 307) = **3,74 %**

Union: 2,9 + (2 000 000/(1 000 000 + 385 895) = **4,35 %**

Graf 1: Limit prevádzkových výdavkov podľa návrhu zákona (na počet poistencov ku koncu februára 2011)



V súvislosti s limitom prevádzkových výdavkov sa navrhuje zrušiť vedenie osobitných účtovných okruhov pre prevádzku a pre verejné zdravotné poistenie. Sledovať dodržiavanie limitu prevádzkových výdavkov sa dá štandardnou účtovnou analytikou. Na rozdiel od stavu pred rokom 2004, keď mal správny fond zdravotných poisťovní svoje zákonom definované výnosy, z prevádzky dnes poisťovňa nemá prakticky žiadne výnosy, účtuje tam takmer výlučne náklady. Umelo vytvorený „okruh prevádzky" tak musí skončiť vždy v strate, ktorú bude dotovať „okruh verejného zdravotného poistenia". Takémuto nastaveniu chýba účtovná logika.

POSTUPOVANIE POHĽADÁVOK

Ďalším okruhom zmien je možnosť postupovania pohľadávok zdravotnými poisťovňami na tretie subjekty. Ide o pohľadávky zdravotných poisťovní, ktoré vznikli na preddavku na poistnom, na nedoplatku na poistnom, na úroku z omeškania, na poistnom a na poplatku z omeškania.

V návrhu zákona sa vymedzujú pravidlá a podmienky postupovania pohľadávok tak, aby bola zabezpečená transparentnosť celého procesu ako aj trhová cena postupovaných pohľadávok. V navrhovaných pravidlách sú nastavené aj poistky, aby nemohol byť inštitút postupovania pohľadávok zneužitý voči poistencom, resp. zamestnávateľom:

- predmetom postúpenia môže byť **len právoplatne priznaná pohľadávka** (platobným výmerom alebo výkazom nedoplatkov)
- postupovanie sa môže týkať **len pohľadávok starších ako 18 mesiacov od právoplatnosti rozhodnutia úradu o ročnom prerozdelení poistného** (31. august nasledujúceho roka). Znamená to, že postupované pohľadávky musia byť staré najmenej 26 mesiacov. Cieľom opatrenia je ochrana podnikov, ktoré sa dostali do finančných problémov v dôsledku hospodárskej krízy.
- zdravotná poisťovňa môže pohľadávku postúpiť **len na základe výberového konania,** kde rozhodujúcim faktorom je najvýhodnejšia cena.

Pohľadávky na povinnom zdravotnom tvoria v zdravotných poisťovniach za 10-ročnú lehotu cca sumu 280 mil. €. Dopadová analýza ministerstva predpokladá, že po prijatí právnej úpravy z tejto sumy zdravotné poisťovne získajú 40 mil. €.

PREDKLADANIE ROZPOČTOV ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ NA ROKOVANIE VLÁDY

Návrh zákona ruší povinnosť zdravotných poisťovní predkladať svoje rozpočty vláde ako aj sankciu za jej nedodržanie.

V roku 2008 bola novelou zákona schválená povinnosť predkladať návrhy svojich rozpočtov aj na rokovanie vlády, a to pod pokutou 2 milióny eur (ktorá je 12-krát vyššia než druhá najvyššia finančná sankcia za porušenie tohto zákona).

Keďže vláda má podľa platného zákona kompetenciu návrh rozpočtu len „prerokovať" (namiesto pôvodne navrhovaného „schvaľovať"), ide o duplicitnú povinnosť podmienenú neúmernou sankciou. Zdravotné poisťovne totiž predkladajú všetky relevantné dokumenty a výkazy Úradu pre dohľad, ministerstvu zdravotníctva i ministerstvu financií, a to vrátane návrhov svojich rozpočtov.

MINIMÁLNA SIEŤ POSKYTOVATEĽOV

Vláda sa zaviazala prehodnotiť a reštrukturalizovať minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s dôrazom na zrovnoprávnenie postavenia všetkých poskytovateľov bez ohľadu na vlastníka a právnu formu. Zrušenie koncovej siete poskytovateľov a zmena definície pevnej siete poskytovateľov predstavujú dôležitý krok k rovnoprávnosti poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, uvádza sa v dôvodovej správe k zákonu.

V zákone sa navrhuje zrušiť koncept koncovej minimálnej siete, ktorý viedol preukázateľne k deformáciám trhu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zvýhodnením vybraných zdravotníckych zariadení. Koncovú sieť dnes tvoria s výnimkou jedného zdravotníckeho zariadenia (OÚSA) výlučne štátne nemocnice. Zdravotné poisťovne sú povinné uzatvoriť zmluvy s týmito zariadeniami bez ohľadu na indikátory kvality a ceny. Nemocnice zaradené do koncovej siete sa tak nezúčastňujú súťaže pri selektívnom kontraktingu a sú voči ostatným subjektom na trhu neodôvodnene zvýhodňované.

Koncept pevnej siete má poistencom garantovať fyzickú dostupnosť neodkladnej ústavnej zdravotnej starostlivosti. Dnešný koncept, platný od roku 2009, definuje na Slovensku 37 regiónov, skladajúcich sa z jedného až štyroch okresov. Na území každého zadefinovaného regiónu musí byť zazmluvnená aspoň jedna nemocnica so základnými oddeleniami, neurológiou, nepretržitou diagnostikou a urgentným príjmom. Hranice definovaných regiónov však nezodpovedajú skutočným spádovým oblastiam (napr. pacienti z Hlohovca chodia predovšetkým do Trnavy, nie do Piešťan). Navyše, v 12 regiónoch sa nachádza práve jedna nemocnica, ktorá spĺňa uvedené podmienky. Každá z nich má tak automatický nárok na zmluvu s poisťovňou, bez ohľadu na kvalitu a cenu. Ide o analogický problém ako pri koncovej sieti, ktorý neutralizuje prínosy selektívneho kontraktingu.

Nová definícia pevnej siete neupravuje spádové regióny, ale stanovuje jednoduché **generické pravidlo: Z pohľadu poistenca, nech sa nachádza v ktoromkoľvek okrese na Slovensku, by mala byť najbližšia nemocnica v pevnej sieti buď priamo v jeho okrese alebo v niektorom zo susedných okresov. T**ýmto opatrením nemá žiadna nemocnica svoju zmluvu stopercentne istú a podlieha rovnakým súťažným podmienkam ako jej konkurenti. Zároveň toto pravidlo garantuje rovnomernosť rozloženia zmluvných nemocníc v pevnej sieti. Tým, že sa vyhýba centrálnemu určovaniu vybraných nemocníc, umožňuje zdravotným poisťovniam využívať nástroj selektívneho kontraktingu na efektívny nákup kvalitnej zdravotnej starostlivosti.

Zrušenie koncovej siete nemocníc ani zmena definície pevnej siete nijako neovplyvňujú naďalej platnú minimálnu sieť, ktorá stanovuje minimálny počet zazmluvnených lôžkových kapacít v jednotlivých špecializáciách v jednotlivých samosprávnych krajoch.

Vykonávacia novela nariadenia vlády o minimálnej sieti už prešla pripomienkovým konaním.

ĎALŠIE OKRUHY ZMIEN NA ZÁKLADE SKÚSENOSTÍ Z APLIKAČNEJ PRAXE

POPLATOK ZA VÝKAZ NEDOPLATKOV

V návrhu zákona sa ustanovuje **poplatok za vydanie výkazu nedoplatkov vo výške maximálne 10 €.** Tento poplatok by mal kompenzovať zvýšené náklady zdravotných poisťovní, ktoré sú dnes účtované na ťarchu prevádzkovej réžie. Zodpovednosť za chýbajúce peniaze vo verejnom zdravotnom poistení má byť podľa návrhu zákona prenesená na dlžníkov.

ZMLUVY

Navrhuje sa rozšírenie zmluvnej voľnosti medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti o zmluvne dohodnuté dôvody na vypovedanie zmluvy po uplynutí minimálnej (12-mesačnej) doby. Výpovedné dôvody uvedené v zákone možno naďalej uplatniť kedykoľvek počas trvania zmluvy.

Opatrenie reaguje na zmeny v Občianskom zákonníku v súvislosti so zverejňovaním zmlúv: (1) zmluvy sú účinné až po ich zverejnení na internete a (2) nie je možné automatické predlžovanie zmlúv. Z praktického pohľadu je preto pre poskytovateľov i zdravotné poisťovne výhodnejšie uzatvárať zmluvy na dlhšie časové obdobie resp. na neurčito. Liberalizácia výpovedných dôvodov po uplynutí zákonom garantovanej „ochrannej" doby trvania zmluvy uľahčí uzatváranie takéhoto typu kontraktov.

KONTROLNÁ ČINNOSŤ

Umožňuje sa výkon kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne aj na diaľku analýzou v informačnom systéme zdravotnej poisťovne. Navrhuje sa rozšíriť okruh osôb kompetentných za zdravotnú poisťovňu na výkon kontrolnej činnosti o revízne sestry.

DOHĽAD ÚRADU PRI NOVÝCH SKUTOČNOSTIACH

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou bude môcť vykonať dohľad v tej istej veci, ak po skončení dohľadu vyjdú najavo nové skutočnosti, ktoré neboli zohľadnené pri predchádzajúcom dohľade.

NÚTENÁ SPRÁVA

Navrhuje sa nové ustanovenie, ktoré rozširuje dôvody zavedenia nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou o prípad, keď sa nepodarí uskutočniť nariadený prevod poistného kmeňa (viď vyššie *Prevod poistného kmeňa*). Ten môže úrad nariadiť – podľa navrhovaného § 61 – len ak vznikli dôvody na (fakultatívne) zavedenie nútenej správy. Neschválením návrhu postupu prevodu poistného kmeňa alebo zastavením konania sa sankcia v podobe nariadeného prevodu poistného kmeňa neuskutoční, a úrad pristúpi obligatórne k zavedeniu nútenej správy.

OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV

V súvislosti s výpočtom limitu spoluúčasti na doplatkoch na lieky ako aj súčinnosťou pri ročnom zúčtovaní je potrebné zabezpečiť dátový tok medzi inštitúciami disponujúcimi potrebnými osobnými údajmi a Úradom pre dohľad. Zmluvná úprava, ktorú predpokladá súčasná legislatíva, nie je z pohľadu Úradu na ochranu osobných údajov v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov. Zoznam osobných údajov, okruh dotknutých osôb a účel poskytovania údajov má byť uvedený v zákone – a práve to je predmetom novely.

Medzi ďalšie subjekty, ktoré majú sprístupňovať informácie Úradu pre dohľad bol zaradený Policajný zbor. Údaje z dopravných nehôd budú slúžiť zdravotným poisťovniam na uplatňovanie regresu v prípade, ak jedným z dôsledkov dopravnej nehody bolo poskytovanie zdravotnej starostlivosti ich poistencom.

ZOZNAM DLŽNÍKOV

Ustanovuje sa, že ak sa poistenec nachádza v zozname dlžníkov, ktorý zverejňuje zdravotná poisťovňa, má nárok iba na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Zoznam neplatičov musí byť priamo prepojený na posudzovanie neodkladnej starostlivosti.

Do zoznamu sa nedostane osoba, za ktorú nezaplatil poistné zamestnávateľ.

Odopretie poskytovania zdravotnej starostlivosti bezprostredne po nezaplatení splatného poistného by viedlo k možnému poškodeniu poistencov, ktorí iba nesprávne označili platbu poistného. Lehota 3 mesiace zabezpečuje dostatočný časový priestor pre spárovanie platieb poistného, čím sa zníži chybovosť údajov a zníži sa tak pravdepodobnosť poškodenia poistenca.

V zozname nebudú uvedení dlžníci voči ktorým bude evidovaná nepatrná pohľadávka. Povinne zverejňovaný zoznam zdravotnou poisťovňou bude automaticky zoznamom slúžiacim pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pre posúdenie rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

PREUKAZ POISTENCA A EURÓPSKY PREUKAZ POISTENCA

Zdravotnej poisťovni sa umožňuje, aby vydala poistencovi preukaz poistenca a európsky preukaz poistenca ako jeden dokument (z jednej strany preukaz poistenca, z druhej strany európsky preukaz).

Navrhuje sa tiež, aby sa poistenec mohol pred každým poskytnutím zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti preukázať nielen preukazom poistenca, ale aj európskym preukazom. Tento návrh by zvýšil komfort poistencov a zároveň neoslabil jednoznačnú identifikáciu poistenca, keďže

- európsky preukaz obsahuje rovnaké unikátne a nevyhnutné identifikačné údaje ako preukaz poistenca (meno, priezvisko, rodné číslo, identifikácia poisťovne), z tohto hľadiska je preto európsky preukaz vhodnou náhradou,
- takéto právo vzniká len poistencom podľa tohto zákona, nehrozí preto preukazovanie sa zo strany z hľadiska slovenskej legislatívy nepoistených cudzincov,
- podľa zákona je poistenec pri zmene poisťovne rovnako povinný vrátiť európsky preukaz ako preukaz poistenca, preto slúži rovnako ako unikátny identifikačný nástroj poistenca.

PRECHODNÉ USTANOVENIA

V zmysle navrhovaných prechodných ustanovení sa odkladá povinnosť tvorby a používania technických rezerv na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti na 1. január 2012 vzhľadom na skutočnosť, že zmena sa prijíma uprostred účtovného a zdaňovacieho obdobia. Dovtedy sa umožňuje zdravotným poisťovniam dobrovoľná tvorba technických rezerv.

ÚČINNOSŤ

Predpokladaná účinnosť zákona je od 1. augusta 2011.

DISCLAIMER: Autor sa podieľal na príprave novely zákona č. 581/2004 Z. z. na základe kontraktu s Ministerstvom zdravotníctva SR.

MUDr. Tomáš Szalay (1971) je partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa zdravotnou politikou, zdravotníckou legislatívou, dostupnosťou a kvalitou zdravotnej starostlivosti.

» kontakt szalay@hpi.sk | www.hpi.sk

Legislatívny seminár: 14. júna 2011 v Ponteo Activity Park Rusovce

HPI Prihláste sa do 23. mája a získajte zľavu! Viac informácií: str. 24, **www.hpi.sk**, tel: **+421 911 596 555**, **morvayova@hpi.sk**

Zveme Vás

na **6. Prague International Health Summit** – nejvýznamnější středoevropskou konferenci věnovanou zdravotní politice a zdravotním systémům, pořádanou letos na téma:

Inovativní modely poskytování zdravotních služeb

TŘI DŮVODY, PROČ LETOS NESMÍTE CHYBĚT:

PŘÍKLADY SKUTEČNÝCH ZMĚN DOSLOVA Z CELÉHO SVĚTA

Na konferenci uslyšíte o konkrétních úspěšných případech inovací ve způsobech poskytování a organizace zdravotní péče, které přinesly velké změny k lepšímu, a to od přednášejících, kteří je vytvářeli nebo se na nich přímo podíleli.

POCHOPENÍ SOUVISLOSTÍ

Inovace jsou jedinou cestou z krize dnešních zdravotních systémů: Jaká systémová uspořádání a na jakých systémových úrovních přejí změnám k lepšímu? Konference Vám poskytne komplexní a plastickou odpověď na tyto otázky a znovu Vás nadchne pro myšlenku skutečné reformy zdravotnictví.

VYNIKAJÍCÍ PŘEDNÁŠEJÍCÍCÍ A TRADIČNĚ OTEVŘENÁ A INTERAKTIVNÍ ATMOSFÉRA

Podívejte se na seznam našich přednášejících. Letos zde najdete i takové hvězdy, jako jsou:

Simon Stevens:
výkonný ředitel UnitedHealth Group, největší zdravotní pojišťovny na světě, který zároveň přednáší na London school of economics a před několika lety byl prominentním poradcem Tonyho Blaira pro reformu britské Národní zdravotní služby.

Ramaswami Krishnadas:
jeden ze zakladatelů a zdravotní ředitel Aravind eye system, oční kliniky, která poskytuje nemajetným indickým pacientům špičkovou oftalmo-chirurgickou péči a je dnes uváděna ve vyspělých zemích za příklad pro svou neuvěřitelnou efektivitu.

Wynand Van de Ven:
profesor oboru zdravotního pojištění na Erasmus University v Rotterdamu, legenda v oboru kompenzace struktury rizika, duchovní otec **holandského systému přerozdělení** a jeden z hlavních protagonistů holandské reformy zdravotnictví.

Nicholas F. LaRusso:
ředitel Centra pro inovace na Mayo clinic. Mayo clinic je symbolem vysoce kvalitní mediciny, integrovaného přístupu k zdravotním problémům a snahy neustále se zlepšovat v poskytování zdravotní péče.

O INTERNATIONAL HEALTH SUMMIT

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

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

Prihláste sa už dnes
do vzdelávacieho programu
Master of Science

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

Cena pri registrácii do 31. 5. 2011 - **17 890,-€** s DPH

Cena pri registrácii od 1. 6. 2011 - **18 890,-€** s DPH

hma health management academy

SEMMELWEIS UNIVERSITY HEALTH SERVICES MANAGEMENT TRAINING CENTRE

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

Ročné zúčtovanie zdravotného poistenia
budú už za rok 2011 robiť zdravotné poisťovne za nás

Prezident 29. apríla 2011 podpísal poslaneckú novelu zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach a č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení, ktorú 4. apríla 2011 schválila Národná rada Slovenskej republiky na návrh poslankyne Kataríny Cibulkovej.

Poslanecký návrh, ktorý poslankyňa Cibulková predložila mimochodom už po tretí raz, upravuje niekoľko tém, nosnou témou je **vykonávanie ročného zúčtovania zdravotného poistenia zdravotnou poisťovňou,** čím sa výrazne zníži administratívna záťaž podnikateľov. Kontroverznou témou bola **úprava definície nezaopatreného dieťaťa,** či pozmeňovací návrh poslancov P. Kalista a S. Foŕta na **zrušenie povinnosti platiť zdravotný odvod z príjmov z prenájmu** podľa zákona o dani z príjmov.

ZA KOHO VYKONÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA ROČNÉ ZÚČTOVANIE

Zdravotná poisťovňa bude povinná vykonať ročné zúčtovanie poistného za svojho poistenca za rok 2011 do 30. septembra 2012. Ak bude mať podnikateľ predĺženú lehotu na podanie daňového priznania, ročné zúčtovanie poistného zdravotná poisťovňa vykoná najneskôr do 31. októbra 2012.

Zdravotná poisťovňa **vykoná** ročné zúčtovanie poisteného za

1. samoplatiteľa (tzv. dobrovoľne nezamestnaná osoba), ak jeho príjem z § 7 a 8 zákona o dani z príjmov (kapitálové príjmy a ostatné príjmy) presiahol úhrn minimálnych základov podľa § 13 ods. 10 a 11, t.j. sumu 3 948,72 €,
2. zamestnanca, ak jeho príjmy v niektorých mesiacoch u niektorého zo zamestnávateľov presiahli trojnásobok priemernej mesačnej mzdy, t.j. hrubý príjem bol vyšší ako 2 233,50 € mesačne,
3. zamestnanca, ak jeho príjmy vo všetkých mesiacoch u všetkých zamestnávateľov jednotlivo nepresiahli sumu 2 233,50 € mesačne, avšak v úhrne tieto príjmy presiahli sumu 2 233,50 € ,
4. samostatne zárobkovo činnú osobu, ktorej vymeriavací základ, t.j. (čiastkový základ dane z riadku 44 daňového priznania plus výdavky na zdravotné poistenie deleno 2,14) presiahol sumu 3 948,72 €,
5. poistenca, ktorý mal príjem z dividend vyšší ako minimálny základ podľa § 13 ods. 10, t.j. viac ako sumu 329,06 €,
6. poistenca, ktorý mal kapitálové príjmy alebo ostatné príjmy § 10b ods. 1 písm. c) a d),
7. nezaopatrené dieťa, ktoré do 30. 4. 2011 dosiahlo vek 26 rokov veku a bolo prihlásené v ZP ako samoplatiteľ a platilo preddavky na zdravotné poistenie, ak nedosiahlo vek 30 rokov veku,
8. samostatne zárobkovo činnú osobu, ak sa takou stala z dôvodu, že mala príjem z prenájmu.

ZA KOHO NEVYKONÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA ROČNÉ ZÚČTOVANIE

Zdravotná poisťovňa **nevykoná** ročné zúčtovanie poisteného za poistenca,

a) ktorý počas roku 2011 nebol samostatne zárobkovo činnou osobou a súčasne v čase, keď bol
   1. samoplatiteľom (tzv. dobrovoľne nezamestnaná osoba), jeho príjem z kapitálových príjmov a ostatných príjmov nepresiahol sumu 3 948,72 €,
   2. zamestnancom, jeho príjmy vo všetkých mesiacoch u všetkých zamestnávateľov jednotlivo a ani v úhrne nepresiahli trojnásobok priemernej mesačnej mzdy, t.j. menej ako 2 233,50 € mesačne a nemal kapitálové príjmy, ostatné príjmy ani príjmy z dividend podľa § 10b ods. 1 písm. c) až e),
   3. zamestnancom, jeho príjmy vo všetkých mesiacoch u všetkých zamestnávateľov jednotlivo presiahli sumu 2 233,50 € mesačne a nemal kapitálové príjmy, ostatné príjmy ani príjmy z dividend podľa § 10b ods. 1 písm. c) až e),

b) ktorý v roku 2011 bol len samostatne zárobkovo činnou osobou a jeho vymeriavací základ, t.j. (čiastkový základ dane z riadku 44 daňového priznania plus výdavky na zdravotné poistenie deleno 2,14) nepresiahol sumu 3 948,72 € a nemal kapitálové príjmy, ostatné príjmy ani príjmy z dividend podľa § 10b ods. 1 písm. c) až e),

c) ktorý počas roka 2011 bol časť roka zdravotne poistený v cudzine, kde vykonával zárobkovú činnosť a časť roka bol verejne zdravotne poistený v Slovenskej republike a nemal kapitálové príjmy, ostatné príjmy ani príjmy z dividend podľa § 10b ods. 1 písm. c) až e),

d) ktorému nevznikla povinnosť podať za rozhodujúce obdobie daňové priznanie okrem poistenca, ktorý mal príjem z dividend vyšší ako minimálny základ podľa § 13 ods. 10, t.j. viac ako sumu 329,06 €, alebo

e) ktorý zomrel alebo bol vyhlásený za mŕtveho.

POVINNOSTI POISTENCA RESP. PODNIKATEĽA

- predložiť ZP doklad o oznámení daňovému úradu o predĺžení lehoty na podanie daňového priznania do 30. 9. 2012 (ak tak poistenec neurobí, nebude môcť namietať proti výkazu nedoplatkov),
- poistenec je povinný preukázať príslušnej zdravotnej poisťovni obdobie poistenia v cudzine najneskôr do 31. marca 2012 potvrdením o zdravotnom poistení v cudzine, ak tak urobí, maximálny ročný vymeriavací základ sa kráti o dobu poistenia v cudzine,
- oznámiť ZP všetky údaje potrebné na výpočet RZZP – teda výšku preddavkov, vymeriavací základ (poistné) do 31. mája 2012, inak ZP môže vyčísliť preddavok na poistné a poistné z priemernej mesačnej mzdy,

- oznámiť ZP do 31. mája 2012 údaje potrebné pre určenie kategórie poistenca ako platiteľa poistného, inak sa dotknutý poistenec na účely vykonania ročného zúčtovania poistného zdravotnou poisťovňou považuje za tzv. samoplatiteľa,
- písomne oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni spôsobom určeným ÚDZS najneskôr do ôsmich pracovných dní zmenu platiteľa poistného; ak má zamestnávateľ najmenej troch zamestnancov, je povinný túto zmenu oznamovať príslušnej zdravotnej poisťovni výlučne elektronicky.

POSTUP ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE PRI RZZP

1. Výpočet

Zdravotná poisťovňa vykoná výpočet sumy poistného z vymeriavacieho základu za všetkých platiteľov poistného okrem štátu a výpočet sumy preplatku na poistnom a nedoplatku v členení na jednotlivých platiteľov poistného okrem štátu. Jednotlivé sumy poistného sa pritom zaokrúhľujú na najbližší eurocent nadol. Na vykonanie ročného zúčtovania poistného použije zdravotná poisťovňa údaje vykázané alebo určené zdravotnou poisťovňou(§ 20), oznámené poistencom (§ 22 až 24) alebo oznámené napr. daňovými úradmi, Sociálnou poisťovňou a pod. (§ 29b ods. 6 až 8).

2. Dáta: oznamovacie povinnosti

ZP vychádza pri pochybnostiach prednostne z údajov, ktoré jej boli vykázané alebo určené samotnou ZP, ak si poistenec nesplnil oznamovacie povinnosti alebo oznámené samotným poistencom. Najdôležitejšími **oznamovacími povinnosťami** sú určenie platiteľa poistného (zamestnanec, samostatne zárobkovo činná osoba, tzv. samoplatiteľ alebo poistenec štátu), výška vymeriavacieho základu, adresa.

3. Preplatok

Ak je výsledkom ročného zúčtovania poistného preplatok, ZP zašle do 30. 9. 2012 (resp. 31. 10. 2012) písomné oznámenie o výsledku ročného zúčtovania poistného platiteľom poistného, ktorými sú zamestnávateľ, samostatne zárobkovo činná osoba alebo platiteľ poistného podľa § 11 ods. 2. Oznámenie obsahuje najmä údaje o výške preplatku, vymeriavacom základe, výške zaplatených preddavkov na poistné alebo výške preddavkov na poistné vykázaných zamestnávateľom, výške preddavku na poistné, ktorý je poistenec povinný odvádzať na základe výsledku ročného zúčtovania poistného, a ďalších skutočnostiach rozhodujúcich pre vykonanie ročného zúčtovania poistného.

4. Nedoplatok

Ak je výsledkom ročného zúčtovania poistného nedoplatok, ZP vydá výkaz nedoplatkov a zašle ho do 30. 9. 2012 (resp. 31. 10. 2012) platiteľom poistného, ktorými sú zamestnávateľ, samostatne zárobkovo činná osoba alebo platiteľ poistného podľa § 11 ods. 2. Výkaz nedoplatkov obsahuje aj lehotu na odvedenie nedoplatku z ročného zúčtovania poistného, vymeriavací základ, výšku zaplatených preddavkov na poistné resp. výšku preddavkov na poistné vykázaných zamestnávateľom, výšku preddavku na poistné, ktorý je poistenec povinný odvádzať na základe výsledku ročného zúčtovania poistného, a ďalšie skutočnosti rozhodujúce pre vykonanie ročného zúčtovania poistného.

5. Ak zamestnávateľ zanikol bez právneho nástupcu

Oznámenie o výsledku RZZP ako aj výkaz nedoplatkov za zamestnanca ZP zasiela poistencovi aj všetkým posledným zamestnávateľom. Nedoplatok za zamestnanca je povinný odviesť priamo poistenec.

6. Doručovanie

Na doručovanie oznámení a výkazu nedoplatkov sa primerane vzťahujú ustanovenia o doručovaní výkazu nedoplatkov (§ 17b). Za preukazný spôsob doručenia výkazov nedoplatkov sa považuje doručenie poštou ako doporučená zásielka s doručenkou a poznámkou „do vlastných rúk", dôležité je, aby ZP mala správnu adresu, ak ju nemá, **môže doručovať aj verejnou vyhláškou.**

7. Nesúhlasné stanovisko alebo námietky

Proti výsledku ročného zúčtovania poistného môže platiteľ poistného alebo poistenec do 15 dní odo dňa jeho doručenia podať nesúhlasné stanovisko. Proti výsledku ročného zúčtovania poistného uvedenému vo výkaze nedoplatkov môže platiteľ poistného alebo poistenec do 15 dní odo dňa jeho doručenia podať námietky. Ak ZP po posúdení nesúhlasného stanoviska zistí, že výsledkom mal byť preplatok v inej výške, zašle do 15 dní odo dňa doručenia nesúhlasného stanoviska platiteľovi poistného alebo poistencovi nové oznámenie, ktoré nahrádza pôvodné oznámenie. Proti takémuto novému oznámeniu nie je možné podať nesúhlasné stanovisko.

8. Nedoplatok

Platiteľ poistného je povinný príslušnej zdravotnej poisťovni odviesť nedoplatok najneskôr do 45 dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti výkazu nedoplatkov, výkaz nedoplatkov je právoplatný a vykonateľný márnym uplynutím lehoty na podanie námietok. Ak ide o zamestnanca, vykoná túto povinnosť za neho zamestnávateľ, ak je poistenec stále jeho zamestnancom.

9. Preplatok

ZP je povinná po zúčtovaní vzájomných pohľadávok a záväzkov vrátiť preplatok platiteľovi poistného, jeho právnemu nástupcovi alebo poistencovi najneskôr v lehote do 45 dní odo dňa márneho uplynutia lehoty na podanie nesúhlasného stanoviska. Ak zdravotná poisťovňa neodvedie preplatok riadne a včas, môže si platiteľ poistného, jeho právny nástupca alebo poistenec, ktorému vznikol preplatok, uplatniť nárok na tento preplatok na úrade. Za zamestnanca môže tento nárok uplatniť zamestnávateľ, ak ho o to zamestnanec požiada. Zdravotná poisťovňa uhradí preplatok na účet platiteľa poistného, právneho nástupcu platiteľa poistného alebo poistenca, a ak účet nemá, tak poštovou poukážkou. Ak platiteľ poistného, ktorým je zamestnávateľ, zanikol bez právneho nástupcu, preplatok za zamestnávateľa sa nevracia.

10. Hranica 5 eur

Ak výška preplatku alebo nedoplatku nedosiahne najmenej 5 eur, povinnosť odviesť nedoplatok alebo vrátiť preplatok nevzniká.

11. Zúčtovanie so zamestnancom

Zamestnávateľ zúčtuje zamestnancovi preplatok alebo nedoplatok za zamestnanca najneskôr v lehote do 45 dní odo

dňa márneho uplynutia lehoty na podanie nesúhlasného stanoviska alebo nadobudnutia právoplatnosti výkazu nedoplatkov.

12. Zúčtovanie so štátom

ZP je povinná vykonať ročné zúčtovanie poistného plateného štátom za rok 2011 na základe údajov z centrálneho registra poistencov a podať ho ministerstvu zdravotníctva najneskôr do 15. novembra 2012. K ročnému zúčtovaniu priloží skutočný denný počet poistencov štátu (§ 11 ods. 7) za rok 2011. Na účely ročného zúčtovania poistného plateného štátom sa počet poistencov štátu zaokrúhľuje na celé čísla nadol a suma získaná vynásobením vymeriavacieho základu a sadzby poistného štátu sa zaokrúhľuje na najbližší eurocent nahor. Zdravotná poisťovňa, ktorej vznikol záväzok voči ministerstvu zdravotníctva na základe vykonaného ročného zúčtovania poistného plateného štátom, je povinná uhradiť vzniknutý záväzok ministerstvu zdravotníctva najneskôr do 31. decembra 2012. Ministerstvo zdravotníctva, voči ktorému vznikla zdravotnej poisťovni pohľadávka na základe vykonaného ročného zúčtovania poistného plateného štátom, je povinné uhradiť pohľadávku príslušnej zdravotnej poisťovne najneskôr do 31. decembra 2012.

VYKAZOVANIE POISTNÉHO

Zamestnávateľ je povinný vykázať príslušnej ZP preddavky na poistné za príslušný kalendárny mesiac v členení podľa jednotlivých zamestnancov, za ktorých odvádza poistné, uvádza skutočnú výšku príjmu zamestnanca. Ak má zamestnávateľ najmenej troch zamestnancov, je povinný mesačný výkaz zasielať zdravotnej poisťovni výlučne elektronicky.

Samostatne zárobkovo činná osoba je povinná

a) písomne vykázať príslušnej zdravotnej poisťovni výšku preddavku na poistné do ôsmich dní odo dňa vzniku povinnosti platiť poistné ako samostatne zárobkovo činná osoba,

b) písomne vykázať príslušnej zdravotnej poisťovni výšku preddavku na poistné do 8. januára kalendárneho roka, ak k 1. januáru zmenila zdravotnú poisťovňu.

Samostatne zárobkovo činná osoba, ktorej zdravotná poisťovňa nevykonala ročné zúčtovanie, je povinná písomne do konca roka vykázať zdravotnej poisťovni výšku preddavkov na poistné na obdobie od 1. januára do 31. decembra nasledujúceho kalendárneho roka.

NEZAOPATRENÉ DIEŤA

Podľa § 11 ods. 7 písm. a) je štát platiteľom za nezaopatrené dieťa; **za nezaopatrené dieťa sa na účely tohto zákona považuje aj fyzická osoba do dovŕšenia 30. roku veku, ktorá študuje na vysokej škole** najdlhšie do získania vysokoškolského vzdelania druhého stupňa, okrem externej formy štúdia. Poistencom štátu je aj v období prázdnin až do vykonania štátnych záverečných skúšok alebo do zápisu na vysokoškolské štúdium tretieho stupňa v dennej forme štúdia, ak zápis na vysokoškolské štúdium tretieho stupňa bol vykonaný do konca kalendárneho roka, v ktorom bolo získané vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v dennej forme štúdia.

Zástupcom študentov sa podarilo protestom proti skutočnosti, že starší ako 26-roční študenti sú povinní si platiť odvody sami, presadiť účelovú zmenu definície nezaopatreného dieťaťa. **Vek študentov ako poistencov štátu sa zdvihol na 30 rokov, neupravuje sa štúdium na prvej škole, ani štandardná dĺžka štúdia.**

Poznámka pod čiarou pri pojme „nezaopatrené dieťa“ odkazuje na § 9 a 10 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, podľa ktorého sa za nezaopatrené dieťa považuje dieťa od ukončenia povinnej školskej dochádzky do dovŕšenia 26. roku veku, ktoré sa sústavne pripravuje na povolanie. Sústavná príprava na povolanie je štúdium na strednej škole po skončení povinnej školskej dochádzky alebo štúdium na vysokej škole do získania vysokoškolského vzdelania druhého stupňa.

Na účely zdravotného poistenia sa za nezaopatrené dieťa bude považovať osoba, ktorá študuje v dennej forme štúdia alebo v externej forme štúdia do dovŕšenia 26. roku veku, pričom nebude sa zisťovať štandardná dĺžka štúdia, rozhodujúce bude priznanie akademického titulu.

Po dovŕšení 26. roku veku sa za nezaopatrené dieťa na účely zdravotného poistenia považuje osoba do 30 rokov veku, ktorá študuje na vysokej škole iba v dennej forme štúdia bez ohľadu na štandardnú dĺžku štúdia, avšak aj tu bude rozhodujúce priznanie akademického titulu.

Podľa prechodných ustanovení nezaopatrenému dieťaťu, ktoré do 30. 4. 2011 dosiahlo vek 26 rokov a nepresiahlo vek 30 rokov, bolo tzv. samoplatiteľom a nesplnilo si oznamovacie povinnosti, sa neukladá pokuta. Na účely ročného zúčtovania poistného za rok 2011 sa za nezaopatrené dieťa považuje nezaopatrené podľa tohto zákona. Zdravotná poisťovňa je povinná vykonať u takejto fyzickej osoby ročné zúčtovanie poistného za rok 2011. Ak je výsledkom takého ročného zúčtovania poistného preplatok, je zdravotná poisťovňa povinná tento preplatok vrátiť (§ 19 ods. 16).

PRENÁJOM

Na základe poslaneckého návrhu poslancov NR SR Petra Kalista a Stanislava Fořta sa v definícii zárobkovej činnosti vypustil príjem z prenájmu, čo spôsobilo, že **príjem z prenájmu nebude podliehať zdravotnému odvodu.** V prechodných ustanoveniach sa stanovilo, že **v ročnom zúčtovaní poistného za rok 2011 sa príjem z prenájmu nebude považovať za zárobkovú činnosť.** Zdravotná poisťovňa je povinná vykonať ročné zúčtovanie poistného za rok 2011 u fyzických osôb, ktoré platili z príjmu z prenájmu preddavky podľa doterajšieho predpisu. Ak je výsledkom takého ročného zúčtovania preplatok, je zdravotná poisťovňa povinná tento preplatok vrátiť podľa postupov k ročnému zúčtovaniu. Samostatne zárobkovo činná osoba, ktorá sa stala takou osobou z dôvodu, že mala príjem z prenájmu, od 1. mája 2011 sa už nepovažuje za samostatne zárobkovo činnú osobu podľa tohto zákona, je povinná splniť si oznamovaciu povinnosť a stanoviť platiteľa poistného do 31. mája 2011.

INÉ

Ak príjmy fyzickej osoby nepresiahli 50 % nezdaniteľnej časti základu dane podľa zákona o dani z príjmov a z tohto

dôvodu nepodávala daňové priznanie a nie je poistencom štátu podľa § 11 ods. 7 ani zamestnancom, vymeriavací základ takejto osoby je najmenej vo výške úhrnu minimálnych základov za jednotlivé kalendárne mesiace.

Z dôvodu jednoznačnosti sa ustanovilo, že fyzická osoba, ktorá má príjem z § 6 zákona o dani z príjmov a z tohto dôvodu bola povinná sa registrovať ako samostatne zárobkovo činná osoba zároveň nie je zamestnancom ani poistencom štátu a nedosiahne taký príjem, z ktorého by bola povinná podať daňové priznanie, považuje sa za samoplatiteľa a vymeriavací základ je ňou určená sumu, najmenej úhrn minimálnych základov.

Na vymeriavací základ samostatne zárobkovo činnej osoby, ktorá je zároveň zamestnancom alebo poistencom štátu, sa nevzťahuje minimálny vymeriavací základ. Podľa prechodných ustanovení v ročnom zúčtovaní poistného za rok 2011 sa minimálny vymeriavací základ nevzťahuje na samostatne zárobkovo činnú osobu, ktorá bola v roku 2011 zároveň zamestnancom alebo poistencom štátu.

Vymeriavací základ pre platenie poistného z dividend, z kapitálového príjmu a z ostatných príjmov nemá stanovený minimálny základ.

Maximálny ročný vymeriavací základ je vo výške 36-násobku priemernej mesačnej mzdy za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza rozhodujúcemu obdobiu (§ 13 ods. 9 písm. b). **V r. 2011 je to suma 26 802 eur.** Maximálny vymeriavací základ poistenca, ktorý časť roka bol zdravotne poistený v cudzine sa úmerne kráti za obdobie, keď bol zdravotne poistený v cudzine (§ 13 ods. 9 písm. b)).

Maximálny vymeriavací základ sa posudzuje pre úhrn vymeriavacích základov zo všetkých príjmov – zo zamestnania, samostatnej zárobkovej činnosti, z dividend, z príjmov z kapitálového majetku aj z ostatných príjmov. Ak úhrn vymeriavacích základov presiahne 26 802 eur, každý vymeriavací základ jednotlivo sa úmerne zníži, tak aby úhrn vymeriavacích základov bol najviac 26 802 eur.

PRÍKLADY

PRÍKLAD 1

Vymeriavací základ

zo zamestnania ..... 50 000 €

z dividend ..... 40 000 €
(v r. 2011 len pri likvidácii spoločnosti)

z kapitálových a ostatných príjmov ..... 10 000 €

Spolu vymeriavací základ ..... 100 000 €.

Jednotlivé vymeriavacie základy sa úmerne znížia spôsobom:

Vymeriavací základ

zo zamestnania: 50 000 x 26 802 / 100 000 = 13 401 €.

z dividend: 40 000 x 26 802 / 100 000 = 10 720,80 €.

z kapitálových a ostatných príjmov: 10 000 x 26 802 / 100 000 = 2 680,20 €.

PRÍKLAD 2

Osoba bola zdravotne poistená na Slovensku od 1. 1. 2011 do 31. 3. 2011, od 1. 4. 2011 jej vzniklo zdravotné poistenie v zahraničí a na Slovensku sa zo zdravotného poistenia odhlásila. Jej maximálny vymeriavací základ na zdravotné poistenie v r. 2011 bude 26 802 / 365 x 90 = 6608,71 €.

PRÍKLAD 3

Osoba mala v r. 2011 príjmy z kapitálového majetku a z ostatných príjmov vo výške 219 500 €. (Do základu dane z prevodu cenných papierov sa započítava príjem ponížený o 500 €. Suma 500 € platí pre úhrn všetkých príjmov z prevodu cenných papierov.)

Okrem toho v r. 2011 :

- *bola konateľom firmy a za výkon tejto funkcie mala príjem 100 000 €,*
- *mala príjem z vyplatených dividend vlastnej spoločnosti v roku 2011 – 100 000 €*
- *mala príjem z dividend (zahraničných akcií, vyplácaných počas roka 2011) – 10 000 €*

Príjem konateľa za výkon funkcie je príjmom zo závislej činnosti a z tohto príjmu platí poistné ako zamestnanec sadzbou 4 %, sadzbu 10 % platí zamestnávateľ.

Dividendy z vlastnej spoločnosti a zo zahraničných akcií, ktoré boli vyplatené v r. 2011, boli pravdepodobne vyplatené za účtovné obdobie, ktoré sa začalo pred 1. 1. 2011 a z týchto dividend sa zdravotné poistenie neplatí.

Vymeriavací základ tohto poistenca je teda 100 000 € zo zamestnania plus 219 500 € z príjmov z kapitálového majetku a z ostatných príjmov, spolu 319 500 €.

Maximálny vymeriavací základ je 26 802 €. Vymeriavací základ zo zamestnania aj z kapitálového majetku a ostatných príjmov sa úmerne znížia:

Vymeriavací základ

zo zamestnania: 100 000 x 26 802 / 319 500 = 8 388, 73 €.

z kapitálového majetku a ostatných príjmov: 219 500 x 26 802 / 319 500 = 18 413,26 €.

Výška poistného:

zamestnanec 4 % z 8 388,73 = 335,54 €

z kapitálového majetku a ostatných príjmov 14 % z 18 413,26 = 2 577,85 €

Celková výška poistného

poistenca: 335,54 + 2 577,85 = 2 913,39 €.

zamestnávateľa: 10 % z 8 388,73 = 838,87 €.

Spolu za poistenca a zamestnávateľa 3 752,26 €

ZUZANA FÖLDESOVÁ MOTAJOVÁ

autorka sa podieľala na príprave novely zákona č. 581/2004 Z. z.

Legislatívny seminár: 14. júna 2011 v Ponteo Activity Park Rusovce

Prihláste sa do 23. mája a získajte zľavu! Viac informácií: str. 24, **www.hpi.sk**, tel: **+421 911 596 555**, **morvayova@hpi.sk**

Záverečná práca na Health Management Academy

Komparácia klientskeho servisu v sektore zdravotného poistenia poskytovaného prostredníctvom kontaktných centier

Medzi záverečnými prácami vzdelávacieho programu Manažér na Health Management Academy za minulý školský rok zaznela aj prezentácia MGR. IVETY MASRNOVEJ. Autorka pracovala v call-centre ZP Dôvera a jej práca sa zamerala kvalitu služieb call-centier zdravotných poisťovní.

Motto:

„V čase, keď platí, že je ťažké klienta získať a ešte ťažšie udržať, sa oddelenie zákazníckej podpory stáva kľúčovým prvkom vo firemnom rebríčku."

1. ÚVOD

Klientsky servis je veľmi dôležitým prvkom pri budovaní vzťahu medzi spoločnosťou a klientom. Ide o dlhodobý nástroj, do ktorého keď investujeme, tak sa nám to odzrkadlí v pozitívnych reakciách od klientov. Je dôležité si s klientom vybudovať dlhodobý vzťah založený na dôvere, pracovať s benefitmi pre klienta a sledovať jeho spokojnosť. Získať a udržať si spokojného zákazníka je oveľa ťažšie, ako získať nového. Podľa Jamier L. Scotta (2002) „zákaznícky servis je rad aktivít, ktoré majú zvýšiť úroveň spokojnosti zákazníkov – to je pocit, že výrobok alebo služba splní očakávania zákazníka." Kľúčom k zákazníckej spokojnosti, lojality je trvalo poskytovať úroveň zákazníckych služieb, ktorá presahuje a dokonca aj predvída zákazníkove očakávania. Je dôležité poznať svoj produkt, služby, ktoré ponúkame a nenechať klienta s nezodpovedanou otázkou.

V nasledujúcom texte som načrtla niektoré možnosti monitorovania úrovne služieb a efektívnej telefonickej komunikácie. Celá tematika je veľmi široká a nebolo mojou ambíciou ju plne pokryť. Hlavná pozornosť je venovaná nástroju slúžiacemu na identifikáciu nedostatkov v procese obsluhy na všetkých miestach, kde nastáva kontakt so zákazníkom a to mystery callingu.

2. KLIENTSKY SERVIS A JEHO VÝZNAM

V prípade, že máme pripomienky k službám nejakej spoločnosti alebo potrebujeme poradiť, automaticky sa obrátime na jej call centrum či kontaktné centrum. Tieto centrá spracúvajú prichádzajúce hovory od klientov, ale aj faxové, e-mailové požiadavky či písomnú korešpondenciu. Všetko sú to zdroje dôležitých informácií, spätnej väzby od zákazníkov. Sú vstupnou bránou cenných poznatkov o potrebách a očakávaniach klientov.

Klientsky servis je dôležitým nástrojom pri budovaní dlhodobého vzťahu medzi poisťovňou a poistencami. Firma orientovaná na zákazníka pozerá na svoju činnosť z pohľadu zákazníka. To znamená, že hodnota produktov, ktoré ponúkate zákazníkovi, alebo v budúcnosti ešte ponúknete, u zákazníka rastie s intenzitou a kvalitou budovania tohto vzťahu. Hodnota sa vytvára na základe každej výmeny so zákazníkom. CRM (Customer Relationship Management) je systematické, dlhodobé budovanie a udržiavanie vzťahov so zákazníkmi. S touto činnosťou súvisia nasledovné procesy:

- **Výber zákazníkov:** prieskum trhu, selekcia dát,
- **Získavanie zákazníkov:** komunikácia, odbyt (kontakt, poradenstvo, ponuka, zmluva).
- **Starostlivosť o zákazníkov:** servisné procesy (zmluvy, objednávky, pošta, inkasso, zmeny a dodatky zmlúv, reklamácie, požiadavky, sťažnosti, logistika, nákladovosť, ziskovosť, komunikačná technológia.
- **Rozvoj zákazníkov:** komunikačné a odbytové procesy (kontakt, poradenstvo, ponuky, dodávateľské zmluvy).
- **Prienik do potrieb zákazníka:** prídavné komunikačné a predajné procesy (noviny, karty, kluby, VIP-akcie, zmluvné väzby, akcie, ...).

Hodnota zákazníka a ziskovosť pre firmu rastie prostredníctvom správneho výberu hodnotových polí zákazníkov a to v postupnosti výber – získavanie – starostlivosť – rozvoj – prienik do všetkých jeho potrieb a požiadaviek. Cieľom je zvýšiť alebo udržať tržby. Toto možno realizovať pre jednotlivé polia cez nasledovné aktivity:

- **Výber zákazníkov:** zostavenie databáz, zavedenie controllingu odbytu, segmentácia podľa trhov, produktov.
- **Získavanie zákazníkov:** udržanie súčasných zákazníkov, získavanie nových zákazníkov, získavanie odišlých zákazníkov.
- **Starostlivosť o zákazníkov:** nové spôsoby komunikácie, nové spôsoby platenia, automatická aktualizácia zmlúv, efektívny objednávkový systém, znižovanie reklamácií, efektívne riešenie sťažností, bezchybnosť dodávky, ..
- **Rozvoj zákazníkov:** up-selling (predajná technika, ktorá prinúti zákazníka k nákupu drahších produktov), cross-selling (obchodná technika, ktorá slúži na presvedčenie zákazníka ku kúpe súvisejúcich produktov a služieb).
- **Prienik do potrieb zákazníka:** vernostné programy, bonusy, budovanie bariér.

3. Z HISTÓRIE ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Dôvera zdravotná poisťovňa a. s., najväčšia súkromná poisťovňa s 1,4 milióna poistencami

Bola založená 26. 1. 2005. K 1. 1. 2007 sa zlúčila so zdravotnou poisťovňou SIDERIA. Začiatky jej predchodcov pritom siahajú do roku 1995. Zdravotná poisťovňa sa k 1. januáru 2008 starala celkovo o 849 226 poistencov a patrilo jej 16 % slovenského trhu, pričom k 1. januáru 2007 mala 757 421 poistencov a 14%-ný trhový podiel. Počet poistencov DÔVERY rokmi rástol až na vlaňajších vyše 860-tisíc. V záujme fungovať čo najlacnejšie a najefektívnejšie v roku 2008 centralizovala niektoré činnosti a vytvorila pre ne servisné a podporné centrum v Nitre. Odtiaľto poskytovala služby, ktoré nevyžadujú priamy kontakt s poistencom, poskytovateľom či platiteľom. Dlhodobo patrila so svojou platobnou schopnosťou medzi slovenskú špičku. Netvorila straty, naopak, fungovala zdravo a úspešne. Zisk za rok 2008 ponechala vo svojom rezervnom fonde. Ako poistku v čase krízy. V historicky prvom rebríčku zdravotných poisťovní, ktorý v roku 2007 zverejnil nezávislý inštitút HPI, získala najvyššie možné hodnotenie, rating A. O rok neskôr ju inštitút vyhlásil za najlepšiu zdravotnú poisťovňu na slovenskom trhu. Najviac ocenil jej finančnú stabilitu a vzťahy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. K 31. 12. 2009 došlo k zlúčeniu zdravotných poisťovní Dôvera a Apollo. Vytvorili najväčšiu súkromnú zdravotnú poisťovňu na trhu s názvom DÔVERA zdravotná poisťovňa a. s.

Všeobecná zdravotná poisťovňa a. s., štátna poisťovňa s 3,5 milióna poistencami

VšZP vznikla 1. 1. 1995 ako nástupnícka organizácia Správy Fondu zdravotného poistenia Národnej poisťovne. Dňa 1. 7. 2005 sa poisťovňa transformovala na akciovú spoločnosť Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. Práva jediného akcionára, ktorým je vo VšZP Slovenská republika, vykonáva Ministerstvo zdravotníctva SR. Od 1. januára 2010 sa spojila so Spoločnou zdravotnou poisťovňou a.s. Nástupníckou organizáciou zlúčených zdravotných poisťovní sa stala VšZP.

Union zdravotná poisťovňa a. s., súkromná poisťovňa s 330 tisíc poistencami

Union zdravotná poisťovňa, a. s.. je prvou zdravotnou poisťovňou na Slovensku, ktorej jediným akcionárom je zahraničná spoločnosť Eureko B. V. Eureko je jednotkou na holandskom poistnom trhu a jedným z lídrov v zdravotnom

poistení Celkovo pôsobí v 13 európskych krajinách. Union zdravotná poisťovňa, a.s., získala za svoj inovatívny prístup a nadštandardné služby v roku 2008 prestížne ocenenie Zlatá minca. Zároveň získala najvyšší rating A v hodnotení zdravotných poisťovní, ktorý zostavila nezávislá inštitúcia Health Policy Institute.

4. MYSTERY CALLING

Mystery calling je kontrolným telemarketingovým nástrojom, ktorý nám umožňuje detailné monitorovanie úrovne služieb a efektivnosti telefonickej komunikácie. Slúži k testovaniu chovania jednotlivých operátorov a k ich hodnoteniu. Mystery caling je predovšetkým manažérsky nástroj slúžiaci na identifikáciu nedostatkov v procese obsluhy na všetkých miestach, kde nastáva kontakt so zákazníkom. Odhaľuje nám, aký je prístup a starostlivosť operátorov call centra k zákazníkom. Vďaka mystery callingu sa manažment dozvie, či pracovníci, ktorí prichádzajú do kontaktu s klientom, vystupujú správnym spôsobom v súlade so štandardami spoločnosti a trhu. Mystery calling jasne odhaľuje príležitosti k neustálemu zlepšovaniu výkonnosti a kvality obsluhy zákazníkov. Pri telefonickom kontakte môžeme sledovať a hodnotiť parametre:

- prijatie telefonického hovoru, predstavenie sa a oslovenie zákazníka, zistenie požiadaviek,
- spôsob reakcie na požiadavky zákazníka,
- komunikačný prejav, schopnosť presvedčiť zákazníka k navštíveniu predajne, získanie kontaktu, ponuka služieb a produktov, úplnosť informácií …,
- celkový dojem z telefonického rozhovoru.

Porovnanie call centier – kontaktné údaje:

	Telefónne číslo	Cena/hovor	Prevádzkový čas	Emailový kontakt
Dôvera	**0800 150 150**	bezplatná zákaznícka linka	24 hodín denne	**info@dovera.sk**
Union	**0850 00 33 33**	hovory spoplatňované vo výške miestneho hovoru	počas pracovných dní od 7:30 hod. do 18:00 hod	**union.direct@union.sk**
VšZP	**0850 003 003**	hovory spoplatňované vo výške miestneho hovoru	počas pracovných dní od 8.00 do 18.00 hodiny	**infolinka@vszp.sk**

Dôvera má ešte pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zriadenú zákaznícku linku:

	Telefónne číslo	Cena/hovor	Prevádzkový čas	Emailový kontakt
Dôvera	**0800 150 155**	bezplatná zákaznícka linka	24 hodín denne	**poskytovatel@dovera.sk**

4.1 HARD SKILLS, SOFT SKILLS A ZÁVEREČNÁ OTÁZKA

HARD SKILLS

Môžeme definovať ako technické postupy súvisiace s vašou pracovnou činnosťou, sú to najnovšie práva, pravidlá a predpisy vo vašej oblasti odborných znalostí, alebo priemysel. Hard skills alebo „tvrdé" zručnosti sú zvyčajne ľahko pozorovateľné, kvantifikovateľné a merateľné, pretože ide **o osvojenie si znalostí o určitej problematike.** Tu vzniká málo dôvodov na nedorozumenie.

SOFT SKILLS

Naproti tomu soft skills sú ťažko pozorovateľné, kvantifikovateľné a merateľné. Vedomosti sa možete naučiť, ale nemôžete sa naučiť **postojom** alebo **mysleniu**. Ako naznačuje posledná veta, je veľmi ťažké zmeniť myslenie ľudí. Tieto zručnosti sú potrebné pre každodenný život, hovoria nám aké majú ľudia vzťahy k iným, ako komunikujú, počúvajú, zapájajú sa do rozhovorov, poskytujú spätnú väzbu, ako riešia problémy

Keď si vyberáte nových zamestnancov, ktorých potrebujete do svojej práce, čo je pre Vás dôležité, na čo sa zameriavate? Myslím si, že po odpracovaní pár rokov, ste prišli na to, že hard skills sa dajú „ľahko" naučiť ale omnoho viacej času trvá, kým sa človek naučí soft skills.

Vo svojej práci som sa rozhodla porovnať služby zákazníkom poskytované prostredníctvom call centier jednotlivých zdravotných poisťovní na Slovensku. **Porovnávala som kvalitu poskytovaných informácií (hard skills) a komunikačnú úroveň (soft skills) Zdravotnej poisťovne Dôvera, Zdravotnej poisťovne Union a Všeobecnej zdravotnej poisťovne.** Úroveň kvality som zisťovala prostredníctvom uskutočnených telefonátov na jednolivé call centrá. Informácie som získala formou mystery callingu. Pri telefonickom kontakte som sledovala a hodnotila:

- **prijatie** telefonického hovoru, predstavenie sa a oslovenie zákazníka, zistenie požiadaviek,
- **spôsob reakcie** na požiadavky zákazníka,
- **úplnosť** poskytnutej informácie
- **položenie záverečnej otázky:** *„Môžem Vám/ Želáte si poskytnúť ešte iné informácie? Boli pre Vás poskytnuté informácie dostačujúce?"*
- **pozdrav,** rozlúčenie sa so zákazníkom

ZMYSEL ZÁVEREČNEJ OTÁZKY:
„MÔŽEM PRE VÁS EŠTE NIEČO UROBIŤ?"
„BOLI TIETO INFORMÁCIE PRE VÁS POSTAČUJÚCE?"

Zákazník nás kontaktuje s nejakou požiadavkou a táto požiadavka bola klientovi zodpovedaná. Pri položení záverečnej otázky: Môžem pre Vás nieco urobiť? zákazník nemá pocit že bol „vybavený" a snažíme sa ho čím skôr „zbaviť". Cíti, že sa na nás môže obrátiť kedykoľvek a s čímkoľvek.

Okrem toho, po tejto otázke zákazník nadobúda pocit dôvery a bezprostrednejšie sa spýta i na niečo, čo a priori nebolo predmetom jeho hovoru na našu linku (napr. volá kvôli vysvetleniu preplatenia očkovania a hoci dostane informáciu ktorá naplní jeho požiadavky, po tejto otázke sa „osmelí" a spýta sa napr. na reklamu, ktorú práve videl v TV a za iných okolností by nám iba kvôli nej nevolal).

Výhody pre firmu:

- možnosť zachytenia predajného signálu a predania produktu, o ktorý na začiatku zákazník napríklad ani neprejavoval záujem
- odbúranie ďalších hovorov zákazníka, minimalizovanie nákladov v prípade, ak má zákazník hovory k nám „bezplatné" a hradí ich firma

Výhody pre zákazníka:

- korektnejšie info o produkte, rozšírenie poznania o ďalšie produkty a služby.

Zákazník nemá pocit že mu operátor informáciu iba „odverklíkoval", ale má pocit skutočnej pridanej hodnoty, že firme naozaj ide o jeho dobro a o to, aby poskytla čo najkorektnejšie informácie. Prostredníctvom tejto formulky zároveň dávame zákazníkovi pocit, že sme tu pre neho a v prípade akýchkoľvek ďalších otázok sa môže na nás kedykoľvek opäť obrátiť.

OTÁZKY

Tri okruhy otázok, pri ktorých som sledovala kvalitu poskytovaných služieb:

1. Zmena priezviska a adresy po vydaji, čo má klient robiť, ako je možné zmeniť identifikačné údaje
2. Strata preukazu poistenca – akými spôsobmi je možné požiadať o vydanie nového preukazu
3. Chcel by som si pozrieť, čo si ktorý lekár na mňa fakturuje. Ako môžem požiadať o výpis zo zdravotnej karty? Alebo mám možnosť si to niekde pozrieť? (myslíme tým Elektronickú pobočku)

Tieto okruhy otázok som zadefinovala do záznamového formulára (**Tabuľka 1**).

Na infolinky jednotlivých zdravotných poisťovní som telefonovala 10-krát s každou otázkou v priebehu mesiacov marec a apríl 2010. To znamená s otázkou č. 1 som uskutočnila 10 hovorov na call centrum ZP Dôvera, ZP Union a aj na call centrum VšZP. Tento istý postup som zopakovala aj pri otázke č. 2 a č. 3.

Výsledkom malo byť zistenie či zamestnanec resp. operátor:

- poskytol korektné informácie
- poskytol všetky možnosti riešenia
- dodržiaval komunikačné štandardy

Tabuľka 1: Záznamový formulár pri mystery callingu

Záznamový formulár				
Rozhovor				
Fáza rozhovoru	**Klient**	**Očakávaná odpoveď/požiadavka od KP**	**Výsledok**	**Legenda**
		HARD SKILLS		
Privítanie	Dobrý deň	Dobrý deň XY, čo pre vás môžem urobiť?	2	2 – pozdrav, predstavenie operátora aj otázka, 1 – pozdrav/alebo otázka, 0 – nič
Poskytnutie informácie	Stratil som preukaz poistenca, a potrebujem nový, ako môžem požiadať o nový?	Názov zdravotnej poisťovne	3	3 – úplná informácia 2 – čiastočná (ale správna) informácia 0 – nekorektná informácia
		Môžem Vám/ Želáte si poskytnúť ešte iné informácie?	1	1 – bola položená doplňujúca otázka 0 – nebola
	Nie			
Záver a rozlúčenie		Prajem príjemný deň, dopočutia (zrkadlenie klienta)	2	2 – bol pozdrav 0 – nebol pozdrav
		SOFT SKILLS		
Komunikačné štandardy	Vhodný tón, intonácia		2	2 – áno 0 – nie
	Primeraná rýchlosť rozprávania, pauzy		2	2 – áno 0 – nie
	Vypočutie si klienta (neskákanie do reči), ochota poradiť resp. poskytnúť doplňujúce informácie		2	2 – áno 0 – nie
	Zvládanie emócií v hovore		2	2 – áno 0 – nie
Počet bodov – spolu			**16**	
Celkové hodnotenie			**100%**	

4.2 VÝSLEDKY MYSTERY CALLINGU

S prvou otázkou s ktorou som volala na zákaznícke linky poisťovní bola otázka ohľadom zmeny priezviska. Problémovou oblasťou sa vo všetkých troch zdravotných poisťovniach ukázalo, že v závere hovoru operátor nepoloží záverečnú otázku. Poskytovanie úplnosti informácií sa ako najhoršie ukázalo v ZP Union. Najlepšie výsledky dosiahla ZP Dôvera, najhoršie ZP Union.

Druhou otázkou som zisťovala akými spôsobmi môžem požiadať o nový preukaz, v prípade že stratím preukaz poistenca. Problémovou oblasťou sa opäť vo všetkých troch zdravotných poisťovniach ukázalo, že v závere hovoru operátor nepoloží záverečnú otázku. Poskytovanie úplnosti informácií sa ako najhoršie ukázalo v ZP Union. ZP Dôvera spolu s VšZP dosiahli v konečnom sumári rovnaké percentuálne ohodnotenie.

Treťou otázkou s ktorou som volala na zákaznícke linky poisťovní bola otázka ako je možné požiadať o výpis zo zdravotnej karty, keď si klient chce pozrieť výkony, ktoré na neho vykazuje jeho ošetrujúci lekár. Najlepšie výsledky dosiahla ZP Dôvera. Problémovou oblasťou sa vo všetkých troch zdravotných poisťovniach ukázalo komplexné poskytnutie informácií, vypočutie klienta (súviselo to aj s doplňujúcimi otázkami zo strany operátorov, aby si ujasnili požiadavku klienta). A opäť v závere hovoru operátori nepoložili záverečnú otázku. Najlepšie výsledky dosialha ZP Dôvera, najhoršie ZP Union.

Hodnotenie parametrov pre hard skills a soft kills podľa jednotlivých otázok je v **Tabuľke 2**.

Tabuľka 2: Výsledky mystery callingu podľa jednotlivých otázok

Zmena priezviska a adresy po vydaji, čo má klient robiť, ako je možné zmeniť identifikačné údaje			
HARD SKILLS	**ZP Dôvera**	**ZP Union**	**VšZP**
1. Pozdrav, predstavenie sa operátora, otázka	20	18	20
2. Poskytnutie požadovanej informácie	26	16	26
3. Položenie doplňujúcej otázky	0	0	3
4. Záver, pozdravenie	20	14	18
SOFT SKILLS	**ZP Dôvera**	**ZP Union**	**VšZP**
1. Vhodný tón, intonácia	20	12	16
2. Primeraná rýchlosť rozprávania, pauzy	20	18	20
3. Vypočutie si klienta (neskákanie do reči), ochota poradiť resp. poskytnúť doplňujúce informácie	16	16	18
4. Zvládanie emócií v hovore	20	20	20
Percentuálne vyjadrenie	**89 %**	**70 %**	**87 %**

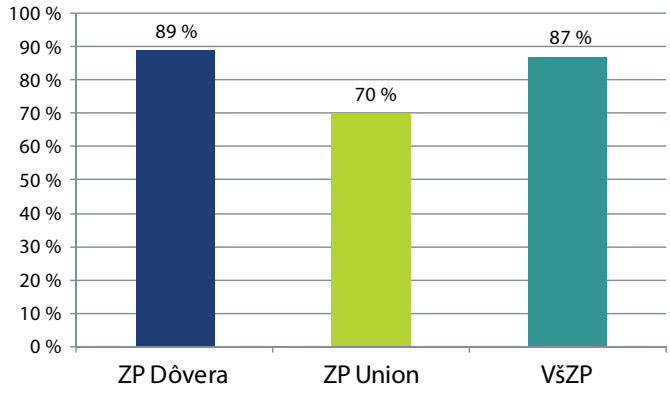
Strata preukazu poistenca – akými spôsobmi je možné požiadať o vydanie nového preukazu			
HARD SKILLS	**ZP Dôvera**	**ZP Union**	**VšZP**
1. Pozdrav, predstavenie sa operátora, otázka	20	19	20
2. Poskytnutie požadovanej informácie	26	16	25
3. Položenie doplňujúcej otázky	0	0	3
4. Záver, pozdravenie	20	18	18
SOFT SKILLS	**ZP Dôvera**	**ZP Union**	**VšZP**
1. Vhodný tón, intonácia	20	14	16
2. Primeraná rýchlosť rozprávania, pauzy	20	18	20
3. Vypočutie si klienta (neskákanie do reči), ochota poradiť resp. poskytnúť doplňujúce informácie	14	16	18
4. Zvládanie emócií v hovore	20	20	20
Percentuálne vyjadrenie	**88 %**	**76 %**	**88 %**

Ako je možné požiadať o výpis zo zdravotnej karty. Klient si chce pozrieť výkony, ktoré na neho vykazuje jeho ošetrujúci lekár.			
HARD SKILLS	**ZP Dôvera**	**ZP Union**	**VšZP**
1. Pozdrav, predstavenie sa operátora, otázka	20	18	20
2. Poskytnutie požadovanej informácie	24	21	22
3. Položenie doplňujúcej otázky	0	0	3
4. Záver, pozdravenie	20	16	18
SOFT SKILLS	**ZP Dôvera**	**ZP Union**	**VšZP**
1. Vhodný tón, intonácia	20	10	16
2. Primeraná rýchlosť rozprávania, pauzy	20	18	18
3. Vypočutie si klienta (neskákanie do reči), ochota poradiť resp. poskytnúť doplňujúce informácie	12	12	14
4. Zvládanie emócií v hovore	20	18	20
Percentuálne vyjadrenie	**85 %**	**71 %**	**82 %**

5. ZÁVER

Zo získaných výsledkov môžeme konštatovať, že najlepšie výsledky v oblasti poskytovaných informácií dosiahla ZP Dôvera, za ňou VšZP a ako posledná ZP Union (viď Graf 1). Najväčším problémom vo všetkých zdravotných poisťovniach sa ukázalo, že v závere hovoru operátor nepoloží záverečnú otázku; táto otázka mi bola položená iba vo VšZP. Takmer 100%-ná uspešnosť vo všetkch ZP bola pri pozdrave klienta (či uz išlo u úvodné alebo záverečené pozdravenie sa), taktiež aj v zvládaní emócií alebo vhodnej intonácii či primeranej rýchlosti rozprávania.

Graf 1: Úspešnosť zdravotných poisťovní



Najhoršie výsledky u všetkých zdravotných poisťovní sa ukázali v kladení záverečnej otázky. Zmysel záverečných otázok: *„Môžem pre Vás ešte niečo urobiť?“ „Boli tieto informácie pre vás postačujúce?“* je v tom, že klient má pocit, že sa ho nesnažíme zbaviť sa, ale cíti, že sa na nás môže obrátiť s čímkoľvek a kedykoľvek. Otázky môžu nabádať klienta k položeniu otázky i na niečo, kvôli čomu nevolal na našu linku.

Prostredníctvom týchto otázok zároveň dávame zákazníkovi pocit, že sme tu pre neho a v prípade akýchkoľvek ďalších otázok sa môže na nás kedykoľvek opäť obrátiť. Výhoda položenia otázky pre firmu je v tom, že je možné zachytiť predajný signál a predať/ponúknuť produkt, o ktorý zákazník na začiatku neprejavoval záujem. Zároveň predchádzame viacnásobnému kontaktovaniu call centra zo strany klienta.

Výsledky v ZP Dôvera mohli byť ovplyvnené aj tým, že v čase realizovania náhodných hovorov nastúpili do zdravotnej poisťovne noví operátori. Kvalita hovorov sa hodnotí interne na základe stanovených pravidiel, je vyhodnocovaná každý mesiac. Proces mystery callingu v ZP Dôvera nie je zavedený. Zavedením pravidelných mystery callingov, a to nielen v ZP Dôvera, ale vo všetkých zdravotných poisťovniach prostredníctvom outsourcovaných firiem by prinieslo napríklad:

- podporu orientácie na služby zákazníkom,
- sústredenie podniku na kľúčovú činnosť, na základe čoho môže lepšie reagovať na potreby zákazníkov,
- rast hospodárnosti a produktivity,
- úsporu času a vyššiu efektívnosť.

POUŽITÁ LITERATÚRA

- *http://www.dominanta.sk/MarkOdbyt.htm*
- *http://www.dovera.sk*
- *http://www.vszp.sk*
- *http://www.unionzp.sk*
- *http://www.callcentrumpraha.cz/cz/slovnik-pojmu/mystery-calling*
- *http://www.kintish.co.uk/page1039.html*

Mgr. Iveta Masrnová je Contact Centre Leader v ZUNO Bank pre SR, ČR a Maďarsko. Zaoberá sa operatívnym riadením a metodikou v oblasti starostlivosti o klientov. 2008–2010 pracovala na podobnej pozícii v ZP Dôvera.

» kontakt masrnova@gmail.com

Prihláste sa už dnes
do vzdelávacieho programu
Master of Science

Legislatívny seminár

14. júna 2011 v Ponteo Activity Park Rusovce

Čas	Téma	Prednášajúci
9,00 – 10,30	Generická preskripcia Lieková politika (novela 577, zákon o liekoch)	MUDr. Angelika Szalayová
10,45 – 12,15	Zmeny v poistnej legislatíve (zisk zdravotných poisťovní, prevod poistného kmeňa, postupovanie pohľadávok, minimálna sieť)	MUDr. Tomáš Szalay Mgr. Zuzana Földesová–Motajová
12,30 – 14,00	Základné rámce zdravotnej politiky 2011 – 2012 (makroekonomický vývoj v SR a prognóza vývoja, reforma daní a odvodov a jej dopady na financovanie systému zdravotníctva)	Ing. Peter Pažitný, MSc. Ing. Tomáš Sivák
od 14,00	Obed spojený s diskusiou	

„Buďte pripravení na legislatívne zmeny v zdravotníctve!"

Cieľová skupina:

Cieľovou skupinou sú odborníci a zdravotnícki profesionáli zo zdravotných poisťovní, nemocníc, investorov, poskytovateľov, farmaceutických firiem, spoločností zaoberajúcich sa predajom zdravotníckych pomôcok a iných organizácii fungujúcich v sektore zdravotníctva, bánk či komerčných poisťovní.

Prínos programu:

Účastníci semináru sa oboznámia s prijatými ale aj pripravovanými legislatívnymi zmenami v slovenskom zdravotníctve a legislatívnymi zámermi slovenskej vlády.

Účasťou na seminári sa budú môcť včas pripraviť a očakávané zmeny prijať a implementovať v svojej práci bez zdržaní a obmedzení. Program zároveň definuje makroekonomické nastavenie sektoru zdravotníctva na rok 2011 a 2012 a je základom pre tvorbu rozpočtov a prognóz spoločností fungujúcich v zdravotníctve.

Počet účastníkov:

Počet účastníkov je limitovaný na 40.

Skôr prihlásení účastníci budú uprednostnení. Minimálny počet účastníkov je 20. V prípade, že sa na program prihlási menej ako 20 účastníkov, HPI si vyhradzuje právo program nerealizovať.

Cieľ:

Program dostatočne dopredu pripravuje účastníkov systému na legislatívne zmeny a vysvetľuje tie, ktoré už nastali. Približuje makroekonomické nastavenie zdravotníctva a systém odvodov v scenároch.

Miesto konania:

Ponteo Activity Park Rusovce, Starorímska 1a, 851 10 Bratislava – Rusovce, www.ponteo.sk

Termín vzdelávania:

14. júna 2011 (utorok) **od 9,00 do 15,00 hod**

Cena programu:

Cena na jedného účastníka je pri prihlásení

do 23. 5. 2011 ..... 99 € s DPH

po 23. 5. 2011 ..... 149 € s DPH

Súčasťou ceny sú študijné materiály, publikácie, náklady na prednášajúcich a vytvorenie prezentácií, náklady na prenájom miestnosti, občerstvenie, obed, náklady na organizáciu a administráciu programu.

Prihlásenie na program:

Prihlásiť na program sa môžete vyplnením online prihlášky, ktorú nájdete na www.hpi.sk.

V prípade ďalších otázok týkajúcich sa seminára kontaktujte:

Ivana Morvayová, Health Policy Institute,
Hviezdoslavovo nám. 14, 811 02 Bratislava
Tel: **+421 911 596 555**, Fax: +421 2 207 11 962,
morvayova@hpi.sk