Health Policy Institute

NA PRVÝ POHĽAD ROVNAKÉ. A PREDSA INÉ.

RATING ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 2008

Health
Policy
Institute

BRATISLAVA, 2008

AUTORI

MUDr. Angelika Szalayová

Ing. Peter Pažitný, MSc

Ing. Simona Frisová

MUDr. Silvia Hnilicová

MUDr. Tomáš Szalay

OPONENTI

Mgr. Ing. Martin Filko, MSc

MUDr. Eduard Kováč

Mgr. Henrieta Maďarová, MSc

Na prvý pohľad rovnaké. A predsa iné.
Rating zdravotných poisťovní 2008

© Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute, 2008

Všetky práva vyhradené. Žiadna časť tejto publikácie nesmie byť bez predošlého súhlasu vlastníkov autorských práv akýmkoľvek elektronickým alebo mechanickým spôsobom kopírovaná, reprodukovaná a/alebo šírená.

Grafický dizajn obálky: PUBLICIS KNUT, s. r. o.

OBSAH

POĎAKOVANIE 5

DEFINÍCIE A SKRATKY 7

KAPITOLA 1: ZHRNUTIE 8

1.1 CELKOVÝ RATING ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 9
1.2 PROFILY JEDNOTLIVÝCH ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 10
1.2.1 1. miesto: ZP Dôvera 10
1.2.2 2. miesto: ZP Union 11
1.2.3 3. miesto: ZP Apollo 12
1.2.4 4. miesto: SZP 13
1.2.5 5. miesto: VšZP 14
1.3 RATING ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ PODĽA OBLASTÍ 15
1.4 RATING ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ PODĽA PARAMETROV 16

KAPITOLA 2: RATINGY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ VO SVETE 18

2.1 USA 18
2.1.1 Finančný rating 18
2.1.2 Spotrebiteľský rating a Správna lekárska prax 22
2.2 NEMECKO 37
2.2.1 Focus Money 37
2.2.2 www.Gesetzlichekrankenkassen.de 42
2.2.3 Kundenmonitor 42
2.2.4 Rebríček „Deutschlands kundenorientierteste Dienstleister“ 44
2.3 HOLANDSKO 45
2.4 AUSTRÁLIA 46
2.4.1 Ombudsman pre súkromné zdravotné poistenie 46
2.5 ŠVAJČIARSKO 53
2.5.1 www.comparis.ch 53

KAPITOLA 3: METODIKA RATINGU ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 2008 55

3.1 HODNOTENÉ OBLASTI 55
3.2 HODNOTENÉ PARAMETRE V SLEDOVANÝCH OBLASTIACH 56
3.3 ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE PRI RATINGU NESPOLUPRACOVALI 58
3.4 ZDROJOVÉ ÚDAJE A SPÔSOB ZÍSKAVANIA ÚDAJOV 58

KAPITOLA 4: VÝSLEDKY RATINGU ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 2008 61

4.1 OBLASŤ 1: FINANČNÁ STABILITA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE 61
4.1.1 Parameter 1.1: celková likvidita (current ratio) 61
4.1.2 Parameter 1.2: miera finančnej samostatnosti 62
4.1.3 Parameter 1.3: platobná schopnosť 63
4.1.4 Výsledné hodnotenie oblasti 1: finančná stabilita zdravotnej poisťovne 63
4.2 OBLASŤ 2: OPERAČNÉ PROCESY ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE 64
4.2.1 Parameter 2.1: úspešnosť výberu poistného 64
4.2.2 Parameter 2.2: selektívny kontrakting 65
4.2.3 Parameter 2.3: revízny systém 71
4.2.4 Výsledné hodnotenie oblasti 2: operačné procesy zdravotnej poisťovne 71
4.3 OBLASŤ 3: BIZNIS PROFIL ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE 72
4.3.1 Parameter 3.1 percentuálny rast počtu poistencov 72
4.3.2 Parameter 3.2: percentuálny rast výnosov 73
4.3.3 Parameter 3.3: rentabilita výnosov 74
4.3.4 Parameter 3.4: nákladovosť poistného kmeňa 75
4.3.5 Parameter 3.5: retencia poistencov 75
4.3.6 Parameter 3.6: počet rokov na trhu 76
4.3.7 Výsledné hodnotenie oblasti 3: biznis profil zdravotnej poisťovne 76

4.4 OBLASŤ 4: VZŤAHY S POSKYTOVATEĽMI ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI 77
4.4.1 Parameter 4.1: cenové podmienky 77
4.4.2 Parameter 4.2: platobné mechanizmy 79
4.4.3 Parameter 4.3: záväzky po lehote splatnosti 80
4.4.4 Parameter 4.4: spokojnosť lekárov 81
4.4.5 Výsledné hodnotenie oblasti 4: vzťahy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti 82
4.5 OBLASŤ 5: KVALITA POSKYTOVANÝCH SLUŽIEB POISTENCOM V ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A POSKYTOVANIE ĎALŠÍCH VÝHOD PRE POISTENCOV 83
4.5.1 Parameter 5.1: dostupnosť zdravotnej starostlivosti 83
4.5.2 Parameter 5.2: čakacie listiny 86
4.5.3 Parameter 5.3: manažment pacienta/zmluvné protokoly 88
4.5.4 Parameter 5.4: ZS nad rámec rozsahu 89
4.5.5 Parameter 5.5: ďalšie nadštandardné služby, programy alebo výhody pre poistencov 93
4.5.6 Výsledné hodnotenie oblasti 5: kvalita poskytovaných služieb poistencom v zdravotnej starostlivosti a poskytovanie ďalších výhod pre poistencov 96
4.6 OBLASŤ 6: SLUŽBY KLIENTOM 97
4.6.1 Parameter 6.1: kontaktné miesta 97
4.6.2 Parameter 6.2: call-centrum 101
4.6.3 Parameter 6.3: internet 103
4.6.4 Parameter 6.4: poskytovanie informácií 105
4.6.5 Parameter 6.5: poskytovanie špeciálnych služieb 106
4.6.6 Výsledné hodnotenie oblasti 6: služby klientom 106
4.7 OBLASŤ 7: SPOKOJNOSŤ KLIENTOV 108

LITERATÚRA 112

OPONENTSKÉ POSUDKY 114

POĎAKOVANIE

Autori sa na tomto mieste chcú úprimne poďakovať tým, bez ktorých by táto publikácia nevznikla. Ich cenná pomoc a rady výrazne prispeli k výslednej podobe Ratingu zdravotných poisťovní 2008.

Veľkým prínosom pre publikáciu bola práca Zuzany Košutzkej, Janky Harbulovej, PhDr. Lucie Lenártovej a študentov, ktorí pre nás uskutočnili prieskum formou dotazníkov a mystery shoppingu.

Ing. Petrovi Kalenčíkovi ďakujeme za ochotu a pomoc pri tvorbe kritérií pre hodnotenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

S tvorbou dotazníka pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nám veľmi pomohla RNDr. Monika Trechová.

Osobitne ďakujeme Mgr. Michalovi Gajdzicovi za konzultácie pri tvorbe finančných kritérií.

Bez Miroslava Hudáka by určite nevznikla interaktívna webová aplikácia, ktorá umožňuje užívateľom modelovať vlastný rating podľa individuálnych preferencií.

Ďakujeme všetkým respondentom, ktorí sa zúčastnili prieskumu spokojnosti poskytovateľov a poistencov.

Takisto ďakujeme za všetky cenné pripomienky k vlaňajšiemu ratingu, ktoré pomohli zlepšiť metodiku porovnávania zdravotných poisťovní na Slovensku.

Zodpovednosť za možné chyby a závery vyplývajúce z tejto publikácie nesú v plnej miere výhradne jej autori.

DEFINÍCIE A SKRATKY

DRG	platobný mechanizmus založený na zoskupovaní diagnóz podľa nákladovosti, Diagnosis Related Groups
EBM	medicína založená na dôkazoch, Evidence Based Medicine
EZP	Európska zdravotná poisťovňa, a. s.
HPI	Health Policy Institute
MF SR	Ministerstvo financií Slovenskej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
OR SR	Obchodný register Slovenskej republiky
PLD	praktický lekár pre dospelých
PLDD	praktický lekár pre deti a dorast
PZS	poskytovatelia zdravotnej starostlivosti
SVLZ	spoločné vyšetrovacie a laboratórne zložky
SZP	Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s.
ŠAS	špecializovaná ambulantná starostlivosť
TEP	totálna endoprotéza bedrového kĺbu
ÚDZS	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
VAS	všeobecná ambulantná starostlivosť
VšZP	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.
ZP	zdravotná poisťovňa
ZP Apollo	APOLLO zdravotná poisťovňa, a. s.
ZP Dôvera	DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
ZP Union	Union zdravotná poisťovňa, a. s.
ZS	zdravotná starostlivosť

KAPITOLA 1: ZHRNUTIE

Systém viacerých zdravotných poisťovní so sebou nutne prináša potrebu ich porovnávania. Ak by sa totiž zdravotné poisťovne od seba neodlišovali, nebol by tu ani priestor pre ich pluralitné fungovanie. Podľa viacerých prieskumov verejnej mienky z roku 2007 sú viac ako dve tretiny Slovákov za zachovanie plurality zdravotného poistenia. Na rozhodovanie ako sa orientovať v ponuke zdravotných poisťovní však potrebujú informácie.

Rating zdravotných poisťovní znižuje informačnú medzeru medzi poistencom a poisťovňami a zvyšuje transparentnosť prostredia. Jedine prehľadné a dostupné informácie zvyšujú dôveru poistencov voči poistnému systému a zdravotným poisťovniam.

Hodnotenie zdravotných poisťovní formou ratingu plní dva základné ciele:

- informuje poistencov
- a porovnáva poisťovne.

Prvým cieľom je informovanie spotrebiteľa o rozdieloch medzi zdravotnými poisťovňami. Poistenec sa môže na základe parametrov hodnotených v ratingu rozhodnúť, v ktorej poisťovni sa poistí. Zrejme si vyberie takú poisťovňu, ktorá mu poskytne služby podľa jeho preferencií.

Druhým cieľom je poskytnutie porovnávacej bázy pre zdravotné poisťovne na zlepšenie ich vlastných procesov a ponúkaných služieb.

Hodnotenie zdravotných poisťovní je prirodzeným prvkom v zdravotných systémoch s viacerými zdravotnými poisťovňami ako sú Nemecko, Holandsko, Švajčiarsko, či Austrália a USA. Tieto ratingy sa často zameriavajú na oblasti, ktoré sú špecifické pre jednotlivé systémy. V USA sa veľký dôraz kladie na ratingy hodnotiace finančnú stabilitu na jednej strane a zdravotný stav poistencov na strane druhej.

V krajinách, kde sa rozsah hradenej starostlivosti medzi poisťovňami podstatne líši, ako napríklad v Austrálii, sa hodnotenia zameriavajú na porovnávanie toho, čo poistenec za svoje peniaze od poisťovne dostane. Medzi ďalšie často porovnávané odlišnosti patrí aj výška poistného.

Komplexnejšie ratingy sa snažia hodnotiť aj to, aké služby poistenec dostáva a či má nárok na zdravotnú starostlivosť aj nad rámec zákonom stanoveného rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti. Medzi najzaujímavejšie a najkomplexnejšie ratingy v zahraničí patrí hodnotenie zdravotných poisťovní v Nemecku, ktorého druhý ročník publikoval na jeseň v roku 2007 časopis Focus Money.

1.1 CELKOVÝ RATING ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Najlepšie hodnotenie za rok 2008 dosiahla zdravotná poisťovňa Dôvera. Oproti roku 2007 sa zlepšila z druhého na prvé miesto, pričom v obidvoch rokoch dosiahla rating „A“.

Na druhom mieste skončila zdravotná poisťovňa Union, ktorá v roku 2007 rating vyhrala. Aj zdravotná poisťovňa Union dosiahla v obidvoch rokoch rating „A“.

Na treťom mieste sa umiestnila zdravotná poisťovňa Apollo, ktorá síce skončila na rovnakej pozícii ako v roku 2007, ale jej rating klesol z hodnotenia „B“ na kategóriu „C“.

Na štvrtom mieste skončila Spoločná zdravotná poisťovňa, ktorá si oproti roku 2007 zlepšila aj rating z „D“ na „C“ a aj pozíciu zo 6. na 4. miesto.

Na piatom mieste sa umiestnila Všeobecná zdravotná poisťovňa, ktorá oproti minulému roku dosiahla rovnaký rating „D“ a aj rovnaké 5. miesto.

Európska zdravotná poisťovňa z dôvodu vstupu do likvidácie nebola v ratingu zdravotných poisťovní za 2008 hodnotená.

Tabuľka 1: Porovnanie ratingu zdravotných poisťovní za roky 2007 a 2008

ZP	rating 2008 (poradie)	rating 2007 (poradie)	posun
ZP Dôvera	A (1.)	A (2.)	zhodný rating, zlepšenie o 1 miesto
ZP Union	A (2.)	A (1.)	zhodný rating, zhoršenie o 1 miesto
ZP Apollo	C (3.)	B (3.)	zhoršenie ratingu, rovnaké miesto
SZP	C (4.)	D (6.)*	zlepšenie ratingu, zlepšenie o 2 miesta
VšZP	D (5.)	D (5.)	zhodný rating, rovnaké miesto

** – v ratingu 2007 bolo porovnávaných 6 zdravotných poisťovní (naviac: EZP)*

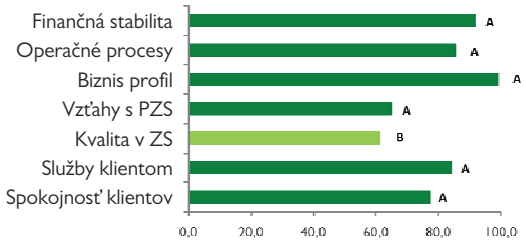
Zdroj: Health Policy Institute, 2008

1.2 PROFILY JEDNOTLIVÝCH ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

sídlo	Karadžičova 8 821 08 Bratislava
call centrum	0800 150 150
www	http://www.dovera.sk/
kód poisťovne	23
majoritný akcionár	Majoritným akcionárom je Dôvera holding, a.s. Jej 100-percentným akcionárom je holandská spoločnosť Health Insurance Companies Eastern Europe B. V. (HICEE B.V.). Patrí do investičnej skupiny Penta.
podiel na trhu k 1. 1. 2008	16,3 %

Rating 2008 A (77,3 bodov)



1.2.1 1. MIESTO: DÔVERA ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

ZP Dôvera skončila najlepšie v štyroch oblastiach, a to v operačných procesoch, biznis profile, vzťahoch s poskytovateľmi ZS a v službách klientom.

Dôvera je finančne stabilná poisťovňa s vysokou dynamikou rastu na trhu. Má najvyššiu rentabilitu výnosov.

Vo vzťahu s poskytovateľmi uplatňuje selektívny kontrakting, používa progresívne platobné mechanizmy a má najlepšie cenové podmienky.

Vo vzťahu k poistencom poskytuje krátke čakacie listiny, veľmi dobré služby a má otvorenú komunikáciu a poskytovanie informácií.

ZP Dôvera má verných poistencov.

Prekvapivo slabou stránkou Dôvery je manažment pacienta, kde v hodnotení dosiahla 0 bodov. Nedarí sa jej ani vo výbere poistného a vykazuje najvyššie záväzky po lehote splatnosti.

Tabuľka 2: Silné a slabé stránky ZP Dôvera

silné stránky	slabé stránky
finančná stabilita	výber poistného
selektívny kontrakting	záväzky po lehote splatnosti
dynamika rastu na trhu	manažment pacienta
rentabilita výnosov	doplnkové nadštandardné programy a služby
cenové podmienky	
platobné mechanizmy	
krátke čakacie listiny	
veľmi dobré služby klientom	
poskytovanie informácií	
vernosť poistencov	

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

1.2.2 2. MIESTO: UNION ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

ZP Union je víťazom zvyšných troch oblastí, a to vo finančnej stabilite, kvalite zdravotnej starostlivosti a spokojnosti klientov. Veľmi zlé umiestnenie ZP Union v biznis profile je výsledkom kratšieho pôsobenia na trhu a veľkej straty poistencov v minulom roku.

ZP Union je stabilná poisťovňa s nízkou nákladovosťou poistného kmeňa. Má výborné postavenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nad rámec rozsahu a má dobrú sieť kontaktných miest.

Tí poistenci, ktorí zostali v kmeni aj po roku 2007, sa zdajú byť vernými, s čím súvisí aj to, že klienti Unionu majú so svojou poisťovňou najviac spontánnych pozitívnych skúseností.

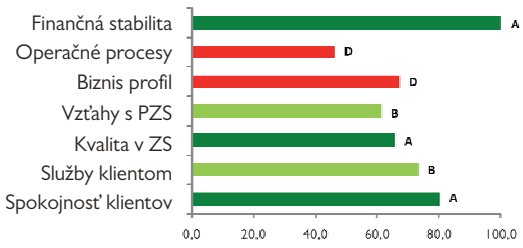
Slabou stránkou Unionu je veľmi nízka úspešnosť výberu poistného. Union má spomedzi všetkých poisťovní najslabší revízny systém.

Union má zatiaľ najredšiu sieť zmluvných poskytovateľov a v parametri dostupnosť zdravotnej starostlivosti skončil až na poslednom mieste.

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

sídlo	Bajkalská 29/A 821 08 Bratislava
call centrum	0850 003 333
www	http://www.unionzp.sk/
kód poisťovne	27
majoritný akcionár	100-percentným vlastníkom je zahraničná spoločnosť Eureko B. V.
podiel na trhu k 1. 1. 2008	6,3 %

Rating 2008 A (73,0 bodov)



Tabuľka 3: Silné a slabé stránky ZP Union

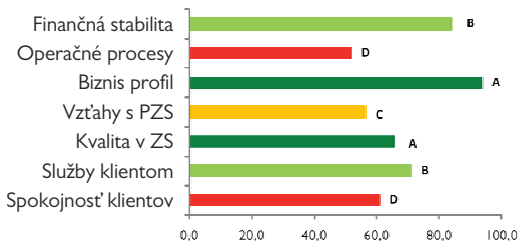
silné stránky	slabé stránky
finančná stabilita	úspešnosť výberu poistného
nákladovosť poistného kmeňa	revízny systém
ZS nad rámec rozsahu	biznis profil
kontaktné miesta	retencia poistencov (2007)
poskytovanie informácií	platobné mechanizmy
spontánna pozitívna skúsenosť klientov	dostupnosť zdravotnej starostlivosti
vernosť poistencov, ktorí zostali v kmeni (2008)	internetová stránka

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

APOLLO zdravotná poisťovňa, a. s.

sídlo	Martina Čulena 5 810 11 Bratislava
call centrum	0800 120 004
www	http://www.apollo.sk/
kód poisťovne	24
majoritný akcionár	Novým majoritným vlastníkom je AGEL SK s 51 %-ným podielom. Patrí do podnikateľskej skupiny Tomáša Chreneka.
podiel na trhu k 1. 1. 2008	8,6 %

Rating 2008 C (67,9 bodov)



1.2.3 3. MIESTO: APOLLO ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

ZP Apollo nedokázalo zvíťaziť ani v jednej oblasti, najvyššie hodnotenia dosiahlo v biznis profile, kde skončilo na 2. mieste za ZP Dôvera, a v kvalite zdravotnej starostlivosti, kde skončilo druhé za ZP Union. Apollo sa prekvapivo veľmi zle umiestnilo v oblasti spokojnosti klientov a operačných procesoch.

Najsilnejšou stránkou Apolla je biznis profil a cenové podmienky. Apollo pre svojich poistencov najlepšie zabezpečuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti a je druhé v kvalite a dostupnosti kontaktných miest.

Prekvapujúca je vysoká nespokojnosť lekárov so ZP Apollo. To sa prejavuje aj na problémoch jej poistencov s vyšetrením u lekára.

Poistenci Apolla majú so svojou poisťovňou najvyššiu spontánnu negatívnu skúsenosť, pričom spontánna pozitívna skúsenosť je druhá najnižšia hneď za VšZP. Nie je preto prekvapujúce, že až 19 % respondentov z poisťovne Apollo uvažuje o zmene poisťovne.

Tabuľka 4: Silné a slabé stránky ZP Apollo

silné stránky	slabé stránky
biznis profil	selektívny kontrakting
cenové podmienky	revízny systém
záväzky po lehote splatnosti	platobné mechanizmy
dostupnosť zdravotnej starostlivosti	spokojnosť lekárov
doplnkové nadštandardné programy a služby	nízka spontánna pozitívna skúsenosť klientov
kontaktné miesta	vysoká spontánna negatívna skúsenosť klientov
poskytovanie informácií	problémy s ošetrením u lekára
	19 % poistencov uvažuje o zmene

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

1.2.4 4. MIESTO: SPOLOČNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

SZP je finančne stabilná poisťovňa, má najvyššiu úspešnosť výberu poisteného a najlepší revízny systém. Dosahuje najvyšší medziročný rast výnosov.

Má relatívne hustú sieť zmluvných poskytovateľov a vykazuje dobré parametre dostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Poistenci SZP majú najmenej problémov pri ošetrení u lekára, s čím súvisí aj ich nízka spontánna negatívna skúsenosť s poisťovňou.

SZP neuplatňuje žiadny selektívny kontrakting. Má najnákladnejší kmeň spomedzi všetkých poisťovní. Cenové podmienky má len o niečo lepšie ako posledná VšZP, čo má za následok nízku spokojnosť lekárov s touto poisťovňou. SZP neuplatňuje žiadne moderné platobné mechanizmy a ani manažment pacienta.

SZP má spomedzi všetkých poisťovní najhoršie call-centrum a v hodnotení kontaktných miest skončila až na štvrtom mieste.

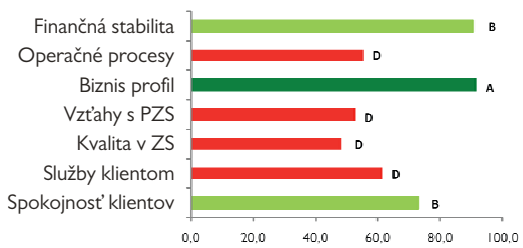
Poskytuje veľmi málo zdravotnej starostlivosti nad rámec rozsahu, ani žiadne špeciálne služby pre svojich poistencov.

Poistenci SZP majú nízku spontánnu pozitívnu skúsenosť a 20 % respondentov poistených v SZP uvažuje o zmene poisťovne.

Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s.

sídlo	Ondavská 3 820 05 Bratislava
call centrum	0850 311 443
www	http://www.szp.sk/
kód poisťovne	21
majoritný akcionár	Stopercentným vlastníkom je štát, zastúpený Ministerstvom obrany SR, Ministerstvom vnútra SR a Ministerstvom dopravy, pôšt a telekomunikácií SR.
podiel na trhu k 1. 1. 2008	11,1 %

Rating 2008 D (65,9 bodov)



Tabuľka 5: Silné a slabé stránky SZP

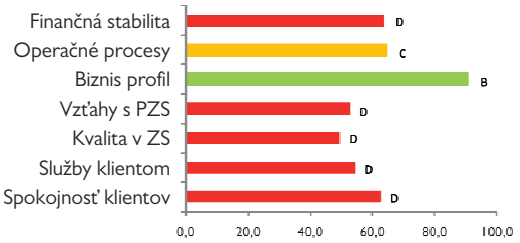
silné stránky	slabé stránky
finančná stabilita	selektívny kontrakting
úspešnosť výberu poistného	vysoká nákladovosť kmeňa
revízny systém	cenové podmienky
medziročný rast výnosov	platobné mechanizmy
dostupnosť zdravotnej starostlivosti	spokojnosť lekárov
internet	manažment pacienta
nízka spontánna negatívna skúsenosť	ZS nad rámec rozsahu
málo problémov pri ošetrení u lekára	kontaktné miesta
	call-centrum
	špeciálne služby pre poistencov
	nízka spontánna pozitívna skúsenosť
	20 % poistencov uvažuje o zmene ZP

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.

sídlo	Mamateyova 17 850 05 Bratislava
call centrum	0850 003 003
www	http://www.vszp.sk/
kód poisťovne	25
majoritný akcionár	Stopercentným vlastníkom je štát, zastúpený Ministerstvom zdravotníctva SR.
podiel na trhu k 1. 1. 2008	55,5 %

Rating 2008 D (59,0 bodov)



1.2.5 5. MIESTO: VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

VšZP skončila tak ako pred rokom s ratingom „D“. Medzi jej silné stránky patrí selektívny kontrakting a percentuálny rast výnosov. V minulom roku stratila veľmi málo poistencov.

VšZP má po ZP Apollo druhú najvyššiu dostupnosť zmluvných poskytovateľov. Má druhé najlepšie call-centrum a spolu so SZP najlepšiu webovskú stránku.

Najväčšou slabinou VšZP je finančná stabilita, kde je vo všetkých troch parametroch najhoršia. VšZP má slabý revízny systém a nízku rentabilitu výnosov. Má druhý najnákladnejší poistný kmeň.

VšZP má najhoršie cenové podmienky a najnižšiu spokojnosť lekárov. Vo vzťahu s poskytovateľmi len málo používa moderné platobné mechanizmy.

VšZP má najdlhšie čakacie listiny a nemá žiadny manažment poistenca. Má najhoršiu kvalitu a dostupnosť kontaktných miest a pre poistencov neposkytuje žiadne špeciálne služby. Veľkým problémom poisťovne je otvorená komunikácia a poskytovanie informácií.

Poistenci VšZP majú najnižšiu spontánnu pozitívnu skúsenosť a druhú najvyššiu spontánnu negatívnu skúsenosť. Z týchto dôvodov až 21% respondentov, najviac zo všetkých poisťovní, uvažuje o zmene poisťovne.

Tabuľka 6: Silné a slabé stránky VšZP

silné stránky	slabé stránky
selektívny kontrakting	finančná stabilita
percentuálny rast výnosov	revízny systém
retencia poistencov	rentabilita výnosov
záväzky po lehote splatnosti	nákladovosť poistného kmeňa
dostupnosť ZS	cenové podmienky
call-centrum	platobné mechanizmy
internet	spokojnosť lekárov
	čakacie listiny
	manažment pacienta
	kontaktné miesta
	poskytovanie informácií
	špeciálne služby pre poistencov
	nízka spontánna pozitívna skúsenosť klientov
	vysoká spontánna negatívna skúsenosť klientov
	21 % poistencov uvažuje o zmene

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

1.3 RATING ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ PODĽA OBLASTÍ

Každá zdravotná poisťovňa bola hodnotená v siedmich oblastiach. V každej oblasti sme hľadali víťaznú poisťovňu s najväčším počtom bodov. Takáto poisťovňa – víťaz oblasti – dosiahla rating „A“. Najhoršia poisťovňa v každej oblasti získala rating „D“. Následne bol interval medzi hodnotou najlepšej a najhoršej poisťovne rozdelený na 4 štvrtiny. Zvyšným poisťovniam bol udelený rating v závislosti od toho, v ktorej štvrtine sa ich počet bodov nachádzal.

Rozdelenie štvrtín bolo nasledovné:

1. štvrtina – rating „D“
hodnoty 0 % intervalu až 25 % intervalu

2. štvrtina – rating „C“
hodnoty 25 % intervalu až 50 % intervalu

3. štvrtina – rating „B“
hodnoty 50 % intervalu až 75 % intervalu

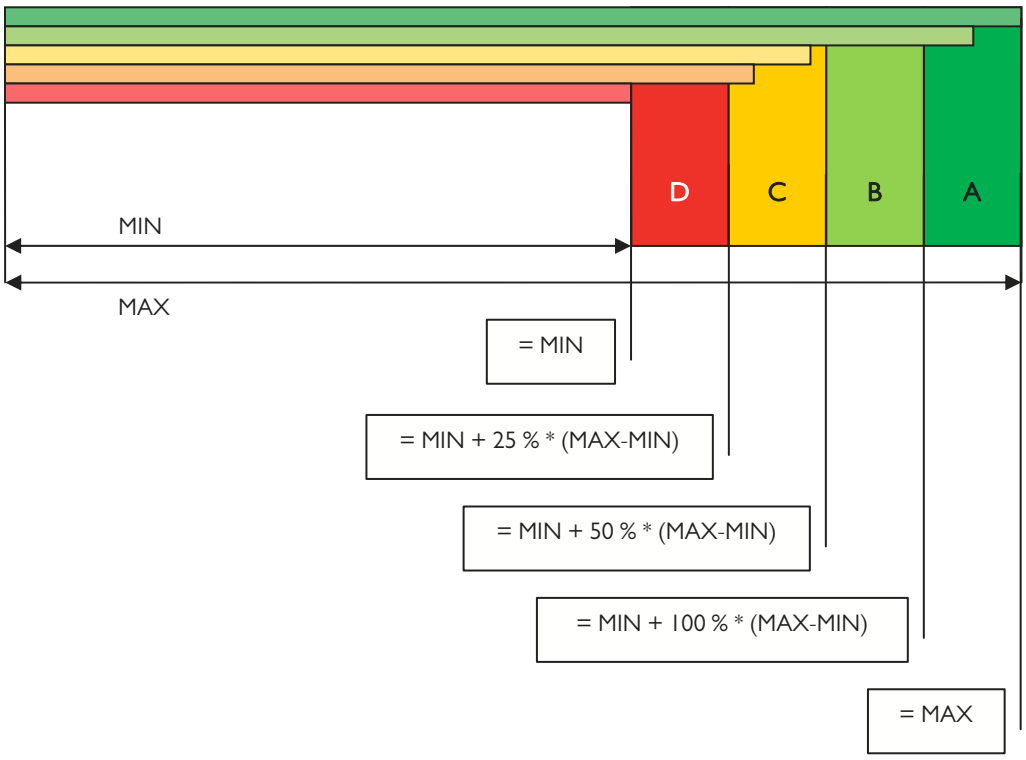
4. štvrtina – rating „A“
hodnoty 75 % intervalu až 100 % intervalu

Najviac hodnotení „A“ získala ZP Dôvera (celkovo 6 zo siedmich oblastí) nasledovaná ZP Union s troma „A“ hodnoteniami. ZP Apollo má dve hodnotenia „A“ a SZP jedno hodnotenie „A“. VšZP nezískala ani jedno „A“ hodnotenie.

Najviac hodnotení „D“ má VšZP (celkovo 5) nasledovaná SZP (celkovo 4). ZP Apollo aj ZP Union majú zhodne po dve hodnotenia „D“. ZP Dôvera nemá ani jedno „D“ a ani jedno „C“ hodnotenie.

Farebná škála použitá na zvýraznenie ratingu („A“ až „D“) a dosiahnutých bodov (min. až max.) je v obidvoch tabuľkách 7 a 8 zhodná a zodpovedá systému „semafor“. Najlepšie hodnotenie má sýto zelenú farbu a najhoršie hodnotenie má sýto červenú farbu. Poklesom bodov z maxima sa zelená farba mení na žltú a rastom bodov z minima červená farba prechádza opäť do žltej. Stredné hodnoty majú rôzne odtiene žltej.

Schéma 1: Princíp priradenie ratingu v závislosti od najlepšieho a najhoršieho výsledku



Zdroj: Health Policy Institute, 2008

1.4 RATING ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ PODĽA PARAMETROV

Hodnotenie pre každú zo siedmich oblastí vzniklo zosumarizovaním výsledkov viacerých parametrov s rôznymi váhami. Najprv sa vypočítala hodnota každého parametra a pridelil sa mu príslušný počet bodov na škále 0 až 100. Dosiahnutý počet bodov v parametri sa vynásobil váhou parametra v danej oblasti. Na záver sa počet bodov v oblasti vynásobil váhou oblasti na celkovom ratingu.

Tabuľka 7: Rating zdravotných poisťovní 2008 podľa oblastí

Rating ZP	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
1 Finančná stabilita ZP	20 %	D	B	B	A	A
2 Operačné procesy ZP	10 %	C	D	D	A	D
3 Biznis profil ZP	5 %	B	A	A	A	D
4 Vzťahy s PZS	20 %	D	D	C	A	B
5 Kvalita poskytovaných služieb v ZS	20 %	D	D	A	B	A
6 Služby klientom	15 %	D	D	B	A	B
7 Spokojnosť klientov	10 %	D	B	D	A	A
výsledné hodnotenie	*100 %*	D	C	C	A	A

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 8: Bodové hodnotenie oblastí v ratingu zdravotných poisťovní 2008

Rating ZP	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
1 Finančná stabilita ZP	20 %	63,7	90,5	84,0	91,7	100,0
2 Operačné procesy ZP	10 %	64,5	55,6	52,3	85,5	47,3
3 Biznis profil ZP	5 %	90,5	91,4	94,0	98,9	68,3
4 Vzťahy s PZS	20 %	53,6	53,6	56,4	64,7	61,9
5 Kvalita poskytovaných služieb v ZS	20 %	50,3	52,2	65,7	60,9	66,7
6 Služby klientom	15 %	54,7	61,7	70,8	84,1	74,0
7 Spokojnosť klientov	10 %	63,3	72,8	61,9	77,3	80,7
výsledné hodnotenie	*100 %*	**59,0**	**65,9**	**67,9**	**77,3**	**73,0**

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 9: Hodnotenie sledovaných parametrov v ratingu zdravotných poisťovní 2008

Rating ZP		váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
1	**Finančná stabilita**	**20 %**	**63,7**	**90,5**	**84,0**	**91,7**	**100,0**
1.1	celková likvidita (current ratio)	40 %	68,9	93,8	88,3	92,8	100,0
1.2	miera finančnej samostatnosti	20 %	19,4	92,0	65,2	91,0	100,0
1.3	platobná schopnosť	40 %	80,7	86,4	89,1	91,0	100,0
2	**Operačné procesy ZP**	**10 %**	**64,5**	**55,6**	**52,3**	**85,5**	**47,3**
2.1	úspešnosť výberu poistného	30 %	86,9	100,0	93,6	80,0	75,6
2.2	selektívny kontrakting	40 %	65,0	10,0	32,5	100,0	40,0
2.3	revízny systém	30 %	41,6	72,1	37,2	71,7	28,8
3	**Biznis profil ZP**	**5 %**	**90,5**	**91,4**	**94,0**	**98,9**	**68,3**
3.1	percentuálny rast počtu poistencov	20 %	79,4	78,7	80,2	100,0	58,9
3.2	percentuálny rast výnosov	20 %	99,5	100,0	96,3	99,2	40,5
3.3	rentabilita výnosov	20 %	80,0	88,3	94,7	100,0	77,1
3.4	nákladovosť poistného kmeňa	15 %	91,3	87,0	98,6	96,1	100,0
3.5	retencia poistencov	20 %	100,0	99,7	99,7	98,4	73,5
3.6	počet rokov na trhu	5 %	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7
4	**Vzťahy s PZS**	**20 %**	**53,6**	**53,6**	**56,4**	**64,7**	**61,9**
4.1	cenové podmienky	30 %	95,0	95,4	98,3	99,1	98,0
4.2	platobné mechanizmy	30 %	4,0	1,0	9,0	32,0	6,0
4.3	záväzky po lehote splatnosti	10 %	100,0	97,5	99,8	87,9	98,9
4.4	spokojnosť lekárov	30 %	46,4	49,7	47,4	55,2	69,2
5	**Kvalita ZS**	**20 %**	**50,3**	**52,2**	**65,7**	**60,9**	**66,7**
5.1	dostupnosť ZS	20 %	98,1	97,4	99,3	94,0	88,6
5.2	čakacie listiny	40 %	56,9	62,2	65,9	69,8	64,7
5.3	manažment pacienta/zmluvné protokoly	15 %	0,0	0,0	10,0	0,0	10,0
5.4	ZS nad rámec rozsahu	20 %	27,1	23,7	66,1	62,7	100,0
5.5	ďalšie nadštandardné programy a výhody pre poistencov	5 %	50,0	62,5	95,0	32,5	32,5
6	**Služby klientom**	**15 %**	**54,7**	**61,7**	**70,8**	**84,1**	**74,0**
6.1	kontaktné miesta	30 %	41,1	53,3	75,5	68,2	79,8
6.2	call centrum	25 %	82,5	60,5	70,5	88,4	72,7
6.3	internet	25 %	87,2	87,2	82,0	86,0	61,0
6.4	poskytovanie informácií	10 %	0,0	87,5	100,0	100,0	100,0
6.5	poskytovanie špeciálnych služieb	10 %	0,0	0,0	0,0	100,0	66,7
7	**Spokojnosť klientov**	**10 %**	**63,3**	**72,8**	**61,9**	**77,3**	**80,7**
7.1	spontánna pozitívna skúsenosť	30 %	46,6	50,0	46,9	69,1	82,8
7.2	spontánna negatívna skúsenosť	30 %	54,8	78,3	53,1	70,9	69,0
7.3	problém s ošetrením u lekára kvôli ZP	20 %	84,9	91,3	78,1	85,5	86,2
7.4	poistenci uvažujúci o zmene	20 %	79,5	80,4	81,3	90,9	89,7
výsledné hodnotenie		**100 %**	**59,0**	**65,9**	**67,9**	**77,3**	**73,0**

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

KAPITOLA 2: RATINGY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ VO SVETE

2.1 USA

Trh zdravotného poistenia v USA je charakteristický veľkým počtom zdravotných poisťovní a zdravotných plánov. Pre poistencov je preto často veľmi komplikované vybrať si vhodný plán a poisťovňu. Poisťovne totiž ponúkajú veľké množstvo plánov, s rôznymi podmienkami platieb za poistenie, s rôznymi poskytovanými službami a s rôznou spoluúčasťou. Neprehľadnosť situácie zhoršuje aj skutočnosť, že jednotlivé poisťovne majú rôzne plány v rôznych štátoch. V USA existuje niekoľko typov zdravotného poistenia. Ide napríklad o tzv. katastrofické zdravotné poistenie, HMO, PPO, POS, a iné.

S cieľom pomôcť spotrebiteľom zorientovať sa na tomto trhu vzniklo viacero spoločností, ktoré hodnotia poisťovne z rôznych pohľadov. Medzi základné typy ratingov patrí hodnotenie poisťovne z finančného hľadiska a teda jej stability do budúcnosti, zo spotrebiteľského hľadiska dotazníkovou metódou a hodnotenie správnej klinickej praxe. Údaje na hodnotenie získavajú ratingové spoločnosti buď z verejne dostupných zdrojov alebo v rámci priameho kontaktu s poisťovňou.

Podľa typu hodnotenia sú ratingy pripravované finančnými agentúrami alebo spotrebiteľskými organizáciami.

2.1.1 Finančný rating

Stále sa meniaca situácia v zdravotníctve, zvyšujúce sa platby za výkony, inflácia a ďalšie faktory spôsobujú, že platby za zdravotné výkony sú neistou zložkou výdavkov zdravotných poisťovní. Táto neistota spolu s menším množstvom poistencov u niektorých poisťovní môže viesť k finančnej nestabilite.

Pre poistencov je informácia o finančnej stabilite poisťovne často kľúčovou. Ak totiž poisťovňa nie je schopná uhradiť náklady za výkony, ku ktorým sa zmluvne zaviazala, môže to mať pre pacienta katastrofické následky.

V USA je finančný rating poisťovní vykonávaný niekoľkými organizáciami. Každá z nich má vlastný systém ratingu. Oblasti, ktoré posudzujú, sa líšia, ale všeobecne zahrňujú finančnú silu poisťovne, stabilitu riadiacich štruktúr, výkony v poslednom období a celkovú finančnú situáciu. Zahrnuté sú tiež vonkajšie faktory ako konkurencia, diverzifikácia a trhová situácia. Každá agentúra popisuje svoj systém analýzy a definuje, čo konkrétne hodnotenie znamená.

Najdôležitejšie inštitúcie rozoberáme v nasledujúcom texte:

2.1.1.1 A. M. Best

A. M. Best je americká ratingová spoločnosť, ktorá sa zameriava priamo na rating poisťovní. Bola založená v roku 1899 Alfedom M. Bestom.

Každý rok publikuje Best's Insurance Reports. Ide o niekoľkozväzkovú publikáciu so sumárom hodnotení životných, zdravotných a iných poisťovní. Databáza A. M. Best zahŕňa približne 500 zdravotných poisťovní. A. M. Best používa 2 spôsoby ratingu ZP. Ide o:

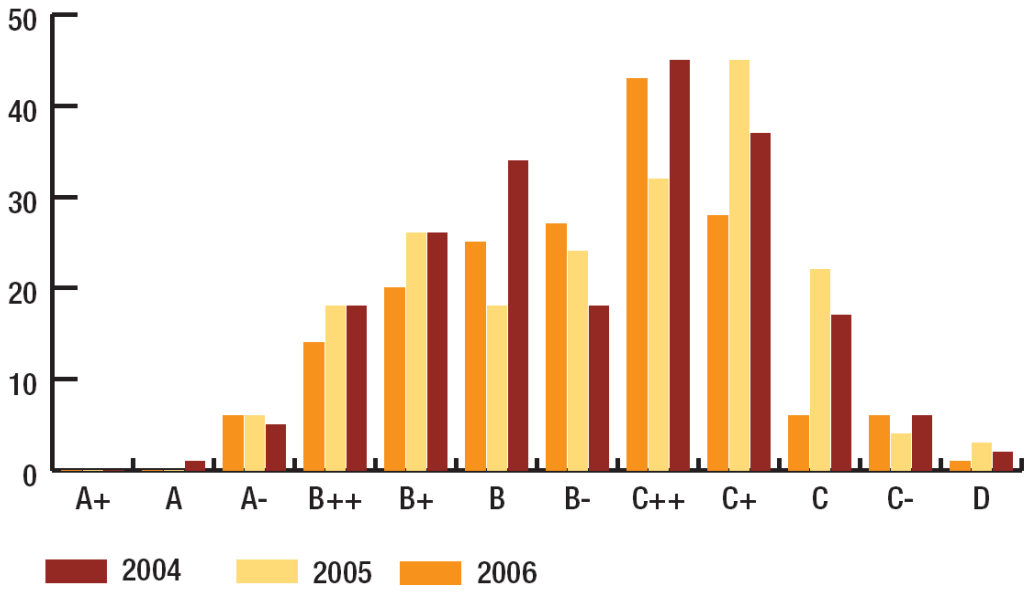
- **interaktívne celkové hodnotenie dlhodobej finančnej stability poisťovne** – toto hodnotenie vzniká na vyžiadanie zdravotnou poisťovňou a zahŕňa detailné rozhovory s vedením poisťovne, prístup k neverejným dátam ako napr. detailné informácie o stratégii manažmentu, o predpovedi zisku, o ochrane prepoistenia a metódach rezerv.
- **rating verejných údajov (Public Data Ratings, PDR)** – ide o hodnotenie z verejne dostupných zdrojov, kedy sa používajú obmedzené, verejne dostupné zdroje informácií. Používa údaje, ktoré poisťovne povinne zverejňujú, pričom sa berie do úvahy posledných 5 rokov finančnej situácie. Ak sú k dispozícii údaje za menej ako 3 roky, hodnotenia sa nevydávajú.

Rating verejných údajov rovnako ako interaktívne hodnotenie má 3 časti:

- sila finančných výkazov (Balance-Sheet Strength) váha 60 %
- operačná výkonnosť (Operating Performance) váha 30 %
- biznis profil (Business Profile) váha 10 %

1. **hodnotenie sily finančných výkazov** je najdôležitejšou súčasťou hodnotenia na stanovenie schopnosti spoločnosti plniť svoje súčasné aj budúce záväzky voči svojim poistencom a poskytovateľom ZS; pozostáva z nasledujúcich kritérií:
   a) **index primeranosti kapitálu podľa Besta**
   b) **kapitál podľa rizika Národnej asociácie poistných komisárov (NAIC)** alebo percento nad úrovňou aktív spoločnosti),
   c) **celková likvidita** – tento index meria podiel celkových záväzkov krytých celkovým majetkom spoločnosti a zobrazuje schopnosť spoločnosti plniť svoje „zrejúce" záväzky,
   d) **vplyv úpisu (čisté predpísané poistné ku kapitálu a prebytku)** – meria vplyv spojený s výškou poistného v porovnaní s celkovým kapitálom a ziskom spoločnosti; hodnotí expozíciu spoločnosti voči chybám pri tvorbe cien,
   e) **equita na poistenca a mesiac (pomer kapitálu a prebytku k poistencom a mesiacom)** – hodnotí objem kapitálu a zisku v pomere k poistnému kmeňu spoločnosti,
   f) **priemerná splatnosť záväzkov** – pomer záväzkov k celkovým nákladom na ZS za rok v dňoch,
   g) **diverzifikácia investícií** – hodnotí kvalitu a diverzifikáciu investícií na stanovenie rizika existujúcich a potenciálnych vplyvov na zisk, ak by sa majetok neočakávane predával; čím je lepšia likvidita, diverzifikácia a/alebo kvalita majetku, tým je menšia neistota v hodnote pri predaji a menšia pravdepodobnosť platobnej neschopnosti; špecifická pozornosť sa venuje veľkým investíciám, ktoré prekračujú 10 % celkového kapitálu spoločnosti,
   h) **pridružené investície ku kapitálu** – pridružené investície (vrátane vlastníctva sídla) ako percento kapitálu a prebytkových fondov,
   i) **dlh alebo prebytok ku kapitálu** – pomer celkového dlhu spoločnosti k jej celkovému kapitálu a prebytku; v tomto pomere je dlh definovaný ako pôžičky a pohľadávky splatné v súčasnosti aj v dlhodobom horizonte, ako aj prebytkové položky,
   j) **zmeny v kapitáli a zisku** – ročná percentuálna zmena v súčte kapitálu a zisku spolu s dobrovoľnými investíciami v prebiehajúcom roku oproti tomuto súčtu v predchádzajúcom roku,
   k) **operačná hotovosť** – hotovosť generovaná z operácií spoločnosti, vo všeobecnosti definovaná ako príjmy mínus všetky operačné výdavky,

Obrázok 1: **Distribúcia hodnotení A. M. Best Ratingu podľa verejných údajov v rokoch 2004-2006**



Zdroj: www.ambest.com, 2008

2. **hodnotenie operačnej výkonnosti** meria operačnú výkonnosť na základe trendov v raste príjmov, návratnosti výnosov, zmenách v pomere zdravotnej spotreby a administratívnych nákladoch. Operačná výkonnosť je dôležitým faktorom pri raste kapitálu alebo jeho erózii. Kľúčovým aspektom operácií spoločnosti je ako efektívne manažuje a predvída trendy medicínskych nákladov. Model analyzuje nasledujúce testy a pomery s rovnomerným rozložením váh:
   a) **čistá zmena v poistnom na mesiac a poistenca k nákladom na zdravotnú starostlivosť** – medziročná percentuálna zmena vo výnosoch z poistného na poistenca oproti medziročnej zmene v nákladoch na zdravotnú starostlivosť,
   b) **úpisy na mesiac a poistenca** – meria nárast úpisov spoločnosti v pomere k poistnému kmeňu,
   c) **návratnosť výnosov** – čistý príjem ako percento celkových výnosov; tento pomer meria príjmy o zdanení v pomere k celkových zdrojom z operácií,
   d) **zmeny v spotrebe v dňoch na 1000 poistencov** – celkový počet dní na 1000 poistencov; vypočíta sa ako 1000-násobok celkového počtu dní všetkých poistných vzťahov delený počtom poistencov v každom mesiaci posledného roka vydeleného 12,
   e) **trend v pomere zdravotnej spotreby** – nákladový pomer celkových využívaných benefitov v porovnaní s príjmami z poistného na zdravotné poistenie; ukazuje objem výnosov z poistného skutočne spotrebovaných na zdravotnú starostlivosť,
   f) **trend v administratívnych nákladoch** – náklady spojené s celkovým manažmentom a operáciami spoločnosti, ktoré nie sú v priamom vzťahu k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti; udáva sa ako percento čistého poistného na stanovenie objemu príjmov z poistného použitého na administratívne výdavky,
3. **hodnotenie biznis profilu** pozostáva z týchto parametrov:
   a) **rast počtu poistencov** (váha 25 %),
   b) **percento poistencov** (váha 25 %),
   c) **nárast výnosov** (váha 25 %),
   d) **percento výnosov** (váha 25 %).

2.1.1.2 Weiss

Firma Weiss má databázu ratingov 1 700 zdravotných poisťovní, ktorá zahŕňa 700 Health Maintenance Organizations (HMOs). Hodnotenia sú spracovávané analytikmi firmy. Ratingy sú založené na vyhodnotení údajov, ktoré sú verejne dostupné ako aj údajov, ktoré si vyžiadajú priamo z poisťovne.

Ratingy Weiss sú kompletné nezávislé hodnotenia finančnej stability. Sú odvodené najmä z ročných a štvrťročných finančných správ, ktoré sa získavajú od štátnych komisárov pre poisťovne. Tieto údaje sú doplnené informáciami priamo z poisťovní. Aj napriek vzájomnej komunikácii poisťovne nemajú možnosť ovplyvniť konečné hodnotenie alebo zabrániť publikácii výsledkov.

Výsledné hodnotenie je založené na komplexnej analýze stovky faktorov, ktoré sú zlúčené do série indexov, a to:

1. **kapitalizačný index** - meria primeranosť kapitálu v zmysle schopnosti poisťovne zaobchádzať s rôznymi obchodnými a ekonomickými scenármi, ktoré môžu ovplyvniť investičnú výkonnosť, vyrovnanie sa s poistným plnením, vytrvalosť a trhovú pozíciu; index kombinuje dva ukazovatele hodnotiace kapitál upravený o riziko ako aj test investícií, ktorý hodnotí riziko cenotvorby,
2. **index investičnej bezpečnosti** – meria expozíciu investičného portfólia spoločnosti k strate istiny a/alebo jej výnosov spôsobeného platobnou neschopnosťou alebo trhovými rizikami; každá investičná oblasť je hodnotená faktorom, ktorý zohľadňuje kvalitu a likviditu; tento faktor sa meria ako samostatný index len pre životné, zdravotné a anuitné poisťovne,
3. **index primeranej rezervy** – hodnotí primeranosť rezerv spoločnosti a jej schopnosť správne predvídať objem poistného plnenia; tento index sa hodnotí len pre majetkové a havarijné poistenie,
4. **index ziskovosti** – meria správnosť operácií spoločnosti a prínos profitu k finančnej sile spoločnosti.
5. **index likvidity**- hodnotí schopnosť spoločnosti získať nevyhnutnú hotovosť na uspokojenie poistných nárokov; pri jeho hodnotení sa modelujú viaceré hotovostné scenáre, aplikujú sa testy likvidity na stanovenie možností spoločnosti na vysporiadanie sa s neočakávaným nárastom plnení a/alebo odlivom poistencov,
6. **index stability** – integruje viacero faktorov, ktoré ovplyvňujú konzistenciu (alebo jej nedostatok) v udržiavaní finančnej stability v čase; tieto faktory zahŕňajú:
   a) diverzifikáciu rizika v zmysle veľkosti poisťovne alebo skupiny, počtu poistných plánov, počtu poistencov a poskytovateľov a zaistenia,
   b) zhoršovanie sa operácií, ktoré sa prejavuje v kritickom majetku, záväzkoch, príjmoch a výdavkoch,
   c) počet rokov existencie,
   d) predchádzajúce problematické oblasti, kde napriek aktuálnemu zlepšeniu spoločnosť potrebuje preukázať dlhšie obdobie stability,
   e) podstatné zmeny v operáciách spoločnosti,
   f) potenciálne nezrovnalosti ako kvalita následného poistenia, zodpovedanie majetku záväzkom a zdroj kapitálu,
   g) vzťahy s holdingovými spoločnosťami.

Na základe týchto 6 indexov sa stanoví záverečné hodnotenie vo forme písmena abecedy (Tabuľka 10). Dobré hodnotenie vyžaduje, aby všetky indexy boli na vysokej úrovni. Ak je čo i len jeden index nízky, záverečné hodnotenie je nízke.

Ratingy sú uvedené na internetovej stránke: http://www.thestreet.com/tsc/ratings/screener.html

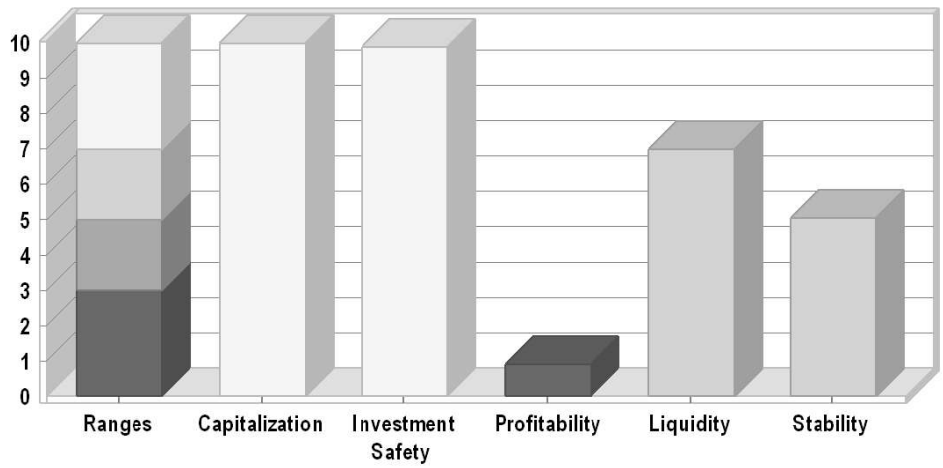
Príklad ratingu je na Obrázku 2.

Tabuľka 10: Záverečné hodnotenie v ratingu podľa Weissa

Rating	Definicia
A	**Vynikajúce.** Zdravotná poisťovňa má vynikajúcu finančnú stabilitu. Udržiava si konzervatívny postoj v stratégiách investovania, obchodných operácií a prijímania poistného rizika. Aj keď sa finančná pozícia poisťovne môže zmeniť, táto ZP má zdroje potrebné na to, aby prežila v zhoršených ekonomických podmienkach.
B	**Dobré.** Zdravotná poisťovňa má dobrú finančnú stabilitu a má zdroje, aby preklenula rôzne nepriaznivé ekonomické podmienky. S ľahkosťou prevyšuje minimálne požiadavky hodnotiacich kritérií a je veľká pravdepodobnosť, že ostane stabilnou. V prípade veľkej recesie alebo finančnej krízy je však potrebné hodnotenie zopakovať, aby bola istota, že ZP je finančne stabilná.
C	**Priemerné.** Zdravotná poisťovňa ponúka len priemernú finančnú stabilitu a je v súčasnosti stabilná. V prípade ekonomických tlakov však môže mať problémy pri udržaní stability.
D	**Slabé.** Zdravotná poisťovňa vykazuje vážne slabiny v hospodárení, ktoré môžu následne negatívne ovplyvniť poistencov. V prípade zhoršenia ekonomického prostredia sa nedostatky v hospodárení môžu výrazne prehĺbiť.
E	**Veľmi slabé.** Zdravotná poisťovňa vykazuje veľmi vážne slabiny a zlyhala v niekoľkých základných testoch, preto aj za priaznivých podmienok poistenci môžu byť v značnom riziku.
F	**Zlyhanie.** Zdravotná poisťovňa neprešla testom, ak je v súčasnosti pod dohľadom regulačného úradu, v procese rehabilitácie, v procese likvidácie, alebo sa zrušila.
U	**Nehodnotené.** Zdravotná poisťovňa nebola hodnotená, ak má majetok menej ako 1 milión USD, príjem z poplatkov bol menej ako 100 000 USD, nie je dostatok informácií a pod.

Zdroj: www.thestreet.com, 2008

Obrázok 2: Príklad hodnotenia zdravotnej poisťovne ratingom Weiss



Zdroj: www.thestreet.com, 2008

2.1.1.3 Standard & Poor's

Standard & Poor's je renomovaná svetoznáma inštitúcia, hodnotiaca široké spektrum finančných operácií. Je súčasťou firmy McGraw-Hill. Publikuje index S&P 500, ktorý hodnotí akcie najväčších 500 korporácií obchodovaných na burze v New Yorku a je druhým najznámejším indexom vo finančnom svete po Dow-Jonesovom indexe.

Standard & Poor's vypracováva aj finančný rating rôznych finančných subjektov, medzi nimi aj zdravotných poisťovní. Standard & Poor's hodnotí schopnosť poisťovne platiť svoje záväzky. Takisto publikuje tzv. Security Rating a Financial Enhacement Rating. Údaje sú prístupné na internetovej stránke http://www2.standardandpoors.com/.

2.1.1.4 Fitch Ratings

Fitch Ratings je medzinárodná spoločnosť so sídlom v New Yorku a Londýne. Takisto je jednou z inštitúcií, ktoré sa zaoberajú finančným ratingom zdravotných poisťovní. Fitch Ratings vypracováva tzv. IFS rating založený na schopnosti poisťovní vyplatiť pohľadávky najdlhšie poistených poistencov v adekvátnom časovom limite. Údaje sú prístupné na internetovej stránke http://www.fitchratings.com/.

2.1.1.5 Moody's

Moody's je jednou z najväčších a najznámejších ratingových agentúr. Spoločnosť bola založená v roku 1909. Poskytuje finančný rating komerčných a vládnych entít. Zabezpečuje aj hodnotenie kredibility. Má 40 %-ný podiel na svetovom trhu ratingu kredibility. Vypracováva tiež finančné hodnotenia zdravotných poisťovní, v ktorých meria schopnosť poisťovní zaplatiť pohľadávky a požiadavky najstarších poistencov. Údaje sú prístupné na internetovej stránke http://www.moodys.com/.

2.1.1.6 National Association of Insurance Commissioners (NAIC)

NAIC je organizácia regulátorov – komisárov poisťovní z 50 štátov, D.C. a 5 teritórií. Ide o najväčšiu databázu na svete pre finančné údaje o poisťovniach (nielen zdravotných). Jej úlohou je ochraňovať záujmy spotrebiteľa – poistenca.

Okrem iných úloh zbiera údaje o sťažnostiach poistencov prostredníctvom Consumer Information Source (prístupné na internete http://www.naic.org/cis/index.do).

NAIC má na starosti aj databázu **IRIS**, ktorá poskytuje informácie o finančnej solventnosti poisťovní. Na hodnotenia používa finančné hlásenia poisťovní a vypočítava množstvo finančných indexov, ktoré merajú finančný stav poisťovne ako ziskovosť, solventnosť a likviditu. Pre životné a zdravotné poisťovne sa každoročne vyhodnocuje 12 indexov. Indexy a rozsahy sú generované softvérovými programami. Ak počítač nájde nepriaznivý stav, automaticky identifikuje poisťovňu s problémami. Uvedené hlásenia si možno objednať na internetovej stránke NAIC.

Tieto indexy sa dajú rozdeliť do 4 skupín:

1. **celkové indexy**
   a) hrubé a čisté zmeny v kapitáli a zisku,
   b) čistý príjem v pomere k celkovému príjmu,
   c) provízie na akvizičné náklady a výdavky v pomere k poistnému a vkladom,
2. **investičné indexy**
   a) adekvátnosť investičného príjmu,
   b) neakceptovaný majetok k akceptovanému majetku,
   c) celkové nehnuteľnosti a celkové hypotéky k hotovosti a investovanému majetku,
   d) celkové príbuzné investície ku kapitálu a zisku,
3. **pomer prebytku poisťovne na zaistení**
   a) prebytok poisťovne na zaistení,
4. **zmeny v operačných indexoch**
   a) zmeny vo výške poistného,
   b) zmeny v produktoch,
   c) zmeny vo vlastníctve,
   d) zmeny v pomere rezerv.

2.1.2 Spotrebiteľské ratingy a hodnotenia správnej lekárskej praxe

2.1.2.1 Národná komisia pre zabezpečenie kvality (National Committee for Quality Assurance, NCQA)

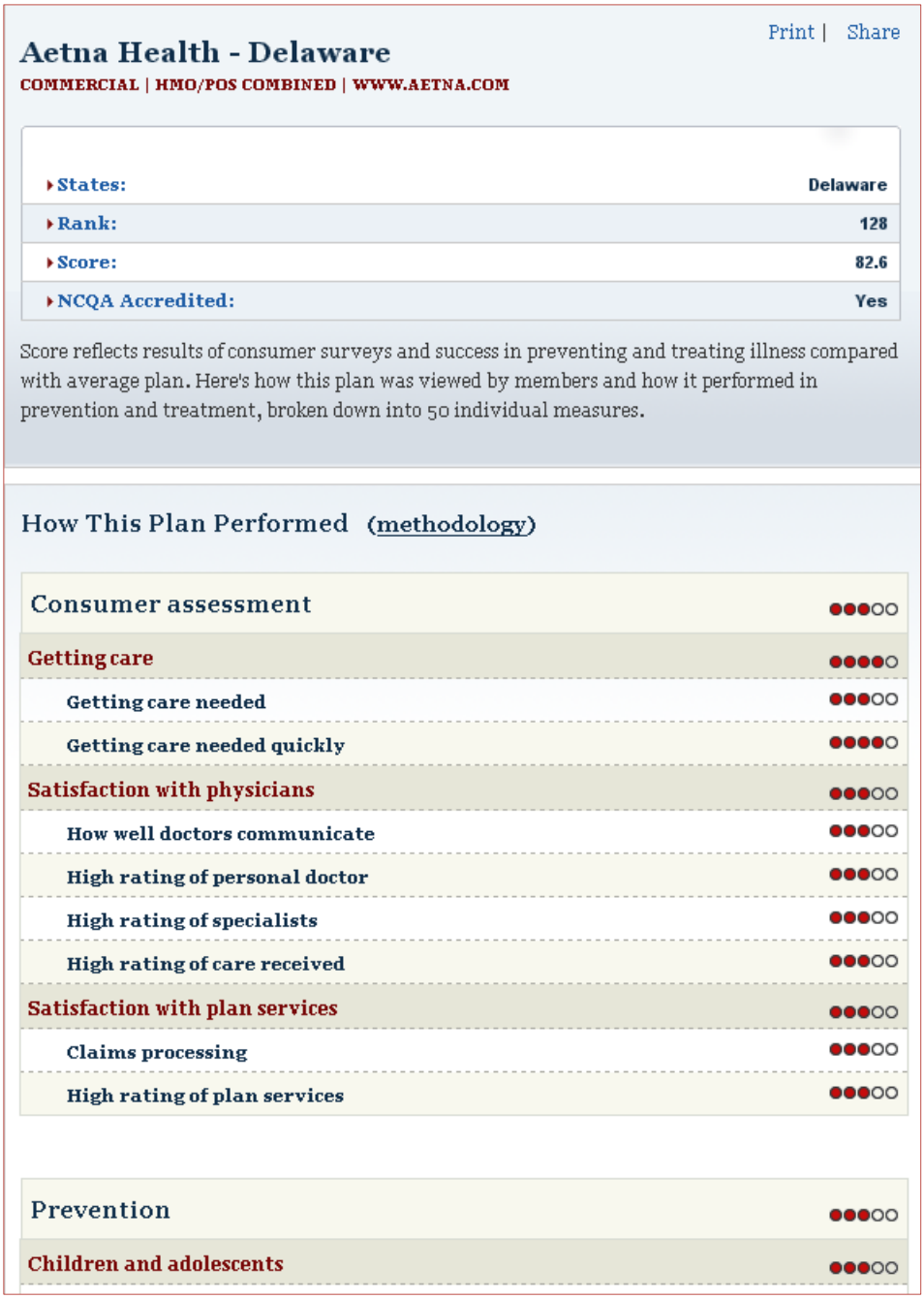
NCQA je nezávislá nezisková organizácia, ktorá vykonáva ratingy zdravotných poisťovní v USA. Jej úlohou je meranie a hodnotenie zdravotnej starostlivosti formou ratingu zdravotných poisťovní s cieľom umožniť spotrebiteľovi informovaný výber a získať najlepšiu možnú starostlivosť. Ďalším cieľom je spätná väzba pre poisťovne, aby prostredníctvom získaných informácií mohli zlepšovať kvalitu svojej práce.

Okrem samotného ratingu NCQA poskytuje aj možnosť tzv. akreditácie poisťovní. Pomocou akreditácie hodnotí, ktoré poisťovne spĺňajú jej podmienky a teda majú záujem o zlepšovanie svojich výsledkov. Napriek tomu, že program NCQA je dobrovoľný, je v ňom zapojená veľká väčšina zdravotných poisťovní. Akreditácia NCQA je široko uznávaná a mnohé veľké organizácie nezakúpia poistku pre svojich zamestnancov v takej poisťovni, ktorá nemá akreditáciu NCQA. Poisťovne akredito-

vané NCQA majú v 30-tich štátoch USA výnimku z povinného ročného auditu zdravotných poisťovní. Poisťovne, ktoré splnia podmienky inštitúcie majú tiež právo používať označenie kvality NCQA.

NCQA rozširuje informácie prostredníctvom svojej internetovej stránky a tzv. Report Cards (vysvedčení). Report cards sú voľne dostupné na internetovej stránke http://www.ncqa.org/tabid/60/Default.aspx a poskytujú možnosť podrobnej analýzy plánov podľa výsledkov hodnotenia a získania akreditácie. Prístupný je aj tzv. kalkulátor dividend kvality, ktorý vypočíta predpokladané zvýšenie produktivity a pokles práceneschopnosti pracovníkov, ak si zakúpia lepší poistný plán.

Obrázok 3: Príklad hodnotenia zdravotnej poisťovne ratingom NCQA



Print | Share

Aetna Health - Delaware

COMMERCIAL | HMO/POS COMBINED | WWW.AETNA.COM

States:	Delaware
Rank:	128
Score:	82.6
NCQA Accredited:	Yes

Score reflects results of consumer surveys and success in preventing and treating illness compared with average plan. Here's how this plan was viewed by members and how it performed in prevention and treatment, broken down into 50 individual measures.

How This Plan Performed (methodology)

Consumer assessment	●●●○○
Getting care	●●●●○
Getting care needed	●●●○○
Getting care needed quickly	●●●●○
Satisfaction with physicians	●●●○○
How well doctors communicate	●●●○○
High rating of personal doctor	●●●○○
High rating of specialists	●●●○○
High rating of care received	●●●○○
Satisfaction with plan services	●●●○○
Claims processing	●●●○○
High rating of plan services	●●●○○
Prevention	●●●○○
Children and adolescents	●●●○○

Zdroj: www.ncqa.org, 2008

NCQA vydáva každoročne v spolupráci s časopisom **U.S. News and World Report** jedno číslo časopisu zamerané na analýzu najlepších zdravotných poisťovní. Tento týždenník má asi 10 miliónov čitateľov a je známy svojimi rebríčkami o najlepších vysokých školách, najlepších nemocniciach v USA a pod. Rebríček je prístupný aj na internetovej stránke http://www.usnews.com/listings/health-plans.

Najpodrobnejšie údaje sú prístupné cez tzv. NCQA's Quality Compass® a tzv. licencové dokumenty, ktoré umožňujú veľmi podrobnú analýzu trhu pre záujemcov.

Okrem ratingov a akreditačného procesu sa NCQA zúčastňuje aj na certifikácii a programoch na ocenenie lekárov. Metodiky, ktoré NCQA používa, zahŕňajú dotazník na mieste poskytovania starostlivosti ako aj dotazník na diaľku, audity, dotazníky spokojnosti spotrebiteľov a zbieranie údajov o klinických ukazovateľoch.

Aby sa zabezpečil jednotný a štandardizovaný postup pri zbieraní údajov, NCQA používa **HEDIS** systém.

2.1.2.1.1 Hodnotenie NCQA prostredníctvom HEDIS

Hodnotenie sa uvádza formou vzájomného porovnania poisťovní, a teda nie ako samostatné hodnotenie. Jednotlivé typy poisťovní (súkromné, HMO a Medicaid) sú hodnotené osobitne. Maximálne skóre je 100 bodov, z čoho je až 15 bodov za akreditáciu NCQA. Sleduje sa 50 parametrov pre súkromné poisťovne, 28 pre HMO a 35 pre Medicaid. NCQA hodnotenie zahŕňa aj spotrebiteľské hodnotenie a hodnotenie správnej lekárskej praxe.

V oblasti spotrebiteľského ratingu sa dotazníkovou formou sledujú parametre spokojnosti pacienta prostredníctvom CAHPS iniciatívy, ktorá sa vyvíja v spolupráci s organizáciou Agency for Healthcare Research and Quality (Tabuľky 11, 12 a 13).

Odpovede si respondenti vyberajú z nasledujúcich možností:

- najčastejšie, vždy, zvyčajne, niekedy alebo nikdy,

alebo:

- áno alebo nie.

Vyhodnotenie dotazníkov sa udáva v percentách pre odpovede „vždy“ a „zvyčajne“ spolu a samostatne pre „vždy“.

Tabuľka 11: **Kritériá ratingu NCQA prostredníctvom HEDIS**

Parameter	Definícia
Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	
Dostupnosť potrebnej zdravotnej starostlivosti	Podiel opýtaných, pre ktorých bolo ľahké získať časenku k lekárovi na preventívnu starostlivosť, na odbery, vyšetrenia a liečebné procedúry.
Rýchla dostupnosť zdravotnej starostlivosti	Podiel opýtaných, pre ktorých bolo ľahké dostatočne rýchlo získať časenku k lekárovi na preventívnu starostlivosť, na odbery, vyšetrenia a liečebné procedúry.
Spokojnosť s lekármi	
Ako dobre lekári komunikujú	Podiel opýtaných, pri ktorých lekári v danom pokrytí mali dobré komunikačné schopnosti.
Vysoký rating osobného lekára	Podiel opýtaných, ktorí dali osobnému lekárovi vysoký rating.
Vysoký rating špecialistov	Podiel opýtaných, ktorí dali špecialistovi vysoký rating.
Vysoký rating starostlivosti	Podiel opýtaných, ktorí dali zdravotnej starostlivosti vysoký rating.
Spokojnosť so službami	
Spracovanie žiadostí	Podiel opýtaných, ktorí boli spokojní s tým, ako boli vybavené ich žiadosti.
Vysoký rating služieb zahrnutých v ich pláne	Podiel opýtaných, ktorí dali vysoký rating službám zahrnutým v ich pláne.
Zabezpečovanie poradenstva a služieb klientom	

Zdroj: www.ncqa.org, 2008

Tabuľka 12: **Dotazník CAHPS** (dokončenie tabuľky na ďalšej strane)

Dotazníkové otázky CAHPS
1. Naše záznamy ukazujú, že ste poistený v (meno poisťovne). Je to správne?
2. (Ak nie,) ako sa volá Vaša poisťovňa?
3. Za obdobie posledných 12 mesiacov, mali ste ochorenie, úraz alebo stav, keď ste okamžite potrebovali zdravotnú starostlivosť v ambulancii alebo na centrálnom príjme?
4. Za obdobie posledných 12 mesiacov, keď ste potrebovali starostlivosť okamžite, ako často sa Vám podarilo objednať sa k lekárovi tak rýchlo, ako sa Vám to zdalo potrebné?
5. Za obdobie posledných 12 mesiacov, nepočítajúc prípad, keď ste potrebovali starostlivosť okamžite, objednali ste sa k lekárovi a ak áno, tak ako často?
6. Za obdobie posledných 12 mesiacov, nepočítajúc prípad, keď ste potrebovali starostlivosť okamžite, ako často sa Vám podarilo objednať sa k lekárovi tak rýchlo, ako sa Vám to zdalo potrebné?
7. Za obdobie posledných 12 mesiacov, nepočítajúc prípad, keď ste išli na centrálny príjem, ako často ste navštívili lekára za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti?
8. Použijúc číslo od 0 (najhoršia zdravotná starostlivosť) a 10 (najlepšia zdravotná starostlivosť), aké číslo by ste použili na celkové ohodnotenie zdravotnej starostlivosti za posledných 12 mesiacov?
9. Osobný lekár je ten lekár, koho by ste navštívili, ak by ste potrebovali lekársku prehliadku, chceli by ste poradiť o zdravotnom probléme, ak by ste ochoreli alebo sa zranili. Máte osobného lekára?
10. Za obdobie posledných 12 mesiacov, ako často ste navštívili osobného lekára?
11. Za obdobie posledných 12 mesiacov, ako často Vám Váš osobný lekár vysvetlil veci tak, že Vám boli jasné?
12. Za obdobie posledných 12 mesiacov, ako často Vás Váš osobný lekár vypočul?
13. Za obdobie posledných 12 mesiacov, ako často Váš osobný lekár rešpektoval, čo ste mu povedali?
14. Za obdobie posledných 12 mesiacov, ako často Vám Váš osobný lekár venoval dostatok času?
15. Použijúc číslo od 0 (najhoršia zdravotná starostlivosť) a 10 (najlepšia zdravotná starostlivosť), aké číslo by ste použili na ohodnotenie Vášho osobného lekára?
16. Špecialisti sú lekári ako chirurgovia, kardiológovia, alergológovia, kožní lekári a iní lekári, ktorí sa špecializujú v jednej oblasti zdravotnej starostlivosti. Za obdobie posledných 12 mesiacov, objednali ste sa k špecialistovi?
17. Za obdobie posledných 12 mesiacov, bolo jednoduché dostať sa k špecialistovi?
18. Koľko špecialistov ste navštívili za posledných 12 mesiacov?
19. Teraz sa pýtame na špecialistu, ktorého ste navštívili najčastejšie za posledných 12 mesiacov. Použijúc číslo od 0 (najhoršia zdravotná starostlivosť) a 10 (najlepšia zdravotná starostlivosť), aké číslo by ste použili ohodnotiť špecialistu?
20. Za obdobie posledných 12 mesiacov, pokúsili ste sa ísť na nejaké vyšetrenie, dostať liečbu alebo inú starostlivosť?
21. Za obdobie posledných 12 mesiacov, ako často bolo pre Vás jednoduché dostať starostlivosť, liečbu alebo dostať sa na vyšetrenie cez Vašu poisťovňu?
22. Za obdobie posledných 12 mesiacov, pokúsili ste sa získať informáciu o zdravotnej starostlivosti prostredníctvom linky pre zákazníkov?
23. Za obdobie posledných 12 mesiacov, ako často Vám linka pre zákazníkov Vašej poisťovne poskytla informáciu alebo pomoc, ktorú ste potrebovali?
24. Za obdobie posledných 12 mesiacov, ako často sa k Vám linka pre zákazníkov Vašej poisťovne správala úctivo a slušne?

Tabuľka 12: **Dotazník CAHPS** (pokračovanie tabuľky z predchádzajúcej strany)

Dotazníkové otázky CAHPS
25. Za obdobie posledných 12 mesiacov, museli ste vyplniť tlačivá pre poisťovňu?
26. Za obdobie posledných 12 mesiacov, ako často sa Vám zdali tieto tlačivá priehľadné a jednoducho vyplniteľné?
27. Použijúc číslo od 0 pre najhoršiu zdravotnú poisťovňu a 10 pre najlepšiu zdravotnú poisťovňu, aké číslo by ste použili na ohodnotenie Vašej poisťovne?
28. Ako by ste ohodnotili svoj celkový zdravotný stav?
29. Za obdobie posledných 12 mesiacov, navštívili ste lekára 3 a viac krát pre to isté ochorenie?
30. Trvalo toto ochorenie viac ako 3 mesiace? Nezahrňte prosím menopauzu a tehotenstvo.
31. Potrebovali ste nejaký liek na predpis? Nezahrňte sem antikoncepciu.
32. Bol Vám predpísaný liek na ochorenie trvajúce viac ako 3 mesiace?
33. Aký je Váš vek?
34. Ste muž alebo žena?
35. Aké je Vaše najvyššie ukončené vzdelanie?
36. Ste Mexičan?
37. Aká je Vaša rasa?
38. Pomohol Vám niekto vyplniť dotazník?
39. Ako Vám pomohol?

Zdroj: www.ncqa.org, 2008

Tabuľka 13: **Doplnkové otázky CAHPS (pre určité okolnosti alebo boli použité v minulosti)**

Doplnkové otázky CAHPS
Aký veľký bol pre Vás problém získať lekára alebo zdravotnú sestru, s ktorými ste boli spokojný?
Aký veľký bol pre Vás problém navštíviť lekára-špecialistu?
Aký veľký bol problém získať starostlivosť, vyšetrenia alebo liečbu, o ktorých si lekár myslel, že sú potrebné?
Aký veľký bol problém odloženia zdravotnej starostlivosti, kým ste čakali na získanie súhlasu poisťovne?
Za posledných 12 mesiacov, ako často poisťovňa vybavila Vašu žiadosť v „rozumnom“ čase?
Za posledných 12 mesiacov, ako často poisťovňa vybavila Vašu žiadosť správne?
Aký veľký problém bol nájsť informáciu o zdravotnom pláne na internete alebo v informačnej brožúre?
Aký veľký problém bol nájsť pomoc, keď ste ju potrebovali a zavolali ste telefónom na linku pre zákazníkov?

Zdroj: www.ncqa.org, 2008

Tabuľka 14: **Ďalšie doplnkové otázky CAHPS v angličtine** (pokračovanie na ďalšej strane)

Topic	Short Item Title	Questionnaire Item Number
Behavioral health (adult only)	Rating of overall mental or emotional health (Excellent to Poor scale)	MH1
	Needed treatment or counseling for a personal or family problem	MH2
	Easy to get necessary treatment or counseling through health plan	MH3
	Overall rating of treatment or counseling (0 to 10 scale)	MH4
Chronic conditions (adult only; child items available in Child Medicaid Questionnaire)	Is personal doctor a general doctor or specialist	CC1
	Number of months or years with personal doctor	CC2
	Physical or medical condition that seriously interferes with ability to work, attend school, or manage day-to-day activities	CC3
	Personal doctor understands how any health problems affect day-to-day life	CC4
	Number of visits to specialists	CC5
	Any decisions about health care	CC6
	Consumer involved in decisions about health care	CC7
	Easy to get doctors or other health providers to agree with consumer on the best way to manage health conditions or problems	CC8
	Needed special medical equipment, such as a cane, a wheelchair, or oxygen equipment	CC9
	Easy to get special medical equipment through health plan	CC10
	Needed special therapy, such as physical, occupational, or speech therapy	CC11
	Easy to get the special therapy through health plan	CC12
	Needed someone to come into home to give home health care or assistance	CC13
	Easy to get home health care or assistance through health plan	CC14
	Needed the help of other persons with personal care needs or getting around the house because of an impairment or health problem	CC15
	Needed help with routine needs or getting around for other purposes because of an impairment or health problem	CC16
	Have physical or medical condition(s) that seriously interferes with independence, participation in the community, or quality of life	CC17
	Overall rating of how well health plan has done in providing needed equipment, services, and help (0 to 10 scale)	CC18
	Patient in a hospital overnight or longer	CC19
	Has seen doctor or provider 3 or more times for same condition or problem in last 12 months	CC20
	Condition or problem has lasted for at least 3 months	CC21
	Takes prescription medicine	CC22
	Medicine for conditions(s) lasting at least 3 months	CC23
Claims processing (both adult and child)	Any claims sent to health plan	CP1
	How often health plan handled claims correctly	CP2
	How often health plan made it clear how much consumer would have to pay before care received	CP3
Communication (C1 in both adult and child; C2-C5 in child only)	Hard time speaking with or understanding doctor because you spoke different languages	C1
	Child had hard time speaking with or understanding doctor because they spoke different languages	C2
	Whether had questions or concerns about child's health or health care	C3
	Doctors made it easy to discuss questions or concerns	C4
	Got specific information needed from doctors	C5

Tabuľka 14: **Ďalšie doplnkové otázky CAHPS v angličtine** (pokračovanie na ďalšej strane)

Topic	Short Item Title	Questionnaire Item Number
Cost sharing (adult only)	Consumer or family pay any part of the cost of health plan	CSH1
Covered by multiple plans (both adult and child)	Consumer covered by another health plan, not counting dental insurance	MP1
Dental care (both adult and child)	Got care from a dentist's office or dental clinic	D1
	Number of visits for dental care	D2
	Overall rating of dental care (0 to 10 scale)	D3
Health plan	Number of months or years in a row enrolled in health plan	HP1
	Looked for information in written material or on internet about how plan works	HP2
	Internet or written material provided needed information about how plan works	HP3
	Looked for information from health plan on cost of health care service or equipment	HP4
	Was able to find out from health plan cost of health care service or equipment	HP5
	Looked for information from health plan on cost of specific prescription medications	HP6
	Was able to find out from health plan cost of specific prescription medications	HP7
HEDIS® Set (adult only)	Consumer and doctor talked about specific things to prevent illness	H1
	Doctor/provider told consumer there were more than one choice for treatment/care	H2
	Doctor/provider discussed pros & cons of each choice for treatment/care	H3
	Doctor asked consumer which treatment/care choice they thought was best for them	H4
	Got care from doctor/provider other than personal doctor	H5
	Doctor seemed informed and up-to-date about care received from other doctors/providers	H6
	Got written or Web-based information on how health plan works	H7
	How often did info provide necessary information on how health plan works	H8
	Looked for information from health plan on cost of health care service or equipment	H9
	Was able to find out from health plan cost of health care service or equipment	H10
	Looked for information from health plan on cost of specific prescription medications	H11
	Was able to find out from health plan cost of specific prescription medications	H12
	Sent health plan claims for health care	H13
	How often health plan handled claims quickly	H14
	How often health plan handled claims correctly	H15
	Had a flu shot since Sept 1, 2006	H16
	Currently smoke every day, some days or not at all	H17
	Number of visits consumer was advised to quit smoking	H18
	Number of visits medication was recommended/discussed to help consumer quit smoking	H19
	Number of visits doctor or provider discussed methods and strategies for quitting smoking with consumer	H20

Tabuľka 14: **Ďalšie doplnkové otázky CAHPS v angličtine** (pokračovanie na ďalšej strane)

Topic	Short Item Title	Questionnaire Item Number
Interpreter (both adult and child; see specific items)	Needed interpreter to help speak with doctors or other health providers	I1 (both)
	How often got an interpreter when needed one	I2 (both)
	Child needed interpreter	I3 (child)
	How often child got an interpreter	I4 (child)
	Language mainly spoken at home	I3 (adult) I5 (child)
	Language mainly spoken at home by child	I6 (child)
Medicaid enrollment (ME1-ME4 in both adult and child; ME5 in child only)	Enrolled in Medicaid managed care plan	ME1
	Choice of health plan or automatic assignment to health plan	ME2
	Got information about health plan before signed up	ME3
	How much of the information before sign up for plan was correct	ME4
	Listed as child's payee or guardian on Medicaid records	ME5
People with mobility impairments (adult only)	Visited personal doctor	IM1
	How often examined on examination table	IM2
	How often someone tried to weigh you at doctor's office	IM3
	Whether tried to use restroom at doctor's office	IM4
	Easy to move around restroom at doctor's office	IM5
	Whether you and personal doctor talked about pain	IM6
	How often pain limited ability to do things	IM7
	Personal doctor understood impact of pain	IM8
	How often fatigue limited ability to do things	IM9
	Personal doctor understood impact of fatigue	IM10
	Needed physical or occupational therapy	IM11
	Easy to get physical or occupational therapy	IM12
	Needed speech therapy	IM13
	Easy to get speech therapy	IM14
	Whether used any mobility equipment	IM15
	Tried to get mobility equipment repaired through health plan	IM16
	Easy to get mobility equipment repaired through health plan	IM17
	Tried to get or replace mobility equipment through health plan	IM18
	Easy to get or replace mobility equipment that was needed through health plan	IM19
	Ability to walk a quarter mile	IM20
	Had difficulty or needed assistance to walk that far	IM21
Personal doctor (both adult and child)	Had same personal doctor before joining plan	PD1
	Easy to get personal doctor you were happy with	PD2
Pregnancy care (adult only)	Screen for gender	P1
	Consumer is currently pregnant	P2
	Visited a doctor or other health provider for a pregnancy care check-up for this pregnancy	P3
Prescription medicine (adult only)	Got new prescription medicines or refilled a prescription	PM1
	Easy to get prescription medicine from health plan	PM2
	How often got needed prescription medicine through health plan	PM3

Tabuľka 14: **Ďalšie doplnkové otázky CAHPS v angličtine** (pokračovanie na ďalšej strane)

Topic	Short Item Title	Questionnaire Item Number
Quality Improvement (both adult and child)	Reasons it was not easy to get appointment with specialist	AS1
	Days wait time between making appointment and seeing provider	AR1
	How often had to wait for appointment because provider's lack of hours/ availability	AR2
	Got care from doctor or provider besides personal doctor	OHP1
	How often personal doctor seemed up to date about care from other providers	OHP2
	Whether there was coordination of care among different doctors/providers	OHP3
	Who coordinated care	OHP4
	Satisfaction with help received to coordinate care	OHP5
	Visited doctor's office/clinic for after hours care	AH1
	How easy it was to get after hours care	AH2
	Reasons it was not easy to get after hours care	AH3
	Called doctor's office during regular hours for help	CO1
	How often got needed help when called during regular office hours	CO2
	Called doctor's office after regular hours for help	CO3
	How often got needed help when called after regular office hours	CO4
	Reasons consumer didn't get needed help when called after regular office hours	CO5
	Looked for written or Web-based materials about how health plan works	PW1
	How often these materials provided needed information about how health plan works	PW2
	How often was it easy to use or understand this information on how health plan works	PW3
	What kind of information was not easy to understand or use	PW4
	Where consumer got that information	PW5
	Whether consumer went to plan's Web site looking for information	PW6
	Usefulness of information on Web site	PW7
	Whether consumer used information on Web site to choose doctor, specia-list, or group of providers	PW8
	Reasons consumer didn't get needed help or information from customer service	CS1
	Number of calls it took to get needed help or information from customer service	CS2
Referrals (both adult and child)	Easy to get a referral to a specialist	R1
Relation to policyholder (adult only)	Sampled consumer is policyholder	RP1
Specialized services (child only)	Needed someone to come into home to give child home health care or assistance	SS1
	Easy to get home health care or assistance for child through health plan	SS2
Transporta-tion (both adult and child)	Phoned health plan to get help with transportation	T1
	How often got needed help with transportation from health plan	T2
	How often health plan's help with transportation met needs	T3

Tabuľka 14: Ďalšie doplnkové otázky CAHPS v angličtine (dokončenie)

Topic	Short Item Title	Questionnaire Item Number
Utilization (both adult and child)	Times visited emergency room	UT1
	Was specialist consumer saw most often same as personal doctor	UT2
Well-child care (child only)	Child is 2 years or younger	WC1
	Got reminders to bring child in for check-up, shots, or drops	WC2
	Child has gone to doctor or other health provider for check-up, shots, or drops	WC3
	Got appointment for check-up, shots, or drops as soon as needed	WC4

Zdroj: www.ncqa.org, 2008

Obrázok 4: Príklad dotazníka HEDIS

Draft Document for HEDIS 2009 Public Comment
Obsolete after March 14, 2008 3

6. **In the last 6 months, not counting times your child needed care right away, how often did you get an appointment for health care at a doctor's office or clinic as soon as you thought your child needed?**
   - [1] ☐ Never
   - [2] ☐ Sometimes
   - [3] ☐ Usually
   - [4] ☐ Always

7. **In the last 6 months, not counting times your child went to an emergency room, how many times did he or she go to a doctor's office or clinic to get health care?**
   - [0] ☐ None ➔ **If None, Go to Question 13**
   - [1] ☐ 1
   - [2] ☐ 2
   - [3] ☐ 3
   - [4] ☐ 4
   - [5] ☐ 5 to 9
   - [6] ☐ 10 or more

8. **In the last 6 months, how often did you and your child's doctor or other health provider talk about specific things you could do to prevent illness in your child?**
   - [1] ☐ Never
   - [2] ☐ Sometimes
   - [3] ☐ Usually
   - [4] ☐ Always

9. **Choices for your child's treatment or health care can include choices about medicine, surgery, or other treatment. 0In the last 6 months, did your child's doctor or other health provider tell you there was more than one choice for your child's treatment or health care?**
   - [1] ☐ Yes
   - [2] ☐ No ➔ **If No, Go to Question 12**

10. **In the last 6 months, did your child's doctor or other health provider talk with you about the pros and cons of each choice for your child's treatment or health care?**
    - [1] ☐ Definitely yes
    - [2] ☐ Somewhat yes
    - [3] ☐ Somewhat no
    - [4] ☐ Definitely no

11. **In the last 6 months, when there was more than one choice for your child's treatment or health care, did your child's doctor or other health provider ask you which choice was best for your child?**
    - [1] ☐ Definitely yes
    - [2] ☐ Somewhat yes
    - [3] ☐ Somewhat no
    - [4] ☐ Definitely no

© 2008 National Committee for Quality Assurance

Zdroj: www.ncqa.org, 2008

2.1.2.1.2 Terapeutické parametre

Terapeutické parametre sú významnou súčasťou celkového hodnotenia. Sú vyhodnocované a publikované vo vyššieuvedených hodnoteniach a rebríčkoch. Napomáhajú spotrebiteľovi a poisťovniam vo zvyšovaní kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Sú vypracované panelom expertov a sú pravidelne prehodnocované a podľa potreby zmenené alebo doplnené (Tabuľka 15).

V pripomienkovom konaní pre rok 2009 sú nové parametre ako vyhodnotenie Body Mass Indexu (BMI, ukazovateľ obezity), poradenstvo o BMI, zdravej výžive a pohybovej aktivite, očkovanie pre dospievajúcich, starostlivosť o starších, prehodnotenie a diskusia o liekoch, ktoré pacient užíva. Ďalej návrh zmeny existujúcich parametrov ako napr. ukončenie sledovania optimálnych návštev u psychiatra pri liečbe antidepresívami, doplnenie diagnostickej mamografie do hodnotenia skríningu rakoviny prsníka a doplnenie 3 očkovaní do hodnotenia detského očkovania, a to proti hepatitíde A, rotavírusom a chrípke. Pripravujú sa aj zmeny do detskej formy dotazníku CAHPS.

Tabuľka 15: **Terapeutické kritériá ratingu NCQA** (pokračovanie na ďalšej strane)

Parameter	Definícia
Prevencia u detí a dospievajúcich	
Pravidelná prehliadka u lekára (0 – 15 rokov)	Podiel detí, ktoré mali aspoň 6 pravidelných prehliadok vo veku od 0 do 15 rokov
Pravidelná prehliadka u lekára (3 – 6 rokov)	Podiel detí, ktoré mali aspoň 1 pravidelnú prehliadku vo veku od 3 do 6 rokov
Dostupnosť pre deti (7 – 11 rokov)	Podiel detí, ktoré mali vo veku od 7 do 11 rokov aspoň 1 návštevu u lekára primárnej starostlivosti
Pravidelná prehliadka u lekára (12 – 21 rokov)	Podiel detí, ktoré mali aspoň 1 pravidelnú prehliadku vo veku od 12 do 21 rokov
Očkovanie detí a dospievajúcich	
Všetky očkovania v 2 rokoch	Podiel detí, ktoré mali všetky očkovania v 2 rokoch
Všetky očkovania v 13 rokoch	Podiel detí, ktoré mali všetky očkovania v 13 rokoch
Starostlivosť o ženy	
Prenatálna starostlivosť	Podiel žien, ktoré porodili dieťa a absolvovali v prvom trimestri prenatálnu starostlivosť
Popôrodná starostlivosť	Podiel žien, ktoré boli na kontrole u lekára v období medzi 3. – 8. týždňom po pôrode
Skríning na onkologické ochorenia	
Skríning na rakovinu prsníka	Podiel žien vo veku od 40 do 69 rokov, ktoré mali urobené mamografické vyšetrenie
Skríning na rakovinu krčka maternice	Podiel žien vo veku od 21 do 64 rokov, ktoré mali urobený ster z krčka maternice
Skríning na rakovinu hrubého čreva	Podiel poistencov od 50 do 80 rokov, ktorí mali vykonaný skríning na rakovinu hrubého čreva
Iné preventívne vyšetrenia	
Skríning na chlamýdiu	Podiel žien od 16 do 25 rokov, ktoré absolvovali skríning na chlamýdiu
Liečba astmy	
Vhodná liečba 5-9-ročných	Podiel detí s astmou vo veku 5 – 9 rokov, ktorí boli adekvátne liečení
Vhodná liečba 10-17-ročných	Podiel detí s astmou vo veku 10 – 17 rokov, ktorí boli adekvátne liečení
Vhodná liečba 18-56-ročných	Podiel dospelých s astmou vo veku 18 – 56 rokov, ktorí boli správne liečení

Tabuľka 15: **Terapeutické kritériá ratingu NCQA** (pokračovanie na ďalšej strane)

Parameter	Definícia
Diabetes mellitus	
Vyšetrenie očnej sietnice	Podiel poistencov vo veku od 18 do 75 rokov s diabetom typu 1 alebo typu 2, ktorým bolo vyšetrené očné pozadie
Vyšetrenie glukózy	Podiel poistencov vo veku od 18 do 75 rokov s diabetom typu 1 alebo typu 2, ktorým bola vyšetrená hladina glukózy v krvi
Kontrola glykémie	Podiel poistencov vo veku od 18 do 75 rokov s diabetom typu 1 alebo typu 2, ktorí mali hladinu glykovaného hemoglobínu pod 9 %
Skríning LDL cholesterolu	Podiel poistencov vo veku od 18 do 75 rokov s diabetom typu 1 alebo typu 2, ktorým bola vyšetrená hladina LDL-cholesterolu ako skríningové vyšetrenie
Udržiavaný LDL cholesterol	Podiel poistencov vo veku od 18 do 75 rokov s diabetom typu 1 alebo typu 2, ktorí mali hladinu LDL-cholesterolu pod 100mg/dl
Kontrola funkcie obličiek	Podiel poistencov od 18 do 75 rokov s diabetom typu 1 alebo typu 2, ktorým bolo vykonané funkčné vyšetrenie obličiek
Ochorenia srdca	
Betablokátor po infarkte	Podiel poistencov vo veku od 35 rokov a viac, ktorí mali infarkt myokardu a dostali betablokátor do 7 dní od prepustenia z nemocnice
Zotrvanie betablokátorovej liečby	Podiel poistencov vo veku od 35 rokov a viac, ktorí mali infarkt myokardu a dostávali betablokátor po dobu aspoň 6 mesiacov od prepustenia z nemocnice
Kontrola vysokého tlaku	Podiel poistencov s hypertenziou vo veku od 18 do 85 rokov, ktorí mali posledný tlak pod 140/90
Doporučenie prestať fajčiť	Podiel poistencov - fajčiarov vo veku od 18 rokov, ktorí boli poučení o potrebe prestať fajčiť
Diskusia stratégií ako prestať fajčiť	Podiel poistencov - fajčiarov vo veku od 18 rokov, s ktorými lekár diskutoval o stratégii, ako prestať fajčiť
Diskusia o liekov na prestanie fajčenia	Podiel poistencov - fajčiarov vo veku od 18 rokov, s ktorými lekár diskutoval o liekoch pomáhajúcich prestať fajčiť
Skríning LDL cholesterolu	Podiel poistencov vo veku od 18 do 75 rokov s ochorením srdca, ktorí mali skríningovo vyšetrenú hladinu LDL-cholesterolu
Udržiavaný LDL cholesterol	Podiel poistencov vo veku od 18 do 75 rokov s ochorením srdca, ktorí mali hladinu LDL-cholesterolu pod 100mg/dl
Iné liečby	
Liečba reumatoidnej artritídy	Podiel poistencov vo veku od 18 rokov s diagnostikovanou reumatoidnou artritídou a správnou predpísanou liečbou
Monitoring dlhodobej liečby	Podiel poistencov vo veku od 18 rokov s určitými liekmi, ktorí boli klinicky monitorovaníi
Spirometrické vyšetrenie u pacientov s chronickou bronchitídou	Podiel poistencov vo veku od 40 rokov s chronickou bronchitídou potvrdenou spirometrickým vyšetrením
Vhodné antibiotiká (ATB) u detí pri infekcii horných dýchacích ciest	Podiel poistencov vo veku od 3 mesiacov do 18 rokov, ktorí nedostali ATB do 3 dní po diagnóze nádchy
Vhodná diagnostika a liečba detskej faringitídy	Podiel poistencov vo veku od 2 do 18 rokov, ktorí boli diagnostikovaní s angínou, mali vyšetrenie na streptokoky a dostali ATB
Vhodné ATB pri akútnej bronchitíde u dospelých	Podiel poistencov vo veku od 18 do 64 rokov, ktorí nedostali ATB do 3 dní po diagnóze akútnej bronchitídy

Tabuľka 15: **Terapeutické kritériá ratingu NCQA** (dokončenie z predchádzajúcej strany)

Parameter	Definícia
Psychiatria	
Depresia - kontrola po diagnóze	Podiel poistencov vo veku od 18 rokov s novodiagnostikovanou depresiou, predpísanou liečbou a aspoň 3 kontrolami u lekára.
Depresia – liečba 12 týždňov	Podiel poistencov vo veku od 18 rokov s novodiagnostikovanou depresiou, predpísanou liečbou, ktorí zostali na liečbe aspoň 12 týždňov.
Depresia – liečba 12 týždňov	Podiel poistencov vo veku od 18 rokov s novodiagnostikovanou depresiou, predpísanou liečbou, ktorí zostali na liečbe aspoň 6 mesiacov.
Kontrola po psychiatrickej hospitalizácii	Podiel poistencov vo veku od 6 rokov, ktorí boli hospitalizovaní na psychiatrii a po prepustení absolvovali kontrolu u lekára do 1 týždňa a následne do1 mesiaca od prepustenia z nemocnice.
Liečba na závislosť na alkohole a drogách zahájená	Podiel poistencov vo veku od 13 rokov, ktorí boli diagnostikovaní so závislosťou na alkohole alebo drogách a následne liečení.
Liečba na závislosť na alkohole a drogách 30 dní	Podiel poistencov vo veku od 13 rokov, ktorí boli diagnostikovaní so závislosťou na alkohole alebo drogách a následne liečení aspoň 2-krát do 30 dní.
Kontrola po diagnóze hyperaktivity	Podiel poistencov vo veku od 6 do 12 rokov s novodiagnostikovanou hyperaktivitou a boli na kontrole u lekára do 30 dní.

Zdroj: www.ncqa.org, 2008

2.1.2.2 Časopis Consumer Report

Časopis **Consumer Report** je v USA známy svojimi hodnoteniami spotrebiteľského charakteru. Ide o renomovaný mesačník, hodnotiaci rôzne tovary a služby od bielej techniky a elektroniky cez hodnotenie kvality leteckých spoločností až po hodnotenie napr. pracích práškov.

Každoročne tiež vyhodnocujú zdravotné poisťovne. Údaje sa získavajú prostredníctvom dotazníka. V ňom sa pýtajú čitateľov časopisu na ich vlastné skúsenosti s poisťovňami HMO a PPO (ide o selektívny výber populácie).

Hodnotených je niekoľko parametrov.

- čitateľské skóre – reprezentuje celkovú spokojnosť so zdravotnou poisťovňou a nie je limitované špecifickými ukazovateľmi, ktoré boli predmetom ďalšieho hodnotenia; skóre 100 znamená, že všetci poistení boli absolútne spokojní, a 0 absolútne nespokojní,
- index výberu lekárov – je založený na spokojnosti respondentov s výberom lekárov primárnej starostlivosti a špecialistov,
- lekárska starostlivosť – meria spokojnosť respondentov s lekárskou starostlivosťou lekárov primárnej starostlivosti a špecialistov,
- prístup k lekárom – reprezentuje percento respondentov, ktorí mali problém získať súhlas poisťovne s vyšetrením u špecialistu, problémy so zmluvami lekárov s poisťovňami alebo neakceptovanie nových pacientov lekármi, počet tých, ktorí museli dlho čakať na vyšetrenie alebo prestali navštevovať lekára, pretože s ním boli nespokojní,
- lekári primárnej starostlivosti – ukazuje do akej miery mali respondenti problémy s lekármi prvého kontaktu,
- vyúčtovanie – meria percento tých, ktorí mali problémy s účtami alebo sťažnosťami,
- percento poistencov, ktorí mali problémy dostať sa k zdravotnej starostlivosti – udáva podiel tých respondentov, ktorí mali problém dostať sa k liečbe alebo vyšetreniu, o ktorom si oni alebo ich lekár mysleli, že ich potrebujú, mali problém s úhradou liekov, alebo sa ich stav zhoršil, pretože museli čakať na liečbu,
- percento poistencov, ktorí by chceli zmeniť poistný plán.

Hodnotenie sa uverejňuje v časopise Consumer Report raz ročne alebo sa dá zakúpiť online na internetovej stránke http://www.consumerreports.org/cro/health-fitness/health-care/health-plans-9-07/overview/0709_hmo_ov_1.htm.

Obrázok 5: Príklad ratingu časopisu Consumer Report

Better ← → Worse

In order of reader score.

Plan name	Reader score (0–100)	Choice of doctors	Care from doctors	Access to doctors	Primary-care doctors	Billing	% with problems getting access to care	% who want to switch plans
HMOs								
Tufts Health Plan (MA, NH, RI)	85	Better	Better	Average	Average	Better	4	14
Kaiser Permanente Northwest (OR, WA)	84	Average	Average	Worse	Better	Best	9	11
Independent Health (Western NY)	84	Better	Average	Average	Average	Best	5	15
Kaiser Permanente Northern California	83	Average	Average	Average	Average	Best	8	10
Capital District Physicians' Health Plan (NY, VT)	83	Better	Average	Average	Better	Best	4	14
Group Health Cooperative (ID, WA)	83	Better	Average	Average	Better	Better	7	13
Kaiser Permanente Southern California	82	Average	Average	Worst	Average	Best	11	12
HAP (Health Alliance Plan of Michigan)	82	Average	Average	Average	Average	Better	8	20
HealthPartners (MN, WI)	82	Average	Average	Average	Better	Better	6	15
Harvard Pilgrim Health Care (MA, ME, NH)	82	Average	Average	Average	Average	Better	6	16
Kaiser Permanente Colorado	81	Average	Average	Average	Average	Best	7	15
HMO Blue (MA)	80	Average	Average	Average	Average	Better	3	15
Blue Choice (Excellus BCBS, Rochester, NY)	80	Better	Average	Average	Average	Better	4	20
PacifiCare of Arizona	79	Average	Average	Worse	Average	Better	8	20
Kaiser Permanente Mid-Atlantic (DC, MD, VA)	79	Average	Worse	Worst	Average	Better	13	15
BlueCross BlueShield of Western NY	78	Average	Average	Average	Average	Better	3	25
HealthAmerica (PA)	78	Average	Average	Average	Average	Average	7	27
Empire Blue Cross Blue Shield (Eastern and Southeastern NY)	78	Average	Average	Average	Average	Average	5	20
PacifiCare of California	78	Average	Average	Worse	Average	Better	12	21
Blue Care Network of Michigan	78	Average	Average	Average	Average	Average	7	29
Keystone Health Plan East (DE, MD, NJ, PA)	77	Average	Average	Average	Average	Better	7	26
Humana (FL)	76	Worse	Worse	Average	Worse	Better	8	25
MVP Health Plan (NY, VT)	76	Average	Average	Average	Average	Average	6	25
Medica (MN, ND, SD, WI)	76	Average	Average	Average	Average	Average	7	24
HIP Health Plan of New York (Southern NY)	76	Worse	Average	Worse	Worse	Better	8	22
HMO Illinois, A Blue Cross Plan (IL, IN, MO, WI)	76	Worst	Worst	Worse	Worse	Worse	12	27
PacifiCare of Colorado	75	Average	Average	Average	Average	Better	8	30
Aetna Health Inc. (TX)	75	Worse	Average	Average	Average	Average	8	29
Health Net of California	75	Worse	Worse	Worst	Average	Average	14	29
Blue Shield of California Access + HMO	74	Worse	Worse	Worst	Worse	Average	14	31
Oxford Health Plans (CT, NJ, NY)	74	Worse	Average	Worse	Average	Average	9	34
Blue Cross of California HMO	72	Worst	Worst	Worst	Worse	Average	16	34
Aetna Health Inc. (PA)	72	Worse	Average	Worse	Average	Average	7	37
Aetna Health Inc. (FL)	72	Worse	Worse	Worst	Worse	Average	15	36
PPOs								
Anthem Blue Cross Blue Shield of Connecticut	83	Better	Better	Better	Average	Average	3	13
CareFirst BlueCross BlueShield (DC, MD, VA)	83	Better	Average	Average	Average	Average	3	12
Blue Cross Blue Shield of Alabama	81	Better	Average	Average	Average	Average	3	14
Blue Cross Blue Shield of Illinois	81	Better	Average	Average	Average	Average	5	13
Mutual of Omaha (1)	81	Better	Better	Average	Average	Average	6	16

(1) *Leaving the PPO industry.*

Zdroj: www.consumerreports.org, 2008

2.1.2.3 Iné spotrebiteľské hodnotenia a hodnotenia správnej lekárskej praxe

Okrem vyššieuvedených veľkých ratingových spoločností existuje aj veľké množstvo organizácií menšieho rozsahu, ktoré spracuvávajú hodnotenia a rebríčky zvyčajne na lokálnej úrovni.

Každý štát má organizáciu slúžiacu na hlásenie sťažností zákazníkov – poistencov, ktoré sú prístupné na internete. Niektoré štáty uverejňujú aj vlastné rebríčky a hodnotenia. Zvyčajne využívajú HEDIS z NCQA a CAHPS, ktoré boli popísané vyššie. Uvádzame niekoľko príkladov:

V štáte Florida prostredníctvom Florida's Bureau of Economic and Business Research vykonali výskum podložený CAHPS a HEDIS. Zahŕňal 12 319 respondentov. Otázky boli položené telefonicky samostatne pre dospelých a pre rodiča o dieťati. Rating je prístupný na internete.

V štáte New York je na internete prístupná spotrebiteľská poradňa na výber HMO poisťovní (http://www.nyshmoguide.org). Obsahuje údaje o spokojnosti pacientov zistené CAHPS dotazníkom, údaje o kvalite prevencie, diagnostiky a liečby, údaje o počte sťažností, o schválení starostlivosti, služieb a platieb, o oneskorených platbách, percento lekárov, ktorí majú platnú atestačnú skúšku, obrat lekárov v danom poistnom pláne, akreditáciu programu cez NCQA.

V štáte Kalifornia je zoznam na spotrebiteľskej stránke http://www.opa.ca.gov/report_card/. Hodnotenie je založené na HEDIS a CAHPS.

Na internete je možné nájsť množstvo ďalších zoznamov a hodnotení. Ide zvyčajne o hodnotenia na základe spotrebiteľskej spätnej väzby. Spotrebitelia hodnotia svoju spokojnosť vzhľadom na pokrytie, samotné poistné udalosti, zákaznícke služby, cenu, odporučenia a podobne. Tieto stránky sú však závislé na spätnej väzbe jednotlivých poistencov a z dôvodu veľkého množstva poistných plánov v USA a „lokálnosti" sú často málo výpovedné, pretože majú malé počty hlásení na jeden poistný plán. Takou stránkou je napríklad http://www.healthinsurancereviewer.com/.

2.2 NEMECKO

V Nemecku existuje systém kombinácie verejného zdravotného poistenia prostredníctvom desiatok poisťovní pre 90 % populácie a možnosť súkromného poistenia pre obyvateľov s vysokým príjmom, úradníkov a pre samostatne zárobkovo činné osoby. Poistenie je od roku 2007 povinné pre každého, kto žije na území Nemecka.

Existencia väčšieho množstva poisťovní poskytuje aj možnosť väčšieho výberu, a tým aj záujmu verejnosti o ich ratingy. Doteraz bolo publikovaných niekoľko ratingov, ktoré majú napomôcť rozhodovaniu občanov pri výbere zdravotnej poisťovne.

2.2.1 Focus Money

V časopise **Focus Money** bol v decembri 2006 uverejnený článok Krankenversicherung Gesunde Mischung (Zdravotné poistenie zdravý mix), v ktorom Nemecký inštitút pre kvalitu služieb analyzoval 38 zdravotných poisťovní. Hodnotenie pozostáva z hodnotenia sadzby poistného, dostupnosti telefonických služieb, doplnkových výhod ako napr. preplácanie domácej starostlivosti, počtu lekárov a nemocníc, s ktorými majú zmluvy, podielu na poskytovaní alternatívnych prístupov, rozsahu modelových projektov, liečebno-preventívnych programov a bonusových programov.

Použitá bola metóda dotazníku jednotlivých poistení prostredníctvom informačného servisu **Gesetzlichekrankenkassen.de**. Zaradené boli iba tie poisťovne, o ktorých boli poskytnuté kompletné údaje.

Hodnotené parametre:

- **Sadzba poistného** bola ocenená maximálne 104 bodmi. Referenčnou hodnotou bola najnižšia sadzba, čo bolo 12 percent, ktorej bola priradená hodnota 104 bodov a za každý nárast sadzby o 0,1 percentuálneho bodu boli odobrané 3 body. Táto hodnota tvorila 50 % hodnotenia.
- **Služby** boli ocenené maximálne 23 bodmi. Hodnotenie sa týkalo telefonickej služby, telefonického poradenstva a ďalších služieb. Zaznamenávali sa údaje ako počet hodín na poradenskej linke, akí zamestnanci boli dostupní a počet dní, keď bol telefón obsadený. Pri poradenskom telefonáte hralo úlohu aj to, či bolo možné zastihnúť len pracovníka telefónneho centra alebo aj odborníka (lekára alebo psychológa). Za telefonickú službu sa dalo získať maximálne 8,9 bodu a za poradenstvo 10,1 bodu. Poskytovanie ostatných služieb ako online pobočky alebo pomoc pri chybách boli ohodnotené 4 bodmi. Výsledné body boli logaritmované. Celková váha tohto kritéria bola 11,06 %.
- Za **pobočky** mohli zdravotné poisťovne získať maximálne 16 bodov. Počet pobočiek bol prepočítaný na množstvo oblastí, v ktorých boli otvorené. Výsledky boli tiež logaritmované. Celková váha tohto kritéria bola 7,69 %.
- Za **doplnkové služby** sa dalo získať 10 bodov. Išlo o služby nad rámec povinnej starostlivosti, napr. zaplatenie pomoci v domácnosti v prípade, ak rodič je chorý, semináre, prevencia a pod. Za služby, ktoré sú poskytované všeobecne, boli 2 body a za služby, ktoré vyžadovali individuálne posúdenie, 1 bod. Celkový podiel bol 4,81 %.
- **Integrovaná starostlivosť** bola hodnotená maximom 12 bodov. Ide o počet zmlúv o integrovanej starostlivosti medzi lekármi a nemocnicami. Pre poistenca je výhodou optimálna starostlivosť pri minimálnej organizačnej námahe. Hodnota bola nakoniec logaritmovaná. Celkový podiel bol 5,77 %.
- **Alternatívna medicína** sa podieľala na výsledku maximálne 12 bodmi. Alternatívne medicínske metódy, ktoré boli plne pokryté, získali 2 body, a čiastočne kryté jeden bod. Príkladom sú alternatívne prístupy k onkologickým ochoreniam, homeopatia, elektroterapia, hydroterapia, fytoterapia, shiatsu, tai-chi, reflexná masáž, irido-diagnostika, chelatoterapia, antropozofická medicína, ajurvéda, osteopatia, joga a pod. Celkový podiel bol 5,77 %.
- **Modelové programy** boli ohodnotené maximom 12 bodov. Medzi modelové programy patrili napr. opatrenia na zlepšenie hučania v ušiach relaxačnou terapiou, ambulantné operácie, ambulantné detské operácie, prevencia predčasných pôrodov samomeraním pH, monitorovanie mozgovej porážky po prepustení z nemocnice sestrou v domácom prostredí, prevencia osteoporózy, skríning gestačnej cukrovky a hemochromatózy, skríning na kožné onkologické ochorenia, prevencia koronárnych ochorení, neurodermatitída, terapia bolesti, telemedicína a pod. V prípade krytia modelových programov bol poisťovni pridelený jeden bod, ďalší bod dostal program vtedy, ak bol platný vo všetkých spolkových krajinách a pre všetkých poistených. Celková váha bola 5,77 %.
- **Programy na liečbu chronických ochorení** s maximom 12 bodov boli hodnotené na základe počtu spolkových krajín, kde bolo ponúkaných nasledujúcich 6 programov: liečba astmy, rakoviny prsníka, cukrovky typu 1 a 2, koronárnych ochorení a chronickej obštrukčnej choroby pľúc. Celkový podiel bol 5,77 %.

- **Bonusové programy** boli ohodnotené maximálne 7 bodmi. Bonusové programy boli definované ako programy, pri ktorých poistenec môže ušetriť peniaze alebo dostane bonus za určité zdravotné správanie. Celkový podiel bol 3,37 %.

Poistencom boli kladené otázky aj o tom, či zmenili poisťovňu a aký bol dôvod na zmenu (z dôvodu ušetrenia na poistnom, kvôli lepším službám alebo pre lepšiu reputáciu poisťovne).

Na dotazník odpovedalo aj viac ako 500 lekárov, z čoho vznikol rebríček najobľúbenejších poisťovní z pohľadu lekárov. Jedným z popisovaných problémov bola byrokracia pri schvaľovaní liečby pre pacientov a komunikácia s pracovníkmi v lokálnej pobočke o jej výsledku.

Časopis Focus Money uverejnil ďalší ročník hodnotenia zdravotných poisťovní v novembri 2007, v ktorom Nemecký inštitút pre kvalitu služieb opätovne analyzoval 38 zdravotných poisťovní. Toto hodnotenie pozostávalo z hodnotenia indexu sadzby poistného, špeciálnych projektov, doplnkových služieb a bonusových programov.

Dotazník bol opäť realizovaný prostredníctvom informačného servisu Gesetzlichekrankenkassen.de a zaradené boli iba tie poisťovne, o ktorých boli poskytnuté kompletné údaje a ktoré mali pokrytie vo všetkých spolkových krajinách.

Hodnotené parametre v roku 2007:

- **Sadzba poistného** bola ocenená maximálnym počtom bodov 34,67. Referenčnou hodnotou bola najnižšia sadzba, čo bolo 12 percent, ktorej bola priradená hodnota 34,67 bodov a za každý nárast príspevku o 0,1 percentuálneho bodu boli odobrané 3 body. Táto hodnota tvorila 50 % hodnotenia.
- **Špeciálne procedúry a projekty** boli ocenené do maxima 36,36 bodu. Táto sekcia bola rozdelená do 3 podskupín. Patrili tam :
  - **Integrovaná starostlivosť** s maximom 12,36 bodov. Ide o počet zmlúv o integrovanej starostlivosti medzi lekármi a nemocnicami. Pre poistenca je výhodou optimálna starostlivosť pri minimálnej organizačnej námahe. Výsledná hodnota bola logaritmovaná a násobená piatimi.
  - **Modelové programy** boli ohodnotené s maximom 12 bodov. Medzi modelové programy patrili napr. opatrenia na zlepšenie hučania v ušiach relaxačnou terapiou, ambulantné operácie, ambulantné detské operácie, prevencia predčasných pôrodov samomeraním pH, monitorovanie mozgovej porážky po prepustení z nemocnice sestrou v domácom prostredí, prevencia osteoporózy, skríning gestačnej cukrovky a hemochromatózy, skríning na

Obrázok 6: Hodnotenie zdravotných poisťovní ratingom časopisu Focus Money v roku 2006

Kasse	Telefon	Web-Adresse (www.)	allgemeiner Beitragssatz Höhe (in %)	allgemeiner Beitragssatz Punkte	Punkte für Leistungen Service	Punkte für Leistungen Geschäftsstellen	Zusatzleistungen	integrierte Versorgung	alternative Medizin	Modellprojekte	Disease-Management-Programme	Bonusprogramme	Punkte gesamt
Techniker Krankenk.	0 18 02/85 85 85	tk-online.de	13,2	68,00	21,61	12,58	10,00	9,27	9,33	9,75	9,25	6,00	155,80
BKK Dr. Oetker	0 18 02/55 63 85	bkk-oetker.de	12,4	92,00	21,80	5,59	5,00	5,12	4,67	2,75	12,00	3,00	151,93
KKH	0 18 03/55 44 99	kkh.de	13,2	68,00	17,80	11,40	8,00	7,20	8,67	7,75	8,13	6,00	142,94
BKK Verkehrsbau U.	0 18 02/31 31 72	bkk-vbu.de	12,7	83,00	22,51	6,30	6,00	5,37	5,67	4,25	6,25	3,00	142,34
BIG*	08 00/54 56 54 56	big-direkt.de	12,1	101,00	12,90	3,18	2,00	5,02	6,33	1,25	6,50	3,00	141,19
Siemens BKK	0 18 02/21 23 25	sbk.org	13,3	65,00	23,01	10,75	9,00	6,80	9,67	7,00	7,75	2,00	140,97
IKK Weser-Ems	0 1801/45 52 55	ikk-weser-ems.de	12,7	83,00	21,69	9,20	5,00	2,60	4,00	1,50	8,50	4,00	139,69
BKK A.T.U.*	0 1803/25 52 88	bkk-atu.de	12,3	95,00	18,80	3,18	5,00	3,61	3,33	1,75	7,88	1,00	139,55
DAK	0 1801/32 53 25	dak.de	13,8	50,00	23,01	14,93	6,00	9,60	10,00	10,50	8,38	7,00	139,42
IKK-Direkt*	0 18 02/45 53 47	ikk-direkt.de	12,0	104,00	7,28	3,18	6,00	3,11	2,33	0,25	8,25	4,00	138,40
GEK	08 00/4 35 46 36	gek.de	13,6	56,00	23,01	12,29	10,00	8,26	9,00	7,00	7,75	4,00	137,30
Hamburg Münchener	0 18 02/00 12 34	hmk.info	13,8	50,00	22,51	10,64	10,00	9,35	9,33	9,50	8,13	6,00	135,65
BKK R+V Versicherung*	08 00/2 55 78 80	bkk-ruv.de	12,5	89,00	15,00	3,18	4,00	8,32	2,67	1,75	8,63	3,00	135,55
Securvita BKK*	08 00/6 00 30 00	securvita.de	13,3	65,00	19,43	3,18	9,00	6,18	10,67	5,00	8,25	6,00	132,71
Taunus BKK	0 18 02/10 16 10 16	taunus-bkk.de	12,9	77,00	16,63	8,11	8,00	7,45	4,33	1,00	7,75	2,00	132,27
BKK Gildemeister S.	08 00/0 25 52 55	bkkgilsei.de	12,8	80,00	18,51	5,09	5,00	4,00	4,00	3,50	6,13	5,00	131,23
Deutsche BKK	0 18 02/18 08 65	deutsche-bkk.de	13,4	62,00	21,80	9,60	8,00	8,33	3,67	2,25	8,38	5,00	129,23
BKK Philips*	0 1801/11 27 33	bkk-philips.de	13,0	74,00	20,72	3,18	7,00	4,32	5,67	2,00	8,50	3,00	128,39
BKK Essanelle	0 1801/25 57 65	bkk-essanelle.de	12,9	77,00	12,90	7,50	7,00	6,32	2,00	3,75	7,75	4,00	128,22
BKK Gesundheit	0 18 02/00 92 00	bkkgesundheit.de	13,5	59,00	20,99	8,70	6,00	8,29	5,33	3,50	8,25	4,00	124,06
Barmer Ersatzkasse	01 85 00/95 20 00	barmer.de	13,6	50,00	19,71	15,15	6,00	8,57	7,67	1,00	8,63	5,00	121,73
HypoVereinsbank BKK*	08 00/2 25 52 55	hvb-bkk.de	12,8	80,00	18,51	3,18	2,00	3,38	4,00	3,75	5,50	1,00	121,32
BKK Firmus	0 18 02/23 71 57	bkk-firmus.de	12,9	77,00	14,54	8,39	3,00	5,79	2,67	0,25	7,00	2,00	120,64
Sancura BKK	0 18 02/10 16 20 16	sancura-bkk.de	13,6	56,00	21,69	7,00	9,00	7,45	5,67	1,50	8,25	4,00	120,56
Bayer BKK	02 14/3 05 20 00	bayer-bkk.de	13,2	68,00	8,90	7,18	4,00	6,45	4,00	1,75	11,63	4,00	115,92
Shell BKK/Life*	0 18 03/80 40 30	shell-bkklife.de	12,8	80,00	13,59	3,18	5,00	2,60	0,00	0,75	3,88	4,00	113,20
HZK	0 18 02/30 56 57	hzk-online.de	13,6	56,00	15,90	7,89	8,00	8,17	3,67	0,50	8,13	3,00	112,25
SEL BKK	0 1801/73 52 55	sel-bkk.de	13,4	62,00	18,80	7,18	4,00	4,82	5,33	1,75	4,63	3,00	111,51
BKK Pfalz	0 1801/37 00 00	bkk-pfalz.de	13,2	68,00	7,11	5,98	4,00	6,49	3,00	3,25	7,50	5,00	110,33
Novitas Vereinigte BKK	0 18 02/21 31 41	novitas-bkk.de	13,6	56,00	17,59	8,39	2,00	6,60	4,00	2,00	8,25	5,00	110,03
BKK BVM	08 00/85 76 76 85	bkkbvm.de	13,9	47,00	21,67	7,18	7,00	8,08	3,67	4,50	6,38	4,00	109,49
Metro AG Kaufhof BKK*	08 00/2 32 22 33	metro-kaufhof-bkk.de	13,7	53,00	21,69	3,18	4,00	3,38	5,33	3,50	8,50	5,00	107,59
Kaiser's BKK*	08 00/1 18 19 18	kaisers-bkk.de	13,2	68,00	18,49	3,18	1,00	1,20	1,33	0,50	5,63	4,00	103,34
BKK für Heilberufe	08 00/0 800 11	bkk-heilberufe.de	13,9	47,00	13,91	4,39	6,00	8,20	3,33	6,75	8,50	5,00	103,08
Logistik BKK	0 1801/24 47 37	logistik-bkk.de	13,7	53,00	10,61	4,39	5,00	0,00	2,67	0,50	7,25	4,00	87,42
WMF BKK	0 18 02/50 02 50	wmf-bkk.de	13,6	56,00	6,60	4,39	1,00	5,65	2,33	1,00	7,13	1,00	85,50
IKK Hamburg*	0 18 02/22 67 67	ikk-hamburg.de	14,5	29,00	23,01	3,18	3,00	4,17	5,33	0,50	12,00	4,00	84,19
Gothaer BKK	0 1801/00 01 92	gothaer-vud-bkk.de	15,3	5,00	22,51	5,09	8,00	6,41	2,67	0,25	7,88	3,00	60,81

*Direktkasse, als Geschäftsstelle wurde nur die Zentrale gezählt; Stand: 29. November 2006

Quellen: Gesetzlichekrankenkassen.de, Angaben der Unternehmen, DBIO

Zdroj: www.focus.de, 2006

kožné onkologické ochorenia, prevencia koronárnych ochorení, neurodermatitída, terapia bolesti, telemedicína a pod. V prípade krytia modelových programov bol zdravotnej poisťovni pridelený jeden bod, ďalší bod získal program vtedy, ak bol platný vo všetkých spolkových krajinách a pre všetkých poistencov.

– **Alternatívna medicína** sa podieľala maximom 12 bodov. Alternatívne medicínske metódy, ktoré boli plne pokryté, získali 2 body, a čiastočne kryté jeden bod. Príkladom sú alternatívne prístupy k onkologickým ochoreniam, homeopatia, elektroterapia, hydroterapia, fytoterapia, shiatsu, tai-chi, reflexná masáž, iridodiagnostika, chelatoterapia, antropozofická medicína, ajurvéda, osteopatia, joga a pod. Nakoniec hodnota bola predelená štyrmi.

- Za **doplnkové služby** mohli poisťovne získať maximálne 18 bodov. Išlo o služby nad rámec povinnej starostlivosti, napr. zaplatenie ubytovania rodiča v nemocnici, keď dieťa potrebuje hospitalizáciu, zaplatenie pomoci v domácnosti v prípade, ak rodič je chorý, semináre, prevencia a pod. Za služby, ktoré boli poskytované všeobecne, sa pridelili 2 body a za služby, ktoré vyžadovali individuálne posúdenie, 1 bod. Celkový počet bol vynásobený koeficientom 1,125.
- **Zákaznícke služby** boli ocenené s maximom 36,01 bodov. Hodnotenie pozostávalo
  – z hodnotenia info linky, telefonického poradenstva a ďalších služieb: Tieto body boli spočítané s maximom 24,01 bodu.
    o Počet bodov za **info linku** sa vypočítal z počtu hodín za deň a počtu dní za týždeň, počas ktorých bola dostupná; za odborníkov na telefónnej linke bolo 5 bodov a za čiastočne odborný personál boli 3 body. Výsledok bol logaritmovaný a vynásobený štyrmi.
    o Za **poradenskú linku** ako medicínske rady a pod. sa spočítal počet hodín prevádzky za každý deň v týždni; toto číslo bolo logaritmované a vynásobené štyrmi.
    o Za každú **ďalšiu službu** bolo pridaných 1,25 bodu.
  – Za **pobočky** mohli poisťovne získať najviac 12 bodov. Počet pobočiek bol prepočítaný na množstvo oblastí, kde boli otvorené, a vynásobený koeficientom 100. Výsledok bol potom logaritmovaný a vynásobený tromi.
- **Bonusové programy** boli ohodnotené do maxima 24 bodov.
  – **Programy na liečbu chronických ochorení** – pre každý dobrovoľný program (celkovo 8) boli 2 body.
  – Ako **tarifné programy** boli hodnotené programy, pri ktorých poistený môže ušetriť peniaze alebo dostane bonus za určité zdravotné správanie (napr. za návštevu špecialistu len na základe odporučenia od svojho rodinného lekára, za výhradné využívanie siete zmluvných poskytovateľov) alebo bonus za nevyužívanie zdravotnej starostlivosti počas celého roka.

Poistencom boli kladené otázky aj o tom, či zmenili poisťovňu a aký bol dôvod na zmenu (z dôvodu ušetrenia na poistnom, kvôli lepším službám alebo pre lepšiu reputáciu poisťovne).

Obrázok 7: **Hodnotenie zdravotných poisťovní ratingom časopisu Focus Money v roku 2007 – celkové hodnotenie**

Kasse	Telefon	Web-Adresse (www.)	Beitragssatz in %	Punkte Beiträge	Service	Punkte für ... Geschäftsstellen	Zusatzleistungen	integrierte Versorgung	Wahltarife	Naturheilverfahren	Modellverfahren	Punkte Leistungen gesamt	Rang Leistungen	Punkte Leistungen + Beiträge	Rang Leistungen + Beiträge
Techniker Krankenkasse	0800/2858585	tk-online.de	13,5	19,67	22,61	9,44	18,00	12,58	16,00	9,00	8,75	98,37	1	118,04	1
DAK	01801/325325	dak.de	14,5	9,67	24,01	11,21	13,50	12,54	16,00	10,25	10,75	98,26	2	107,92	2
Barmer Ersatzkasse	01850/952000	barmer.de	14,4	10,67	20,71	11,36	11,25	12,11	18,00	9,00	10,75	93,18	3	103,84	3
SBK	01802/212325	sbk.org	14,1	13,67	24,01	8,06	15,75	9,82	15,00	9,50	6,50	88,64	5	102,31	4
GEK Gmünder Ersatzkasse	0801/435534	gek.de	13,9	15,67	21,90	9,25	14,63	11,91	12,00	7,00	6,75	83,44	6	99,10	5
BKK Verkehrsbau Union	01802/313172	meine-krankenkasse.de	12,7	27,67	23,51	5,10	14,63	6,71	9,00	6,25	5,50	70,69	10	98,36	6
Hamburg Münchener Krankenkasse	01802/001234	hmk.info	14,7	7,67	23,51	6,08	15,75	10,21	14,00	10,25	10,50	90,29	4	97,96	7
KKH – Kaufmännische Krankenkasse	01803/554499	kkh.de	13,9	15,67	23,51	8,55	5,63	9,32	12,00	8,50	8,50	76,00	7	91,66	8
Securvita BKK	01802/242627	securvita.de	13,8	16,67	19,93	2,39	15,75	9,29	11,00	9,75	5,00	73,10	9	89,77	9
BKK Essanelle	0800/2556655	bkk-essanelle.de	13,7	17,67	21,01	6,00	18,00	10,25	5,00	4,50	5,50	70,26	12	87,93	10
Deutsche BKK	01802/180865	deutschebkk.de	14,2	12,67	24,01	7,46	14,63	5,21	13,00	6,50	4,00	74,80	8	87,46	11
IKK-Direkt	01802/455347	ikk-direkt.de	12,0	34,67	21,22	0,00	6,75	4,77	14,00	3,50	0,50	50,74	23	85,41	12
BKK Gesundheit	01802/009200	bkkgesundheit.de	14,0	14,67	16,90	6,29	12,38	11,06	8,00	7,00	5,75	68,38	13	83,04	13
G+H BKK	0621/598070	ghbkk.de	13,1	23,67	19,01	0,00	6,75	9,57	12,00	5,25	6,00	58,58	18	82,24	14
IKK Weser-Ems	01801/455255	ikk-weser-ems.de	13,2	22,67	22,69	5,92	12,38	3,01	8,00	5,25	1,50	58,74	17	81,41	15
BKK FTE	01802/000598	bkkfte.de	12,7	27,67	16,90	4,72	10,13	0,00	10,00	6,50	2,00	50,25	25	77,91	16
BKK BVM	0800/8576765	bkkbvm.de	14,8	6,67	22,67	5,39	13,50	10,61	10,00	3,00	5,00	70,37	11	77,03	17
Knappschaft	0800/0200501	knappschaft.de	12,7	27,67	19,78	8,00	6,75	6,39	0,00	5,75	2,25	48,92	26	76,58	18
BKK A.T.U	01803/255288	bkk-atu.de	12,9	25,67	19,30	0,00	10,13	7,31	8,00	3,00	3,00	50,73	24	76,40	19
BKK Gildemeister Seidensticker	0800/0252555	gesundesvertrauen.de	12,6	28,67	18,51	3,82	5,63	0,00	9,00	3,00	7,25	47,20	29	75,87	20
Taunus BKK	01802/10161016	taunus-bkk.de	13,8	16,67	21,63	7,19	11,25	9,98	3,00	0,00	5,50	58,55	19	75,21	21
BIG	0800/5456545 6	big-direkt.de	12,5	29,67	21,22	2,39	5,63	0,00	8,00	6,00	2,25	45,48	31	75,15	22
Novitas Vereinigte BKK	01802/213141	novitas-bkk.de	14,5	9,67	20,59	6,35	6,75	10,95	11,00	5,50	3,00	64,14	15	73,81	23

Zdroj: www.focus.de, 2006

Obrázok 8: Hodnotenie zdravotných poisťovní ratingom časopisu Focus Money v roku 2007 – integrovaná starostlivosť

Kasse	Anzahl Verträge zur integrierten Versorgung: Ambulante OP	Augenerkrankungen	Diabetes	Endoprothetik	Ernährungskrankheiten	genetische Erkrankungen	gynäkologische Indikationen	Herzerkrank.	Krankheiten bei Kindern	Krebserkrankungen	Neurochirurgie	Parkinson	Phlebologie	psychische Erkrankungen	Rheuma	Rückenerkrank.	Schlafstörungen	Schlaganfall	Suchterkrank.	Urologie	sonst. Indikation
Barmer Ersatzkasse	11	3	9	72	1	1	2	45	3	39	12	5	1	7	4	5	1	11	1	1	30
BIG	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–
BKK A.T.U	6	2	–	5	–	–	5	1	1	1	2	–	1	1	–	2	–	–	–	2	–
BKK BVM	11	3	1	67	–	1	13	3	3	3	4	–	4	2	2	9	1	–	–	5	13
BKK Der Partner	1	–	–	7	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1
BKK Dr. Oetker	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
BKK Essanelle	13	1	2	14	2	–	15	20	5	4	3	–	3	2	–	2	4	–	–	–	22
BKK firmus	3	–	–	16	–	–	3	1	1	1	–	–	–	1	–	3	–	–	–	4	4
BKK FTE	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
BKK futur	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
BKK Gesundheit	78	1	1	40	–	–	10	5	1	–	8	–	5	–	–	3	–	–	–	4	7
BKK Gildemeister Seidenst.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
BKK Pfalz	3	2	1	1	1	–	2	–	–	–	1	–	–	–	–	1	–	–	–	–	1
BKK Philips	9	1	1	5	4	–	2	2	–	–	4	–	1	–	–	2	2	–	–	–	–
BKK R+V Versicherung	8	3	–	10	1	1	7	5	1	–	1	–	1	–	–	–	3	–	–	1	6
BKK Verkehrsbau Union	13	1	1	2	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	1
BKK24	17	2	2	20	–	–	10	1	–	1	5	–	–	1	–	4	1	–	–	4	9
DAK	11	15	6	79	4	6	3	27	3	16	23	1	6	58	5	32	1	7	8	6	5
Deutsche BKK	4	–	–	–	–	–	1	3	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2
G+H BKK	16	16	16	10	–	–	16	2	–	2	3	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–
GEK Gründer Ersatzkasse	63	5	–	27	–	2	24	13	2	10	7	5	15	4	2	3	–	1	2	19	17
Gothaer BKK	6	–	–	2	–	–	1	3	1	–	4	–	–	2	–	–	–	–	–	–	1
Hamburg Müncheaner KK	6	5	1	16	–	–	3	7	1	9	1	5	3	9	4	12	–	2	2	7	17
HypoVereinsbank BKK	4	–	–	1	–	–	2	–	–	2	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	1
HZK	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
IKK gesund plus	6	5	–	4	–	–	4	–	–	–	3	–	4	–	–	3	–	–	–	4	–
IKK Hamburg	2	1	–	4	–	–	2	1	–	–	1	1	1	1	–	1	–	–	–	–	1
IKK Weser-Ems	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2

Zdroj: www.focus.de, 2007

Obrázok 9: Hodnotenie zdravotných poisťovní ratingom časopisu Focus Money v roku 2007 – modelové programy

Kasse	ambulante OP: BL	ambulante OP: t.alle MG	ambulante Kinderchirurgie: BL	ambulante Kinderchirurgie: t.alle MG	Vermeidung von Frühgeburten: BL	Vermeidung von Frühgeburten: t.alle MG	Schlaganfallversorgung: BL	Schlaganfallversorgung: t.alle MG	Tinnitus-Versorgung: BL	Tinnitus-Versorgung: t.a. MG	Tumorbehandlung: BL	Tumorbehandlung: t.a. MG	Osteoporose-Vorbeugung: BL	Osteoporose-Vorbeugung: t.a. MG	Gestationsdiabetes-Screening: BL	Gestationsdiabetes-Screening: t.alle MG	Hämochromatose-Screening: BL	Hämochromatose-Screening: t.alle MG	Hautkrebs-Screening: BL	Hautkrebs-Screening: t.a. MG	Koronar-Reste-nosen-Vermeidung: BL	Koronar-Reste-nosen-Vermeidung: t.alle MG	Neurodermitis-Schulungen: BL	Neurodermitis-Schulungen: t.alle MG	spez. Schmerztherapien: BL	spez. Schmerztherapien: t.alle MG	Pflegeversich.-weiterentwickl.: BL	Pflegeversich.-weiterentwickl.: t.alle MG	Ferndiagnose: BL	Ferndiagnose: t.alle MG
Barmer Ersatzkasse	16	ja	16	ja	5	ja	16	ja	16	ja	16	ja	16	ja	16	ja	–	–	16	ja	16	ja	16	ja	1	ja	16	ja	16	ja
BIG	16	ja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	nein	–	–	–	–	1	ja	–	–	–	–
BKK A.T.U	7	ja	3	ja	3	ja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	nein	–	–	–	–	k.A.	ja	–	–	–	–
BKK BVM	16	ja	16	ja	5	ja	–	–	–	–	2	ja	–	–	–	–	–	–	1	ja	1	ja	–	–	2	ja	2	ja	–	–
BKK Der Partner	–	–	–	–	9	ja	–	–	–	–	–	–	–	–	9	ja	–	–	1	nein	–	–	–	–	–	–	–	–	1	ja
BKK Dr. Oetker	1	ja	–	–	1	ja	–	–	1	ja	–	–	–	–	–	–	–	–	16	ja	–	–	–	–	1	ja	–	–	–	–
BKK Essanelle	30	ja	3	ja	9	ja	–	–	–	–	5	ja	1	ja	5	ja	–	–	8	ja	3	ja	–	–	1	ja	–	–	1	ja
BKK firmus	–	ja	–	–	k.A.	ja	–	–	–	–	k.A.	ja	–	–	–	–	–	–	k.A.	ja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
BKK FTE	16	ja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7	ja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
BKK futur	–	–	–	–	k.A.	ja	–	–	k.A.	ja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
BKK Gesundheit	16	ja	16	ja	9	ja	–	–	–	–	1	ja	1	ja	9	ja	–	–	1	ja	2	ja	–	–	16	ja	–	–	6	ja
BKK Gildemeister Seidenst.	16	ja	16	ja	16	ja	1	ja	1	ja	1	ja	1	ja	6	ja	–	–	16	ja	–	–	16	ja	1	ja	–	–	–	–
BKK Pfalz	6	ja	2	nein	16	ja	–	–	–	–	1	ja	1	ja	16	ja	–	–	5	nein	–	–	–	–	1	ja	–	–	–	–
BKK Philips	9	ja	1	ja	10	nein	–	–	–	–	–	–	1	ja	–	–	–	–	3	ja	–	–	–	–	2	ja	–	–	–	–
BKK R+V Versicherung	10	ja	1	ja	12	ja	–	–	–	–	–	–	1	ja	3	ja	–	–	–	–	1	ja	–	–	1	ja	–	–	–	–
BKK Verkehrsbau Union	16	ja	4	ja	4	ja	–	–	1	ja	8	ja	–	–	1	ja	–	–	5	ja	–	–	16	ja	16	ja	–	–	–	–
BKK24	9	ja	1	ja	8	ja	–	–	1	ja	5	ja	2	ja	8	ja	–	–	–	–	1	ja	–	–	–	–	–	–	–	–
DAK	16	ja	16	ja	16	ja	16	ja	16	ja	16	ja	16	ja	16	ja	–	–	16	ja	12	ja	16	ja	16	ja	16	ja	9	ja
Deutsche BKK	16	ja	–	–	–	–	–	–	–	–	1	ja	–	–	–	–	–	–	16	ja	1	ja	1	nein	–	–	–	–	1	nein

Zdroj: www.focus.de, 2007

Obrázok 10: Hodnotenie zdravotných poisťovní ratingom časopisu Focus Money v roku 2007 – alternatívna medicína

Kassca	alternative Krebstherapien	anthroposophische Medizin	Atemtherapie	Ayurveda	Balneotherapie	Chelattherapie	Eigenblttherapie	Eigenharntherapie	Elektrotherapie	Heliotherapie	homöopathische Medizin	Hydrotherapie	Iridiagnostik	Kryotherapie	Osteopathie	Phototherapie	Phytotherapie	Progress. Muskelentspannung	Qigong	Reflexzonenmassage	Shiatsu	Tai-Chi	Yoga	weitere Verfahren
Barmer Ersatzkasse	+	+	+	–	+	–	+	–	+	0	+	+	–	+	+	0	+	+	+	+	–	+	+	+
BIG	0	–	–	–	0	–	0	–	+	+	+	+	–	–	–	–	+	+	+	0	–	+	+	+
BKK A.T.U	0	0	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–	0	+	–	–	+	+	+
BKK BVM	0	+	–	–	–	–	–	–	–	–	+	–	–	–	–	0	–	–	+	–	–	+	+	–
BKK Der Partner	0	–	–	–	–	–	–	–	0	–	+	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	0	0	–
BKK Dr. Oetker	0	–	–	–	–	–	–	–	+	–	0	–	0	–	–	–	–	–	+	0	+	+	+	–
BKK Essanelle	0	0	–	–	+	–	–	–	+	–	+	–	–	0	–	0	–	+	+	–	–	+	+	–
BKK firmus	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	+	–	–	–	–	–	–	+	+	–	–	+	+	–
BKK FTE	+	0	0	0	0	–	0	0	0	0	+	0	0	0	–	0	0	+	+	0	–	+	+	–
BKK futur	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–	+	–	–	+	+	–
BKK Gesundheit	0	0	+	–	+	–	–	–	+	+	+	+	–	+	–	+	+	+	+	–	–	+	+	–
BKK Gildemeister Seidenst.	0	0	–	–	–	–	–	–	–	0	+	–	–	–	–	–	–	–	+	–	0	+	+	–
BKK Pfalz	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	+	–	–	–	0	–	0	+	+	–	–	+	+	–
BKK Philips	0	–	0	–	–	–	0	–	0	0	+	0	–	–	0	0	0	+	+	–	+	+	+	–
BKK R+V Versicherung	+	+	–	0	0	–	–	–	+	0	0	0	–	–	0	0	0	+	–	–	–	0	0	–
BKK Verkehrsbau Union	0	0	+	–	0	–	+	–	0	–	+	–	–	–	0	–	0	+	+	0	+	+	+	+
BKK24	+	0	–	–	–	–	–	–	+	+	+	0	–	0	–	+	+	0	0	–	–	0	0	–
DAK	+	+	+	–	+	–	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	+
Deutsche BKK	+	0	0	–	0	–	0	0	0	0	+	0	0	0	0	0	0	+	+	0	–	+	+	–
G+H BKK	0	0	–	0	–	0	0	0	0	0	+	0	0	–	0	–	0	+	0	0	0	0	0	–

Zdroj: www.focus.de, 2007

Obrázok 11: Hodnotenie zdravotných poisťovní ratingom časopisu Focus Money v roku 2007 – doplnkové služby

Kasse	Pflege-kräfte	Haushaltshilfe	Hospiz-leistungen	Vorsorge-untersuchungen	Seminare und Schulungen	Reha-Beratung	Rooming-in bei Kindern	weitere Zusatzleistungen (Auswahl)
Barmer Ersatzkasse	–	–	–	+	+	+	+	diverse
BIG	0	–	–	–	0	0	k.A.	HPV-Impfung, Hautkrebs-Screening
BKK A.T.U	0	–	+	0	0	k.A.	+	–
BKK BVM	0	+	0	0	+	0	+	Rückenschule für Azubis
BKK Der Partner	k.A.	0	k.A.	–	+	k.A.	k.A.	–
BKK Dr. Oetker	0	–	k.A.	–	+	k.A.	k.A.	Aktivkuren, Raucherentwöhnung
BKK Essanelle	+	+	+	+	+	+	+	Aktivwoche
BKK firmus	0	0	–	+	+	+	–	–
BKK FTE	0	+	0	–	0	+	+	–
BKK futur	0	+	k.A.	0	k.A.	k.A.	k.A.	–
BKK Gesundheit	+	–	+	0	+	+	+	–
BKK Gildemeister Seidenst.	0	0	k.A.	0	+	k.A.	k.A.	–
BKK Pfalz	0	0	+	0	+	0	+	Schutzimpfungen für Ausland
BKK Philips	+	–	–	0	+	+	0	diverse
BKK R+V Versicherung	0	+	–	–	0	–	0	–
BKK Verkehrsbau Union	0	0	+	0	+	+	+	Aktivwoche, Zuschuss Präventionskurse
BKK24	+	–	–	–	+	+	+	–
DAK	+	–	–	+	+	+	+	Reha-Service, Sturzprophylaxe
Deutsche BKK	0	+	0	+	0	+	+	Diabetes-TÜV, Hypertonie-Screening
G+H BKK	–	–	k.A.	+	+	k.A.	+	–
GEK Gmünder Ersatzkasse	+	+	–	+	+	0	+	diverse
Gothaer BKK	+	+	–	+	+	–	0	Aktivwoche, Aktivtage
Hamburg Münchener KK	+	+	–	+	+	+	+	diverse
HypoVereinsbank BKK	0	–	–	–	0	+	–	Aktivwochen
HZK	+	+	+	+	+	+	0	–

Zdroj: www.focus.de, 2007

Obrázok 12: Hodnotenie zdravotných poisťovní ratingom časopisu Focus Money v roku 2007 – zákaznícke služby

Kasse	Service-Hotline Std. pro Woche	Service-Hotline Fachkräfte	Beratungs-stunden pro Woche	weitere Serviceleistungen
Barmer Ersatzkasse	13/5	alle	13/5	Unterstützung bei Behandlungsfehlern
BIG	24/7	überwiegend	9/5	Online-Filiale
BKK A.T.U	10/5	überwiegend	10/5	Arzneimittelberatung
BKK BVM	13/6	alle	24/7	Elterntelefon, Hilfe im Ausland
BKK Der Partner	10/6	alle	8/5	–
BKK Dr. Oetker	24/7	k.A.	15/7	medizinisches Gesundheitstelefon
BKK Essanelle	24/7	überwiegend	8/5	Online-Geschäftsstelle, Reise-Hotline
BKK firmus	10/5	alle	10/5	–
BKK FTE	10/5	alle	24/7	–
BKK futur	9/5	alle	–	–
BKK Gesundheit	10/5	alle	24/7	–
BKK Gildemeister Seidenst.	24/7	überwiegend	24/7	–
BKK Pfalz	10/6	überwiegend	–	–
BKK Philips	9/5	alle	24/7	–
BKK R+V Versicherung	10/5	alle	10/5	–
BKK Verkehrsbau Union	24/7	überwiegend	24/7	temporäre Experten-Chats und Experten-Hotline
BKK24	24/7	überwiegend	10/5	–
DAK	24/7	alle	24/7	spezielle Hotlines z.B. Ausland, Kindermedizin
Deutsche BKK	24/7	alle	24/7	–
G+H BKK	24/7	alle	24/7	–
GEK Gmünder Ersatzk.	10/5	alle	24/7	mehrere Hotlines
Gothaer BKK	24/7	überwiegend	24/7	Gesundheits-, Eltern- und Auslandstelefon
Hamburg Münchener KK	24/7	überwiegend	24/7	Home-Service
HypoVereinsbank BKK	24/7	überwiegend	24/7	Beratung für spezielle Krankheiten
HZK	10/5	alle	24/7	–
IKK gesund plus	10/5	alle	3/1	kostenloses Servicetelefon

Kasse	Geschäfts-stellen
Barmer Ersatzkasse	981
BIG	1
BKK A.T.U	0
BKK BVM	10
BKK Der Partner	20
BKK Dr. Oetker	4
BKK Essanelle	16
BKK firmus	20
BKK FTE	6
BKK futur	22
BKK Gesundheit	20
BKK Gildemeister Seidenst.	3
BKK Pfalz	4
BKK Philips	1
BKK R+V Versicherung	1
BKK Verkehrsbau Union	8
BKK24	13
DAK	873
Deutsche BKK	49
G+H BKK	0
GEK Gmünder Ersatzkasse	194
Gothaer BKK	3
Hamburg Münchener KK	17
HypoVereinsbank BKK	0
HZK	15
IKK gesund plus	36

Zdroj: www.focus.de, 2007

Obrázok 13: Hodnotenie zdravotných poisťovní ratingom časopisu Focus Money v roku 2007 – tarifné programy

Kasse	integrierte Versorgung max. Vorteil in Euro	Disease-Management-Programme max. Vorteil in Euro	hausarztzentrierte Versorgung max. Vorteil in Euro	besondere ambulante ärztliche Versorgung max. Vorteil in Euro	Selbstbehalttarif			Beitragsrückerstattung			variable Kostenerstattung		spezielle Arzneimittel		Sachprämienprogramm			Rabattprogramm			Reduzierung von Zuzahlungen/ Eigenanteilen			weitere Programme
					Angebot	max. Vorteil in Euro	für alle MG	Angebot	max. Vorteil in Euro	für alle MG	Angebot	für alle MG	Angebot	für alle MG	Angebot	max. Vort. in Euro	für alle MG	Angebot	max. Vorteil in Euro	für alle MG	Angebot	max. Vorteil in Euro	für alle MG	
Barmer Ersatzkasse	150	40	30	k.A.	ja	500	ja	ja	290	ja	ja	ja	ja	ja	ja	110	ja	ja	70	ja	–	–	–	–
BIG	40	40	40	40	ja	600	nein	ja	1/12 JB	ja	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	ja
BKK A.T.U	Vertragsabhängig	40	k.A.	k.A.	ja	200	ja	ja	100	ja	ja	nein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
BKK BVM	k.A.	600	40	50–150	ja	600	nein	ja	513	nein	ja	ja	–	–	–	–	–	ja	75–225	ja	–	–	–	–
BKK Der Partner	k.A.	k.A.	40	k.A.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	ja	150	ja	ja	90 bzw.50%	nein	–
BKK Dr. Oetker	k.A.	k.A.	40	k.A.	ja	250	nein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	ja	150	ja	ja	150	ja	–
BKK Essanelle	150	150	k.A.	k.A.	ja	600	nein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	ja	160	ja	–	–	–	ja
BKK firmus	k.A.	90 % ZZE	40	k.A.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
BKK FTE	k.A.	Befreiung von PG	k.A.	k.A.	ja	300	nein	ja	600	ja	–	–	–	–	–	–	–	ja	100	ja	ja	k.A.	nein	–
BKK futur	40	100	40	k.A.	ja	240	nein	ja	360	ja	–	–	–	–	ja	50	nein	ja	k.A.	ja	–	–	–	ja
BKK Gesundheit	50	150	k.A.	50	ja	250	nein	ja	1/12 JB	nein	ja	nein	–	–	–	–	–	ja	150	ja	–	–	–	–
BKK Gildemeister Seidenst.	k.A.	40	k.A.	k.A.	ja	340	nein	–	–	–	–	–	–	–	ja	k.A.	nein	ja	100	ja	ja	40	nein	–
BKK Pfalz	beihw. keine ZZ	160	40	k.A.	ja	450	ja	–	450	ja	–	–	–	–	ja	150	ja	ja	150	ja	–	–	ja	ja
BKK Philips	k.A.	80 + 80 % ZZE	40	k.A.	ja	240	ja	–	–	–	–	–	–	–	ja	100	ja	–	–	–	–	–	–	–
BKK R+V Versicherung	k.A.	250	40	k.A.	ja	k.A.	nein	ja	k.A.	nein	–	–	–	–	–	–	–	ja	55	ja	ja	1% FBI	–	–
BKK Verkehrsbau Union	215	40	k.A.	k.A.	–	–	–	ja	485	ja	–	–	–	–	–	–	–	ja	150	ja	–	–	–	ja
BKK24	k.A.	120	40	k.A.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	ja	k.A.	nein	ja	k.A.	ja	–	–	–	–
DAK	140	42	40	Sachleistung*	ja	600	nein	ja	540	nein	–	–	–	–	ja	150	ja	ja	150	ja	ja	60	ja	ja

Zdroj: www.focus.de, 2007

Obrázok 14: Hodnotenie zdravotných poisťovní ratingom časopisu Focus Money v roku 2007 – programy pre chronické ochorenia

Kasse	Asthma	Brustkrebs	Diabetes mellitus Typ 1	Diabetes mellitus Typ 2	koronare Herzkrankheit	chronisch obstruktive Lungenkrankheit
Barmer Ersatzkasse	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BIG	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK A.T.U	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK BVM	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK Der Partner	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK Dr. Oetker	alle außer SC	alle	alle außer BE, BR, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK Essanelle	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK firmus	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK FTE	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK futur	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK Gesundheit	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK Gildemeister Seidenst.	alle außer SC, SA	alle außer SA	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC, SA
BKK Pfalz	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK Philips	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK R+V Versicherung	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
BKK Verkehrsbau Union	alle außer SC, BW, BR, HE	alle außer BW, BY, BR, HE, NS	alle außer BW, BR, HE, BE, HH, SL	alle außer BW, BY, BR, HE, NS	alle außer BW, BY, BR, HE, NS	alle außer BW, BR, HE, SC
BKK24	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC
DAK	alle außer SC	alle	alle außer BE, HH, SL	alle	alle	alle außer SC

Zdroj: www.focus.de, 2007

2.2.2 WWW.GESETZLICHEKRANKENKASSEN.DE

Na tejto internetovej stránke sú k dispozícii podrobné informácie o systéme zdravotného poistenia, jednotlivých poisťovniach, ako aj ich ratingoch a rebríčkoch. Rating uvedený v časti 2.2.1. bol vypracovaný v spolupráci s **www.Gesetzlichekrankenkassen.de** a Focus Money a preto je tento rating uvedený aj na tejto stránke.

2.2.3 KUNDENMONITOR

Kundenmonitor je spotrebiteľská organizácia v Nemecku. Od roku 1992 hodnotí rôzne služby z pohľadu spotrebiteľa. Každoročne vydáva hodnotenie, ktoré zahŕňa aj zdravotné poisťovne. Hodnotenie sa vykonáva dotazníkovou metódou. V roku 2003 bolo oslovených 9 463 respondentov prostredníctvom počítačovo riadených telefonických rozhovorov.

Otázky boli rovnaké pre všetky služby:

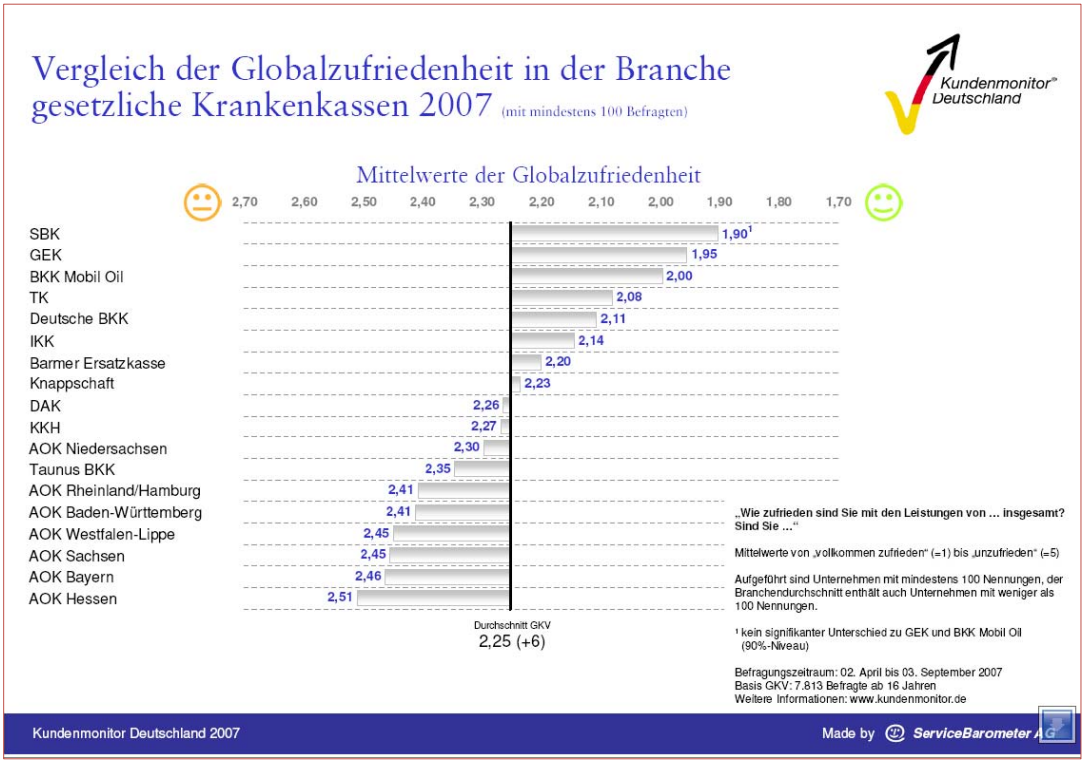
- **Celková spokojnosť** – celkové posúdenie ponuky služieb a benefitov. Hlavná otázka z hľadiska zdravotných poisťovní znela „Ako ste spokojný s celkovou prácou vašej poisťovne?“ Otázky sa týkajú napr. telefonickej služby, jej rýchlosti, prístupu k zákazníkovi a odbornosti.
- **Hodnota za peniaze** – hodnotenie ceny spolu s ponukou služieb „Keď spolu spočítate všetky zdravotné služby, ako ste spokojný s hodnotou, ktorú dostanete za Vaše peniaze?“
- **Odporúčanie** – „Odporúčali by ste tohto poskytovateľa svojmu priateľovi alebo známemu?“
- **Znovuzakúpenie** – „Ak by bolo potrebné, vybrali by ste si tohto poskytovateľa?“
- **Kompetitívne výhody, porovnanie poisťovne s inými** - „Myslíte si, že Vám tento poskytovateľ ponúka väčšie výhody ako konkurencia?“
- **Cross-selling** – „Využili by ste aj iné služby tohto poskytovateľa?“

Možné odpovede boli v rozsahu od 1 – úplne spokojný až po 5 – nespokojný (Obrázok 15).

Obrázok 15: Príklad otázky podľa ratingu Kundenmonitor

Zdroj: www.servicebarometer.com/kundenmonitor, 2008

Obrázok 16: Rating zdravotných poisťovní podľa Kundenmonitor v roku 2007



Zdroj: www.servicebarometer.com/kundenmonitor, 2008

2.2.4 Rebríček „Deutschlands kundenorientierteste Dienstleister“

V spolupráci s významnými novinami Handelsblatt, Univerzitou St. Gallen, ratingovou agentúrou ServiceRating a Steria Mummert Consulting bol vypracovaný rebríček 50 nemeckých spotrebiteľsky najviac orientovaných poskytovateľov „Deutschlands kundenorientierteste Dienstleister 2008“, medzi ktorými sa hodnotili aj zdravotné poisťovne.

Boli hodnotené na základe 7 kritérií:

1. **Orientovanie sa na spotrebiteľa** – od najvyšších predstaviteľov až po najnižších
2. **Kompetencia** – cez správny výber a motiváciu spolupracovníkov a partnerov
3. **Kontrola** – kvalita monitorovaná každý deň
4. **Konfigurácia** – ponuka služieb spĺňa požiadavky spotrebiteľa
5. **Komunikácia** – poskytnutie možnosti dialógu so spotrebiteľom
6. **Kooperácia** – rozšírenie spolupráce a služieb
7. **Komercializácia** - zákazník je stredobodom

Metodika pozostávala z 90-stranového dotazníku zameraného na uvedených sedem bodov a určeného pre manažment spoločností. Okrem toho bolo telefonicky kontaktovaných 100 zákazníkov s otázkami k uvedeným 7 bodom. Následne boli údaje od riadiacich pracovníkov a zákazníkov posúdené odborníkmi.

2.3 HOLANDSKO

Od roku 1992 sa v Holandsku začal voľný výber poisťovní a od roku 1996 cenová súťaž. Veľká reforma sa začala od januára 2006, odkedy je každý povinný zvoliť si súkromnú zdravotnú poisťovňu so základným povinným poistením, ktoré môžu poskytovať rôzne balíčky nad rámec povinného rozsahu a taktiež s rôznymi cenami. Predpokladá sa, že samotní poistenci ako zákazníci budú výberom poisťovní s lepším plánom zlepšovať úroveň poistenia v Holandsku. Každý poistenec môže zmeniť poisťovňu jedenkrát za rok. Aby si však zákazník – poistenec mohol informovane vybrať, v poisťovni Agis začali s hodnotením poisťovní prevzatím amerického modelu CAHPS (popísaný vyššie), ktorý používa NCQA ako svoj dotazník. Dotazník bol preložený do holandčiny a adaptovaný na holandské pomery. Zmenili sa otázky o „nurse practitioners“ a „physician assistants“, ktoré v Holandsku nie sú rozšírené, rozdelili sa otázky o centrálnom príjme na centrálny príjem v nemocnici a u samotného lekára po ordinačných hodinách, aby zodpovedal pomerom v Holandsku a otázku na rasu vystriedala otázka na etnicitu. Pri hodnotení spokojnosti bolo kontaktovaných 977 poistencov, pričom späť sa vrátilo 500 dotazníkov.

Vylúčení boli tí, ktorí nenapísali, že boli poistení danou poisťovňou, niekto iný vyplnil dotazník za nich a tí, čo neboli poistení danou poisťovňou aspoň 12 mesiacov.

V Holandsku sú veľké snahy hodnotiť kvalitu jednotlivých poisťovní. V budúcnosti sa plánuje rozšírenie CAHPS na širšiu populáciu, použitie dotazníku QUOTE (Quality Of Care Through the Patient’s Eyes), ktorý bol vyvinutý v Holandsku a dotazníkov z Picker Institute v UK. Posledné dva dotazníky sledujú kvalitu zdravotnej starostlivosti kvôli hodnoteniu zdravotných poisťovní.

2.4 AUSTRÁLIA

V Austrálii sa rating poisťovní zaoberá hlavne rozdielmi v ponuke služieb poisťovní a v rozdielnej cene poistenia. Patria sem Health Care and Insurance Australia 2005 (každé dva roky vypracované firmou Ipsos/TQA Research), Consumer Survey – Informed Financial Consent (dotazník z Department of Health and Ageing) a prehľad Ombudsmana pre súkromné zdravotné poistenie.

2.4.1 OMBUDSMAN PRE SÚKROMNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Ombudsman pre súkromné zdravotné poistenie je organizáciou austrálskej vlády, ale pôsobí nezávisle. V jej kompetencii sú hlásenia sťažností o zdravotných poisťovniach. Jej úlohou je poskytovanie poradenskej pomoci poisťovniam, vláde a spotrebiteľom.

Ombudsman pre súkromné zdravotné poistenie publikuje nezávislé informácie o súkromných poistných plánoch a výsledkoch poistných fondov. Publikuje každoročne publikáciu State of the Health Funds Report (Správa o stave zdravotných fondov), ktorá porovnáva jednotlivé zdravotné poistné fondy. Správa je prístupná na internetovej stránke: **http://www.phio.org.au/pub_sta.html**.

Hlavným cieľom je poskytovať informácie spotrebiteľom pri rozhodovaní o súkromnom zdravotnom poistení. Táto správa poskytuje vybranú informáciu o službách a aspektoch výkonov všetkých registrovaných fondov.

Správa pozostáva z niekoľkých častí, ktoré popisujú 37 registrovaných austrálskych poistných fondov, z ktorých je 24 otvorených pre verejnosť a 13 otvorených len pre určitú skupinu obyvateľstva (napr. len pre zdravotníkov, pre učiteľov, vojakov a pod.).

Obrázok 17: Príklad hodnotenia ratingom Ombudsmana pre súkromné zdravotné poistenie – časť 1: základné charakteristiky

BUPA	Bupa Australia	*HBA (VIC, NSW, QLD, WA, TAS), Mutual Community (SA, NT)*
A nationally based, for profit fund with a market share of 9.9%		
Retail Offices:	NSW(4) VIC(35) SA(16) NT(1) *(20 offices open Saturdays)*	Agencies: VIC(19) SA (2) NT (1)
	Performance reported : 71% rating on customer service on most recent contact occasion.	
Phone Service:	13 12 43 (Local Call Cost)	
	Mon-Thur: 8:30am- 8:30pm, Fri: 8:30am- 8:00pm, Sat: 9:00am- 1:00pm (EST)	
	Performance reported : Average speed of answer 30 secs; Average handle time 320 secs	
Member Satisfaction:	Internal quality monitoring & monitoring by external research company	
	Performance reported : 75% rate staff as very good or excellent (as reported by external survey research)	

CDH	CDH Benefits Fund Ltd
Regional fund based in Cessnock (NSW) with a market share of 0.04%, not for profit.	
Retail Offices:	NSW (1)
Phone Service:	(02) 4990 1385 (Normal call cost)
	Mon-Fri 8:30am-5:00pm (EST)

Credicare	Credicare Health Fund Limited	
Based mainly in QLD. Also in NSW, ACT & VIC. Market share of 0.4%, not for profit. Health for members of Credit Union Australia Limited		
Retail Offices:		Agencies: NSW(9) VIC(4) QLD(36)
	Performance reported :Overall credicare service rated at 80% satisfaction.	
Phone Service:	133 282 (Local call cost)	
	Mon-Fri 8:00am-5:00pm (QLD Time)	
	Performance reported : 87.8% calls answered in 3 rings; 1.7% abandonment rate.	
Member Satisfaction:	Overall customer service of CUA measured.	

Zdroj: www.phio.org.au, 2008

1. časť je venovaná **zoznamu poistných fondov a služieb spotrebiteľom.** Zahŕňa charakteristiky:

- otvorenosť fondu a ich špecifiká pre jednotlivé štáty (ak existujú),
- charakteristiku, či ide o ziskovú alebo neziskovú organizáciu,
- podiel na trhu,
- pobočky a ich počet, úradné hodiny s udaním napr. víkendových úradných hodín, vysunuté pracoviská napr. v lekárňach, hodnotenie výsledkov spokojnosti na pobočkách (ak existuje), ktoré si sama poisťovňa meria (nemusia byť objektívne, ale sú určitým ukazovateľom),
- telefonická služba – záznam, koľko stojí hovor (zdarma, lokálny, medzimesto), hodiny, kedy je linka prístupná, a hodnotenie spokojnosti, ak sú merané fondom, dĺžku čakania na linke, percento hovorov, kedy bolo obsadené,
- spokojnosť spotrebiteľov – pacientov – každý fond udával, či ju meria a ako, a aké boli výsledky, ktoré však nie sú vzhľadom na rôznu použitú metodiku navzájom porovnateľné.

2. časť obsahuje analýzu zdravotných poisťovní z hľadiska **pokrytia územia**. Posudzované sú údaje ako podiel na trhu v danom štáte, počet zazmluvnených nemocníc, existencia regionálnej pobočky a agentúry.

3. časť obsahuje **informácie o službách**. V tejto časti správa analyzuje informáciu o existencii internetovej stránky, emailu, možnosti vyhľadávania lekára poisťovne a nemocnice poisťovne, či si môžu členovia skontrolovať svoje pokrytie na internete po prihlásení, či môžu urobiť zmenu na internete, či môžu zistiť cenu služieb na internete alebo prihlásiť sa na internete.

4. časť obsahuje ďalšie údaje o schopnosti udržať si poistencov, o raste kmeňa, o počte sťažností celkovo i v percentách v pomere k podielu na trhu, a typy sťažností.

5. časť analyzuje **pokrytie nemocničnej zdravotnej starostlivosti** z pohľadu počtu pokrytých osôb a percenta úhrady nemocničných nákladov.

V **6. časti** sa hodnotia **programy pokrývajúce tzv. „zdravotnú medzeru“.**

Obrázok 18: **Príklad hodnotenia ratingom Ombudsmana pre súkromné zdravotné poistenie – časť 2: analýza pokrytia**

Abbreviated name	% Fund Market Share this state	% Fund's Business in this state	Agreement Hospitals		Fund Outlets	
			Private Hospitals	Day Hospitals	Retail Offices	Agencies
AHM	3.9%	57.2%	85	86	●	
AU	1.2%	14.3%	78	79	●	
BUPA	1.2%	3.4%	72	52	●	
CDH	0.1%	98.6%	76	44	●	
GMHBA	0.2%	5.1%	76	44		
GU Corporate	0.3%	43.8%	80	80		
HCF	19.5%	79.2%	84	84	●	
Healthguard	0.1%	6.0%	80	81		●
MBF	20.7%	41.6%	80	62	●	●
MBF Alliances	2.5%	40.4%	82	60	●	●
Medibank	23.3%	28.2%	79	73	●	●
Mildura	0.1%	12.2%	76	44		●
MU	2.8%	70.5%	83	86		●
NIB	14.0%	79.2%	83	76	●	
St Luke's	<0.1%	3.0%	76	44		
Westfund	1.4%	57.9%	73	38	●	●
ACA	0.2%	61.5%	83	86	●	

Zdroj: www.phio.org.au, 2008

Obrázok 19: Príklad hodnotenia ratingom Ombudsmana pre súkromné zdravotné poistenie – časť 3: informácie o službách

Abbreviated name	Online Services							
	Website	Email	Hospital Search	Doctor Search	Check Details Online	Change Details Online	Member-ship Quotes Online	Online Covernote/ Join
AHM	•	•	•	•	•	•	•	•
AU	•	•	•	•	•	•	•	•
BUPA	•	•	•	•	•	•	•	•
CDH	•	•						
Credicare	•	•	•	•				
Druids Vic	•	•	•		•	•		•
GMHBA	•	•	•		•	•	•	•
GU Corporate	•	•	•	•	•	•		
HBF	•	•	•	•			•	•
HCF	•	•	•	•	•	•	•	•
Healthguard	•	•	•				•	•
Health - Partners	•	•		•			•	•
HIF	•	•		•			•	•
Latrobe	•	•	•		•	•		•

Zdroj: www.phio.org.au, 2008

Obrázok 20: Príklad hodnotenia ratingom Ombudsmana pre súkromné zdravotné poistenie – časť 4: retencia kmeňa a sťažnosti

Fund Name (Abbreviated)	Member Retention %	Membership Growth %	Complaints % compared to Market Share %				
			Market Share	Benefits	Service	All Complaints	Complaints Investigated
AHM	89.6%	10.8%	2.4%	3.5%	3.0%	3.4%	3.3%
AU	73.5%	11.8%	3.6%	5.8%	7.4%	6.5%	7.2%
BUPA	84.1%	1.3%	9.9%	10.9%	9.5%	9.9%	11.1%
GMHBA	88.9%	3.0%	1.5%	1.6%	1.3%	1.6%	1.6%
HBF	91.0%	2.9%	7.9%	5.4%	2.3%	4.1%	3.3%
HCF	89.8%	2.9%	8.8%	6.3%	5.4%	6.1%	6.2%
Healthguard	85.9%	-1.3%	0.6%	1.0%	0.9%	1.0%	0.5%
Health-Partners	92.4%	4.9%	0.7%	0.5%	0.1%	0.6%	0.3%
Latrobe	89.9%	37.0%	0.6%	0.7%	0.3%	0.5%	0.4%
MBF	85.0%	0.9%	16.7%	15.9%	17.9%	17.1%	15.9%
MBF Alliances	88.0%	1.3%	2.2%	3.8%	4.6%	4.3%	3.9%
Medibank	88.5%	0.9%	28.7%	23.3%	30.5%	25.8%	23.9%
MU	87.6%	9.3%	1.4%	2.8%	3.6%	2.8%	3.4%
NIB	82.6%	3.5%	6.2%	9.0%	6.7%	7.5%	9.9%
Westfund	86.6%	-0.6%	0.7%	0.6%	0.9%	0.6%	1.0%
CBHS	94.1%	4.3%	1.1%	1.4%	0.4%	1.0%	1.3%
Defence Health	90.8%	5.2%	1.4%	2.6%	2.0%	2.4%	2.5%
Teachers Fed	95.5%	5.7%	1.6%	0.5%	0.5%	0.5%	0.4%

Zdroj: www.phio.org.au, 2008

Obrázok 21: Príklad hodnotenia ratingom Ombudsmana pre súkromné zdravotné poistenie – časť 5: pokrytie nemocničnej zdravotnej starostlivosti

Abbreviated name	Persons Covered	Average Contribution (per Person Covered)	Average Benefit (per person covered)	% Hospital Charges Covered
AHM	230634	$805.91	$663.30	87.2%
AU	282715	$928.82	$791.55	91.8%
BUPA	881425	$937.18	$809.77	94.3%
CDH	4175	$861.88	$684.60	95.3%
Credicare	37418	$941.51	$799.22	91.5%
Druids Vic	11021	$727.52	$721.26	93.0%
GMHBA	121001	$801.84	$692.09	90.3%
GU Corporate	30859	$883.21	$623.16	89.3%
HBF	603360	$717.53	$725.40	93.4%
HCF	839202	$719.95	$640.74	89.9%
Healthguard	57693	$812.41	$687.75	93.7%
Health-Partners	48377	$935.78	$845.22	97.2%
HIF	35620	$786.22	$653.85	92.6%
Latrobe	56980	$858.49	$706.69	92.8%

Zdroj: www.phio.org.au, 2008

Obrázok 22: Príklad hodnotenia ratingom Ombudsmana pre súkromné zdravotné poistenie – časť 6: pokrytie „zdravotnej medzery“

FUND / GAP SCHEME	% of Services with No Gaps						
	NSW & ACT	VIC	QLD	WA	SA	TAS	NT
BUPA	71.0%	85.8%	70.6%	57.0%	93.3%	71.2%	78.9%
CDH	80.0%	–	–	–	–	–	–
Doctors' Health Fund	74.6%	71.7%	73.6%	–	–	–	–
Druids VIC	–	61.5%	–	–	–	–	–
GMHBA	56.9%	74.1%	61.1%	47.6%	78.2%	–	–
HBF	66.9%	66.8%	62.7%	82.8%	79.0%	–	64.7%
HCF	83.5%	89.7%	85.7%	73.2%	97.4%	85.7%	80.8%
Healthguard	78.4%	85.5%	83.8%	54.4%	86.1%	–	–
Latrobe	–	74.4%	–	–	–	–	–
MBF	82.8%	83.9%	85.7%	60.8%	93.9%	92.1%	77.3%
MBF Alliances	76.8%	81.9%	77.1%	60.1%	93.6%	–	–
Medibank	79.1%	86.6%	82.6%	66.7%	93.2%	87.4%	74.2%

Zdroj: www.phio.org.au, 2008

Obrázok 23: Príklad hodnotenia ratingom Ombudsmana pre súkromné zdravotné poistenie – časť 7: doplnkové pokrytie, základné údaje

Abbreviated name	Persons Covered	Average Contribution per Person Covered	Average Benefit per Person Covered	% of Charges Covered, All Services	% Claims Processed in 5-days
AHM	204408	$487.99	$236.92	47.1%	96.8%
AU	225172	$375.68	$274.79	49.1%	98.2%
BUPA	758419	$337.75	$245.06	47.2%	100.0%
CDH	3824	$244.27	$186.57	46.6%	99.8%
Credicare	35493	$350.43	$279.05	48.9%	99.9%
Druids Vic	9037	$270.00	$204.27	50.5%	92.0%
GMHBA	121410	$307.02	$269.76	51.5%	97.7%
GU Corporate	29200	$622.26	$494.01	71.4%	79.5%
HBF	775240	$329.60	$203.59	47.2%	75.9%
HCF	815330	$335.84	$271.17	50.1%	99.8%
Healthguard	43353	$349.25	$536.23	51.5%	25.8%
Health-Partners	62415	$389.34	$168.46	54.1%	91.7%
HIF	39644	$399.78	$245.59	47.0%	87.4%
Latrobe	41126	$299.20	$206.75	46.6%	99.9%

Zdroj: www.phio.org.au, 2008

Obrázok 24: Príklad hodnotenia ratingom Ombudsmana pre súkromné zdravotné poistenie – časť 7: doplnkové pokrytie, typy zdravotnej starostlivosti

Ancillary Cover(II)- Average Amount of Costs Covered by Service

Fund	Dental[f]	Optical[1]	Physiotherapy	Chiropractic	Pharmacy	Podiatry	Natural Therapies	Ambulance	Acupuncture	Psych/ Group Therapy	Preventative Health Products	Hearing Aids & Audiology	Occupational Therapy
AHM	44%	65%	51%	56%	37%	54%	40%	100%	49%	37%	61%	20%	42%
AU	47%	52%	62%	52%	36%	58%	52%	45%	48%	37%	55%	17%	50%
BUPA	48%	46%	59%	48%	36%	48%	33%	100%	43%	41%	0%	17%	40%
CDH	51%	41%	65%	56%	51%	46%	42%	0%	64%	29%	30%	0%	37%
Credicare	49%	46%	51%	55%	39%	56%	47%	100%	47%	54%	0%	34%	60%
Druids Vic	56%	37%	53%	62%	34%	49%	50%	98%	50%	31%	77%	14%	36%
GMHBA	53%	48%	52%	53%	47%	57%	41%	94%	41%	35%	70%	18%	48%
GU Corporate	73%	66%	75%	76%	50%	75%	74%	0%	75%	74%	65%	16%	84%
HBF	47%	41%	52%	45%	38%	53%	46%	100%	0%	45%	70%	25%	64%
HCF	52%	44%	51%	53%	45%	56%	36%	100%	52%	0%	51%	32%	59%
Healthguard	43%	77%	58%	45%	38%	71%	35%	100%	31%	46%	0%	22%	66%
Health-Partners	60%	44%	58%	52%	43%	51%	37%	97%	46%	47%	0%	32%	60%
HIF	46%	45%	50%	46%	51%	52%	42%	94%	38%	49%	24%	32%	59%
Latrobe	44%	53%	48%	50%	21%	54%	41%	73%	48%	48%	26%	16%	55%
MBF	53%	42%	54%	57%	60%	53%	42%	100%	58%	49%	25%	26%	57%

Zdroj: www.phio.org.au, 2008

Doplnkové pokrytie zahŕňajúce stomatológiu, optometriu, chiropraktikov a doplnkové lieky je posudzované v **7. časti**.

Posledná **8. časť** zahŕňa **finančné a nákladové údaje** ako percento kontribúcií, výdavky na správu, zisk/stratu, celkový zisk/stratu ako percento tržieb.

Správa tiež publikuje tzv. Report Cards (vysvedčenia) pod názvom **Individual Health Fund Report Cards**, ktoré sumarizujú detaily o každom poistnom fonde. Sú prístupné na internetovej stránke: http://www.phio.org.au/reportcards.html.

Obrázok 25: **Príklad hodnotenia ratingom Ombudsmana pre súkromné zdravotné poistenie – časť 8: finančné a nákladové údaje**

Abbreviated name	Benefits as % Contributions	Management Expenses		Surplus (-Loss) from health insurance	Overall Profit (- Loss) as % total revenue
		Ratio	Per Person Covered		
AHM	72.1%	11.2%	$131	16.6%	13.9%
AU	82.7%	9.7%	$111	7.3%	8.5%
BUPA	83.3%	8.3%	$93	8.5%	7.4%
CDH	81.4%	13.6%	$139	5.0%	10.0%
Credicare	83.6%	9.3%	$101	7.1%	8.2%
Druids Vic	93.7%	13.0%	$128	-6.7%	-1.8%
GMHBA	86.9%	9.1%	$81	4.0%	9.3%
GU Corporate	74.7%	17.4%	$251	7.9%	7.7%
HBF	87.6%	9.2%	$80	3.2%	10.7%
HCF	89.0%	8.3%	$77	2.7%	7.2%
Healthguard	81.2%	10.9%	$105	7.9%	7.1%
Health-Partners	92.2%	8.4%	$87	- 0.6%	13.6%
HIF	75.3%	9.9%	$106	14.8%	17.8%
Latrobe	79.7%	10.9%	$109	9.4%	23.1%
MBF	86.3%	9.3%	$98	4.3%	10.2%
MBF Alliances	84.6%	8.2%	$83	7.2%	6.0%
Medibank	86.4%	10.2%	$102	3.5%	6.9%

Zdroj: www.phio.org.au, 2008

Obrázok 26: Príklad Report Card Ombudsmana pre súkromné zdravotné poistenie – Report Cards

Australian Government
Private Health Insurance Ombudsman

STATE OF THE HEALTH FUNDS REPORT 2006

Individual Fund Summary

BUPA BUPA Australia, HBA, Mutual Community

A nationally based, for profit fund. Market share of 9.9%

Membership Requirement	Open to all Australian residents
Retail Offices	NSW(4) VIC (35) SA(16) NT(1)
Phone Service	13 12 43
Hours	Mon-Thur 8:30am-8:30pm, Fri 8:30am-8pm, Sat 9am-1pm (EST)
Performance reported	Average speed of answer 30 secs, average handle time 320 secs
Website	www.bupa.com.au
	Comprehensive - provides all PHIO recommended services
Member Satisfaction	Internal quality monitoring & monitoring by external research company
Performance reported	75% rate staff as very good or excellent (as reported by external survey research)

Medical Gaps, Agreement Hospitals & Market Share by State or Territory	State or Territory	% Medical Services Covered at No Gap	Agreement Hospitals		Market Share in State or Territory	%Fund business in State or Territory
			Private Hospitals	Day Hospitals		
Info. only provided for states in which fund has a significant number of members	NSW & ACT	71.0%	72	52	1.2%	3.4%
	Victoria	85.8%	60	39	22.0%	54.0%
	Queensland	70.6%	41	34	2.4%	3.9%
	Western Australia	57.0%	16	2	1.0%	1.1%
	South Australia	93.3%	30	17	42.3%	36.6%
	Tasmania	71.2%	4	2	1.2%	0.2%
	Northern Territory	78.9%	1	-	12.8%	0.8%

Hospital Cover	Average Contribution	Average Benefit	% Hospital Charges Covered
	$937.18	$809.77	94.3%
Compared to Industry Result	*$835.17*	*$717.88*	*87.7%*

General Health Cover (Ancillary Cover)	Average Contribution	Average Benefit	Average % charge covered		
			All Services	Dental	Optical
	$337.75	$245.06	47.2%	48%	46%
Compared to Industry Result	*$329.31*	*$262.42*	*49.3%*	*49%*	*47%*

Share of PHIO Complaints	Benefits Complaints	Service Complaints	All Complaints	Investigated Complaints
	10.9%	9.5%	9.9%	11.1%
Compared to Market Share	*9.9%*			

Finances	Benefits as % of Contributions	Management Expenses		Surplus/Loss from Health Insurance
		Ratio	Per Person Covered	
	83.3%	8.3%	$93	8.5% surplus
Compared to Industry Result	*85.3%*	*9.4%*	*$95*	*5.3% surplus*

Zdroj: www.phio.org.au, 2008

2.5 ŠVAJČIARSKO

Vo Švajčiarsku sa rating poisťovní zaoberá najmä rozdielmi v ponuke služieb poisťovní a v cene poistenia. Tieto hodnotenia sú verejne dostupné na internete. K takýmto stránkam patrí napríklad http://www.bonus.ch/Pag/Krankenkassen/Praemienuebersicht-Vergleich.aspx, http://www.grundversicherung.net/.

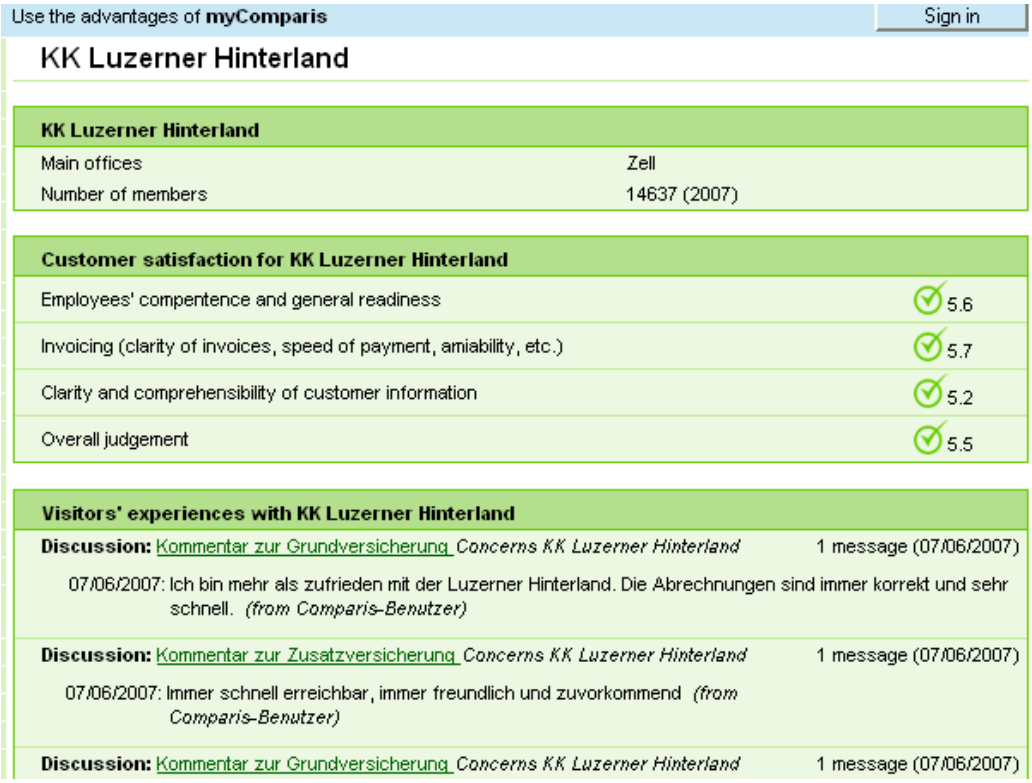
2.5.1 WWW.COMPARIS.CH

Internetová stránka **www.comparis.ch** okrem údajov o ponuke služieb poisťovní a o rozdielnej cene poistenia každoročne vyhodnocuje spokojnosť spotrebiteľov s ich zdravotnou poisťovňou. V júni 2007 takto hodnotili u viac ako 11 000 poistencov nasledujúce parametre:

- kompetenciu zamestnancov poisťovní a všeobecnú pripravenosť
- účtovanie – prehľadnosť účtov, rýchlosť platby, a pod.
- prehľadnosť a kompletnosť informácií pre poistencov
- celkové hodnotenie

Vyhodnotenie je udávané v percentách a rebríček poisťovní je prístupný na internete: http://www.comparis.ch/krankenkassen/umfrage/hitlist.aspx.

Obrázok 27: Individuálne hodnotenie zdravotnej poisťovne ratingom www.comparis.ch



Use the advantages of **myComparis** | Sign in

KK Luzerner Hinterland

KK Luzerner Hinterland	
Main offices	Zell
Number of members	14637 (2007)

Customer satisfaction for KK Luzerner Hinterland	
Employees' compentence and general readiness	5.6
Invoicing (clarity of invoices, speed of payment, amiability, etc.)	5.7
Clarity and comprehensibility of customer information	5.2
Overall judgement	5.5

Visitors' experiences with KK Luzerner Hinterland

Discussion: Kommentar zur Grundversicherung *Concerns KK Luzerner Hinterland* 1 message (07/06/2007)

07/06/2007: Ich bin mehr als zufrieden mit der Luzerner Hinterland. Die Abrechnungen sind immer korrekt und sehr schnell. *(from Comparis-Benutzer)*

Discussion: Kommentar zur Zusatzversicherung *Concerns KK Luzerner Hinterland* 1 message (07/06/2007)

07/06/2007: Immer schnell erreichbar, immer freundlich und zuvorkommend *(from Comparis-Benutzer)*

Discussion: Kommentar zur Grundversicherung *Concerns KK Luzerner Hinterland* 1 message (07/06/2007)

Zdroj: www.comparis.ch, 2008

Obrázok 28: Hodnotenie zdravotných poisťovní ratingom www.comparis.ch

Customer satisfaction poll 2007

Provider	Rating points	Rating	Detailed rating
KK Luzerner Hinterland	5.5	very good	Individual ratings and comments
Sumiswalder KK	5.5	very good	Individual ratings and comments
KK Malters	5.4	good	Individual ratings and comments
KLuG	5.3	good	Individual ratings and comments
Kolping	5.3	good	Individual ratings and comments
Provita	5.2	good	Individual ratings and comments
Aquilana	5.1	good	Individual ratings and comments
Carena Schweiz	5.1	good	Individual ratings and comments
Eidgenössische (EGK)	5.1	good	Individual ratings and comments
KK Steffisburg	5.1	good	Individual ratings and comments
KPT	5.1	good	Individual ratings and comments
Swica	5.1	good	Individual ratings and comments
Atupri	5.0	good	Individual ratings and comments
Concordia	5.0	good	Individual ratings and comments
Galenos	5.0	good	Individual ratings and comments
Innova	5.0	good	Individual ratings and comments
Sanitas	5.0	good	Individual ratings and comments
Sansan	5.0	good	Individual ratings and comments
SLKK	5.0	good	Individual ratings and comments
Visana	5.0	good	Individual ratings and comments
Xundheit	5.0	good	Individual ratings and comments
Intras	4.9	satisfactory	Individual ratings and comments
ÖKK	4.9	satisfactory	Individual ratings and comments
Rhenusana	4.9	satisfactory	Individual ratings and comments
Vivao Sympany (formerly ÖKK)	4.9	satisfactory	Individual ratings and comments
Wincare	4.9	satisfactory	Individual ratings and comments
Agrisano	4.8	satisfactory	Individual ratings and comments
Avanex	4.8	satisfactory	Individual ratings and comments

Zdroj: www.comparis.ch, 2008

KAPITOLA 3: METODIKA RATINGU ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 2008

3.1 HODNOTENÉ OBLASTI

Rating zdravotných poisťovní bol vykonaný hodnotením každej zdravotnej poisťovne v 7 oblastiach:

1. **finančná stabilita zdravotnej poisťovne** – hodnotí schopnosť zdravotnej poisťovne plniť jej súčasné a budúce záväzky voči poistencom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, váha: 20 %
2. **operačné procesy zdravotnej poisťovne** – hodnotí nastavenie procesov v zdravotnej poisťovni, ktoré majú dopad na výkon zdravotného poistenia, váha 10 %
3. **biznis profil zdravotnej poisťovne** – hodnotí vývoj zdravotnej poisťovne a jej stabilitu na trhu, váha 5 %
4. **vzťahy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti** – hodnotí vzťah zdravotnej poisťovne k poskytovateľom v zmysle platobných a zmluvných podmienok, váha 20 %
5. **kvalita poskytovaných služieb poistencom v zdravotnej starostlivosti a poskytovanie ďalších výhod pre poistencov** – hodnotí poskytovanie zdravotných služieb z pohľadu zabezpečenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti, manažmentu pacientov a poskytovania zdravotnej starostlivosti nad rámec zákonom stanoveného rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti, váha 20 %
6. **služby klientom** – hodnotí existenciu a kvalitu služieb klientských servisov, pobočiek, call-centier a internetových stránok, váha 15 %
7. **spokojnosť klientov** – dotazníkovou formou sa meria spokojnosť klientov so zdravotnou poisťovňou, váha 10 %

3.2 HODNOTENÉ PARAMETRE V SLEDOVANÝCH OBLASTIACH

1. Finančná stabilita zdravotnej poisťovne

definícia: hodnotí sa schopnosť zdravotnej poisťovne plniť jej súčasné a budúce záväzky voči poistencom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

váha: 20 %

V rámci finančnej stability sa hodnotia nasledujúce parametre:

1.1 **celková likvidita (current ratio)** – pomer obežných aktív k hodnote záväzkov splatných do 1 roka, váha 40 %

1.2 **miera finančnej samostatnosti** – hodnotí sa pomer vlastného imania k cudzím zdrojom, váha 20 %

1.3 **platobná schopnosť** - vyjadruje schopnosť poisťovne trvale hradiť z vlastných zdrojov záväzky vzniknuté z verejného zdravotného poistenia, váha 40 %

2. Operačné procesy zdravotnej poisťovne

definícia: hodnotí sa nastavenie procesov v zdravotnej poisťovni, ktoré majú dopad na výkon zdravotného poistenia

váha: 10 %

V rámci operačných procesov poisťovne sa hodnotia nasledujúce parametre:

2.1 **úspešnosť výberu poistného** – určuje schopnosť zdravotnej poisťovne manažovať platobnú disciplínu platiteľov, váha 30 %

2.2 **selektívny kontrakting** – hodnotí existenciu, kvalitu a používanie pravidiel pre selektívny kontrakting, váha 40 %

2.3 **revízny systém** – hodnotí kvalitu revízneho systému v zdravotnej poisťovni, váha 30 %

3. Biznis profil zdravotnej poisťovne

definícia: hodnotí sa vývoj zdravotnej poisťovne a jej stabilita na trhu

váha: 5 %

V rámci biznis profilu zdravotnej poisťovne sa hodnotia nasledujúce parametre:

3.1 **percentuálny rast počtu poistencov** – hodnotí rast podielu zdravotnej poisťovne na trhu, váha 20 %

3.2 **percentuálny rast výnosov** – počíta sa na jedného poistenca a odráža schopnosť poisťovne generovať vyššie výnosy, váha 20 %

3.3 **rentabilita výnosov** – pomer čistého zisku a celkových výnosov; meria správnosť operácií spoločnosti a prínos profitu k finančnej sile spoločnosti, váha 20 %

3.4 **nákladovosť poistného kmeňa –** hodnotí sa ako podiel nákladov na zdravotnú starostlivosť na jedného prepočítaného poistenca k priemerným nákladom na ZS na jedného prepočítaného poistenca, váha 15 %

3.5 **retencia poistencov** – hodnotí percento poistencov, ktorí v priebehu predchádzajúceho prestupného obdobia odišli zo zdravotnej poisťovne, váha 20 %

3.6 **počet rokov na trhu**– hodnotí stabilitu zdravotnej poisťovne na trhu, váha 5 %

4. Vzťahy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

definícia: hodnotí sa vzťah zdravotnej poisťovne k poskytovateľom v zmysle platobných a zmluvných podmienok

váha: 20 %

V rámci vzťahov s PZS sa hodnotia nasledujúce parametre:

4.1 **cenové podmienky** – porovnáva cenové podmienky pre základné typy poskytovateľov (všeobecná ambulantná starostlivosť, špecializovaná ambulantná starostlivosť, ústavná zdravotná starostlivosť a spoločné vyšetrovacie a laboratórne zložky), váha 30 %

4.2 **platobné mechanizmy** – hodnotí používanie progresívnych platobných mechanizmov, ktoré podporujú zvyšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti (napr. pay-for-performance) alebo zvyšovanie efektívnosti (napr. DRG), váha 30 %

4.3 **záväzky po lehote splatnosti** – meria pomer záväzkov po lehote splatnosti k celkovým záväzkom voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, váha 10 %

4.4 **„spokojnosť lekárov“** – hodnotenie zdravotných poisťovní poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti dotazníkovou metódou zameranou na komunikáciu medzi PZS a ZP a spokojnosť s priebehom a výsledkami rokovania o zmluvných podmienkach, váha 30 %

5. Kvalita poskytovaných služieb poistencom v zdravotnej starostlivosti a poskytovanie ďalších výhod pre poistencov

definícia: hodnotí poskytovanie zdravotných služieb z pohľadu zabezpečenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti, manažmentu pacientov a poskytovania zdravotnej starostlivosti nad rámec zákonom stanoveného rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti

váha: 20 %

V rámci kvality poskytovaných služieb poistencom v zdravotnej starostlivosti sa hodnotia nasledujúce parametre:

- 5.1 **dostupnosť zdravotnej starostlivosti** – meria dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poistencov danej ZP vypočítanej na základe časovej dostupnosti vybraných typov poskytovateľov ZS, váha 20 %
- 5.2 **čakacie listiny** – hodnotí čakanie na vybraté výkony z dôvodu obmedzenia finančných zdrojov, váha 40 %
- 5.3 **manažment pacienta/zmluvné protokoly** – sleduje existenciu programov pre manažment chorôb v zmysle poskytovania špecifickej starostlivosti alebo zavedenia EBM protokolov pre ich skríning, diagnostiku alebo manažment, váha 15 %
- 5.4 **ZS nad rámec rozsahu** – programy, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť nad rámec rozsahu stanoveného zákonom, hodnotené podľa hodnoty pre poistenca a veľkosti cieľovej skupiny, pre ktorú sú určené, váha 20 %
- 5.5 **ďalšie nadštandardné programy alebo výhody pre poistencov** – hodnotí poskytovanie ďalších nadštandardných programov alebo výhod pre poistencov podľa hodnoty pre poistenca a veľkosti cieľovej skupiny, ktorej sú určené, váha 5 %

6. Služby klientom

definícia: hodnotí existenciu a kvalitu služieb klientských servisov, kontaktných miest, call-centier a internetových stránok

váha: 15 %

V rámci služieb klientom sa hodnotia nasledujúce parametre:

- 6.1 **kontaktné miesta** – hodnotí obslužnosť (počet poistencov na kontaktné miesto), otváracie hodiny kontaktných miest a kvalita poskytovaných služieb, váha 30 %
- 6.2 **call-centrum** – hodnotí existenciu call-centra, cenu za hovor, prevádzkový čas call-centra a kvalitu poskytovaných služieb, váha 25 %
- 6.3 **internet** – hodnotí prítomnosť zoznamu pobočiek na stránke, telefonického a e-mailového kontaktu, zverejnenie a kvalitu zoznamu zmluvných poskytovateľov a možnosť vyhľadávania na stránke, váha 25 %
- 6.4 **poskytovanie informácií** – hodnotí sa poskytovanie informácií zdravotnou poisťovňou klientom a verejnosti, váha 10 %
- 6.5 **poskytovanie špeciálnych služieb** – sleduje existenciu ďalších služieb pre poistencov (napr. prevádzkovanie objednávacieho a asistenčného systému a pod.), váha 10 %

7. Spokojnosť klientov

definícia: dotazníkovou formou sa meria spokojnosť klientov so zdravotnou poisťovňou

váha: 10 %

- 7.1 **spontánne pozitívne skúsenosti** – hodnotí pozitívne skúsenosti poistencov so svojou zdravotnou poisťovňou, ktoré si respondenti vybavia spontánne, váha 25 %,
- 7.2 **spontánne negatívne skúsenosti –** hodnotí negatívne skúsenosti poistencov so svojou zdravotnou poisťovňou, ktoré si respondenti vybavia spontánne, váha 25 %,
- 7.3 **problémy s ošetrením u lekára –** hodnotí problémy poistencov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vzhľadom na to, v akej poisťovni sú poistení, váha 25 %,
- 7.4 **poistenci uvažujúci o zmene** – meria podiel respondentov každej poisťovne, ktorí uvažujú o zmene zdravotnej poisťovne, váha 25 %.

3.3 ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE PRI RATINGU NESPOLUPRACOVALI

HPI v marci 2008 oslovilo všetky zdravotné poisťovne s návrhom na spoluprácu pri ratingu. Napriek niekoľkým spoločným stretnutiam a počiatočnému záujmu poisťovní nedošlo k spoločnej dohode o spolupráci a poskytnutí údajov najmä z dôvodu odmietnutia Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, ktorá nepovažovala hodnotenie kvality výkonu verejného zdravotného poistenia za potrebné, a Spoločnou zdravotnou poisťovňou, ktorá si na zaoberanie sa touto problematikou nevedela nájsť čas a kapacitu.

Vzhľadom na likvidáciu Európskej zdravotnej poisťovne, táto poisťovňa nebola hodnotená.

3.4 ZDROJOVÉ ÚDAJE A SPÔSOB ZÍSKAVANIA ÚDAJOV

Ako zdrojové dáta boli použité nasledujúce verejne dostupné údaje o zdravotných poisťovniach:

- výročné správy zdravotných poisťovní,
- internetové stránky zdravotných poisťovní,
- tlačové materiály vydané zdravotnými poisťovňami dostupné na kontaktných miestach poisťovne alebo zasielané poistencom domov,
- správa úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia

Časť údajov bola získaná priamo od zdravotných poisťovní na základe ich vyžiadania pre potreby ratingu ZP a/alebo na základe žiadosti o poskytnutie informácií podľa zákona č. 211/2000 Z.z. o slobodnom prístupe k informáciám. VšZP ako jediná poisťovňa na túto žiadosť neodpovedala v zákonom stanovenej lehote.

Všeobecná zdravotná poisťovňa do 22. augusta 2008 ako jediná z poisťovní nezverejnila Výročnú správu za rok 2007 na internete a odmietla nám ju zaslať na základe žiadosti podľa zákona č. 211/2000 Z.z. o slobodnom prístupe k informáciám. Túto výročnú správu sa nám do tohto termínu nepodarilo získať ani z Obchodného registra SR, kam majú všetky obchodné spoločnosti povinnosť túto správu zaslať do 30 dní od jej schválenia, keďže OR SR túto výročnú správu neregistruje v zozname listín. Podľa našich informácií však majú približne dvojmesačný časový sklz v zapisovaní dokumentov, preto nie je možné jednoznačne určiť, či si VšZP svoju povinnosť splnila. Keďže VšZP nám v zákonom stanovenom termíne nezaslala ani čiastkové vyžiadané údaje, pri niektorých parametroch boli v prípade VšZP použité údaje z výročnej správy z roku 2006.

Tabuľka 16: **Zdroje údajov pre hodnotené kritériá** (pokračovanie na nasledujúcej strane)

Indikátor	Zdroj údajov
1. Finančná stabilita poisťovne	
1.1 celková likvidita	• ZP Dôvera, ZP Union, ZP Apollo, SZP - výročná správa poisťovní z roku 2007 • VšZP – výročná správa poisťovne z roku 2006
1.2 miera finančnej samostatnosti	• ZP Dôvera, ZP Union, ZP Apollo, SZP - výročná správa poisťovní z roku 2007 • VšZP – výročná správa poisťovne z roku 2006
1.3 platobná schopnosť	• Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, ÚDZS
2. Operačné procesy zdravotnej poisťovne	
2.1 úspešnosť výberu poistného	• ZP Dôvera, ZP Union, ZP Apollo, SZP - výročná správa poisťovní z roku 2007 • VšZP – Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, ÚDZS
2.2 selektívny kontrakting	• údaje od zdravotných poisťovní • údaje od poskytovateľov ZS
2.3 revízny systém	• ZP Dôvera, ZP Union, ZP Apollo, SZP - výročná správa poisťovní z roku 2007 • VšZP – výročná správa poisťovne z roku 2006 • SZP, ZP Apollo – vyžiadané doplňujúce údaje
3. Biznis profil zdravotnej poisťovne	
3.1 percentuálny rast počtu poistencov	• Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, ÚDZS • internetová stránka ÚDZS
3.2 percentuálny rast výnosov	• ZP Dôvera, ZP Union, ZP Apollo, SZP - výročná správa poisťovní z roku 2007 • VšZP – Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, ÚDZS
3.3 rentabilita výnosov	• ZP Dôvera, ZP Union, ZP Apollo, SZP - výročná správa poisťovní z roku 2007 • VšZP – Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, ÚDZS
3.4 nákladovosť poistného kmeňa	• vyžiadané údaje od zdravotných poisťovní
3.5 retencia poistencov	• Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, ÚDZS • internetová stránka ÚDZS
3.6 počet rokov na trhu	• Obchodný register SR
4. Vzťahy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti	
4.1 cenové podmienky	• dotazník pre poskytovateľov ZS
4.2 platobné mechanizmy	• vyžiadané údaje od zdravotných poisťovní
4.3 záväzky po lehote splatnosti	• ZP Dôvera, ZP Union, ZP Apollo, SZP - výročná správa poisťovní z roku 2007 • VšZP – výročná správa poisťovne z roku 2006
4.4 „spokojnosť lekárov“	• dotazník pre poskytovateľov ZS

Tabuľka 16: **Zdroje údajov pre hodnotené kritériá** (dokončenie z prechádzajúcej strany)

Indikátor	Zdroj údajov
5. Kvalita poskytovaných služieb poistencom v zdravotnej starostlivosti a poskytovanie ďalších výhod pre poistencov	
5.1 dostupnosť zdravotnej starostlivosti	• internetové stránky zdravotných poisťovní • Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, ÚDZS
5.2 čakacie listiny	• mystery shopping u poskytovateľov ZS
5.3 manažment pacienta/zmluvné protokoly	• vyžiadané údaje od zdravotných poisťovní
5.4 ZS nad rámec rozsahu	• internetové stránky zdravotných poisťovní • vyžiadané údaje od zdravotných poisťovní
5.5 ďalšie nadštandardné programy alebo výhody pre poistencov	• internetové stránky zdravotných poisťovní • vyžiadané údaje od zdravotných poisťovní
6. Služby klientom	
6.1 kontaktné miesta	• internetové stránky zdravotných poisťovní • mystery shopping v kontaktných miestach
6.2 call centrum	• internetové stránky zdravotných poisťovní • mystery shopping v call-centrách
6.3 internet	• internetové stránky zdravotných poisťovní
6.4 poskytovanie informácií	• internetové stránky zdravotných poisťovní • vyžiadané údaje od zdravotných poisťovní
6.5 poskytovanie špeciálnych služieb	• internetové stránky zdravotných poisťovní • vyžiadané údaje od zdravotných poisťovní
7. Spokojnosť klientov	
7.1 spontánne pozitívne skúsenosti	• dotazník pre poistencov
7.2 spontánne negatívne skúsenosti	• dotazník pre poistencov
7.3 problémy s ošetrením u lekára	• dotazník pre poistencov
7.4 poistenci uvažujúci o zmene	• dotazník pre poistencov

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

KAPITOLA 4: VÝSLEDKY RATINGU ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ 2008

4.1 OBLASŤ 1: FINANČNÁ STABILITA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Hodnotí sa schopnosť zdravotnej poisťovne plniť jej súčasné a budúce záväzky voči poistencom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Váha v celkovom hodnotení je 20 %.

4.1.1 PARAMETER 1.1: CELKOVÁ LIKVIDITA (CURRENT RATIO)

Ukazovateľ je podielom krátkodobých aktív a krátkodobých pasív poisťovne. Vyjadruje schopnosť zdravotnej poisťovne hradiť svoje krátkodobé záväzky do 1 roka. Z pohľadu finančného manažmentu je veľmi dôležité pre spoločnosť, aby jej štruktúra obežných aktív bola vhodná, t.j. aby disponovala dostatočným objemom finančných prostriedkov alebo nízkym, resp. žiadnym podielom nedobytných pohľadávok a pod. Current ratio je dôležitým ukazovateľom likvidity a budúcej solventnosti zdravotnej poisťovne a jeho výška by mala byť aspoň 1,5.[1)]

Údaje pre výpočet tohto ukazovateľa boli získané z jednotlivých výročných správ zdravotných poisťovní za rok 2007 okrem Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s., ktorej údaje boli čerpané z výročnej správy za rok 2006.

Všetky zdravotné poisťovne, okrem Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s., presiahli minimálnu požadovanú mieru celkovej likvidity 1,5, v niektorých prípadoch dokonca niekoľkonásobne. Najvyššiu celkovú likviditu dosiahla Union zdravotná poisťovňa, a.s. vo výške 4,00.

Výsledné hodnotenie celkovej likvidity je zložené z dvoch častí:

- 80%-nú váhu má splnenie alebo miera splnenia kritéria 1,5,
- a 20%-nú váhu má miera prekročenia stanoveného benchmarku 1,5 (Tabuľka 18).

1) Sedláček, J.: Účetní data v rukou manažera, finanční analýza v řízení firmy, Computer Press, Praha, 2001

Tabuľka 17: Celková likvidita (current ratio) zdravotných poisťovní

	VšZP*	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
obežné aktíva	11 431 042	1 966 589	3 217 477	4 825 834	2 296 689
zásoby	749	0	3 341	0	0
pohľadávky spolu	9 748 370	544 133	1 179 634	1 755 364	915 873
finančný majetok	1 681 923	1 422 456	2 034 502	3 070 470	1 380 816
krátkodobé záväzky splatné do 1 roka	8 843 709	611 441	1 270 611	1 557 777	574 797
celková likvidita	***1,29***	***3,22***	***2,53***	***3,10***	***4,00***

*Poznámka: * Výročná správa o hospodárení Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s. (ročná správa) za rok 2006*
Zdroj: Výpočet Health Policy Institute na základe výročných správ zdravotných poisťovní, 2008

Tabuľka 18: Hodnotenie parametra 1.1 celková likvidita

celková likvidita	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
spĺňa benchmark 1,5	80 %	86,2	100,0	100,0	100,0	100,0
miera prekročenia benchmarku 1,5	20 %	0,0	68,8	41,4	64,0	100,0
výsledné hodnotenie	***100 %***	***68,9***	***93,8***	***88,3***	***92,8***	***100,0***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.1.2 Parameter 1.2: miera finančnej samostatnosti

Miera finančnej samostatnosti je ukazovateľom zadlženosti a vyjadruje ho pomer vlastného imania k cudzím zdrojom. Zadlženosť poisťovne súvisí s likviditou a solventnosťou poisťovne. Zvyšovanie podielu cudzích zdrojov je nežiaduce a vedie k narušeniu štruktúrnej rovnováhy bilancie, hlavne z dlhodobého pohľadu na splácanie úveru.

Čím je vyššia hodnota ukazovateľa, tým sa poisťovňa vyznačuje vyššou mierou finančnej samostatnosti a má k dispozícii dostatočnú výšku vlastného kapitálu na úhradu cudzích zdrojov. Pri hodnote do 1,5 sa obvykle hovorí o nežiaducom jave, keď firma stráca schopnosť samofinancovania, je silne závislá na cudzích zdrojoch.

Údaje pre výpočet tohto ukazovateľa boli získané z jednotlivých výročných správ zdravotných poisťovní okrem Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s., ktorej údaje boli čerpané z výročnej správy za rok 2006.

Najväčšia zdravotná poisťovňa VšZP nesplnila ukazovateľ finančnej samostatnosti a jeho výška je dokonca o 1,14 nižšia ako je optimálna hodnota ukazovateľa, z čoho vyplýva, že zdravotná poisťovňa je vo veľkej miere závislá od cudzích zdrojov.

Požadovanú optimálnu výšku ukazovateľa nedosahuje ani Apollo zdravotná poisťovňa, a.s., ktorej finančná samostatnosť je nižšia o 0,28.

Najvyššiu hodnotu ukazovateľa vykazuje ku koncu roka 2007 Union zdravotná poisťovňa, a.s., ktorého výška prekročila jeho optimálnu hranicu 1,5-násobne a teda je možné konštatovať, že zdravotná poisťovňa je vysoko nezávislá od cudzích zdrojov.

Výsledné hodnotenie miery finančnej samostatnosti je zložené z dvoch častí:

- 80%-nú váhu má splnenie alebo miera splnenia kritéria 1,5
- a 20%-nú váhu má miera prekročenia stanoveného benchmarku 1,5 (Tabuľka 20).

Tabuľka 19: Miera finančnej samostatnosti zdravotných poisťovní v %

	VšZP*	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
vlastné imanie	3 217 136	1 199 192	1 552 709	2 995 136	1 304 279
cudzie zdroje	8 843 709	611 441	1 270 611	1 557 777	574 797
pomer vlastného imania k cudzím zdrojom	***0,36***	***1,96***	***1,22***	***1,92***	***2,27***

*Poznámka: * Výročná správa o hospodárení Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s. (ročná správa) za rok 2006*
Zdroj: Výpočet Health Policy Institute na základe výročných správ zdravotných poisťovní, 2008

Tabuľka 20: Hodnotenie parametra 1.2 miera finančnej samostatnosti

miera finančnej samostatnosti	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
spĺňa benchmark 1,5	80 %	24,3	100,0	81,5	100,0	100,0
miera prekročenia benchmarku 1,5	20 %	0,0	60,0	0,0	55,0	100,0
výsledné hodnotenie	***100 %***	***19,4***	***92,0***	***65,2***	***91,0***	***100,0***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.1.3 Parameter 1.3: platobná schopnosť

Platobnú schopnosť upravuje zákon[2)] ako podiel vlastných zdrojov na poistnom z verejného zdravotného poistenia po prerozdelení za predchádzajúcich 12 mesiacov. Jeho minimálna hodnota je zákonom stanovená na 3 %, najmenej však 50 miliónov Sk. Tento ukazovateľ je mimoriadne dôležitý, lebo vyjadruje schopnosť poisťovne trvale hradiť z vlastných zdrojov záväzky vyplývajúce z potvrdených prihlášok na verejné zdravotné poistenie a z uzatvorených zmlúv. Vyjadruje súčasne povinnosť vlastníka poisťovne ručiť svojimi vlastnými peniazmi za dlhodobú platobnú schopnosť poisťovne.

Zdrojom údajov je Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Priemerná miera platobnej schopnosti pre Union je za kratšie časové obdobie roku 2007 (7 mesiacov). Dôvodom je skutočnosť, že poisťovňa poistné z verejného zdravotného poistenia po prerozdelení za predchádzajúcich 12 mesiacov mala veľmi nízke, nakoľko začala svoju činnosť v roku 2006, ale vykonávala verejné zdravotné poistenie len pre nízky počet poistencov.

Všetky zdravotné poisťovne na trhu verejného zdravotného poistenia splnili minimálne kritérium platobnej schopnosti definovanej zákonom. Najvyššiu priemernú platobnú schopnosť dosiahla Union zdravotná poisťovňa, a.s. (45,5 %), oproti tomu najmenej Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. (4,4 %).

Výsledné hodnotenie priemernej platobnej schopnosti je zložené z dvoch častí:

- 80%-nú váhu má splnenie alebo miera splnenia kritéria 3 %
- a 20%-nú váhu má miera prekročenia stanoveného benchmarku 3 % (Tabuľka 22).

4.1.4 Výsledné hodnotenie oblasti 1: finančná stabilita zdravotnej poisťovne

Jednoznačným víťazom v oblasti finančná stabilita sa stala Union zdravotná poisťovňa, a.s., ktorá získala najvyššie hodnotenie v každom z troch hodnotených parametrov (Tabuľka 23).

2) § 14 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Tabuľka 21: Priemerná platobná schopnosť poisťovní v %

	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
platobná schopnosť poisťovní v %	*4,45*	*16,66*	*22,27*	*26,41*	*45,47*

Zdroj: Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou SR, 2008

Tabuľka 22: Hodnotenie parametra 1.3 platobná schopnosť

platobná schopnosť	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
spĺňa benchmark 3,0	80 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
miera prekročenia benchmarku 3,0	20 %	3,4	32,2	45,4	55,1	100,0
výsledné hodnotenie	*100 %*	*80,7*	*86,4*	*89,1*	*91,0*	*100,0*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 23: Hodnotenie oblasti finančná stabilita zdravotnej poisťovne

I	platobná schopnosť	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
1.1	celková likvidita	40 %	68,9	93,8	88,3	92,8	100,0
1.2	miera finančnej samostatnosti	20 %	19,4	92,0	65,2	91,0	100,0
1.3	platobná schopnosť	40 %	80,7	86,4	89,1	91,0	100,0
	výsledné hodnotenie	*100 %*	*63,7*	*90,5*	*84,0*	*91,7*	*100,0*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.2 OBLASŤ 2: OPERAČNÉ PROCESY ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

V oblasti operačné procesy sa hodnotí nastavenie procesov v zdravotnej poisťovni, ktoré majú dopad na výkon zdravotného poistenia. Váha v celkovom hodnotení je 10 %

4.2.1 PARAMETER 2.1: ÚSPEŠNOSŤ VÝBERU POISTNÉHO

Tento ukazovateľ ukazuje úspešnosť zdravotnej poisťovne vo výbere predpísaného poistného a teda určuje jej schopnosť manažovať platobnú disciplínu platiteľov. Želateľná je jeho najvyššia hodnota, aby:

- poisťovňa mala čo najviac disponibilných zdrojov na úhradu zdravotnej starostlivosti,
- poisťovňa neznižovala objem zdrojov pre celý systém – z titulu mesačného prerozdeľovania vedie nízka úspešnosť výberu v jednej poisťovni k zmenšeniu objemu finančných zdrojov pre ostatné zdravotné poisťovne.

Zdrojom údajov pre výpočet úspešnosti výberu boli výročné správy jednotlivých zdravotných poisťovní okrem Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s., za ktorú sú použité údaje zo Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007 predloženej Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou SR na rokovanie vlády SR.

Najvyššiu úspešnosť výberu v roku 2007 zaznamenala Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s. (97,8 %). Iba o 0,9 percentuálneho bodu v úspešnosti výberu zaostáva Apollo zdravotná poisťovňa, a.s. (96,9 %). Najnižšiu úspešnosť výberu zaznamenala Union zdravotná poisťovňa, a.s., pod ktorej nižší výsledok sa podpísala aj absencia príjmov z ročného zúčtovania zdravotného poistenia z predchádzajúcich rokov.

Výsledné hodnotenie úspešnosti výberu je zložené z dvoch častí:

- 80%-nú váhu má splnenie alebo miera splnenia kritéria 95 %
- a 20%-nú váhu má miera prekročenia stanoveného benchmarku 95 % (Tabuľka 25).

Tabuľka 24: Úspešnosť výberu poistného

	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
predpis poistného	48 423 964	14 172 784	8 805 530	13 263 594	6 037 064
výber poistného	46 464 533	13 858 675	8 531 986	12 600 000	5 416 452
úspešnosť výberu	*96,0 %*	*97,8 %*	*96,9 %*	*95,0 %*	*89,7 %*

Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní a Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou SR, 2008

Tabuľka 25: Hodnotenie parametra 2.1 úspešnosť výberu

úspešnosť výberu poistného	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
spĺňa benchmark 95 %	80 %	100,0	100,0	100,0	100,0	94,4
miera prekročenia benchmarku 95 %	20 %	34,3	100,0	68,0	0,0	0,0
výsledné hodnotenie	*100 %*	*86,9*	*100,0*	*93,6*	*80,0*	*75,6*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.2.2 Parameter 2.2: selektívny kontrakting

Parameter selektívny kontrakting hodnotí proces zazmluvňovania poskytovateľov zdravotnou poisťovňou. Selektívny kontrakting, pokiaľ je vykonávaný správne, predstavuje mechanizmus, akým zdravotné poisťovne vyberajú pre svojich poistencov takých poskytovateľov, ktorí dokážu poskytovať zdravotnú starostlivosť kvalitne a efektívne. Podľa zákona[3)] je zdravotná poisťovňa povinná zostaviť a zverejniť kritériá, podľa ktorých uzatvára zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Parameter selektívny kontrakting sme hodnotili z dvoch pohľadov – na jednej strane je to zverejnenie kritérií (transparentnosť procesu) a na strane druhej ich skutočné aplikovanie do praxe. Pri transparentnosti selektívneho zazmluvňovania sme sledovali, či má zdravotná poisťovňa zverejnené kritériá na internetovej stránke, či má špecifikované kritériá kvality a či poskytovateľ musí nevyhnutne plniť aj kritériá kvality, alebo ide len o ich formálne hodnotenie zo strany poisťovní.

Zdravotné poisťovne uvádzajú 4 rôzne kritériá pre selektívny kontrakting, pričom podiel jednotlivých kritérií na celkovom hodnotení sa medzi poisťovňami líši (Tabuľka 26). Pokým kritérium „dostupnosť zdravotnej starostlivosti“ (Tabuľka 27) predstavuje až 30 % hodnotenia v oboch štátnych poisťovniach, poisťovňa Union tento parameter vôbec nehodnotí.

3) § 7 ods. 4 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Tabuľka 26: Kritériá pre selektívny kontrakting zverejnené jednotlivými zdravotnými poisťovňami

kritériá pre selektívny kontrakting	VšZP	SZP	ZP Apollo*	ZP Dôvera**	ZP Union
Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	30 %	30 %	20 %	20 %/25 %	
Personálne zabezpečenie	30 %	30 %	20 %	20 %/25 %	45 %
Materiálno-technické vybavenie	30 %	30 %	10 %	10 %/25 %	45 %
Indikátory kvality resp. parametre efektivity a kvality	10 %	10 %	50 %	50 %/25 %	10 %
Podmienka na uzatvorenie zmluvy	***90 %***	***90 %***	***75 %***	***75 %***	***neurčené***

*Poznámky: * ZP Apollo má kritériá stanovené len pre poskytovateľov ústavnej ZS*
*** ZP Dôvera má kritériá stanovené samostatne pre poskytovateľov ústavnej ZS a špecializovanej ambulantnej ZS*
Zdroj: internetové stránky zdravotných poisťovní, 2008

Tabuľka 27: Porovnanie definície kritéria „dostupnosť zdravotnej starostlivosti“ pre selektívny kontrakting podľa jednotlivých zdravotných poisťovní

	Dostupnosť zdravotnej starostlivosti
VšZP	**Dostupnosť zdravotnej starostlivosti** najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa platného Nariadenia vlády SR č. 751/2004 Z. z.
SZP	**Zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti** Geografická dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poistencov najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov.
ZP Apollo	**Zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti** Dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poistenca najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov.
ZP Dôvera	**Zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti** *pre ústavnú ZS aj pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť* Dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poistenca najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov.
ZP Union	-

Zdroj: internetové stránky zdravotných poisťovní, 2008

Naopak „indikátory kvality a efektivity“ (Tabuľka 30) predstavujú v poisťovniach Apollo a Dôvera až polovicu celkového hodnotenia, pričom v ostatných poisťovniach je to len 10 %. Parametre „personálne zabezpečenie“ (Tabuľka 28) a „materiálno-technické vybavenie“ (Tabuľka 29) sú nevyhnutnými podmienkami na získanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, preto každé zdravotnícke zariadenie *a priori* tieto podmienky spĺňa a ich hodnotenie pri zazmluvňovaní je formálne.

Tabuľka 28: Porovnanie definície kritéria „personálne zabezpečenie“ pre selektívny kontrakting podľa jednotlivých zdravotných poisťovní

	Personálne zabezpečenie
VšZP	**Personálne zabezpečenie** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa Vyhlášky MZ SR č. 428/2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiál-
SZP	**Personálne zabezpečenie** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa Vyhlášky MZ SR č. 428/2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiál-
ZP Apollo	**Personálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia** Splnenie podmienok podľa: – vyhlášky č. 428/2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení – vestník MZ SR z 20.3.2002, čiastka 6-9 – vestník MZ SR z 15.2.2002 čiastka 4-5 – koncepcie medicínskych odborov
ZP Dôvera	**Personálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia** *pre ústavnú ZS:* Splnenie podmienok podľa: – vyhlášky č. 428/2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení – vestník MZ SR z 20.3.2002, čiastka 6-9 – vestník MZ SR z 15.2.2002 čiastka 4-5 – koncepcie medicínskych odborov – platné povolenie na činnosť zdravotníckeho zariadenia (§ 7 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z.) *pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť:* Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je zabezpečené osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia v súlade s Vyhláškou MZ SR č. 428/2006 Z.z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabez-
ZP Union	V oblasti personálneho zabezpečenia poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia.

Zdroj: internetové stránky zdravotných poisťovní, 2008

S výnimkou ZP Union má každá poisťovňa stanovený minimálny počet percent, ktorý musí poskytovateľ získať, aby s ním poisťovňa uzatvorila zmluvu. Pri VšZP a SZP to znamená, že poskytovateľ okrem personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia musí splniť len podmienku „dostupnosť zdravotnej starostlivosti", ale vôbec nemusí splniť kritériá kvality alebo efektivity (Tabuľka 26). Zverejnené kritériá kvality majú všetky poisťovne s výnimkou ZP Union.

Tabuľka 29: **Porovnanie definície kritéria „materiálno-technické vybavenie" pre selektívny kontrakting podľa jednotlivých zdravotných poisťovní**

	Materiálno-technické vybavenie
VšZP	**Materiálno-technické vybavenie** Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa Vyhlášky MZ SR č. 428/2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení a len takými zdravotníckymi pomôckami, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody v znení neskorších predpisov.
SZP	**Materiálno-technické vybavenie** Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa Vyhlášky MZ SR č. 428/2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálnotechnické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení a len takými zdravotníckymi pomôckami, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody v znení neskorších predpisov.
ZP Apollo	**Materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia** Splnenie podmienok podľa: – vyhlášky č. 428/2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení – koncepcie medicínskych odborov – platné povolenie na činnosť zdravotníckeho zariadenia (§ 7 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z.)
ZP Dôvera	**Materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia** *pre ústavnú ZS:* Splnenie podmienok podľa: – vyhlášky č. 428/2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení – koncepcie medicínskych odborov – platné povolenie na činnosť zdravotníckeho zariadenia (§ 7 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z.) *pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť:* Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti je najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia v súlade s Vyhláškou MZ SR č. 428/2006 Z.z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.
ZP Union	V oblasti materiálno – technického vybavenia poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia a len zdravotníckymi pomôckami, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 Z. z. o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody v znení neskorších predpisov.

To, či zdravotná poisťovňa aj v realite využíva selektívny kontrakting, sme hodnotili na dvoch parametroch – či má rôzne cenové podmienky pre poskytovateľov s vyššou kvalitou a či nepredĺžila zmluvy poskytovateľom, ktorí nespĺňali kritériá.

Premietnutie selektívneho kontraktingu do cenových podmienok sme hodnotili pri 4 základných typoch poskytovateľov: VAS, ŠAS, SVLZ a ústavnej zdravotnej starostlivosti (Tabuľka 31). Bodové ohodnotenie zohľadňovania kritérií selektívneho kontraktingu pri cenových podmienkach pri jednotlivých typoch PZS je v Tabuľke 32.

Využitie kritérií selektívneho kontraktingu na uzatváranie alebo nepredĺženie zmlúv v praxi použili len VšZP a ZP Dôvera.

Tabuľka 30: Porovnanie definície kritéria „indikátory kvality a efektivity“ pre selektívny kontrakting podľa jednotlivých zdravotných poisťovní

	Indikátory kvality a efektivity
VšZP	**Indikátory kvality** Indikátory kvality podľa ustanovenia § 7 ods. 4 písm. a), bod 2 a nasl. zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, ich spracovanie a doručenie poisťovni.
SZP	**Indikátory kvality** Indikátory kvality podľa ustanovenia § 7 ods. 4, písm. a), bod 2 a nasl. zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, ich spracovanie a doručenie poisťovni.
ZP Apollo	**Indikátory kvality** Jednotnými ukazovateľmi kvality sú: CMI (Case Mix Index), spádovosť, operovanosť, rehospitalizácie, úmrtnosť, prevzatí z iného zdravotníckeho zariadenia, preložení do iného zdravotníckeho zariadenia, akútne hospitalizácie, plánované hospitalizácie
ZP Dôvera	**Parametre efektivity a kvality** *pre ústavnú ZS:* Jednotnými ukazovateľmi sú: CMI (Case Mix Index), spádovosť, operovanosť, rehospitalizácie, prevzatia z iného zdravotníckeho zariadenia, preloženia do iného zdravotníckeho zariadenia, plánované / akútne hospitalizácie, spokojnosť poistencov, komplexnosť poskytovanej starostlivosti. *pre špecializovanú ambulantnú starostlivosť:* Jednotnými ukazovateľmi sú: náklady na lieky, počet bodov na poistenca, počet hospitalizácií, počet vyšetrení na jedného poistenca
ZP Union	Indikátory kvality ustanovené Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky všeobecne záväzným právnym predpisom. Pokiaľ Union zdravotná poisťovňa, a. s. nevie vyhodnotiť alebo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nevie preukázať splnenie indikátorov kvality, kritérium sa považuje za splnené.

Zdroj: internetové stránky zdravotných poisťovní, 2008

Kritériá nákupu ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré od 1. 7. 2008 používa VšZP sú podľa samotnej poisťovne postavené na troch pilieroch:

- fyzická (geografická) dostupnosť,
- kvalita zdravotníckych služieb,
- prijateľná cena.

VšZP zverejnila svoje rozhodnutie o korekcii objemu a/alebo štruktúry nákupu zdravotnej starostlivosti spolu s výsledkami troch makrokritérií:

- makrokritérium I: geografická dostupnosť, možná substitúcia zdravotníckeho zariadenia,
- makrokritérium II: komplexnosť, teda štruktúra poskytovanej zdravotnej starostlivosti,
- makrokritérium III: dopyt a náročnosť, teda kvantita a kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre poistencov VšZP.

Tabuľka 31: Rozdielne cenové podmienky pre PZS podľa plnenia kritérií kvality

typ PZS	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
VAS	vyššia kapitácia pre PAS s lepším vybavením	-	-	kapitácia zložená z fixnej a variabilnej zložky, ktorá zohľadňuje parametre kvality a efektivity	-
ŠAS	-	-	-	na výšku úhrady má priamy vplyv hodnotenie PZS (parametre kvality a efektivity)	-
SVLZ	-	-	-	cena bodu je diferencovaná na základe špecializačného odboru, akreditácie, nepretržitej prevádzky	vyššie úhrady pre akreditované zariadenia SVaLZ s certifikátom ISO normy EAC
ústavná ZS	cena za ukončenú hospitalizáciu dľa špecializačného odboru a typu zariadenia zohľadňujúca prístrojové vybavenie, dĺžku hospitalizácie	-	cena za ukončenú hospitalizáciu podľa špecializačného odboru a typu zariadenia zohľadňujúca case mix index	cena za ukončenú hospitalizáciu podľa špecializačného odboru a štyroch typov zariadenia vychádzajúca z case mix indexu zohľadňujúca parametre kvality a efektivity, niekedy aj dĺžku trvania hospitalizácie a kate- góriu (typ hospitalizácie)	stanovenie ceny za ukončenú hospitalizáciu v nadväznosti na TISS skóre

Zdroj: Health Policy Institute podľa informácií od zdravotných poisťovní a poskytovateľov ZS, 2008

Tabuľka 32: Hodnotenie používania selektívneho kontraktingu pri cenových podmienkach

typ poskytovateľa ZS	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
VAS	25 %	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0
ŠAS	25 %	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
SVLZ	25 %	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
ústavná ZS	25 %	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0
výsledné hodnotenie	***100 %***	***50,0***	***0,0***	***25,0***	***100,0***	***50,0***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Hodnotenia makrokritérií pôsobia arbitrárnym dojmom. Hoci nemáme prístup k zdrojovým dátam, na základe ktorých VšZP prideľovala hodnotenia jednotlivým poskytovateľom, pri niektorých poskytovateľoch sú rozdiely v hodnotení prekvapujúce. Napríklad: komplexnosť má nemocnica v Spišskej Novej Vsi ohodnotenú známkou A a 10 km vzdialená Levoča získala hodnotenie B. Pritom levočská nemocnica má minimálne o štyri oddelenia viac ako spišskonovoveská – ORL, oftalmológia, urológia a psychiatria.

Na základe uvedených výsledkov došlo k úprave zmluvných objemov a/alebo štruktúry s 24 zdravotníckymi zariadeniami, z toho najviac (5) v banskobystrickom samosprávnom kraji. Ide prevažne o zariadenia, ktoré získali aspoň jedno hodnotenie C alebo B/C v makrokritériách II a III (komplexnosť a dopyt + náročnosť), ale ani táto pozorovaná súvislosť neplatí absolútne.[4)]

V prevažnej väčšine prípadov sa však zoznam zariadení so zmenou v kontrakte prekrýva s obdobným zoznamom, ktorý zverejnila ZP Dôvera.

V celkovom hodnotení bolo zverejneniu kritérií pridelených len 20 % váhy a až 80 % majú kritériá pre používanie selektívneho kontraktingu v praxi. Z Tabuľky 33 je vidno, že jedine VšZP a ZP Dôvera reálne aplikujú selektívny nákup zdravotnej starostlivosti, SZP a čiastočne aj ZP Apollo sú naopak poisťovne, ktoré len formálne vykazujú kritériá, ale pre selektívny nákup ich nepoužívajú.

Váha tohto parametra v celkovom hodnotení operačných procesov ZP je 40 %.

4) NsP Medzilaborce má obe hodnotenia B/C bez zmeny kontraktu, zariadenie Rieka, s.r.o. má korigovaný kontrakt s hodnoteniami dvakrát B. Dolný Kubín má prekvapujúco nízke hodnotenie B a B/C, ale toto hodnotenie sa neprejavilo na zmene kontraktu. Vranovská nemocnica má hodnotenia A/B a A, ale korekcii objemu i štruktúry nákupu sa nevyhla.

Tabuľka 33: Hodnotenie parametra 2.2 selektívny kontrakting

selektívny kontrakting	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
zverejnené pravidlá	5 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
zverejnené kritériá kvality	5 %	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
podiel kvality na nevyhnutných podmienkach	10 %	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
kontrakting na základe vyhodnotených kritérií – cenové podmienky	50 %	50,0	0,0	25,0	100,0	50,0
kontrakting na základe vyhodnotených kritérií – uzatvorenie/neuzatvorenie zmluvy	30 %	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0
výsledné hodnotenie	***100 %***	***65,0***	***10,0***	***32,5***	***100,0***	***40,0***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.2.3 Parameter 2.3: revízny systém

Revízny systém zdravotnej poisťovne zabezpečuje kontrolu poskytovateľov ZS a efektivitu vynakladania finančných prostriedkov na ZS. Revízny systém sa skladá z dvoch fáz – internej kontroly, pri ktorej sú fakturované výkony kontrolované pred úhradou v zdravotnej poisťovni, a prípadných externých kontrol, keď revízny lekár alebo farmaceut vykonáva kontrolu priamo u poskytovateľa ZS.

Efektivitu revízneho systému zdravotných poisťovní sme hodnotili na základe 3 kritérií:

1. počet externých revíznych kontrol na 1 mld. Sk celkových nákladov na ZS
2. podiel ušetrených nákladov na nákladoch na ZS
3. priemerná finančná efektivita 1 externej kontroly

Parameter počet externých revíznych kontrol na 1 mld. Sk nákladov na ZS vyjadruje, akým spôsobom zdravotná poisťovňa zabezpečuje kontrolu fakturovaných nákladov. Počty revíznych kontrol na 1 mld. nákladov na ZS sa medzi poisťovňami pohybujú od 2,0 (ZP Union) po 177,8 pri ZP Dôvera. Finančná efektivita externých revíznych kontrol je však pri tejto poisťovni relatívne nízka (Tabuľka 34). Vo výslednom hodnotení tohto parametra získala najviac bodov SZP, ktorej finančná efektivita revíznych kontrol takmer 30-násobne prevyšuje efektivitu v ZP Apollo (Tabuľka 35). Váha tohto parametra v hodnotení celej oblasti je 30 %.

4.2.4 Výsledné hodnotenie oblasti 2: operačné procesy zdravotnej poisťovne

Po zohľadnení všetkých parametrov získala najviac bodov v hodnotení oblasti operačných procesov ZP Dôvera. Ostatné poisťovne nasledujú až s väčším odstupom (Tabuľka 36).

Tabuľka 34: Hodnotenie efektivity revízneho systému zdravotných poisťovní

	VšZP*	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
náklady na ZS v tis. Sk	51 416 895	9 241 569	6 664 927	10 803 867	4 989 125
počet externých revíznych kontrol	2 796	661	429	1 921	10
ušetrené náklady na ZS v tis. Sk	2 531 598	453 620	273 024	610 900	203 312
úspora z interných revíznych kontrol v tis. Sk	2 484 545	350 620	270 755	594 000	202 960
úspora z externých revíznych kontrol v tis. Sk	47 053	103 000	2 269	16 900	351
podiel ušetrených nákladov k celk. nákladom na ZS	***4,9 %***	***4,9 %***	***4,1 %***	***5,7 %***	***4,1 %***
priemerná finančná efektivita 1 externej kontroly	***16 829***	***155 825***	***5 289***	***8 797***	***35 147***
počet revíznych kontrol na 1 mld. nákladov na ZS	***54,4***	***71,5***	***64,4***	***177,8***	***2,0***

*Poznámka: * Údaje pre VšZP sú za rok 2006*
Zdroj: Health Policy Institute podľa výročných správ zdravotných poisťovní a vyžiadaných údajov od ZP, 2008

Tabuľka 35: Hodnotenie parametra 2.3 revízny systém

revízny systém	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
podiel ušetrených nákladov na fakturovanej sume	30 %	87,1	86,8	72,4	100,0	72,1
Priemerná finančná efektivita 1 ext. kontroly	30 %	10,8	100,0	3,4	5,6	22,6
počet revíznych kontrol na 100 mil. fakturovanej sumy	40 %	30,6	40,2	36,2	100,0	1,1
výsledné hodnotenie	***100 %***	***41,6***	***72,1***	***37,2***	***71,7***	***28,8***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 36: Hodnotenie oblasti 2 operačné procesy zdravotnej poisťovne

2	Operačné procesy ZP	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
2.1	úspešnosť výberu poistného	30 %	86,9	100,0	93,6	80,0	75,6
2.2	selektívny kontrakting	40 %	65,0	10,0	32,5	100,0	40,0
2.3	revízny systém	30 %	41,6	72,1	37,2	71,7	28,8
	výsledné hodnotenie	***100 %***	***64,5***	***55,6***	***52,3***	***85,5***	***47,3***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.3 OBLASŤ 3: BIZNIS PROFIL ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Oblasť „Biznis profil zdravotnej poisťovne" hodnotí vývoj zdravotnej poisťovne a jej stabilitu na trhu z pohľadu 6 parametrov. Váha tejto oblasti v celkovom hodnotení je 5 %.

4.3.1 PARAMETER 3.1 PERCENTUÁLNY RAST POČTU POISTENCOV

Rast podielu zdravotnej poisťovne na trhu vyjadruje, či zdravotná poisťovňa dokázala svojím pôsobením na trhu presvedčiť v predchádzajúcom roku poistencov, aby do nej prestúpili. Podľa platnej legislatívy je možné zmeniť zdravotnú poisťovňu raz za rok k 1. 1., pokiaľ poistenec podá prihlášku do novej poisťovne do 30. septembra predchádzajúceho roka. V ratingu sa porovnával percentuálny rast poistencov medzi rokom 2007 a počtom poistencov k 1. januáru 2008, teda po prestupnom termíne medzi 1. 10. 2006 až 30. 9. 2007.

Najväčší prírastok v počte poistencov zaznamenala ZP Dôvera v absolútnom (+ 83 892 poistencov) aj v relatívnom počte (+10,9 %). Najviac poistencov stratila ZP Union (-120 082, -26,4 %) (Tabuľka 37). Výsledné hodnotenie je zložené z dvoch častí:

- 80%-nú váhu má miera plnenia kritéria rastu alebo stabilného vývoja (počet poistencov v roku 2008 je rovnaký alebo vyšší ako v roku 2007)
- a 20%-nú váhu má miera prekročenia benchmarku (Tabuľka 38).

Váha tohto parametra v hodnotení oblasti biznis profil zdravotnej poisťovne je 20 %.

Tabuľka 37: Percentuálny rast počtu poistencov

	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
počet poistencov 2007	2 963 301	599 755	446 571	770 116	452 855
počet poistencov k 1. 1. 2008	2 941 038	589 662	447 094	861 324	333 542
rozdiel v počte poistencov	-22 263	-10 093	523	91 208	-119 313
percentuálny rast počtu poistencov	*-0,8 %*	*-1,7 %*	*0,1 %*	*11,8 %*	*-26,3 %*

Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní, Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2008

Tabuľka 38: Hodnotenie parametra 3.1 percentuálny rast počtu poistencov

percentuálny rast počtu poistencov	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
spĺňa benchmark stabilný vývoj alebo rast	80 %	99,2	98,3	100,0	100,0	73,7
miera prekročenia benchmarku	20 %	0,0	0,0	1,0	100,0	0,0
výsledné hodnotenie	*100 %*	*79,4*	*78,7*	*80,2*	*100,0*	*58,9*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.3.2 Parameter 3.2: percentuálny rast výnosov

Ukazovateľ percentuálneho rastu výnosov na jedného poistenca odráža schopnosť poisťovne generovať vyššie výnosy a jej silu zvyšovať objem výnosov. Čím vyššia je hodnota ukazovateľa, tým rýchlejšie spoločnosť rastie.

Údaje pre tento ukazovateľ boli získané z výročných správ jednotlivých zdravotných poisťovní, okrem Všeobecnej zdravotnej poisťovne, kde boli údaje o jej výnosoch získané zo Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, predloženej Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na rokovanie vlády SR.

Najnižší percentuálny rast výnosov na poistenca zaznamenala medzi rokmi 2006 a 2007 poisťovňa Union (-49,6 %), čo však súviselo s tým, že poisťovňa v roku 2006 poskytovala verejné zdravotné poistenie iba pre 40 poistencov a v roku 2006 vykázala veľký objem investícií súvisiacich s akvizíciou nových poistencov pre rok 2007. Najvyšší medziročný percentuálny rast výnosov na poistenca zaznamenala Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s. vo výške 14,4 %. Iba o 0,4 percentuálneho bodu menej dosiahla v tomto ukazovateli najväčšia zdravotná poisťovňa VšZP (Tabuľka 39).

Výsledné hodnotenie percentuálneho rastu výnosov je zložené z dvoch častí:

- 80%-nú váhu má splnenie alebo miera splnenia kritéria rastu alebo stabilného vývoja (výnosy na poistenca v roku 2008 sú rovnaké alebo vyššie ako v roku 2007)
- a 20%-nú váhu má miera rastu prekročenia stanoveného benchmarku (Tabuľka 40).

Tabuľka 39: Percentuálny rast výnosov

	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
výnosy 2006 v tis. Sk	55 561 687	14 214 727	8 276 162	11 536 410	1 106
výnosy 2007 v tis. Sk	55 219 565	14 293 720	8 936 326	13 481 904	6 337 073
výnosy 2006 na 1 poist. v Sk	16,3	20,8	17,9	15,4	27,7
výnosy 2007 na 1 poist. v Sk	18,6	23,8	20,0	17,5	14,0
percentuálny rast výnosov	*14,0 %*	*14,4 %*	*11,7 %*	*13,8 %*	*-49,4 %*

Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní, Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2008

Tabuľka 40: Hodnotenie parametra 3.2 percentuálny rast výnosov

percentuálny rast výnosov	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
spĺňa benchmark stabilný vývoj alebo rast	80 %	100,0	100,0	100,0	100,0	50,6
miera prekročenia benchmarku	20 %	97,5	100,0	81,4	96,0	0,0
výsledné hodnotenie	*100 %*	*99,5*	*100,0*	*96,3*	*99,2*	*40,5*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.3.3 PARAMETER 3.3: RENTABILITA VÝNOSOV

Rentabilita výnosov je pomerom čistého zisku a celkových výnosov, ktorá vyjadruje schopnosť poisťovne dosahovať zisk pri danej úrovni výnosov, resp. koľko čistého zisku dokáže poisťovňa vyprodukovať na 1 Sk výnosov. Ukazovateľ rentability by mal dosahovať čo najvyššie hodnoty, čo je výsledkom dobrej kontroly nákladov a hospodárnosti pri vynakladaní prostriedkov a pri spotrebe kapitálu.

Údaje pre tento ukazovateľ boli získané z výročných správ jednotlivých zdravotných poisťovní, okrem Všeobecnej zdravotnej poisťovne, kde boli údaje o jej výnosoch získané zo Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, predloženej Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na rokovanie vlády SR.

Najvyššiu rentabilitu výnosov za rok 2007 dosiahla Dôvera zdravotná poisťovňa vo výške 3,5 %. Zápornú rentabilitu výnosov dosiahla Union zdravotná poisťovňa, a.s., keďže v roku 2007 jej čistý zisk vykazoval záporné hodnoty, ktoré súviseli s úhradou straty z roku 2006, keď poisťovňa investovala do svojho vzniku a do akvizície poistencov.

Zaujímavú hodnotu rentability výnosov dosiahla štátna Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. na úrovni 0,0 %. T.j. poisťovňa nebola v roku 2007 schopná vyprodukovať čistý zisk pri danom objeme výnosov, čo môže vyplývať napr. z jej nedostatočnej kontroly nákladovej stránky.

Výsledné hodnotenie rentability výnosov je zložené z dvoch častí:

- 80%-nú váhu má splnenie alebo miera splnenia kritéria rastu alebo stabilného vývoja
- a 20%-nú váhu má miera rastu prekročenia stanoveného benchmarku (Tabuľka 42).

Tabuľka 41: Rentabilita výnosov zdravotných poisťovní

	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
čistý zisk v tis. Sk	1 810	206 214	228 161	466 945	-232 315
celkové výnosy v tis. Sk	55 219 565	14 293 720	8 936 326	13 481 904	6 337 073
pomer čistého zisku k celkovým výnosom	*0,0 %*	*1,4 %*	*2,6 %*	*3,5 %*	*-3,7 %*

Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní, Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2008

Tabuľka 42: Hodnotenie parametra 3.3 rentabilita výnosov

rentabilita výnosov	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
spĺňa benchmark stabilný vývoj alebo rast	80 %	100,0	100,0	100,0	100,0	96,3
miera prekročenia benchmarku	20 %	0,1	41,7	73,7	100,0	0,0
výsledné hodnotenie	*100 %*	*80,0*	*88,3*	*94,7*	*100,0*	*77,1*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.3.4 Parameter 3.4: nákladovosť poistného kmeňa

Nákladovosť poisteného kmeňa vyjadruje schopnosť zdravotnej poisťovne efektívne nakupovať zdravotnú starostlivosť v pomere k priemerným nákladom po očistení o vplyvy veku a pohlavia, ktoré sú zahrnuté v prerozdeľovacom mechanizme. Tento parameter sa vypočíta ako podiel nákladov na zdravotnú starostlivosť na jedného prepočítaného poistenca zdravotnej poisťovne k priemerným nákladom na ZS na jedného prepočítaného poistenca v SR.

Priemerné náklady na jedného prepočítaného poistenca v SR v roku 2007 boli 5 816 Sk. Najvyššie náklady na 1 prepočítaného poistenca mala v roku 2007 SZP, najnižšie ZP Union. Výsledné hodnotenie tohto parametra bolo vypočítané ako podiel najnižšej hodnoty za všetky poisťovne a hodnoty ukazovateľa konkrétnej poisťovne (Tabuľka 43). Váha tohto parametra v hodnotení oblasti biznis profil zdravotnej poisťovne je 15 %.

4.3.5 Parameter 3.5: retencia poistencov

Úspešnosť zdravotnej poisťovne vyjadruje aj to, koľko poistencov zotrvá v jej kmeni. Parametrom retencia poistencov sa sleduje podiel poistencov, ktorí zotrvali v zdravotnej poisťovni v priebehu posledného prestupného obdobia. Tento parameter sa odlišuje od parametra percentuálny rast počtu poistencov v tom, že sleduje počet odchádzajúcich, resp. neodchádzajúcich poistencov a nie výsledný stav v počte poistencov, ktorý je tvorený nielen odchádzajúcimi poistencami, ale aj tými prichádzajúcimi.

Najväčšiu stratu v počte a podiele poistencov zaznamenala ZP Union (-125 268 poistencov, -27,6 %), najmenšiu stratu v absolútnom čísle zaznamenala ZP Apollo (-7 970), avšak v relatívnom vyjadrení k celkovému počtu poistencov v kmeni to bola VšZP (-1,5 %). Parameter sa hodnotil ako percento poistencov, ktorí zotrvali v zdravotnej poisťovni (Tabuľka 44).

Tabuľka 43: Hodnotenie parametra 3.4 nákladovosť poistného kmeňa

nákladovosť poistného kmeňa	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
náklady na ZS na 1 prepočítaného poistenca	5 893	6 190	5 457	5 603	5 383
podiel nákladov na ZS zdravotnej poisťovne na 1 prepočítaného poistenca k priemerným nákladom	1,013	1,064	0,938	0,963	0,925
výsledné hodnotenie	*91,3*	*87,0*	*98,6*	*96,1*	*100,0*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 44: Hodnotenie parametra 3.5 retencia poistencov

retencia poistencov	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
počet poistencov k 31.12.2007	2 954 641	597 409	445 345	777 432	453 624
počet odchádzajúcich poistencov k 1.1.2008	43 772	10 579	7 970	23 834	125 268
podiel poistencov, ktorí opustili ZP k 1.1.2008	1,5 %	1,8 %	1,8 %	3,1 %	27,6 %
percento zostávajúcich poistencov v kmeni	98,5 %	98,2 %	98,2 %	96,9 %	72,4 %
výsledné hodnotenie	*100,0*	*99,7*	*99,7*	*98,4*	*73,5*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.3.6 Parameter 3.6: počet rokov na trhu

Dĺžka existencie zdravotnej poisťovne je ukazovateľom jej stability na trhu. Vzhľadom na reformu zdravotníctva v rokoch 2004/05, väčšina zdravotných poisťovní ako akciových spoločností vznikla v priebehu roku 2005 transformovaním z pôvodných verejnoprávnych inštitúcií. Zo súčasne existujúcich poisťovní 4 vznikli v priebehu roku 2005 a jedna (ZP Union) v roku 2006.

Hodnotenie tohto parametra bolo stanovené tak, že poisťovne, ktoré sú na trhu najdlhšie, dostali 100 bodov a ZP Union dostala pomernú časť bodov podľa pomeru rokov na trhu (Tabuľka 45). Vzhľadom na krátke pôsobenie všetkých poisťovní na trhu má tento parameter váhu len 5 %.

4.3.7 Výsledné hodnotenie oblasti 3: biznis profil zdravotnej poisťovne

Najlepšie hodnotenie v oblasti biznis profil zdravotnej poisťovne má ZP Dôvera, avšak rozdiely medzi prvými štyrmi poisťovňami nie sú výrazné. ZP Union sa umiestnila na poslednom mieste s výraznejším odstupom, ktorý je zapríčinený najmä výraznou stratou trhového podielu medzi rokmi 2007 a 2008, ako aj neskorším vstupom na trh (Tabuľka 46).

Tabuľka 45: Hodnotenie parametra 3.6 počet rokov na trhu

počet rokov na trhu	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
rok vzniku	2 005	2 005	2 005	2 005	2 006
počet rokov na trhu	3	3	3	3	2
výsledné hodnotenie	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*66,7*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 46: Hodnotenie oblasti 3 biznis profil zdravotnej poisťovne

3	Biznis profil ZP	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
3.1	percentuálny rast počtu poistencov	20 %	79,4	78,7	80,2	100,0	58,9
3.2	percentuálny rast výnosov	20 %	99,5	100,0	96,3	99,2	40,5
3.3	rentabilita výnosov	20 %	80,0	88,3	94,7	100,0	77,1
3.4	nákladovosť poistného kmeňa	15 %	91,3	87,0	98,6	96,1	100,0
3.5	retencia poistencov	20 %	100,0	99,7	99,7	98,4	73,5
3.6	počet rokov na trhu	5 %	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7
	výsledné hodnotenie	*100 %*	*90,5*	*91,4*	*94,0*	*98,9*	*68,3*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.4 OBLASŤ 4: VZŤAHY S POSKYTOVATEĽMI ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Dobré vzťahy medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti sú dôležité nielen pre správne fungovanie systému, ale v konečnom dôsledku aj pre poistenca, keďže problémy v úhradách a komunikácii medzi jeho poisťovňou a poskytovateľom sa často prenášajú aj na poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre poistencov.

V tejto oblasti sa hodnotia najmä platobné a zmluvné podmienky, ako aj ich plnenie zo strany zdravotnej poisťovne. Váha tejto skupiny parametrov v celkovom hodnotení je 20 %.

4.4.1 PARAMETER 4.1: CENOVÉ PODMIENKY

Tento parameter porovnáva cenové podmienky pre základné typy poskytovateľov (všeobecná ambulantná starostlivosť, špecializovaná ambulantná starostlivosť, ústavná zdravotná starostlivosť a spoločné vyšetrovacie a laboratórne zložky) medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami. Hodnotenie bolo vykonané na základe dotazníkov zaslaných poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Zdravotné poisťovne majú cenové podmienky pre všetkých poskytovateľov VAS, ŠAS a SVLZ stanovené spravidla uniformne. Rozdielom môže byť zvýhodnená (alebo znevýhodnená) cena pre poskytovateľa v prípade, že plní (resp. neplní) stanovené kritériá kvality alebo efektivity. Cenové podmienky pre tieto tri typy ZS boli v takých prípadoch hodnotené tak, že sa za poisťovňu vždy zvolila stredná hodnota zo spektra cien. Najvýraznejšie rozdiely medzi cenami v závislosti od plnenia alebo neplnenia kritérií kvality a efektivity má ZP Dôvera, ktorá takéto platobné mechanizmy využíva pri každom zo sledovaných typov ZS. Okrem toho takýto spôsob diferencovaných úhrad využíva aj VšZP pri VAS a ZP Union pri SVLZ.

Do hodnotenia cien sa pre VAS započítavala cena za kapitáciu tak, že sa vypočítala priemerná cena kapitácie na štandardizovanú populáciu SR. Tento spôsob sa použil preto, že poisťovne majú stanovené rôzne výšky kapitačnej platby v závislosti od veku poistenca, pričom aj vekové pásma, pre ktoré sa stanovuje rôzna výška kapitačnej platby, nie sú rovnaké (Tabuľka 47).

Hodnotenie cenových podmienok v ŠAS a pre SVLZ vychádza z cien za bod. Cenové podmienky v týchto troch skupinách boli vyhodnotené tak, že poisťovňa s najvyššou cenou získala 100 bodov a ostatné poisťovne dostali počet bodov zodpovedajúci pomeru ich ceny k najvyššej cene (Tabuľka 48).

Tabuľka 47: Porovnanie cenových podmienok pre VAS

veková skupina	podiel v populácii SR	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
0-1 rokov	1,0 %	0,993	0,993	0,993	1,000	1,000
1-5 rokov	4,0 %	0,990	0,990	0,990	1,000	0,990
6-14 rokov	11,2 %	0,975	0,975	1,000	0,975	0,949
15-18 rokov	7,5 %	0,964	0,964	1,000	0,982	1,000
19-50 rokov	44,7 %	0,909	0,909	0,909	0,945	1,000
51-60 rokov	14,2 %	0,965	0,912	0,947	0,912	1,000
61-80 rokov	14,5 %	0,896	0,896	0,910	0,896	1,000
81 a viac rokov	2,9 %	0,886	0,886	0,871	1,000	0,957
pre štandardizovanú populáciu	*100,0 %*	*0,942*	*0,935*	*0,948*	*0,955*	*1,000*

Pozn.: ak boli ceny pre VAS závislé od parametrov kvality a efektivity, do porovnania bola použitá vždy stredná hodnota
Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 48: Porovnanie cien pre ŠAS a SVLZ

	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
ŠAS	0,982	1,000	1,000	1,000	1,000
SVLZ	1,000	1,000	0,955	1,000	1,000

Pozn.: ak boli ceny pre VAS závislé od parametrov kvality a efektivity, do porovnania bola použitá vždy stredná hodnota
Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Keďže ceny za lôžkovú ZS sú závislé od viacerých faktorov a výraznejšie sa líšia medzi jednotlivými poskytovateľmi, cenové podmienky sa stanovovali z vyhodnotenia dotazníkov pre poskytovateľov o výške cien za ukončenú hospitalizáciu na vybraných nemocničných oddeleniach (Tabuľka 49). Poisťovňa s najvyššou priemernou cenou pre každé zo sledovaných oddelení získala 100 bodov a ostatné získali pomerný počet bodov v závislosti od výšky ich ceny. Výsledné hodnotenie cenových podmienok za lôžkovú ZS sa získalo súčtom bodov získaných za každý typ hospitalizácie, pričom každý typ hospitalizácie mal rovnakú váhu.

Najvyššie bodové ohodnotenie v tomto parametri získali ZP Dôvera a ZP Union, najnižšie VšZP (Tabuľka 50). Vzhľadom na spôsob získavania dát pre lôžkovú ZS dotazníkom pre poskytovateľov, môžu byť tieto výsledky skreslené počtom respondentov a nemusia reprezentovať rozdiely v cenách na celom trhu poskytovania nemocničnej zdravotnej starostlivosti.

Váha tohto parametra v celkovom hodnotení skupiny vzťahov s PZS bola stanovená na 30 %.

Tabuľka 49: Porovnanie cenových podmienok na vybraných nemocničných oddeleniach

	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
ARO	6,7 %	0,787	0,760	1,000	0,811	0,992
arytmie	6,7 %	1,000	0,943	0,879	0,989	0,943
geriatria	6,7 %	0,917	0,992	1,000	0,949	0,972
gynekológia a pôrodníctvo	6,7 %	0,808	0,920	0,888	1,000	0,848
chirurgia	6,7 %	0,851	0,830	0,966	1,000	0,801
interná medicína	6,7 %	0,885	0,884	0,999	1,000	0,910
kardiochirurgia	6,7 %	0,933	0,952	0,952	1,000	0,952
kardiológia	6,7 %	0,897	0,952	0,952	1,000	0,952
klinická onkológia	6,7 %	0,761	0,691	1,000	0,958	0,710
neurológia	6,7 %	0,910	0,908	1,000	0,945	0,960
OAIM	6,7 %	0,956	0,979	0,979	1,000	0,979
ODCH	6,7 %	0,860	0,816	1,000	0,910	0,907
ortopédia	6,7 %	0,900	0,888	0,973	0,957	1,000
pediatria	6,7 %	0,823	0,820	1,000	0,891	0,823
psychiatria	6,7 %	0,932	0,882	0,751	1,000	0,932
ústavná ZS spolu	***100,0 %***	***0,881***	***0,881***	***0,956***	***0,961***	***0,912***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 50: Hodnotenie parametra 4.1 cenové podmienky

cenové podmienky	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
VAS	20 %	94,2	93,5	94,8	95,5	100,0
ŠAS	30 %	98,2	100,0	100,0	100,0	100,0
SVLZ	10 %	100,0	100,0	95,5	100,0	100,0
ústavná ZS	40 %	91,7	91,7	99,5	100,0	94,9
výsledné hodnotenie	***100 %***	***95,0***	***95,4***	***98,3***	***99,1***	***98,0***

Pozn.: ak boli ceny pre VAS závislé od parametrov kvality a efektivity, do porovnania bola použitá vždy stredná hodnota
Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.4.2 Parameter 4.2: platobné mechanizmy

Forma úhrad poskytovateľom od zdravotných poisťovní závisí na dohodách medzi PZS a poisťovňami. Keďže táto forma aj výška cien bola až donedávna stanovovaná ministerstvom zdravotníctva, resp. predtým ministerstvom financií, súčasné platobné mechanizmy sa len pomaly menia na modernejšie prístupy. Z tohto dôvodu hodnotíme pozitívne zavádzanie progresívnych platobných mechanizmov, ktoré podporujú zvyšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti (napr. pay-for-performance) alebo zvyšovanie efektívnosti (napr. DRG), ktoré sú aj na prospech poistencov.

Pri tomto parametri sme sledovali používanie progresívnych platobných mechanizmov podľa súboru kritérií pre každý zo základných typov zdravotnej starostlivosti: VAS, ŠAS, SVLZ a ústavnú ZS (Tabuľka 51).

Tabuľka 51: Používanie progresívnych platobných mechanizmov

	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
VAS						
prevencia	5 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
kvalita - meranie vstupov	15 %	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0
kvalita - meranie procesu a výstupov	15 %	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
protokoly (z TOP 10 diagnóz)	25 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
používanie limitov na indukované výkony	20 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
zohľadnenie geografickej dostupnosti v cenových podmienkach	20 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
výsledné hodnotenie VAS	***100 %***	***20,0***	***5,0***	***5,0***	***35,0***	***5,0***
ŠAS						
kvalita - meranie vstupov	20 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
kvalita - meranie procesu a výstupov	20 %	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
protokoly (z TOP 10 diagnóz)	40 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
používanie limitov na indukované výkony	20 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
výsledné hodnotenie ŠAS	***100 %***	***0,0***	***0,0***	***0,0***	***20,0***	***0,0***
SVLZ						
kvalita - meranie vstupov	50 %	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
kvalita - meranie procesu a výstupov	50 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
výsledné hodnotenie SVLZ	***100 %***	***0,0***	***0,0***	***0,0***	***50,0***	***50,0***
ústavná ZS						
kvalita - meranie vstupov	15 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
kvalita - meranie procesu a výstupov	15 %	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
protokol	20 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
casemix	20 %	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0
DRG	30 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
výsledné hodnotenie ústavnej ZS	***100 %***	***0,0***	***0,0***	***20,0***	***35,0***	***0,0***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 52: Hodnotenie parametra 4.2 platobné mechanizmy

platobné mechanizmy	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
VAS	20 %	20,0	5,0	5,0	35,0	5,0
ŠAS	30 %	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0
SVLZ	10 %	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0
ústavná ZS	40 %	0,0	0,0	20,0	35,0	0,0
výsledné hodnotenie	***100 %***	***4,0***	***1,0***	***9,0***	***32,0***	***6,0***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Vo všeobecnosti sa dá konštatovať, že zdravotné poisťovne využívajú takéto mechanizmy len veľmi málo, pričom jednoznačným lídrom je ZP Dôvera, aj keď aj ona dosiahla len 32 zo 100 možných bodov (Tabuľka 52). Váha tohto parametra v celkovom hodnotení skupiny vzťahov s PZS bola stanovená na 20 %.

4.4.3 Parameter 4.3: Záväzky po lehote splatnosti

Parameter objem záväzkov voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti po lehote splatnosti reprezentuje plnenie zmluvných povinností zdravotných poisťovní voči poskytovateľom a hovorí o ich platobnej disciplíne. Údaje použité pre hodnotenie tohto parametra vychádzajú z údajov z výročných správ jednotlivých zdravotných poisťovní za rok 2007. Zdravotné poisťovne, ktoré tento údaj nemali uvedený vo výročnej správe, boli požiadané o jeho poskytnutie.

Keďže VšZP nám do stanoveného termínu neodpovedala ani neposkytla verejnosti výročnú správu za rok 2007, údaje pre VšZP sú za rok 2006. Zaujímavé na týchto údajoch však je, že medziročne celkové záväzky narástli z 5,1 mld. Sk na 7,6 mld. Sk (rast o 49 %), pričom záväzky po lehote splatnosti klesli zo 149 mil. Sk na 1 mil. Sk. Táto rozdielna dynamika vyvoláva dojem, že VšZP záväzky po lehote splatnosti opticky znižovala nárastom doby ich splatnosti. Keďže oficiálny údaj za VšZP je 1,086 mil. Sk, v ratingu používame tento údaj.

Výsledné hodnotenie záväzkov voči PZS po lehote splatnosti je zložené z dvoch častí:

- 80%-nú váhu má splnenie alebo miera splnenia kritéria, že podiel záväzkov voči PZS po lehote splatnosti k nákladom na ZS je menej ako 1 %,
- a 20%-nú váhu má miera vzdialenosti od stanoveného benchmarku 1 % (Tabuľka 54).

Váha tohto parametra v celkovom hodnotení skupiny vzťahov s PZS bola stanovená na 10 %.

Tabuľka 53: Pomer záväzkov voči PZS po lehote splatnosti k nákladom na ZS

záväzky po lehote splatnosti	VšZP*	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
náklady na ZS v tis. Sk	51 416 895	9 241 569	6 664 927	10 803 867	4 989 125
záväzky voči PZS k 31. 12. po lehote splatnosti v tis. Sk	1 086	11 795	940	65 460	2 738
podiel záväzkov voči PZS po lehote splatnosti k celkovým výdavkom na ZS	***0,00 %***	***0,13 %***	***0,01 %***	***0,61 %***	***0,05 %***

*Pozn: * údaje pre VšZP sú za rok 2006*
Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 54: Hodnotenie parametra 4.3 záväzky po lehote splatnosti

záväzky po lehote splatnosti	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
spĺňa benchmark menej ako 1 %	80 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
miera prekročenia benchmarku 1 %	20 %	100,0	87,4	98,8	39,5	94,7
výsledné hodnotenie	***100 %***	***100,0***	***97,5***	***99,8***	***87,9***	***98,9***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.4.4 PARAMETER 4.4: SPOKOJNOSŤ LEKÁROV

V tomto parametri poskytovatelia dotazníkovou metódou hodnotili ich vzťahy so zdravotnými poisťovňami hodnotením 12 kritérií. Skupine poskytovateľov bol rozoslaný dotazník e-mailom a každú z piatich poisťovní mali ohodnotiť známkou (kde „1“ bolo najlepšie hodnotenie a „5“ najhoršie hodnotenie) v každom zo spomínaných 12 kritérií. Dotazník zodpovedalo v termíne 28 poskytovateľov, pričom boli medzi nimi zastúpení poskytovatelia všetkých základných typov (PLD, PLDD, ŠAS, SVLZ aj poskytovatelia nemocničnej ZS).

Váha jednotlivých kritérií pre výsledné hodnotenie spokojnosti lekárov bola rovnaká. Priemerné hodnoty známok boli prepočítané na bodové hodnotenie so stupnicou od 0 do 100. Najlepšie bodové ohodnotenie získala ZP Union za systém vyplácania nadlimitných výkonov. Najhoršie priemerné známky boli udelené za nadštandardné služby, kde poskytovatelia vo väčšine prípadov uvádzali, že poisťovne im žiadne nadštandardné služby neposkytujú. Ďalej bola najhoršie hodnotená možnosť rokovať so zdravotnými poisťovňami o cenách, objemoch a zmluvných podmienkach. Poskytovatelia najlepšie hodnotili právnu úroveň zmlúv, úroveň komunikácie so zdravotnými poisťovňami a rýchlosť spracovania údajov.

Vo výslednom hodnotení spokojnosti lekárov bola najhoršie hodnotená VšZP, ktorá však získala najlepšie hodnotenie ohľadom revízneho konania a najlepšie ZP Union, ktorá bola na prvom alebo druhom mieste vo všetkých parametroch (Tabuľka 55).

Váha tohto parametra v celkovom hodnotení skupiny vzťahov s PZS bola stanovená na 30 %.

Tabuľka 55: Hodnotenie parametra 4.4 spokojnosť poskytovateľov

spokojnosť poskytovateľov ZS	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
ZP zasiela zmluvu dostatočne včas pred plánovaným dátumom účinnosti	8,3 %	39,0	49,0	51,1	60,0	71,0
právna úroveň zmlúv	8,3 %	63,6	62,5	63,8	67,0	75,0
možnosť rokovať o zmluvných podmienkach	8,3 %	33,0	46,0	40,2	53,0	70,0
možnosť rokovať o cenách a/alebo objemoch	8,3 %	29,6	40,7	41,0	50,9	62,0
dostupnosť informácií pre poskytovateľa (poskytovateľ vie, kde a na koho sa má v prípade nejasnosti zmluv a neúspešného jednania s pobočkou obrátiť, existuje transparentný spôsob, ktorý by umožňoval poskytovateľovi domáhať sa svojich práv)	8,3 %	47,0	54,0	48,9	57,0	66,0
revízne konanie, prehľadnosť chybových protokolov (existuje pre poskytovateľa jasný zoznam chýb, pre ktoré ZP výkon PZS neuzná)	8,3 %	72,1	51,0	49,0	51,9	71,0
systém vyplácania nadlimitných výkonov	8,3 %	21,4	46,4	38,8	44,0	82,9
flexibilita (schopnosť promptne reagovať na požiadavky a na vzniknuté problémy)	8,3 %	48,0	51,0	37,0	52,0	66,7
úroveň komunikácie (pobočka, generálne riaditeľstvo.)	8,3 %	66,0	64,0	52,2	61,0	81,0
rýchlosť spracovania údajov (fakturácia, dobropisy)	8,3 %	61,0	69,0	67,4	59,0	76,0
inovácie (el. zasielanie dát, kompatibilný software)	8,3 %	43,8	36,5	50,0	62,5	54,2
nadštandardné služby	8,3 %	32,5	26,3	29,2	43,8	55,0
výsledné hodnotenie	***100 %***	***46,4***	***49,7***	***47,4***	***55,2***	***69,2***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.4.5 Výsledné hodnotenie oblasti 4: vzťahy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

Najvyšší počet bodov v oblasti vzťahov s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti získala ZP Dôvera. Rozdiely medzi poisťovňami sú pri tejto oblasti menšie než pri iných oblastiach. Je to spôsobené najmä nízkym ziskom bodov pri parametri platobné mechanizmy a nemenení mierky na 100-bodovú stupnicu pri parametri spokojnosť lekárov. Pôvodné hodnoty v oboch parametroch boli ponechané preto, že vyjadrujú relatívnu polohu k cieľovým hodnotám v týchto parametroch (Tabuľka 56).

Tabuľka 56: Hodnotenie oblasti 4 vzťahy s poskytovateľmi ZS

4	Vzťahy s PZS	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
4.1	cenové podmienky	30 %	95,0	95,4	98,3	99,1	98,0
4.2	platobné mechanizmy	30 %	4,0	1,0	9,0	32,0	6,0
4.3	záväzky po lehote splatnosti	10 %	100,0	97,5	99,8	87,9	98,9
4.4	spokojnosť poskytovateľov ZS	30 %	46,4	49,7	47,4	55,2	69,2
	výsledné hodnotenie	*100 %*	*53,6*	*53,6*	*56,4*	*64,7*	*61,9*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.5 OBLASŤ 5: KVALITA POSKYTOVANÝCH SLUŽIEB POISTENCOM V ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A POSKYTOVANIE ĎALŠÍCH VÝHOD PRE POISTENCOV

Jednou z najdôležitejších oblastí hodnotenia je hodnotenie kvality poskytovaných služieb poistencom najmä v oblasti nákupu zdravotnej starostlivosti, ale aj poskytovania ďalších nadštandardných programov a výhod pre poistencov. Aj keď rozsah hradenej zdravotnej starostlivosti je stanovený zákonnými a podzákonnými normami, ktoré sú platné pre všetky zdravotné poisťovne, poisťovne sa medzi sebou líšia v kvalite poskytovania týchto služieb ako aj pri poskytovaní služieb nad rámce povinne hradenej zdravotnej starostlivosti. Kvalitu poskytovania povinne hradenej zdravotnej starostlivosti sme merali najmä sledovaním zabezpečenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti z pohľadu fyzickej dostupnosti a z pohľadu časovej dostupnosti – porovnávaním dĺžky čakacích dôb pre poskytnutie vybraných výkonov. Samostatne sme hodnotili aj zabezpečovanie špeciálnych programov manažmentu pacientov a zavádzanie protokolov pre skríning, prevenciu, diagnostiku a manažment chorôb, ktoré zvyšujú kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti pre pacientov s istým typom ochorenia. Váha tohto parametra v celkovom hodnotení bola 20 %.

4.5.1 PARAMETER 5.1: DOSTUPNOSŤ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Minimálna dostupnosť zdravotnej starostlivosti, ktorú musí zdravotná poisťovňa zabezpečiť pre svojich poistencov, je v súčasnosti stanovená nariadením vlády č. 751/2004 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. Toto nariadenie má však viacero nedostatkov a spôsob, akým stanovuje minimálnu dostupnosť, nezaručuje pre poistencov fyzickú dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Za lepší ukazovateľ fyzickej dostupnosti zdravotnej starostlivosti považujeme vzdialenosť sídla najbližšieho poskytovateľa (príslušnej špecializácie a formy poskytovania) od miesta (trvalého) pobytu poistenca. Úprava konceptu minimálnej siete by formálnu a neužitočnú reguláciu nahradila nástrojom sledujúcim jeden z cieľov zdravotnej politiky – dostupnosť.

Na vyhodnotenie a porovnanie dostupnosti podľa navrhovanej metodiky by boli potrebné údaje od zdravotných poisťovní alebo z registra poistencov o počtoch poistencov jednotlivých ZP v každej obci v SR. Vzhľadom na to, že sa nám zatiaľ nepodarilo dohodnúť na takejto spolupráci so všetkými ZP ani s Úradom pre dohľad, ktorý vedie register poistencov v SR, v tohtoročnom ratingu používame len orientačný výpočet fyzickej dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre poistencov každej poisťovne.

Keďže najjemnejšie rozdelenie podielov zdravotných poisťovní na trhu, ktoré máme k dispozícii, je na jednotlivé VÚC (zdrojom je Správa úradu pre dohľad o výkone dohľadu nad zdravotným poistením v roku 2007), v našej analýze dostupnosti zdravotnej starostlivosti predpokladáme, že rozmiestnenie poistencov v každom VÚC je rovnomerné. To znamená, že ak má niektorá ZP podiel vo VÚC 20 %, predpokladáme, že jej podiel v každej obci tohto VÚC je tiež 20 %. Avšak ani podiely v jednotlivých VÚC nie sú rovnaké (Tabuľka 57). Dá sa preto predpokladať, že aj podiely v jednotlivých okresoch a obciach v rámci jedného VÚC sa budú líšiť. Považujeme preto za dôležité, aby sa tento parameter v budúcnosti vypočítaval z presnejších údajov a v tohtoročnom ratingu sme mu pridelili nižšiu váhu, než by mal mať.

Tabuľka 57: Podiely poisťovní podľa VÚC

VÚC	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
Bratislavský	53,8 %	21,2 %	9,6 %	10,9 %	4,1 %
Banskobystrický	51,0 %	10,3 %	4,1 %	21,0 %	12,9 %
Košický	36,6 %	15,1 %	4,7 %	27,0 %	13,4 %
Nitriansky	55,7 %	6,3 %	11,9 %	16,5 %	8,5 %
Prešovský	56,6 %	7,7 %	3,5 %	18,1 %	11,0 %
Trnavský	68,3 %	8,0 %	11,4 %	6,0 %	5,9 %
Trenčiansky	65,0 %	7,2 %	15,6 %	5,7 %	6,2 %
Žilinský	64,9 %	13,8 %	8,6 %	7,5 %	4,7 %
SR	***55,8 %***	***11,3 %***	***8,4 %***	***14,7 %***	***8,6 %***

Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2008

Fyzická dostupnosť sa vypočítavala pre 6 vybraných špecializácií poskytovateľov ZS. Vzhľadom na to, že poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti majú mať zo zákona uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou, ak uzavreli dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti aspoň s jedným jej poistencom, fyzickú dostupnosti PLD a PLDD sme nehodnotili. Zamerali sme sa na dostupnosť špecializovanej ambulantnej starostlivosti, kde sme počítali dostupnosť nasledujúcich špecializácií: vnútorné lekárstvo, chirurgia, neurológia a psychiatria. Okrem toho sme stanovovali dostupnosť aj pre stomatológiu a gynekológiu a pôrodníctvo.

Tabuľka 58: Priemerná dostupnosť pri sledovaných ambulantných poskytovateľoch ZS v minútach

špecializácia	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
gynekológ	3,88	3,56	3,73	4,13	4,48
stomatológ	1,85	1,79	1,93	2,18	2,38
internista	4,95	5,03	4,55	5,83	7,03
chirurg	5,19	4,71	4,96	7,18	8,09
neurológ	5,73	6,04	5,36	6,76	8,82
psychiater	6,09	8,10	5,74	6,98	8,96

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 59: Hodnotenie dostupnosti podľa špecializácie ambulantného PZS

špecializácia	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
gynekológia						
spĺňa benchmark 5 min.	80 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
miera prekročenia benchmarku 5 min.	20 %	77,8	100,0	88,5	60,4	36,3
výsledné hodnotenie pre gynekológiu	***100 %***	***95,6***	***100,0***	***97,7***	***92,1***	***87,3***
stomatológia						
spĺňa benchmark 5 min.	80 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
miera prekročenia benchmarku 5 min.	20 %	98,3	100,0	95,9	88,0	81,6
výsledné hodnotenie pre stomatológiu	***100 %***	***99,7***	***100,0***	***99,2***	***97,6***	***96,3***
vnútorné lekárstvo						
spĺňa benchmark 10 min.	80 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
miera prekročenia benchmarku 10 min.	20 %	92,6	91,2	100,0	76,4	54,4
výsledné hodnotenie pre vnútorné lekárstvo	***100 %***	***98,5***	***98,2***	***100,0***	***95,3***	***90,9***
chirurgia						
spĺňa benchmark 10 min.	80 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
miera prekročenia benchmarku 10 min.	20 %	90,8	100,0	95,2	53,2	36,1
výsledné hodnotenie pre chirurgiu	***100 %***	***98,2***	***100,0***	***99,0***	***90,6***	***87,2***
neurológia						
spĺňa benchmark 10 min.	80 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
miera prekročenia benchmarku 10 min.	20 %	92,1	85,4	100,0	69,9	25,5
výsledné hodnotenie pre neurológiu	***100 %***	***98,4***	***97,1***	***100,0***	***94,0***	***85,1***
psychiatria						
spĺňa benchmark 10 min.	80 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
miera prekročenia benchmarku 10 min.	20 %	91,9	44,8	100,0	71,0	24,4
výsledné hodnotenie pre psychiatriu	***100 %***	***98,4***	***89,0***	***100,0***	***94,2***	***84,9***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Údaje o zmluvných poskytovateľoch ZS sme získali z internetových stránok jednotlivých zdravotných poisťovní (prístup 12. 8. 2008). Zo Správy úradu o dohľade nad zdravotným poistením v roku 2007 pochádzajú priemerné počty poistencov v jednotlivých VÚC v roku 2007. Keďže podiely na trhu sa medzi rokmi 2007 a 2008 menili, tieto čísla boli ďalej upravené o medziročnú zmenu podielu ZP na trhu. Údaje o počtoch obyvateľov obcí sú zo Štatistického úradu SR a údaje o časovej dostupnosti v cestnej sieti SR z Katedry softvérových technológií Žilinskej univerzity.

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti sa stanovovala ako priemerný dojazdový čas (priemernou cestovnou rýchlosťou podľa profilu cestnej siete) všetkých poistencov každej zdravotnej poisťovne k najbližšiemu poskytovateľovi príslušného typu/ špecializácie (Tabuľka 58).

Výsledné hodnotenie časovej dostupnosti pre každú sledovanú špecializáciu bolo zložené z dvoch častí:

- 80%-nú váhu má splnenie alebo miera splnenia kritéria dostupnosti, ktorá bola pre gynekológiu a stomatológiu stanovená na 5 min. a pre ostatné sledované špecializácie na 10 min.
- a 20%-nú váhu má miera prekročenia stanoveného benchmarku (Tabuľka 59).

Vo výslednom hodnotení parametra dostupnosti ZS mala každá zo sledovaných špecializácií ambulantných poskytovateľov rovnakú váhu. Najlepšiu dostupnosť ZS majú pre sledované špecializácie poistenci ZP Apollo a SZP, najhoršiu poistenci ZP Union (Tabuľka 60). Parameter dostupnosť zdravotnej starostlivosti má pri celkovom hodnotení oblasti kvalita ZS váhu 20 %.

V Tabuľkách 59 a 60 sú výsledky hodnotenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre celé Slovensko a tieto výsledky sú použité aj v celkovom hodnotení zdravotných poisťovní. Napriek tomu, pre konkrétnych poistencov nie je priemer SR najlepším ukazovateľom, pretože z ich perspektívy je dôležitejšia dostupnosť ZS v mieste ich bydliska. Z tohto dôvodu sme vypočítali hodnotenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti každej zdravotnej poisťovne aj pre konkrétne vyššie územné celky (Tabuľka 61). Pri tejto regionálnej analýze sa pritom nebrali do úvahy podiely zdravotných poisťovní v jednotlivých krajoch, ktorými sa prevažovali výsledky pre celú SR.

Tabuľka 60: Hodnotenie parametra 5.1 dostupnosť ZS

dostupnosť ZS	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
gynekológ	17 %	95,6	100,0	97,7	92,1	87,3
stomatológ	17 %	99,7	100,0	99,2	97,6	96,3
internista	17 %	98,5	98,2	100,0	95,3	90,9
chirurg	17 %	98,2	100,0	99,0	90,6	87,2
neurológ	17 %	98,4	97,1	100,0	94,0	85,1
psychiater	17 %	98,4	89,0	100,0	94,2	84,9
výsledné hodnotenie	***100 %***	***98,1***	***97,4***	***99,3***	***94,0***	***88,6***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 61: Hodnotenie dostupnosti ZS podľa VÚC

	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
Bratislavský	99,9	99,5	99,8	99,2	98,4
Banskobystrický	98,0	83,8	90,8	90,9	75,6
Košický	98,0	97,7	95,6	97,7	89,3
Nitriansky	99,0	93,4	100,0	97,1	93,2
Prešovský	95,2	92,7	99,3	91,6	88,1
Trnavský	98,9	89,0	99,8	86,1	89,5
Trenčiansky	100,0	96,5	99,4	95,9	95,2
Žilinský	99,5	96,6	97,3	96,1	84,5

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.5.2 Parameter 5.2: Čakacie listiny

Aj keď nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti, ktorá je povinne hradená zo zdravotného poistenia, majú všetci poistenci rovnaký, čas, ktorý musia na poskytnutie výkonu z dôvodu finančných kapacít zdravotných poisťovní čakať, sa odlišuje. Na stanovenie, ako dlho sa na Slovensku čaká na určité výkony, sme použili metódu mystery shoppingu.

Na základe vypracovaného scenára boli telefonicky kontaktovaní poskytovatelia 4 typov výkonov: mamografie, náhrady očnej šošovky pri katarakte, totálnej endoprotézy bedrového kĺbu (TEP) a koronarografie. Telefonujúci sa na základe fiktívneho príbehu o chorom príbuznom a hľadaní skoršieho termínu výkonu informovali u kontaktovaných poskytovateľov na možnosť získania skoršieho termínu. Pri telefonáte sa hodnotilo, či sa poskytovateľ pred stanovením termínu opýta na zdravotnú poisťovňu a či sa najskorší možný termín líši v závislosti od zdravotnej poisťovne, v ktorej je pacient poistený. V priebehu augusta 2008 bolo vykonaných 15 telefonátov na tému mamografia, 12 na tému katarakta, 10 pre totálnu endoprotézu bedrového kĺbu a 4 pre koronarografiu.

Na základe odpovedí ohľadom možných termínov bola stupnica pre udeľovanie bodov pre každý zo sledovaných výkonov bola navrhnutá tak, aby minimálne a maximálne počty bodov zodpovedali najskorším a najneskorším termínom získaným pri telefonátoch. Body boli neskôr spriemerované pre každý zo sledovaných výkonov.

Pri takmer polovici telefonátov záležalo na zdravotnej poisťovni, v ktorej je poistenec poistený. Najmenej to bolo pri koronarografii (25 %), najviac pri totálnej endoprotéze bedrového kĺbu (60 %) (Tabuľka 63).

Box 1: Mystery shopping

Mystery shopping (fiktívny nákup) je marketingová výskumná technika, ktorej cieľom je vyhodnotiť úroveň poskytovaných služieb a v nadväznosti na to iniciovať skvalitnenie týchto služieb. Podstatou je, že sledované organizácie sú navštevované alebo kontaktované fiktívnymi zákazníkmi, ktorí predstierajú záujem o nákup určitej služby alebo produktu. Mystery shopper postupuje podľa stanoveného scenára a bezprostredne po uskutočnení fiktívneho nákupu vypracuje objektívne hodnotenie skúmaných faktorov, ktoré ovplyvňujú spokojnosť zákazníka. Cieľový subjekt nie je v dobe uskutočnenia mystery shoppingu oboznámený s tým, že je skúmaný.

Zdroj: wikipedia.org, 2008

Tabuľka 62: Hodnotenie čakacích dôb podľa sledovaných výkonov

počet bodov	mamografia katarakta	TEP-ka	koronarografia
100 bodov	do 2 týždňov	do 6 mesiacov	do týždňa
75 bodov	2 týždne až mesiac	6 mesiacov až 1 rok	1 až 2 týždne
50 bodov	1 až 2 mesiace	1-2 roky	2 týždne až 1 mesiac
25 bodov	2 až 3 mesiace	2-3 roky	1 až 2 mesiace
0 bodov	viac ako 3 mesiace	3 a viac	viac ako 2 mesiace

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 63: Vplyv príslušnosti k poisťovni na čakaciu dobu

sledovaný výkon	počet všetkých telefonátov	záleží na ZP	
		počet telefonátov	v %
mamografia	15	5	33,3 %
katarakta	12	7	58,3 %
TEP	10	6	60,0 %
koronoarografia	4	1	25,0 %
spolu	***41***	***19***	***46,3 %***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Ako vidno aj z hodnotiacej tabuľky (Tabuľka 62), pri prieskume sme zistili výrazné rozdiely v ponúkaných termínoch v rámci rovnakých výkonov pri rôznych poskytovateľoch. Najskorší termín pri totálnej endoprotéze bedrového kĺbu nám bol ponúknutý o 2 mesiace, pričom u iného poskytovateľa to bolo až o 4 roky. U tohto poskytovateľa bol rozdiel medzi termínmi pre poistencov rôznych poisťovní až 3 roky (1 rok pre poistencov ZP Dôvera, 4 roky pre poistencov VšZP). Priemerne bol termín pre preventívnu mamografiu stanovený o 1 mesiac, pre kataraktu o 2 mesiace, pre totálnu endoprotézu bedrového kĺbu o rok a pre koronarografiu 40 dní (Tabuľka 64).

Vzhľadom na spôsob získavania informácií o dĺžke čakacích dôb (pýtanie sa na najskorší termín ako fiktívny pacient) mohlo dôjsť k odchýlkam od skutočných časov, keďže naše odpovede záviseli od toho, čo nám poskytovatelia odpovedali. Tento postup však najlepšie zohľadňuje spôsob, akým sa k termínu výkonu môže dostať bežný pacient a preto tieto výsledky považujeme z pohľadu poistenca za cennejšie.

Rozdiely v čakacích dobách sú spôsobené aj kapacitnými možnosťami jednotlivých poskytovateľov, nie vždy znamená dlhšia čakacia doba nedostatok finančných prostriedkov hradených zdravotnou poisťovňou. Rozdiely vo finančných limitoch poisťovní sa však objavia pri rozdielnych termínoch pre poistencov rôznych zdravotných poisťovní.

Priemerné čakacie doby v našom prieskume boli vypočítané ako priemer za všetkých oslovených poskytovateľov a nezohľadňujú počet poistencov, ktorých každé zariadenie dokáže vybaviť. Preto naše priemerné čakacie doby nemusia plne zodpovedať priemernému času, ktorý na daný výkon čakajú poistenci.

Do výsledného hodnotenia parametra čakacie listiny boli všetky štyri sledované výkony zohľadnené rovnakou váhou (Tabuľka 65). Keďže časovú dostupnosť zdravotnej starostlivosti považujeme za veľmi dôležitý ukazovateľ kvality zdravotnej poisťovne, váha tohto parametra v celkovom hodnotení oblasti kvality poskytovaných služieb je 40 %.

Tabuľka 64: Priemerné čakacie doby na sledované výkony v dňoch

sledovaný výkon	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union	priemer za všetky ZP
mamografia	32,8	32,8	31,3	20,2	32,8	30,0
katarakta	69,3	59,3	59,3	52,3	59,3	59,9
TEP	538,5	391,0	331,5	306,5	321,5	377,8
koronoarografia	57,8	37,8	27,8	37,8	37,8	39,8

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 65: Hodnotenie parametra 5.2 čakacie listiny

čakacie listiny	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
mamografia	25 %	75,0	75,0	76,7	86,7	75,0
katarakta	25 %	43,8	52,1	52,1	58,3	52,1
TEP	25 %	52,5	62,5	72,5	75,0	72,5
koronoarografia	25 %	56,3	59,4	62,5	59,4	59,4
výsledné hodnotenie	***100 %***	***56,9***	***62,2***	***65,9***	***69,8***	***64,7***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.5.3 Parameter 5.3: manažment pacienta/ zmluvné protokoly

Moderná zdravotná poisťovňa by nemala len uhrádzať vykázané výkony, ale jej cieľom by malo byť starať sa o to, aby jej poistenci boli zdravší, žili dlhšie a mali vyššiu kvalitu života. Poisťovňa by mala zároveň nakupovať zdravotnú starostlivosť čo najefektívnejšie. Z týchto dôvodov by zdravotné poisťovne mali intenzívne presadzovať používanie postupov, ktoré zodpovedajú najlepším klinickým dôkazom podľa medicíny založenej na dôkazoch, ako aj farmakoekonomickým princípom. Z viacerých štúdií a analýz na Slovensku vyplýva, že manažment pacienta sa medzi rôznymi poskytovateľmi a rôznymi regiónmi veľmi odlišuje a to, akým spôsobom je pacient liečený, závisí viac od toho, k akému poskytovateľovi príde, než od jeho zdravotného stavu. Toto samozrejme nie je žiaduci stav. Súčasné vedecké poznatky poskytujú množstvo informácií o tom, ktorý postup je pre väčšinu pacientov vhodnejší a má preukázaný dlhodobý efekt na dĺžku a kvalitu života pacienta.

Zdravotné poisťovne by preto mali fungovať ako zástupca poistenca v nákupe potrebnej zdravotnej starostlivosti nielen pri uhrádzaní nákladov, ale aj pri zabezpečení kvalitnejšej starostlivosti. Jednou z možností ako zvyšovať kvalitu a efektivitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti je vytvorenie špeciálnych programov pre manažment pacientov a/ alebo dohoda so zmluvnými poskytovateľmi na dodržiavaní protokolov na skríning, prevenciu, diagnostiku a celkový manažment ochorenia. S tým súvisí napr. finančná motivácia poskytovateľov na dodržiavaní týchto postupov a lepšie platby pri dodržiavaní ďalších kritérií kvality a efektivity. Tieto témy sú spracované samostatne v parametri 2.3 selektívny kontrakting.

Keďže informácie o takýchto aktivitách nie sú vždy dobre dostupné, požiadali sme všetky zdravotné poisťovne o poskytnutie informácie v nasledujúcom znení: *„Využíva vaša poisťovňa nejakú formu manažmentu pacienta alebo programov pre manažment chorôb v zmysle poskytovania špecifickej starostlivosti alebo zavedenia EBM protokolov pre skríning, diagnostiku alebo manažment ochorenia? Ak áno, o aké programy ide, ako dlho fungujú, koľko poskytovateľov a poistencov je do takýchto programov zapojených? Sú tieto programy súčasťou zmlúv s poskytovateľmi? Akým spôsobom sú poskytovatelia alebo poistenci motivovaní na účasť v takomto programe?“*

VšZP do termínu neodpovedala na naše otázky a podľa verejne dostupných informácií a informácií od poskytovateľov ZS, nevyužíva žiaden program manažmentu pacienta alebo zazmluvnenia protokolov.

SZP nemá vypracované žiadne špeciálne všeobecne platné programy pre manažment pacienta alebo chorôb.

ZP Apollo spustila pred rokom program Zdravé srdce na včasné vyhľadávanie srdcovo-cievnych chorôb, ktorý od 1. 8. 2008 rozšírila o motiváciu fajčiarov na ukončenie fajčenia. Tento program je určený pre vekovú skupinu poistencov 30-60 rokov. Program nie je súčasťou štandardných zmlúv s PZS, na program je uzatvorená osobitná zmluva. Úhrada výkonov sa realizuje osobitne a nie je súčasťou kapitácie alebo limitu PZS. Pacient je motivovaný informáciami o cieľoch a obsahu programu, ako aj zaradením programu do radovej preventívnej prehliadky (časový manažment).

ZP Dôvera spustila pred časom projekt zameraný na manažment diabetikov, avšak po vyhodnotení pilotného fungovania bol tento projekt nateraz pozastavený. V súčasnosti hľadajú vylepšenia a pripravujú ďalšie projekty v tejto oblasti.

ZP Union v spolupráci so Slovenskou oftalmologickou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti a Slovenskou lekárskou komorou vypracovala minimálne štandardné diagnostické a liečebné postupy k trom chorobám v oftalmológii (diagnózy H35.3, H50 a H52) s cieľom zabezpečiť poistencom rovnakú kvalitu zdravotnej starostlivosti poskytovanej na celom území Slovenskej republiky. Zmluvne sú upravené zvýhodnené cenové podmienky u 40-tich poskytovateľov, ktorí sa zaviazali dodržiavať postupy v zmysle vypracovaných protokolov.

Zavádzanie manažmentu pacienta a využívanie zmluvných protokolov je na Slovensku len v začiatkoch. Poisťovne ani zďaleka nevyužívajú možnosti manažmentu pacientov. Len dve z piatich poisťovní majú nejaký program a ďalšia z poisťovní na príprave takýchto programov pracuje. Vzhľadom na to, že program ZP Apollo nezahŕňa kompletný manažment pacienta a program ZP Union sa netýka diagnózy z TOP 10 vo výskyte ani v nákladovosti, obom poisťovniam sme dali len symbolických 10 bodov (Tabuľka 66).

Váha tohto parametra v hodnotení skupiny kvalita služieb v ZS je 15 %.

Tabuľka 66: Hodnotenie parametra 5.3 manažment pacienta/zmluvné protokoly

manažment pacienta/zmluvné protokoly	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
výsledné hodnotenie	*0,0*	*0,0*	*10,0*	*0,0*	*10,0*

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.5.4 Parameter 5.4: ZS nad rámec rozsahu

Rozsah povinne hradenej zdravotnej starostlivosti stanovuje zákon č. 577/2004 Z. z. a príslušné podzákonné normy. Poisťovne však môžu poskytnúť svojim poistencom čiastočnú alebo plnú úhradu aj inej zdravotnej starostlivosti.

Údaje pre hodnotenie tohto parametra sme získavali z verejne dostupných miest ako sú internetové stránky zdravotných poisťovní, letáky poskytované na kontaktných miestach, ako aj požiadaním zdravotných poisťovní o poskytnutie informácií o výhodách, aké pre svojich poistencov poskytujú. Odpovede na tieto otázky boli podkladom aj pre parameter ďalšie nadštandardné služby, programy alebo výhody pre poistencov.

Výhody sme zaradili do troch skupín: očkovania nad rámec rozsahu (Tabuľka 67), preventívna starostlivosť nad rámec rozsahu (Tabuľka 68) a iná zdravotná starostlivosť nad rámec rozsahu (Tabuľka 69).

Hodnotenie každého produktu bolo vykonané podľa dvoch kritérií:

- hodnota pre poistenca,
- veľkosť cieľovej skupiny, ktorej sa výhoda týka (Tabuľka 70).

Tabuľka 67: Očkovania nad rámec rozsahu

očkovania nad rámec rozsahu	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
očkovanie proti chrípke	bezplatne všetkým	bezplatne všetkým	bezplatne všetkým	bezplatne všetkým	bezplatne všetkým
hepatitída	príspevok na 3. dávku očkovania proti hepatitíde B			príspevok všetci poistenci od 16 rokov na kombinovanú vakcínu proti hepatitíde A a B vo výške 50 % z ceny vakcíny	v rómskych osadách: očkovanie detí s rizikom proti hepatitíde B, očkovanie dospelých s rizikom posúdeným všeobecným lekárom proti hepatitíde A aj B
kliešťová encefalitída			bezplatné očkovanie poistencom do 18 rokov	plná úhrada poslednej z troch dávok očkovacej látky	
pneumokok			poistencom vo veku do 2 rokov plná úhrada vakcíny	poistencom vo veku od 2 rokov plná úhrada vakcíny	
meningokok				poistencom vo veku od 18 mesiacov príspevok na vakcínu	
HPV				príspevok na očkovanie	70 % úhrada trojvakcíny pre 12-ročné dievčatá

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 68: Preventívna starostlivosť nad rámec rozsahu

preventívna starostlivosť nad rámec rozsahu	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
rakovina Ca maternice	cytologické vyšetrenie krčka maternice pri každej preventívnej prehliadke u gynekológa				
kolorektálny Ca		preventívne vyšetrenie nad rámec prevencie kolorektálneho karcinómu hradenej zo zákona			
KVS			Program srdcovocievnej starostlivosti ZDRAVÉ SRDCE pre poistencov vo veku		
fajčenie			„Už nefajčím“ pomoc pri odvykaní od fajčenia, finančný príspevok na liek Champix v hodnote 1 000 SKK poistencom vo veku od 30 do 60 rokov, ktorí sa zúčastnili na programe Zdravé srdce		
stomatologická prevencia			prevencie fokálnej infekcie		
Ca prsníka			prednostné vyšetrenie mamografom do 10 dní vo vybraných zariadeniach	zrýchlený prístup k preventívnemu mamografickému vyšetreniu v 27 zazmluvnených zdravotníckych zariadeniach v SR do 15 pracovných dní	
tehotenstvo			úhrada preventívnych prehliadok v tehotenstve nad rámec kapitácie a platbami bez limitov		
propagácia prevencie			produkt Dni zdravia v Auparku aj u zamestnávateľov	produkt Dni zdravia	program výhod pre zamestnancov (nap. Firemný lekár, Deň zdravia, Rekondičný pobyt)

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Hodnotenie produktov „cytologické vyšetrenie krčka maternice pri každej preventívnej prehliadke u gynekológa“, „preventívne vyšetrenie nad rámec prevencie kolorektálneho karcinómu hradenej zo zákona“ a úhrada preventívnych prehliadok v tehotenstve nad rámec kapitácie a platbami bez limitov získali nulu pri hodnote pre poistenca, pretože prvé dve sú povinne hradené podľa zákona zo zdravotného poistenia a tretí produkt je len platobným mechanizmom, ale pre poistenca neznamená žiadnu výhodu.

Výsledné hodnotenie bolo vykonané prepočítaním získaných bodov za jednotlivé produkty na 100-bodovú stupnicu, pričom každý z produktov mal rovnakú váhu (Tabuľka 71). Váha parametra ZS nad rámec rozsahu je vo výslednom hodnotení 20 %.

Tabuľka 69: Iná zdravotná starostlivosť nad rámec rozsahu

iná ZS nad rámec rozsahu	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
mikrochirurgia oka		zľavu na excimer laserové operácie vo výške 1 000 Sk na operáciu každého oka			príspevok 5 000 Sk na excimer laserovú operáciu každého oka
C-reaktívny proteín					u detí s podozrením na zápalové ochorenie je veľmi dobrým, málo bolestivým a rýchlym ukazovateľom, ktorý odlíši vírusové a bakteriálne
monitorovanie dychu a pohybu novorodenca a dojčaťa					Nanny – monitorovanie dychu a pohybu novorodenca a dojčaťa, ktoré spĺňajú stanovené podmienky na obdobie maximálne do dovŕšenia šiesteho mesiaca veku poistenca
dostupnosť pre špecifické populá-cie poistencov					„Zdravé komunity“ pre zlepšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre poistencov z rómskych komunít
návšteva lekára					návšteva PLD a PLDD v domácom prostredí pri podozrení na infekčné ochorenie alebo ak sa nemôže do-staviť do ambulancie z vážnych dôvodov a potrebuje neodkladnú zdravotnú starostlivosť, preventívnu prehliadku alebo očkovanie
pôrodná asistentka					Pôrodná asistentka – zmluvné vzťahy s pôrodnými asistentkami, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť matke počas tehotenstva, počas pôrodu a po pôrode

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 70: Hodnotenie produktov poskytujúcich ZS nad rámec rozsahu

ZS nad rámec rozsahu	hodnota pre poistenca	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
očkovanie nad rámec rozsahu						
očkovanie proti chrípke	2,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
hepatitída	1,0	2,0	0,0	0,0	2,0	1,0
kliešťová encefalitída	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0
pneumokok	1,0	0,0	0,0	1,0	2,0	0,0
meningokok	1,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0
HPV	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
výsledné hodnotenie pre očkovanie		***8,0***	***6,0***	***8,0***	***14,0***	***8,0***
preventívna starostlivosť nad rámec rozsahu						
rakovina Ca maternice	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
kolorektálny Ca	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
KVS	1,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0
fajčenie	1,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0
stomatologická prevencia	1,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0
Ca prsníka	2,0	0,0	0,0	2,0	2,0	0,0
tehotenstvo	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
propagácia prevencie	0,5	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0
výsledné hodnotenie pre preventívnu starostlivosť		***0,0***	***0,0***	***11,5***	***4,5***	***0,5***
iná ZS nad rámec rozsahu						
mikrochirurgia oka	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0
C-reaktívny proteín	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
monitorovanie dychu a pohybu novorodenca a dojčaťa	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
dostupnosť pre špecifické populácie poistencov	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
návšteva lekára	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
pôrodná asistentka	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
výsledné hodnotenie pre inú ZS nad rámec rozsahu		***0,0***	***1,0***	***0,0***	***0,0***	***21,0***
súčet dosiahnutých bodov		***8,0***	***7,0***	***19,5***	***18,5***	***29,5***

Poznámka: číslo v tabuľke v stĺpcoch pod názvom poisťovne udáva veľkosť skupiny, ktorej sa produkt týka.
Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 71: Hodnotenie parametra 5.4 ZS nad rámec rozsahu

ZS nad rámec rozsahu	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
počet získaných bodov	8,0	7,0	19,5	18,5	29,5
výsledné hodnotenie	***27,1***	***23,7***	***66,1***	***62,7***	***100,0***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.5.5 Parameter 5.5: Ďalšie nadštandardné programy alebo výhody pre poistencov

Okrem úhrady zdravotnej starostlivosti nad rámec zákonom stanoveného rozsahu hradenej ZS poisťovne ponúkajú svojim poistencom aj ďalšie nadštandardné programy a výhody. Podobne ako pri predchádzajúcom parametri, informácie pre hodnotenie tohto parametra boli získané tak z verejne dostupných zdrojov, ako aj priamym vyžiadaním od zdravotných poisťovní.

Výhody boli rozdelené do troch skupín:

- produkty a balíčky (Tabuľka 72),
- zľavy na poistenie (Tabuľka 73),
- ostatné zľavy (Tabuľka 74).

Ponúkané výhody boli opäť hodnotené podľa dvoch kritérií:

- hodnota pre poistenca,
- veľkosť cieľovej skupiny, ktorej sa výhoda týka (Tabuľka 75).

Vo výslednom hodnotení tohto parametra majú najvyššiu váhu produkty a balíčky (50 %) a nižšiu zľavy na poistenie (30 %) a ostatné zľavy (20 %). Najlepšie hodnotenie v tomto parametri získala ZP Apollo (Tabuľka 76). Celková váha parametra ďalšie nadštandardné služby, programy alebo výhody pre poistencov v hodnotení oblasti je len 5 %, keďže tieto výhody majú len malú súvislosť so zdravotnou starostlivosťou.

Tabuľka 72: Produkty a balíčky

produkty a balíčky	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
pre novorodencov			Balíček pre novorodenca obsahujúci dojčenskú fľašu s cumlíkom a deku	Baby kufrík plný nevyhnutných maličkostí pre novorodencov	
pre darcov krvi		Vitamínové balíčky pre darcov krvi	Poskytovanie výživových doplnkov darcom krvi		

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 73: Zľavy na poistenie

VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
zľavy až 15 % od Allianz-SP (na cestovné a úrazové poistenia, havarijné poistenie motorových vozidiel a iné)	výhody v poisťovni Wüstenrot Individuálne zdravotné poistenie, Cestovné poistenie Wüstenrot	„Fit bez hraníc“ zľava na cestovné a úrazové poistenie v spolupráci s Českou poisťovňou – Slovensko, a.s.		50 % zľava na Individuálne zdravotne poistenie „Zdravie plus“, 50 % zľava na krátkodobé Komplexné cestovné poistenie

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 74: Ostatné zľavy

ostatné zľavy	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
optiky	zľavy až 15 % v optikách		zľavy v optikách	zľavy v OČNÁ OPTIKA a. s.	
zdravotnícke produkty	zľavy 5 % v Quelle na produkty z katalógu Zdravie a vitalita, poštovné a balné zdarma pri doručení tovaru Sl. poštou		zľavy na pracovné a rehabilitačné pomôcky; pre bábätká a mamičky; pre krásu a zdravie		
vitamíny a OTC	zľavy 10 % na vitamíny a doplnky zdravej výživy vo vybraných lekárňach	zľavy 15 % na vybrané produkty spoločnosti MedPharma v lekárňach			
zdravotné dovolenky a pobyty, wellnes	zľavy až do 15 % na dovolenky pri mori s CK Satur a CK Pegas, zľavy až 15 % na dovolenky na horách v hoteloch Sorea zľavy až 15 % na pobyty pre samoplatcov v 14-tich slovenských kúpeľoch, zľavy až 30 % na klasické a relaxačné masážne procedúry	na kúpeľnej liečbe typu B v Turč. Tepliciach 1x týždenne voľný 3-hod. vstup do akvaparku v Odbornom detskom liečebnom ústave Trávnica bez poplatku za deň pobytu sprievodcu 10 %-ná zľava pri vstupe do Vadas Thermal v Štúrove 10%-ná zľava na vstup do vonkajších bazénov Thermal parku Bešeňová 10%-ná zľava z ceny služieb v Relax centre Trenčín	zľavy na rekondičné pobyty a wellness zariadenia	výhody a zľavy v rámci kúpeľnej liečby vo Vyšných Ružbachoch zľavy z nadštandardných diagnosticko-preventívnych prehliadok v Onkologickom ústave Sv. Alžbety v Bratislave	
športoviská	zľavy až 50 % na vstup do plavární, na kúpaliská a do fitnescentier, zľavy až 15 % na aerobik, spinning, pilates a na permanentky v lyžiarskych strediskách		zľavy na fitness a šport	zľavy z cien hračiek a športových potrieb pre deti, ktoré podporujú rozvoj pohybových aktivít	
poplatky u lekára					zľava na vybrané administratívne činnosti (potvrdenie o zdravotnom stave pre potrebu brigády...) pre študentov vysokých škôl

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 75: Hodnotenie ďalších nadštandardných programov alebo výhod pre poistencov

ďalšie nadštandardné programy alebo výhody pre poistencov	hodnota pre poistenca	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
produkty a balíčky						
pre novorodencov	2,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0
pre darcov krvi	2,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
výsledné hodnotenie pre produkty a balíčky		***0,0***	***2,0***	***4,0***	***2,0***	***0,0***
zľavy na poistenie						
zľavy na poistenie	2,0	3,0	3,0	3,0	0,0	3,0
výsledné hodnotenie pre zľavy na poistenie		***6,0***	***6,0***	***6,0***	***0,0***	***6,0***
ostatné zľavy						
optiky	1,0	2,0	0,0	2,0	2,0	0,0
zdravotnícke produkty	1,0	2,0	0,0	2,0	0,0	0,0
vitamíny a OTC	1,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0
zdravotné dovolenky a pobyty, wellnes	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0
športoviská	1,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0
poplatky u lekára	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
výsledné hodnotenie pre ostatné zľavy		***8,0***	***3,0***	***6,0***	***3,0***	***1,0***

Poznámka: číslo v tabuľke v stĺpcoch pod názvom poisťovne udáva veľkosť skupiny, ktorej sa produkt týka.
Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 76: Hodnotenie parametra 5.5 ďalšie nadštandardné programy alebo výhody pre poistencov

ďalšie nadštandardné programy a výhody pre poistencov	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
produkty a balíčky	50 %	0,0	2,0	4,0	2,0	0,0
zľavy na poistenie	30 %	6,0	6,0	6,0	0,0	6,0
ostatné zľavy	20 %	8,0	3,0	6,0	3,0	1,0
výsledné hodnotenie	***100 %***	***50,0***	***62,5***	***95,0***	***32,5***	***32,5***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.5.6 Výsledné hodnotenie oblasti 5: kvalita poskytovaných služieb poistencom v zdravotnej starostlivosti a poskytovanie ďalších výhod pre poistencov

Najvyššie hodnotenie v oblasti kvalita poskytovaných služieb v zdravotnej starostlivosti a poskytovanie ďalších výhod pre poistencov získala ZP Union tesne nasledovaná ZP Apollo (Tabuľka 77).

Tabuľka 77: Hodnotenie oblasti 5 kvalita poskytovaných služieb v ZS

5	Kvalita poskytovaných služieb v ZS	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
5.1	dostupnosť ZS	20 %	98,1	97,4	99,3	94,0	88,6
5.2	čakacie listiny	40 %	56,9	62,2	65,9	69,8	64,7
5.3	manažment pacienta/zmluvné protokoly	15 %	0,0	0,0	10,0	0,0	10,0
5.4	ZS nad rámec rozsahu	20 %	27,1	23,7	66,1	62,7	100,0
5.5	ďalšie nadštandardné programy a výhody pre poistencov	5 %	50,0	62,5	95,0	32,5	32,5
výsledné hodnotenie		***100 %***	***50,3***	***52,2***	***65,7***	***60,9***	***66,7***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.6 OBLASŤ 6: SLUŽBY KLIENTOM

Klientsky servis a kontakt s poistencom ako klientom predstavuje ďalšiu skupinu parametrov, ktoré sa v ratingu zdravotných poisťovní porovnávali. Samostatne sa hodnotila kvalita služieb poskytovaná kontaktnými miestami, call-centrom a internetom, ako aj poskytovanie informácií klientom a verejnosti alebo poskytovanie iných špeciálnych služieb pre poistencov. Váha tejto skupiny parametrov v celkovom hodnotení bola stanovená na 15 %.

4.6.1 PARAMETER 6.1: KONTAKTNÉ MIESTA

Pobočky a expozitúry sú klasickým kontaktným miestom pre klientov zdravotnej poisťovne, aj keď v poslednom čase poisťovne začínajú poskytovať viac a viac služieb aj inou formou (call-centrum, internet). V rámci tohto parametra sa hodnotila jednak dostupnosť pobočkovej siete z pohľadu počtu poistencov na jedno kontaktné miesto, ale aj z hľadiska počtu úradných hodín, pričom samostatne sa hodnotil aj počet úradných hodín, keď sú kontaktné miesta otvorené mimo typického pracovného času, aby si poistenec nemusel brať dovolenku, ak potrebuje v poisťovni niečo vybaviť. Za hodiny „mimo pracovného času" sa považovali úradné hodiny pred 8:00 ráno, počas obednej prestávky (12:00-13:00) a po 16:00 popoludní. Niektoré poisťovne majú rozdelené kontaktné miesta podľa toho, aké služby poskytujú, na pobočky a expozitúry. Keďže sa však poskytované služby klientom a rozdeľovanie kontaktných miest medzi poisťovňami líšia, do analýzy sme zaraďovali každé kontaktné miesto ako rovnocenné.

Údaje o počte kontaktných miest a úradných hodinách boli získané v priebehu augusta z internetových stránok zdravotných poisťovní. Počty kontaktných miest a úradných hodín boli prepočítavané na počet poistencov k 1. 1. 2008.

Najhustejšiu sieť pobočiek z hľadiska počtu poistencov na kontaktné miesto má ZP Apollo, pri počte úradných hodín na poistenca má zase najlepšie pomery ZP Union a to aj pri celkových úradných hodinách aj pri úradných hodinách mimo pracovného času. Najväčší počet poistencov na kontaktné miesto a úradné hodiny má VšZP (Tabuľka 78).

Obslužnosť zdravotných poisťovní, počet poistencov na počet úradných hodín a na počet úradných hodín mimo pracovného času podľa vyšších územných celkov je v Tabuľkách 79-81.

Okrem dostupnosti pobočkovej siete sa kvalita poskytovaných služieb v kontaktných miestach hodnotila pomocou mystery shoppingu. V priebehu mesiacov júna a júla 2008 navštívili fiktívni nákupcovia pobočky jednotlivých zdravotných poisťovní po celom Slovensku a s jednou zo šiestich modelových situácií (Tabuľka 82) žiadali o radu, ako majú postupovať. V žiadnom z týchto prípadov sa od fiktívnych nákupcov nežiadalo konkrétne riešenie, ale len získanie informácií o tom, ako majú v takom prípade postupovať. Na základe štruktúrovaného scenára a dotazníka fiktívni nákupcovia sledovali a zaznamenávali získané informácie v nasledujúcich 4 skupinách: dostupnosť pobočky, nastavenie procesov, správanie sa personálu a správnosť a úplnosť poskytnutých informácií. Výsledné hodnotenie odpovedí prepočítané na škálu známok od 1 (najlepšie hodnotenie) po 5 (najhoršie hodnotenie) je v Tabuľke 83.

Tabuľka 78: Hodnotenie dostupnosti kontaktných miest

	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
počet poistencov k 1.1. 2008 v tis.	2 941	590	447	861	334
počet kontaktných miest (pobočiek a expozitúr)	81	19	58	63	37
obslužnosť v SR v 2008	***36 309,1***	***31 034,8***	***7 708,5***	***13 671,8***	***9 014,6***
počet úradných hodín	2 120	508	1 454	1 704	1 438
počet poistencov na počet úradných hodín v 2008	***1 387,4***	***1 161,9***	***307,5***	***505,5***	***231,9***
počet úradných hodín mimo prac. času (mimo 8:00-12:00 a 13:00-16:00)	371	58	243	203	206
poistenci na úradné hodiny mimo prac. času v 2008	***7 932,7***	***10 255,0***	***1 843,7***	***4 248,2***	***1 619,1***

Zdroj: Health Policy Institute podľa internetových stránok ZP, 2008

Tabuľka 79: Hodnotenie obslužnosti podľa vyšších územných celkov

VÚC	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
Bratislavský	15,3	19,5	71,5	75,9	100,0
Banskobystrický	19,2	23,8	100,0	46,6	44,5
Košický	14,2	10,3	100,0	17,3	15,5
Nitriansky	29,4	47,4	100,0	81,0	87,3
Prešovský	12,4	13,0	100,0	35,9	27,3
Trnavský	12,1	14,8	62,3	79,0	100,0
Trenčiansky	17,7	31,8	66,3	100,0	37,1
Žilinský	15,8	20,2	97,8	62,3	100,0

Zdroj: Health Policy Institute podľa internetových stránok ZP, 2008

Tabuľka 80: Hodnotenie počtu poistencov na počet úradných hodín podľa vyšších územných celkov

VÚC	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
Bratislavský	10,5	12,6	66,8	53,8	100,0
Banskobystrický	23,1	34,4	100,0	73,7	94,2
Košický	24,2	13,4	100,0	31,9	41,5
Nitriansky	20,8	36,3	90,5	56,2	100,0
Prešovský	16,9	19,0	100,0	46,9	51,6
Trnavský	10,2	14,3	67,1	58,1	100,0
Trenčiansky	17,6	35,0	61,8	100,0	63,1
Žilinský	12,0	15,5	58,3	42,3	100,0

Zdroj: Health Policy Institute podľa internetových stránok ZP, 2008

Tabuľka 81: Hodnotenie počtu poistencov na počet úradných hodín mimo pracovného času podľa vyšších územných celkov

VÚC	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
Bratislavský	11,3	5,3	100,0	37,2	98,0
Banskobystrický	27,4	33,0	69,5	100,0	77,4
Košický	19,2	6,4	100,0	19,2	36,0
Nitriansky	28,6	34,0	100,0	61,6	96,3
Prešovský	20,8	13,4	100,0	13,2	57,4
Trnavský	14,9	16,8	51,9	57,3	100,0
Trenčiansky	26,7	34,2	86,0	68,2	100,0
Žilinský	16,3	15,3	92,6	26,9	100,0

Zdroj: Health Policy Institute podľa internetových stránok ZP, 2008

Tabuľka 82: Modelové situácie pre mystery shopping na kontaktných miestach

Modelové situácie
1. strata preukazu poistenca
2. žiadosť o vydanie Európskeho preukazu poistenca
3. pomoc pri ročnom zúčtovaní
4. prepoistenie sa do tejto ZP
5. prepoistenie sa z tejto ZP
6. poskytnutie informácie o zmluvných poskytovateľoch ZS

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 83: Hodnotenie a zaradenie otázok štrukturovaného dotazníka pre mystery shopping na kontaktných miestach

otázky štrukturovaného dotazníka		VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
1. Ako ďaleko od pobočky sa nachádza zástavka MHD?	dostupnosť pobočky	1,0	1,3	1,3	1,3	1,3
2. Nachádza sa pri pobočke neplatené parkovisko, vyhradené pre návštevníkov?	dostupnosť pobočky	4,2	3,4	4,2	4,2	5,0
3. Je zreteľne označený vchod do pobočky?	dostupnosť pobočky	2,6	1,0	1,8	1,8	1,8
4. Je potrebné nahlásiť sa vrátnikovi pri návšteve pobočky?	dostupnosť pobočky	1,0	1,0	1,8	1,0	1,0
5. Má pobočka bezbariérový prístup?	dostupnosť pobočky	3,4	1,8	5,0	4,2	4,2
6. Prostredie pobočky pôsobí príjemne a čisto alebo nevľúdne a špinavo?	nastavenie procesov	2,2	1,8	3,0	1,8	1,0
7. Má pobočka elektronický poradový systém?	nastavenie procesov	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
8. Ako dlho trvalo, kým ste sa dostali na rad?	nastavenie procesov	2,1	2,1	1,5	1,3	1,8
9. Mali pracovníci poisťovne, s ktorými ste komunikovali, viditeľné menovky alebo sa predstavili?	nastavenie procesov	3,4	3,4	3,4	3,4	5,0
10. Pôsobili pracovníci poisťovne kvalifikovane?	správnosť poskytnutých informácií	2,6	1,4	2,0	1,4	2,6
11. Správali sa pracovníci poisťovne pri žiadaní o radu ochotne?	správanie sa personálu	2,4	1,8	1,4	1,0	1,2
12. Komunikovali s vami pracovníci poisťovne zdvorilo?	správanie sa personálu	3,0	1,6	1,0	1,2	1,0
13. Správnosť a úplnosť poskytnutých informácií:	správnosť poskytnutých informácií	3,0	2,2	2,6	1,0	2,2

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Výsledné hodnotenie a váha jednotlivých kritérií prepočítané na škálu hodnotenia 0 až 100 bodov je v Tabuľke 84. Najlepšie hodnotenie získala pri hodnotení kontaktných miest ZP Union, najhoršie VšZP. Váha parametra kontaktné miesta v celkovom hodnotení skupiny služby klientom je 30 %.

Tabuľka 84: Hodnotenie parametra 6.1 kontaktné miesta

kontaktné miesta	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
obslužnosť v SR v 2008	10 %	21,2	24,8	100,0	56,4	85,5
počet poistencov na počet úradných hodín v 2008	15 %	16,7	20,0	75,4	45,9	100,0
poistenci na úradné hodiny mimo prac. času v 2008	15 %	20,4	15,8	87,8	38,1	100,0
mystery shopping: dostupnosť pobočky	10 %	64,0	82,7	54,7	62,7	58,7
mystery shopping: nastavenie procesov	10 %	45,8	48,3	44,2	53,3	45,0
mystery shopping: správanie sa personálu	15 %	57,5	82,5	95,0	97,5	97,5
mystery shopping: správnosť a úplnosť poskytnutých informácií	25 %	55,0	80,0	67,5	95,0	65,0
výsledné hodnotenie	***100 %***	***41,1***	***53,3***	***75,5***	***68,2***	***79,8***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.6.2 Parameter 6.2: call-centrum

Všetky zdravotné poisťovne majú zriadené call-centrá (Tabuľka 85), na ktorých poskytujú svojim poistencom informácie a poskytujú niektoré služby. Pri hodnotení call-centier sme hodnotili cenu za hovor a prevádzkový čas call-centra, ako aj kvalitu poskytovaných služieb formou mystery shoppingu.

Všetky call-centrá majú zvýhodnené čísla a sadzby, pričom hovor na call-centrá ZP Apollo a ZP Dôvery je bezplatný a hovory na linky ostatných poisťovní sú v cene miestneho hovoru. V hodnotení ceny za hovor bol za bezplatnú linku pridelený plný počet bodov a za hovor v cene miestneho hovoru polovica bodov.

Pri hodnotení prevádzkového času mala plný počet bodov nonstop prevádzka, polovicu bodov časovo obmedzená prevádzka a nula bodov dostali poisťovne, ktoré nemali nikde na internetovej stránke uvedený čas prevádzky call-centra.

Podobným spôsobom, ako sa hodnotila kvalita služieb na kontaktných miestach, sa hodnotila aj kvalita služieb call-centier. Na linky sme telefonovali niekoľkokrát v priebehu mesiacov júl a august s rovnakými fiktívnymi problémami, s akými sme chodili na kontaktné miesta (Tabuľka 82). Kvalita poskytovaných služieb bola opäť hodnotená na základe 4 kritérií: dostupnosť call-centra, nastavenie procesov, správanie sa personálu a správnosť a úplnosť poskytnutých informácií. Zaradenie odpovedí pod sledované kritériá a ich hodnotenie vo forme známok od 1 (najlepšie hodnotenie) po 5 (najhoršie hodnotenie) je v Tabuľke 86.

Vo výslednom hodnotení získala za call-centrum najviac bodov ZP Dôvera, najhoršie dopadla SZP (Tabuľka 87). Vo výslednom hodnotení oblasti služieb klientom mal parameter call-centrum váhu 25 %.

Tabuľka 85: Call-centrá zdravotných poisťovní

	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
telefónne číslo	0850/003 003	0850/311 443	0800/120 004	0800/150 150	0850/003 333
cena za hovor	cena miestneho hovoru	cena miestneho hovoru	bezplatná	bezplatná	cena miestneho hovoru
prevádzkový čas	pondelok až piatok od 8:00 do 18:00 hod, potom odkazovač	nie je uvedené	nie je uvedené	nonstop	pondelok až piatok od 7:30 do 18:00 hod.

Zdroj: internetové stránky zdravotných poisťovní, 2008

Tabuľka 86: Hodnotenie a zaradenie otázok štrukturovaného dotazníka pre mystery shopping v call-centrách

otázky štrukturovaného dotazníka		VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
1. Ako dlho trvá, kým ste sa dostali na rad?	dostupnosť call-centra	1,0	3,3	1,3	2,7	2,3
2. Predstavil sa pracovník poisťovne, s ktorým ste komunikovali?	nastavenie procesov	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0
3. Pôsobili pracovníci poisťovne kvalifikovane?	správnosť poskytnutých informácií	1,0	1,3	2,5	2,3	1,8
4. Správali sa pracovníci poisťovne pri žiadaní o radu ochotne?	správanie sa personálu	1,0	1,3	1,8	1,8	1,3
5. Komunikovali s vami pracovníci poisťovne zdvorilo?	správanie sa personálu	1,0	1,3	1,5	1,0	1,3
6. Správnosť a úplnosť poskytnutých informácií:	správnosť poskytnutých informácií	1,0	1,5	3,0	1,0	1,5

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 87: Hodnotenie parametra 6.2 call-centrum

call centrum	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
cena za hovor	20 %	50,0	50,0	100,0	100,0	50,0
prevádzkový čas	15 %	50,0	0,0	0,0	100,0	50,0
Mystery shopping: dostupnosť call-centra	15 %	100,0	41,7	91,7	58,3	66,7
Mystery shopping: nastavenie procesov	10 %	100,0	75,0	100,0	100,0	100,0
Mystery shopping: správanie sa personálu	15 %	100,0	93,8	84,4	90,6	93,8
Mystery shopping: správnosť a úplnosť poskytnutých informácií	25 %	100,0	90,6	56,3	84,4	84,4
výsledné hodnotenie	***100 %***	***82,5***	***60,5***	***70,5***	***88,4***	***72,7***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.6.3 PARAMETER 6.3: INTERNET

Pri hodnotení internetových stránok sme sa zamerali na dostupnosť základných informácií a možnosť vyhľadávania na stránke.

Všetky zdravotné poisťovne majú dobre dostupné informácie o kontaktoch aj pobočkovej sieti. Na internete sú dostupné adresy aj úradné hodiny všetkých pobočiek a expozitúr a je možné ich jednoducho vyhľadávať podľa ich umiestnenia. Číslo na call-centrum majú dostupné hneď na hlavnej stránke 4 z piatich zdravotných poisťovní, pri piatej je uvedené medzi kontaktmi a je potrebné sa k nemu „preklikať".

Vyhľadávanie zmluvných poskytovateľov je už pri niektorých poisťovniach trocha zložitejšie. Všetky majú zoznam poskytovateľov uvedený na internete, avšak vyhľadávanie podľa odbornosti pri SZP nie je možné. Systém umožní len vyhľadanie všetkých[5] odborných lekárov v určitej lokalite, avšak nikde nezistíte, či ide o oftalmológa alebo psychiatra. Pri VšZP a SZP je možné vyhľadávať poskytovateľov len podľa pobočky, ktorých spádovosť nie vždy zodpovedá regionálnemu členeniu a vyhľadanie lekára v okolí konkrétneho mesta môže vyžadovať niekoľko pokusov, ak poistenec nevie, do pôsobnosti akej pobočky toto mesto patrí.

Pri všetkých zoznamoch poskytovateľov je uvedená ich adresa a typ zariadenia, pričom pri SZP chýba už spomínaná odbornosť. Telefonický kontakt na poskytovateľa je uvedený len pri SZP a ordinačné hodiny sa poistenec nedozvie nikde.[6] ZP Apollo uvádza aj linku na zobrazenie sídla poskytovateľa na mape, avšak ak sa v adrese nachádzajú mäkčene, vyhľadávanie nefunguje.

Dve z piatich poisťovní (SZP a ZP Apollo) umožňujú export vytvorenej zostavy poskytovateľov, pri ostatných je potrebné prehľadávať vytvorenú zostavu priamo na internete, čo pri dlhších zoznamoch v prípade niektorých poisťovní nie je práve jednoduché. VšZP aj SZP zobrazí všetky záznamy na jednej stránke, takže aj vyhľadanie poskytovateľa, ktorého meno je neskôr v abecede nie je problém. ZP Apollo okrem možnosti exportovať zoznam ponúka aj flexibilné nastavenie počtu zobrazenia záznamov na stránke. Pohyb medzi väčším počtom záznamov je v ZP Dôvera ako aj v ZP Union nepraktický.[7]

Každé zo sledovaných kritérií vyhľadávania v zozname PZS bolo ohodnotené bodmi od 0 do 100. Výsledné hodnotenie vyhľadávania sa získalo súčtom týchto bodov po zohľadnení ich váhy (Tabuľka 88).

5) *Systém SZP aj ďalších ZP zobrazuje v zozname odborných lekárov len samostatne pôsobiacich lekárov. Pre zisťovanie dostupnosti špecializovanej ambulantnej starostlivosti musí užívateľ skontrolovať aj zoznam polikliník v lokalite.*

6) *Informačnú medzeru vypĺňa súkromný projekt www.zzz.sk (ktorý nevedno prečo neprevádzkuje žiadna z poisťovní; z pohľadu zmluvných podmienok má ďaleko lepšie prostriedky vymáhať aktualizáciu informácií atď).*

7) *ZP Dôvera zobrazuje fixne 10 poskytovateľov a umožňuje posun vždy o ďalší set 10 záznamov. Zo stránky 10 na stránku 11 je tak potrebný klik naviac: prvým sa zmení set z 1-10 na 11-20, čo avšak automaticky zobrazí stránku 20, takže takže na stránku 11 je potrebný ešte jeden klik. Posun v zozname ZP Union je možný o 2 stránky naspäť a o 2 stránky dopredu. Napriek tomu je však hľadanie poskytovateľa začínajúceho na neskoršie písmeno abecedy pri dlhších zoznamoch časovo veľmi náročné a vyžaduje veľa-veľa klikania.*

Tabuľka 88: Hodnotenie vyhľadávania v zozname poskytovateľov ZS na internetových stránkach

zoznam PZS na internete	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
vyhľadávanie						
podľa adresy (obec, kraj)	10 %	80,0	80,0	100,0	100,0	100,0
podľa typu zariadenia	10 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
podľa odbornosti	10 %	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0
uvedené údaje o PZS:						
adresa	10 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
typ zariadenia	10 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
odbornosť	10 %	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0
tel. číslo	10 %	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
ordinačné hodiny	10 %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
možnosť exportu	10 %	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0
pohybovanie na stránke	10 %	100,0	100,0	100,0	50,0	50,0
výsledné hodnotenie	***100 %***	***68,0***	***68,0***	***80,0***	***65,0***	***65,0***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

S výnimkou ZP Union umožňuje každá z poisťovní vyhľadávanie na stránke, avšak pri ZP Apollo ide pravdepodobne iba o vyhľadávanie v nadpisoch článkov, pretože viaceré testované slová neboli nájdené, aj keď sa niekde na stránke nachádzali.

Vo výslednom hodnotení parametra internet získali najviac bodov VšZP a SZP (Tabuľka 89). Váha tohto parametra pre hodnotenie skupiny služby klientom bola 20 %.

Tabuľka 89: Hodnotenie parametra 6.3 internet

internet	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
zoznam pobočiek, telefonický a e-mailový kontakt	30 %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
číslo na call centrum na hlavnej stránke	10 %	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0
zverejnenie zoznamu zmluvných poskytovateľov	40 %	68,0	68,0	80,0	65,0	65,0
vyhľadávanie na stránke	20 %	100,0	100,0	50,0	100,0	0,0
výsledné hodnotenie	***100 %***	***87,2***	***87,2***	***82,0***	***86,0***	***61,0***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.6.4 Parameter 6.4: poskytovanie informácií

Okrem získavania informácií osobným kontaktom, cez call-centrum alebo internet sme hodnotili aj ďalšie spôsoby poskytovania informácií klientom a verejnosti. Posudzovali sme zverejňovanie informácií o hospodárení na internetových stránkach zdravotných poisťovní ako aj ich ochotu spolupracovať pri ratingu zdravotných poisťovní.

Zdravotné poisťovne majú povinnosť podľa zákona[8] predložiť výročné správy, ktorých súčasťou je aj účtovná závierka, do 30. 6. nasledujúceho roka ministerstvu zdravotníctva, ministerstvu financií aj Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Sledovali sme preto, či do 30 dní od tohto termínu, t.j. do 30. 7. 2008 poisťovne zverejnili výročnú správu na svojich internetových stránkach.

Tieto informácie mali zverejnené do sledovaného dátumu všetky zdravotné poisťovne okrem VšZP, ktorá nám výročnú správu nezaslala ani keď sme o ňu žiadali v súlade so zákonom č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám. Takéto správanie poisťovne k poskytovaniu informácií verejnosti považujeme za krajne neústretové a hodnotíme ho negatívne. Upozorňujeme tiež na paradoxný rozpor medzi stanoviskom poisťovne vo vlastníctve štátu a vládnou agendou potreby lepšej verejnej kontrole verejných zdrojov.

Pri príprave ratingu sme sa snažili o spoluprácu so zdravotnými poisťovňami, pretože sme presvedčení, že hodnotenie zdravotných poisťovní je prínosom nielen pre poistencov, ktorí sa vedia jednoduchšie orientovať v ponukách a rozdieloch medzi poisťovňami, ale takéto hodnotenie zároveň slúži aj ako spätná väzba pre poisťovne, ktoré sa vedia porovnať s konkurenciou a zlepšovať svoje služby pre poistencov. Napriek úvodnému stretnutiu, pri ktorom ešte všetky poisťovne považovali hodnotenie kvality ZP za legitímne, neskôr VšZP a SZP zmenili názor a odmietli ďalšiu spoluprácu. V priebehu spracovávania údajov sme požiadali o doplnenie informácií všetky zdravotné poisťovne buď obyčajnou žiadosťou alebo pri VšZP a SZP žiadosťou v súlade so zákonom č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám. Všetky súkromné poisťovne a SZP na list reagovali a poslali odpovede na všetky otázky. VšZP odpovedala na žiadosť po zákonnej lehote, pričom uviedla, že časť požadovaných informácií je zverejnených vo výročnej správe, ktorá bola uložená do zbierky listín v Obchodnom registri SR[9] a ostatné informácie odmieta sprístupniť, pretože jej to zákon podľa jej výkladu umožňuje. Na základe toho sme pridelili po 100 bodoch všetkým súkromným poisťovniam, ktoré vyjadrili ochotu spolupracovať hneď od začiatku, 75 bodov SZP, ktorá síce odmietla spoluprácu pri ratingu, avšak nám zaslala odpovede na všetky otázky a 0 bodov VšZP, ktorá nebola ochotná ani spolupracovať a na žiadosť o poskytnutie informácií odpovedala neskoro, neochotne a neuspokojivo.

Obe sledované kritériá mali pri hodnotení parametra poskytovanie informácií rovnakú váhu (Tabuľka 90). Vo výslednom hodnotení oblasti služby klientom mal tento parameter váhu 10 %.

8) §11 ods. 1 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

9) Výročná správa VšZP v čase uzávierky publikácie (2. 9. 2008) nebola dostupná na webovej stránke Obchodného registra SR (www.orsr.sk).

Tabuľka 90: Hodnotenie parametra 6.4 poskytovanie informácií

poskytovanie informácií	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
dostupné informácie o hospodárení na internete (do 30 dní od povinnosti uloženia v OR SR)	50 %	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ochota spolupracovať pri ratingu ZP 2008	50 %	0,0	75,0	100,0	100,0	100,0
výsledné hodnotenie	***100 %***	***0,0***	***87,5***	***100,0***	***100,0***	***100,0***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.6.5 Parameter 6.5: poskytovanie špeciálnych služieb

V tomto parametri sa hodnotili špeciálne služby, ktoré zdravotné poisťovne poskytujú svojim klientom. Išlo najmä o sledovanie služieb ako je prevádzkovanie objednávacieho a asistenčného programu. Ako špeciálne služby sme identifikovali 4 služby od dvoch zdravotných poisťovní: HospiCOM (ZP Dôvera), preventívna pripomienka (ZP Dôvera, pričom podobný produkt mala minulý rok aj ZP Union, avšak tento bol pozastavený), asistenčná služba EuroCross International (ZP Union) a Kontaktná osoba (ZP Union) (Tabuľka 91).

Poskytované služby boli hodnotené na základe dvoch kritérií:

- hodnota pre poistenca,
- veľkosť cieľovej skupiny, ktorej sa výhoda týka (Tabuľka 92).

Výsledné hodnotenie parametra špeciálne služby pre poistencov sa získalo prepočítaním získaných bodov na 100-bodovú škálu (Tabuľka 93). Váha tohto parametra vo výslednom hodnotení oblasti služby klientom je 10 %.

4.6.6 Výsledné hodnotenie oblasti 6: služby klientom

Najvyššie hodnotenie v oblasti služby klientom získala ZP Dôvera s relatívne veľkým odstupom od ostatných ZP (Tabuľka 94).

Tabuľka 91: Špeciálne služby pre poistencov

ZP	špeciálne služby pre poistencov
VšZP	-
SZP	-
ZP Apollo	-
ZP Dôvera	**HospiCOM** program na online sledovanie hospitalizácií a plynulé manažovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti v zmluvných nemocniciach a lôžkových zdravotníckych zariadeniach. Umožňuje transparentné dodržiavanie poradia pacientov v čakacích listinách v každom zdravotníckom zariadení. Takisto umožňuje manažment pacienta a jeho presmerovanie do zariadenia s nižšími čakacími lehotami. **Preventívna pripomienka** je bezplatná služba. Zaslaním SMS alebo e-mailu ZP upozorňuje poistencov na všetky preventívne prehliadky, na ktoré majú nárok.
ZP Union	24-hodinová profesionálna **asistenčná služba EuroCross International** počas ciest do štátov Európskej Únie - Telefonická asistencia pri poskytovaní potrebnej zdravotnej starostlivosti v krajinách EÚ počas dočasného pobytu. Predmetom je poskytnutie telefonických informácií o: rozsahu a podmienkach poskytnutia zdravotnej starostlivosti v danom štáte, možných spoluúčastiach pri úhrade zdravotnej starostlivosti, kontaktoch na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí akceptujú EPZP a poskytujú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú zdravotnou poisťovňou. **Kontaktná osoba** –pri spolupracujúcich univerzitách poskytuje odporúčanie na univerzitného lekára a lekára špecialistu, po odporúčaní všeobecným lekárom objedná termín u špecialitu, dohodne termín preventívnej prehliadky u všeobecného lekára, dohodne termín očkovania proti chrípke u všeobecného lekára.

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 92: Hodnotenie špeciálnych služieb pre poistencov

špeciálne služby pre poistencov	hodnota pre poistenca	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
HospiCOM	3,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0
Preventívna pripomienka	3,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0
asistenčná služba EuroCross International	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
kontaktn8 osoba	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
výsledné hodnotenie		***0,0***	***0,0***	***0,0***	***18,0***	***12,0***

Poznámka: číslo v stĺpcoch pod názvom poisťovne udáva veľkosť skupiny, ktorej sa produkt týka.
Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 93: Hodnotenie parametra 6.5 špeciálne služby pre poistencov

špeciálne služby pre poistencov	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
výsledné hodnotenie	***100 %***	***0,0***	***0,0***	***0,0***	***100,0***	***66,7***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 94: Hodnotenie oblasti 6 služby klientom

6	Služby klientom	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
6.1	kontaktné miesta	30 %	41,1	53,3	75,5	68,2	79,8
6.2	call centrum	25 %	82,5	60,5	70,5	88,4	72,7
6.3	internet	25 %	87,2	87,2	82,0	86,0	61,0
6.4	poskytovanie informácií	10 %	0,0	87,5	100,0	100,0	100,0
6.5	špeciálne služby pre poistencov	10 %	0,0	0,0	0,0	100,0	66,7
výsledné hodnotenie		***100 %***	***54,7***	***61,7***	***70,8***	***84,1***	***74,0***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

4.7 OBLASŤ 7: SPOKOJNOSŤ KLIENTOV

Spokojnosť klientov so zdravotnou poisťovňou sme hodnotili formou dotazníkov. Respondentov sme kontaktovali telefonicky, minimálny vek respondentov bol 18 rokov. Celkový počet respondentov bol 235, distribúcia podľa zdravotnej poisťovne, krajov, veku, pohlavia, ekonomickej aktivity a výšky mesačného príjmu je v Tabuľke 95.

V dotazníku sa hodnotilo, či mali poistenci nejakú negatívnu alebo pozitívnu skúsenosť so svojou poisťovňou, špeciálne sme sa pýtali, či mali niekedy problém s ošetrením u lekára alebo v zdravotníckom zariadení z dôvodu príslušnosti k zdravotnej poisťovni a či uvažujú o zmene zdravotnej poisťovne. Okrem toho sme sa respondentov pýtali aj na to, či a prečo zmenili zdravotnú poisťovňu, čo sa im na ich zdravotnej poisťovni páči, nepáči a aké ďalšie služby by od zdravotných poisťovní očakávali. Odpovede na niektoré z týchto otázok neboli súčasťou hodnotenia v ratingu a uverejníme ich v samostatnej analýze.

Ako spontánna pozitívna skúsenosť sa hodnotila odpoveď, keď poistenci na otázku, čo sa im na ich zdravotnej poisťovni páči, menovali konkrétnu pozitívnu skúsenosť ako protiklad k tomu, že nedokázali nič uviesť. Medzi pozitívnymi skúsenosťami boli najčastejšie uvádzané služby a výhody, ktoré poisťovne ponúkajú navyše, zmluva s poistencovým lekárom a bezproblémová skúsenosť (Tabuľka 96).

Medzi najčastejšie spontánne negatívne skúsenosti patrili problémy pri kontakte so ZP, problémy s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti s tým, v akej poisťovni je poistenec poistený, a nepreplatenie starostlivosti, na ktorú mal poistenec podľa svojho názoru nárok (Tabuľka 97).

Okrem spontánneho uvedenia problémov pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti vzhľadom na poisťovňu, v ktorej je poistenec poistený, sme sa na takúto skúsenosť pýtali aktívne v nasledujúcej otázke, na ktorú odpovedalo takmer trojnásobne viac poistencov kladne (a uviedlo konkrétny prípad) ako pri spontánnom menovaní negatívnych skúseností (14,5 % vs. 5,1 %).

Posledným sledovaným kritériom bola odpoveď respondentov na otázku, či uvažujú nad zmenou zdravotnej poisťovne (Tabuľka 98).

Pri hodnotení jednotlivých kritérií sa pridelili body tak, že pri spontánnej skúsenosti počet bodov zodpovedal zaznamenaným percentám, a pri ostatných kritériách zodpovedal počet pridelených bodov doplnku zaznamenaných percent do 100 (Tabuľka 99). Váha tejto oblasti v celkovom hodnotení je 10 %.

Tabuľka 95: Rozdelenie respondentov podľa záladných charakteristík

	počet respondentov	%
respondenti spolu	**235**	**100 %**
zdravotná poisťovňa		
VšZP	73	31,1 %
SZP	46	19,6 %
ZP Apollo	32	13,6 %
ZP Dôvera	55	23,4 %
ZP Union	29	12,3 %
VÚC		
Bratislavský	34	14,5 %
Banskobystrický	37	15,7 %
Košický	40	17,0 %
Nitriansky	27	11,5 %
Trnavský	16	6,8 %
Trenčiansky	21	8,9 %
Prešovský	28	11,9 %
Žilinský	32	13,6 %
veková skupina		
18 – 30 rokov	83	35,3 %
31 – 40 rokov	44	18,7 %
41 – 60 rokov	59	25,1 %
61 a viac rokov	49	20,9 %
pohlavie		
muži	94	39,9 %
ženy	141	60,1 %
ekonomická aktivita		
zamestnaný	106	45,1 %
nezamestnaný	12	5,1 %
študent	40	17,0 %
dôchodca	46	19,6 %
SZČO	11	4,7 %
materská	3	1,3 %
iné (DPP)	1	0,4 %
výška mesačného príjmu v hrubom		
do 15 000 Sk	134	57,0 %
15 – 25 000 Sk	48	20,4 %
nad 25 000 Sk	53	22,6 %

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 96: Spontánne pozitívne skúsenosti poistencov so svojou ZP

	všetky ZP	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
poskytuje mi služby naviac (programy, zľavy, očkovanie)	16,2 %	9,6 %	8,7 %	12,5 %	27,3 %	27,6 %
má zmluvu s mojím lekárom	10,2 %	11,0 %	10,9 %	12,5 %	9,1 %	6,9 %
nemám s ňou žiadne problémy	6,4 %	2,7 %	8,7 %	6,3 %	9,1 %	6,9 %
stabilita, veľkosť	5,1 %	13,7 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %
všetko preplatí	4,7 %	0,0 %	6,5 %	6,3 %	7,3 %	6,9 %
ponúkajú mi dobrý servis v pobočke/ call-centre/webstránke	4,3 %	1,4 %	0,0 %	6,3 %	5,5 %	13,8 %
je súkromná/štátna	3,8 %	5,5 %	4,3 %	3,1 %	1,8 %	3,4 %
mám blízko pobočku	3,0 %	0,0 %	2,2 %	6,3 %	3,6 %	6,9 %
môj príbuzný/známy povedal, že je najlepšia	3,0 %	2,7 %	4,3 %	0,0 %	3,6 %	3,4 %
môj lekár povedal, že je najlepšia	1,3 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	1,8 %	3,4 %
dobrý imidž	1,3 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	1,8 %	3,4 %
efektívnosť	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %
málo poistencov, individuálny prístup	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 97: Spontánne negatívne skúsenosti poistencov so svojou ZP

	všetky ZP	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
ja alebo môj príbuzný/známy mal problémy pri kontakte s poisťovňou	8,1 %	11,0 %	8,7 %	6,3 %	1,8 %	13,8 %
ja alebo môj príbuzný/známy mal problémy s poskytnutím zdravotnej starostlivosti	5,1 %	9,6 %	2,2 %	3,1 %	5,5 %	0,0 %
nepreplatili mi, na čo som mal nárok	4,7 %	2,7 %	0,0 %	15,6 %	5,5 %	3,4 %
mám ďaleko pobočku	4,3 %	2,7 %	4,3 %	6,3 %	5,5 %	3,4 %
nemá zmluvu so všetkými lekármi, ku ktorým chodím	3,8 %	5,5 %	2,2 %	0,0 %	3,6 %	6,9 %
neponúka mi nič navyše	2,6 %	4,1 %	0,0 %	9,4 %	0,0 %	0,0 %
poskytuje málo informácií	1,7 %	1,4 %	0,0 %	3,1 %	3,6 %	0,0 %
málo prepláca lekárom	1,7 %	4,1 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %
dlhé čakacie listiny	1,3 %	4,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
zneužíva dominantné postavenie na trhu	0,9 %	2,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
obmedzenie služieb a zľav	0,9 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %
zlý imidž	0,9 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %
všetko	0,4 %	0,0 %	0,0 %	3,1 %	0,0 %	0,0 %
odmietli poistiť príbuzného/známeho	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 98: Podiel poistencov spĺňajúcich sledované kritériá

	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
spontánna pozitívna skúsenosť	46,6 %	50,0 %	46,9 %	69,1 %	82,8 %
spontánna negatívna skúsenosť	45,2 %	21,7 %	46,9 %	29,1 %	31,0 %
problém s ošetrením u lekára kvôli ZP	15,1 %	8,7 %	21,9 %	14,5 %	13,8 %
uvažuje o zmene	20,5 %	19,6 %	18,8 %	9,1 %	10,3 %

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

Tabuľka 99: Hodnotenie oblasti 7 spokojnosť klientov

7	Spokojnosť klientov	váha	VšZP	SZP	ZP Apollo	ZP Dôvera	ZP Union
7.1	spontánna pozitívna skúsenosť	30 %	46,6	50,0	46,9	69,1	82,8
7.2	spontánna negatívna skúsenosť	30 %	54,8	78,3	53,1	70,9	69,0
7.3	problém s ošetrením u lekára kvôli ZP	20 %	84,9	91,3	78,1	85,5	86,2
7.4	uvažuje o zmene	20 %	79,5	80,4	81,3	90,9	89,7
výsledné hodnotenie		***100 %***	***63,3***	***72,8***	***61,9***	***77,3***	***80,7***

Zdroj: Health Policy Institute, 2008

LITERATÚRA

USA

http://www.ncqa.org/tabid/60/Default.aspx

http://www.nyshmoguide.org/DataSources.asp

http://www.floridahealthfinder.gov/Researchers/Reference/Methodology/Methodology.shtml

http://www.healthlinkplus.org/resources4.asp?cat=34&subcat=125&subsubcat=116

http://www.healthinsurancereviewer.com/

https://www.cahps.ahrq.gov/CAHPSkit/files/1150_Overview_40_Survey.htm

http://hprc.ncqa.org/frameset.asp

http://www.insbuyer.com/insurancenrating.htm

http://www.consumerhealthratings.com/index.php?action=showSubCats&cat_id=10

http://www.naic.org/index_committees.htm

http://www.opa.ca.gov/report_card/hmorating.aspx

http://www.weissratings.com/gao_Appendix1.asp

Anthony Steuer :Questions and Answers on Life Insurance: The Life Insurance Toolbook, 2007

http://www.fitchratings.com/corporate/sectors/sector.cfm?sector_flag=4&marketsector=1&body_content=about

http://www2.standardandpoors.com/

http://www.moodys.com/moodys/cust/loadBusLine.asp?busLineId=8

http://www.deathandtaxes.com/duediligence.htm

http://www.thestreet.com/tsc/ratings/screener.html

http://www.insure.com/

Nemecko

http://www.beste-krankenkasse.de/argumente/kundenmonitor2007.html

http://www.servicebarometer.de/kundenmonitor2003/bestpractice/gek.php

http://www.disq.de/referenzentext.html

http://www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung

http://www.bestedienstleister.de/award2006_top100.html

http://www.sbk.org/de/service/presse/G.1.html

http://www.servicebarometer.com/kundenmonitor/km_ergebnisse/km_sam.jsp

http://www.sbk.org/de/service/ueber_die_sbk/kundenzufriedenheit/kuzu.1.html

http://www.sachwerte-hamburg.de/_pdf/Focus-Money%202007.pdf

http://www.howtogermany.com/pages/fastfacts.html

Holandsko

Diana M. J. Delnoij1, Guus ten Asbroek2, Onyebuchi A. Arah2, Johan S. de Koning2, Piet Stam3, Aldien Poll4, Barbara Vriens4, Paul Schmidt4 and Niek S. Klazinga2 :Made in the USA: the import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS®) into the Dutch social insurance system, The European Journal of Public Health 2006 16(6):652-659; doi:10.1093/eurpub/ckl023

http://apha.confex.com/apha/135am/techprogram/paper_145775.htm

http://content.nejm.org/cgi/content/extract/357/24/2421?ck=nck

http://www.cpb.nl/nl/search/?words=rating

http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/16/suppl_1/34.pdf

http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/suppl_1/17.pdf

Austrália

http://www.ibisworld.com.au/industry/retail.aspx?indid=525&chid=1

http://www.healthdirectory.com.au/Health_insurance/index-2

http://www.hica.com.au/Home.aspx

http://www.ahm.com.au/4720/Compare-Covers

http://www.privatehealth.gov.au/dynamic/insurerdetails.aspx?code=LHM

http://www.phio.org.au/about.html

http://www.nphp.gov.au/catitrg/forum98/tqa2.htm

Švajciarsko

http://www.justlanded.com/english/Switzerland/Tools/Just-Landed-Guide/Health/Health-insurance

http://www.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar.aspx?id=KK_Info_taggeld

Slovensko

www.udzs.sk

www.government.gov.sk

www.orsr.sk

www.apollo.sk

www.szp.sk

www.dovera.sk

www.unionzp.sk

www.vszp.sk

Správa úradu pre dohľad nad zdravotným poistením o dohľade nad výkonom zdravotného poistenia za rok 2007

Sedláček, J.: Účetní data v rukou manažera, finanční analýza v řízení firmy, Computer Press, Praha, 2001

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

zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

zákon č. 264/1999 o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody v znení neskorších predpisov

vyhláška MZ SR č. č. 428/2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálnotechnické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení a len takými zdravotníckymi pomôckami

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

zákon č. 211/2000 Z.z. o slobodnom prístupe k informáciám v znení neskorších predpisov

OPONENTSKÉ POSUDKY

Ďakujeme oponentom za ich spätnú väzbu, cenné pripomienky, podnetné komentáre a konštruktívnu kritiku, ktoré nám umožnia skvalitňovať naše publikácie.

Autori

Oponentské posudky sú osobnými a nezávislými názormi ich autorov a nevyhnutne nemusia vyjadrovať oficiálne postoje ich zamestnávateľov resp. inštitúcií, v ktorých pracujú.

MARTIN FILKO / OPONENTSKÝ POSUDOK

Asymetria informácií – to, že niektorí účastníci trhových transakcií vedia systematicky menej ako iní – je jednou zo základných charakteristík, ktoré odlišujú zdravotníctvo od iných sektorov. Jedna z najvýraznejších informačných asymetrií existuje medzi poistencom a zdravotnou poisťovňou v povinnom, no konkurenčnom poistnom systéme. V prípade, že poistenci nie sú informovaní o kvalite služieb jednotlivých poisťovní, efektívna konkurencia poisťovní nevznikne, a organizácia obstarávania zdravotnej starostlivosti bude hlboko neoptimálna.

Prakticky jediným spôsobom, ako informačné asymetrie prekonať, je získavanie a rozširovanie informácií verejnosti v porovnateľnej a prehľadnej podobe. Publikácia HPI sa o to pokúša už po druhý raz. Podobné pokusy pokladám za veľmi prínosné. Autori zhromaždili na jednom mieste veľké množstvo relevantných údajov, a niektoré čiastkové problémy kreatívne vyriešili. Bohužiaľ, kvôli dátovým a metodickým problémom – mnohým z nich mimo možnosti ovplyvnenia autorov – zatiaľ štúdia napriek nesporným pozitívam nepredstavuje dostatočne spoľahlivý nástroj, ktorý by umožnil poistencom, tvorcom verejnej politiky či regulátorom porovnateľné hodnotenie zdravotných poisťovní podľa ich „kvality“.

Najprv k pozitívam štúdie. V slovenských podmienkach ide o jedinečnú banku dát, ktorá bola skompilovaná nielen z verejne dostupných, ale aj priamo pre tento účel zhromaždených originálnych primárnych údajov. Pre ich využitie, ale aj pre čo najvyššiu kredibilitu výsledkov, by bolo fajn ich sprístupnenie verejnosti v elektronickej podobe v čo najširšom rozsahu. Ak to z akýchkoľvek dôvodov – záväzky voči tretím osobám nezverejňovať primárne dáta, ochrana technického know-how, atď. – nie je možné, autori by azda mohli vytvoriť webovú aplikáciu, ktorá by umožnila nastaviť váhy jednotlivých kritérií, prípadne ich úplne vynechať, podľa požiadaviek užívateľa (k arbitrárnosti váh a rôznym perspektívam kvality viac nižšie). Pozitívnym, aj keď azda až príliš rozvláčnym príspevkom je aj úvodná kapitola, poskytujúca prehľad hodnotenia zdravotných poisťovní vo svete.

Najvýznamnejším nedostatkom publikácie sú podľa môjho názoru chýbajú údaje o štátom vlastnených poisťovniach a poskytovateľoch. Vzhľadom na to, že politickou prioritou je v súčasnosti (implicitné) preferovanie štátnych poskytovateľov štátnymi poisťovňami, mnohé ukazovatele by pravdepodobne po ich zahrnutí vyzneli v ich prospech. Najviac ovplyvnenou je z tohto hľadiska škála *Vzťahy s PZS* (s celkovou váhou 20 %), ktorej relevanciu spomínaný nedostatok z môjho hľadiska prakticky diskvalifikuje. Podobne problematické sú nízke počty pozorovaní pri niektorých primárnych údajoch, a nie vždy dostatočný opis ich získavania.

Ďalším problémom je nedostatočné zahrnutie alternatívnych pohľadov na to, čo pokladáme za kvalitnú poisťovňu. Z hľadiska poistenca je to jedna vec, z hľadiska poskytovateľa iná, rovnako ako pre akcionára či regulátora. Hypotetická perspektíva benevolentného sociálneho plánovača je síce konceptuálne prijateľné, ale na nej založené prideľovanie váh jednotlivým dimenziám hodnotenia pokladám za príliš arbitrárne. Príklad za všetky – ZP Dôvera a Union dosiahli v konečnom dôsledku približne rovnaké hodnotenie rôznym spôsobom. S veľkou dávkou zjednodušenia – jedna excelovala skôr na dimenziách dôležitých pre akcionára, druhá pre poistenca.

Z čisto technického hľadiska pokladám za problematickú konštrukciu jednotlivých dimenzií kvality. Zmiešava „absolútny“ prístup, kedy je kvalita spojitou, na kardinálnej škále dobre merateľnou veličinou, s „relatívnym“ prístupom, pri ktorom neexistuje prirodzená minimálna a maximálna hranica kritéria, a hodnotené subjekty sa len navzájom porovnávajú. Väčšina škál dáva plné hodnotenie jednej z poisťovní s najpriaznivejšou hodnotou (relatívny prístup), zároveň však uvažuje s „prirodzenou nulou“. Napríklad prvá časť kompozitného ukazovateľa *Úspešnosť výberu* (ale aj mnohých iných) predpokladá, že prirodzenou najnižšou hodnotou je nulová úspešnosť, čo je podľa môjho názoru absurdné.

Kvôli tomuto prístupu niektoré kritériá prakticky nediskriminujú medzi poisťovňami. Jedná sa často o významné škály – napr. cenové podmienky pre poskytovateľov, ktoré predstavujú 30% váhy vzťahov s poskytovateľmi, sú v úzkom intervale medzi 95 a 99,1. Dopad podobných dimenzií na diferenciáciu konečného hodnotenia poisťovní je následne prakticky nulový.

Pokladal by som preto za rozumnejšie, aby boli aj minimálne hodnoty definované relatívne (napríklad ako najnižšia hodnota sektora v súčasnosti či minulosti, prípadne minimálny benchmark zo zahraničia). Metodika by bola menej zmätočná, a oveľa robustnejšia voči malým zmenám váh jednotlivých kritérií.

Aspoň v tejto fáze pokladám preto prideľovanie písmenného ratingu jednotlivým poisťovniam (vychádzajúce skôr z „absolútneho" prístupu) za nezdôvodnené. Omnoho korektnejšie a informatívnejšie sú krátke profily poisťovní v úvode, ktoré sú rozsahom aj formou prístupné aj médiám a verejnosti.

Niektoré ukazovatele či ich hodnoty pokladám za problematické. Napríklad rozdiely v nákladoch na vekovo-pohlavne „štandardizovaného poistenca" môžu predstavovať skôr renty spôsobené rozdielnou rizikovosťou kmeňa, než efektívnym riadením nákladov. Iným príkladom je hodnotenie hustoty pobočkovej siete, ktoré automaticky diskriminuje veľké poisťovne. Po dosiahnutí istej miery saturácie (napríklad pobočka v každom okresnom meste) je prakticky zbytočné otvárať ďalšie pobočky, má skôr zmysel rozširovať ich kapacitu. Lepším parametrom by mohla byť kombinácia geografickej časovej dostupnosti pobočiek meraná podobným spôsobom, ako pri dostupnosti poskytovateľov, kombinovaná s priemernou dobou čakania na pobočke, zistenej fiktívnym nákupom.

Nech sú akokoľvek nedokonalé, určite má zmysel pokúšať sa vytvárať ratingy zdravotných poisťovní (a pochopiteľne, poskytovateľov), pokým ich (ne)existenciu nebude možné ďalej ignorovať. Je však nevyhnutné zabezpečiť spoluprácu vyššieho množstva subjektov, azda na platforme UDZS alebo aspoň asociácie súkromných poisťovní či asociácií poskytovateľov a pracovať na doladení a všeobecnej akceptácii metodiky. Pokým sa tak nestane, ich výsledky sú skôr indikatívne, a nemali by sa najmä v médiách komunikovať mechanicky spôsobom, že tá-ktorá poisťovňa má rating A alebo C.

Ing. Mgr. Martin Filko, MSc je mladší výskumník a doktorand na Erazmovej univerzite v Rotterdame a poradca ministra financií. Zaoberá sa výskumom rozhodovania a ekonómiou „mäkkých" sektorov (školstvo, zdravotníctvo, sociálne veci). Študoval na Univerzite Komenského v Bratislave, Ekonomickej univerzite v Bratislave, Radboudovej univerzite v Nijmegene a Erazmovej univerzite v Rotterdame, pracoval ako analytik-stážista na Ministerstve financií SR a ako hlavný analytik a projektový manažér v spoločnosti Sanigest.

EDUARD KOVÁČ / OPONENTSKÝ POSUDOK

VŠEOBECNÁ ČASŤ

Materiál „ Rating zdravotných poisťovní 2008“ je výnimočný. Domnievam sa, že to skonštatuje každý, kto si ho celý dôsledne prečíta. Má takmer optimálnu štruktúru a obsahom je nesmierne bohatý na informácie, ktoré nikde inde na jednom mieste nenájdete.

K jeho výstupom – samotnému hodnoteniu zdravotných poisťovní (raitingu) nebudú už také jednoznačné názory. Vo všeobecnosti, ak zverejníte akýkoľvek „rebríček“ sú tí, ktorí sú na spodných priečkach rebríčka s ním nespokojní a majú všemožné výhrady. Odporúčam im - nekritizujte ale predložte lepšiu prácu – objektívnejšiu, nezávislejšiu a profesionálnejšiu. Až potom budete mať nárok kritizovať. O čom už ale treba teraz diskutovať je: ako prehĺbiť analýzu, ako cizelovať jej metodiku ako štandardizovať parametre a ich váhy a pod. A hlavne byť proaktívni a nie reaktívni (týka sa to zdravotných poisťovní).

Práca prináša veľa poistencom, poisťovniam, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a celému externému prostrediu, ktoré je akýmkoľvek spôsobom v kontakte so zdravotným poistením. Jej pravidelné (každoročné) uverejňovanie považujem za významný príspevok k skvalitňovaniu služieb nielen pre systém zdravotného poistenia.

K JEDNOTLIVÝM KAPITOLÁM

Ku kapitole 1

Ide v podstate o druhý ročník ratingu od HPI. Podľa môjho názoru však prvý, ktorý spĺňa všetky kritériá, ktoré sa od ratingov požadujú a očakávajú.

Autori správne poznamenávajú, že rating plní dva základné ciele (informuje poistencov a porovnáva poisťovne). Skromne neuvádzajú, že ich plní v tomto prípade viac. „Otvára oči“ poskytovateľom a ďalším hráčom v sektore , nepriamo podporuje skvalitňovanie výkonu (nielen) zdravotného poistenia a tým má doslova celospoločenský význam.

Ku kapitole 1.2

Poskytuje základný pohľad na profily poisťovní. Odporúčal by som však, predtým ako sa do nej zahĺbite, preštudovať kapitolu 3 – Metodika ratingu zdravotných poisťovní.

Ku kapitole 1.3

Pre dobrú orientáciu v ratingu je veľmi vhodne zvolené „ratingovanie“ oblastí kvartilmi (A až D) a bodmi.

Ku kapitole 1.4

Ako osobný účastník stretnutí autorov s predstaviteľmi všetkých zdravotných poisťovní pripomínam, že autori opakovane predstavili zdravotným poisťovniam návrh systému a štruktúry hodnotenia. Poisťovne mali teda možnosť proaktívne návrh systému a štruktúry hodnotenia svojimi odporúčaniami ovplyvniť. Je len ich problémom, že to využili minimálne a niektoré vôbec nie.

Ku kapitole 2

Mnohým sa bude zdať táto kapitola príliš rozsiahla. A môžu to aj kritizovať. Ja sa však prikláňam k názoru, že práve takýto rozsah je nesmierne užitočný. *Po prvé* – poskytuje zdravotným poisťovniam impulzy na inovácie a skvalitňovanie svojich aktivít a samotného výkonu zdravotného poistenia. *Po druhé* – zhromaždením informácií a skúseností dáva nepriamy návod na skvalitňovanie služieb v systéme zdravotného poistenia. *Po tretie* – je akýmsi návodom pre poistencov a poskytovateľov, čo by mohli (mali) do budúcna od poisťovní očakávať. *Po štvrté* – dáva jasné informácie o čom pluralita je a môže byť. *Po piate* – ako prehlbovať a cizelovať rating.

Táto kapitola – najmä časť 2.1 je ďalším dobrým zdrojom informácií pre tých, ktorí sa podieľajú na zostavovaní indikátorov kvality poskytovaných služieb poisťovňami aj poskytovateľmi.

Ku kapitole 3

Kľúčovými sú časti 3.1 a 3.2 – v nich sú definované váhy oblastí a parametrov hodnotenia. Úplný prehľad hodnotenia získa čitateľ spojením kapitol 1.3, 3.1 a 3.2.

Odporúčal by som zostaviť ich do celkovej prehľadnej tabuľky – oblastí, parametrov a ich váh (napr. aj ako samostatnú prílohu).

Ku kapitole 4

Táto kapitola je najdôležitejšou a aj najrozsiahlejšou časťou celého materiálu. Z nej vychádza zhrnutie celého materiálu. Autori podrobne a veľmi inštruktívne (prehľadné tabuľky a výstižné komentáre) hodnotia každý parameter a jeho charakteristiky. Nepochybne táto oblasť bude dôsledne preskúmavaná najmä manažmentmi zdravotných poisťovní. Budú zo svojich poznatkov a subjektívneho uhla pohľadu hodnotiť „validitu“ zistení a hodnotenia. Tak by to aj malo byť. Na tomto mieste čitateľom odporúčam vrátiť sa ku konštatovaniu tohto oponentského posudku uvedeného v *„ku kapitole 1.4“* a *„Všeobecná časť“*

Dovoľte mi ukončiť oponentský posudok trochu netradične - citátom pána Milana Lasicu z jeho **bodky** pre časopis .týždeň z 5.11.2007:

„Treba povedať, že možnosť výberu nie je najjednoduchšou záležitosťou. Niekedy to klienta môže dokonca znervózňovať. Ak máte len jednu možnosť, nemusíte uvažovať, ktorú si vyberiete, lebo vám je daná. Vybrali ju za vás. Takže sa poddáte (stáva sa z vás poddaný), v podstate je to jednoduchšie, ako vyberať si. Pri výbere musíte zháňať informácie a do istej miery riskovať, či vaša voľba bola správna. Lenže, ak sa ukáže, že nebola, môžete si vybrať inú možnosť“.

Dámy a páni, vážení poistenci – táto publikácia vám prináša doteraz nevídanú možnosť – zodpovedne si vybrať VAŠU ZDRAVOTNÚ POISŤOVŇU na základe relevantných informácií.

MUDr. Eduard Kováč je od roku 2006 výkonným riaditeľom Združenia zdravotných poisťovní SR. Predtým pôsobil ako generálny sekretár Slovenskej lekárskej komory (2004 – 2006), riaditeľ Všeobecnej zdravotnej poisťovne (1999 – 2002) a Poisťovne Ministerstva vnútra SR (1993 – 1998).

HENRIETA MAĎAROVÁ / OPONENTSKÝ POSUDOK

Implementáciou reformy sa systém zdravotníctva na Slovensku nabral kurz od štátom riadeného, organizovaného a plánovaného systému smerom k zdravotníctvu zameranému predovšetkým na pacienta, ktorý riadia slobodné rozhodnutia poistencov a pacientov. Táto úlohe je novinkou pre poistencov, ktorým bolo doteraz jedno, v ktorej zdravotnej poisťovni sú poistení a ktorí získavali „zaručené informácie" o poskytovateľoch najmä prostredníctvom známych. Poistenci sa postupne učia, čo je naozaj dôležité pri výbere zdravotnej poisťovne. V prvých rokoch bolo ich rozhodovanie výrazne ovplyvňované tým, ktorá zdravotná poisťovňa „dá viac okamžitých materiálnych benefitov". Požiadavky poistencov sa však s pribúdajúcimi skúsenosťami v naozajstne konkurujúcom si systéme stávajú sofistikovanejšími. Potrebujú viac a hlbších informácií o službách, ktoré im zdravotná poisťovňa zabezpečuje a ponúka. Je pre nich dôležité, ktorá zdravotná poisťovňa investuje do prevencie, či zdravotnej starostlivosti o chronicky chorých.

Publikácia HPI je tak veľmi vítaná. Zapĺňa existujúcu informačnú medzeru a prináša tieto dôležité informácie tesne pred posledným termínom možnosti zmeniť zdravotnú poisťovňu.

Silnou stránkou celého projektu je v prvom rade fakt, že vôbec je a že prezentuje výsledky. Pustiť sa do tejto činnosti pri nízkej kvalite a nedostupnosti dát potrebných pre hodnotenie a zároveň pri súčasnom smerovaní zdravotnej politiky na Slovensku, je záslužná a odvážna činnost. Kvalita dát výrazne determinuje výsledky celkového hodnotenia. Štát by mohol dosiahnuť lepšie hodnotenie „svojich" zdravotných poisťovní okrem iného aj tým, že by sa zameral na štandardizáciu a rozšírenie povinne zverejňovaných informácií o výkonnosti zdravotných poisťovní.

HPI vychádza pri svojom hodnotení z dostupných údajov, ale i z dát, ktoré získalo pre sektor zdravotníctva inovatívnymi spôsobmi – mystery shoppingom a dotazníkmi. Práve v prípade aplikácie inovatívnych metód je však potreba mať sa na pozore pri interpretácii výsledkov. Tie môžu byť v prvom rade zaťažené „malosťou" vzorky respondentov alebo skúmaných prípadov. V druhom rade je tu problém tzv. preselection bias - problém vychýlenia výsledkov z dôvodu preselekcie respondentov. Je možné predpokladať, že na dotazníky HPI odpovedali skôr respondenti naladení pozitívne voči modernizácii zdravotníctva.

HPI sa muselo vysporiadať aj s neochotou niektorých zdravotných poisťovní poskytnúť do termínu uzávierky potrebné údaje. V prípade väčšiny ukazovateľov sa jej podarilo nájsť iné zdroje, avšak v niektorých prípadoch boli bez hlbšieho odôvodnenia a analyzovania dopadu na rating zdravotných poisťovní použité údaje za rok 2006. Je veľmi pravdepodobné, že použitie týchto dát výrazne skreslilo výsledné hodnotenie zdravotných poisťovní.

Veľký podiel hodnotenia (oblasti finančná stabilita, operačné procesy, niektoré parametre z oblasti biznis profil - spolu cca 50 %) je zaujímavý a dôležitý skôr pre investorov do akcií a dlhopisov zdravotnej poisťovne alebo makroekonomické hodnotenie systému verejného zdravotného poistenia (napr. selektívny kontrakting a revízny systém zdravotnej poisťovne), ako pre cieľ publikácie – napomôcť rozhodovaniu poistencov. Pri súčasnom nedostatku dát zo strany VšZP by sa žiadalo tieto dve skupiny hodnotení oddeliť a zdravotné poisťovne hodnotiť v dvoch oblastiach. Oddelenie týchto dvoch hodnotení je možné badať aj v ratingoch používaných v zahraničí, ktoré HPI uviedlo v úvodnom prehľade.

Parametre hodnotenia finančného zdravia a operačných procesov používané v zahraničných ratingov sú aplikované na komerčné poisťovne, ktorých biznis proces a finančné riadenia sa výrazne odlišuje od výrazne regulovaných zdravotných poisťovní na Slovensku, napr. regulovaná výška poistného nezávislá od rizika klienta, prerozdelenie poistného, atď. Túto skutočnosť je potrebné dôraznejšie zohľadniť pri výbere niektorých parametrov. Ako príklad uvediem využívanie parametra „percentuálny rast výnosov". Výška poistného je regulovaná zákonom a rast celkového objemu zdrojov zdravotných poisťovní závisí od rastu miezd. Výnosy zdravotnej poisťovne sú determinované v prevažnej miere prerozdelením poistného medzi zdravotnými poisťovňami a teda i štruktúrou a rizikovosťou kmeňa zdravotnej poisťovne. Medziročný rast alebo pokles vo výnosoch zdravotnej poisťovne teda závisí hlavne od rastu miezd a od zmien v štruktúre kmeňa.

Pre parameter current ratio by sa žiadalo odlíšiť nielen krátkodobé záväzky od dlhodobých, ale aj krátkodobé pohľadávky od dlhodobých, hlavne pohľadávky za platcami poistného. Je možné predpokladať, že vymožiteľnosť týchto pohľadávok po určitej lehote výrazne klesá a tým klesá aj ich schopnosť kryť záväzky zdravotnej poisťovne.

Nízke hodnotenie Union zdravotná poisťovňa, a.s. v parametri úspešnosť výberu poistného bolo zdôvodnené „ absencia príjmov z ročného zúčtovania zdravotnej poistenia z predchádzajúcich rokov". Táto poznámka indikuje, že do vybratého poistného hodnoteného roka sa započítava príjem z ročného zúčtovania, zatiaľ čo dodatočný predpis poistného podľa ročného zúčtovania sa nezapočítava. Takýto prístup nie je metodicky správny a nedodržiava akruálny princíp.

Z pohľadu poistencov sa ako dôležitejšie javia parametre v posledných štyroch oblastiach – vzťahy s poskytovateľmi, kvality poskytovaných služieb, služby klientom a spokojnosť klientom. Veľmi pozitívne hodnotím štruktúru a objektívnosť oblasti Vzťahy s poskytovateľmi a použitie hodnotenia výstupov a procesov (namiesto hodnotenia výsledkov), o ktorých sa dá predpokladať výrazné zvýšenie hodnoty vytvorenej pre poistencov z verejného zdravotného poistenia.

Vďaka tejto publikácii je celkovo možné vidieť, že kvalita a rozsah služieb poskytovaných zdravotnými poisťovňami sa výrazne zvýšil od obdobia pred reformou zdravotníctva v rokoch 2002-2006. Je snáď lepší dôkaz toho, že konkurencia a možnosť dosahovať zisk prináša väčšiu hodnotu poistencom-klientom?

Mgr. Henrieta Maďarová, MSc. je členkou reformného tímu českého ministra zdravotníctva Tomáša Julínka. Ako členka reformného tímu slovenského ministra zdravotníctva Rudolfa Zajaca sa podieľala na reforme zdravotníctva z roku 2004. Zaoberá sa problematikou zdravotného poistenia. Je zakladajúcim partnerom Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute.

MISIA HEALTH POLICY INSTITUTE

(1) V prostredí rastúcich nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktoré sú vyvolané vysokými očakávaniami občanov, starnutím populácie, meniacou sa štruktúrou chorôb a technologickým pokrokom je poslaním Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute:

- **presadzovanie hodnôt, ktoré podporujú finančne udržateľné zdravotné systémy, ktoré flexibilne reagujú na potreby populácie**
- **presadzovanie inovatívnych riešení na úrovni zdravotných systémov, na úrovni zdravotných poisťovní a na úrovni poskytovateľov s cieľom vyššej efektívnosti poskytovania zdravotných služieb**
- **presadzovanie klientskeho prístupu k poistencom a pacientom**

(2) **Prvým predpokladom presadzovanie týchto hodnôt je chápanie zdravia ako individuálneho statku.** Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute bude presadzovať takú zdravotnú politiku, ktorá motivuje každého občana k zlepšovaniu vlastného zdravotného stavu.

(3) **Druhým predpokladom je čo najväčšia decentralizácia rozhodnutí.** Preto Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute podporuje aj v zdravotníctve trhové mechanizmy tam, kde sú preukázateľne efektívnejšie ako štátne intervencia. Ako základný nástroj zdravotnej politiky preto Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute bude presadzovať efektívnu reguláciu rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej z verejného zdravotného poistenia, flexibilné nastavenie minimálnej siete, dostatočne motivačné maximálne ceny, pričom úlohou súkromného sektora je napĺňať tieto regulácie.

(4) **Treťou dôležitou hodnotou je solidarita.** Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute podporuje systém povinného verejného zdravotného poistenia, na základe ktorého má každý poistenec nárok na rovnakú starostlivosť pri rovnakej potrebe. Vzhľadom k tomu, že v zdravotníctve sa stretáva nekonečná túžba po nesmrteľnosti s prísnym svetom ekonómie, musí mať solidarita presne vymedzené hranice, aby nedochádzalo k jej zneužívaniu a k plytvaniu vzácnych zdrojov na medicínsky neúčinné a ekonomicky neefektívne intervencie.

(5) Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute preto bude na Slovensku, ale aj vo svete presadzovať také **fungovanie zdravotných systémov, ktoré podporujú zodpovednosť pacienta, zodpovednosť poskytovateľa a zodpovednosť nákupcov zdravotnej starostlivosti.**

Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute (HPI) je občianske združenie zaregistrované dňa 27. 1. 2005 na Ministerstve vnútra Slovenskej republiky (číslo spisu VV3/1-900/90-25460).

Zakladatelia HPI: Henrieta Maďarová, Peter Pažitný, Tomáš Szalay a Angelika Szalayová

ZÁKLADNÉ RÁMCE ZDRAVOTNEJ POLITIKY PRE ROKY 2008 – 2011

vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

Health Policy Institute už po tretí raz pripravil publikáciu Základné rámce zdravotnej politiky, tentoraz pre obdobie rokov 2008 – 2011. Základné rámce sa venujú vecnému hodnoteniu zdravotnej politiky a jej nástrojov na Slovensku. Každým novým vydaním sa snažíme zlepšiť a priniesť kvalitnejšie údaje a prognózy. Našou ambíciou je, aby sa Základné rámce zdravotnej politiky stali najdôležitejším a najdôvery-hodnejším zdrojom údajov o slovenskom zdravotníctve.

cena: 219 Sk / € 7,27 s DPH za tlačenú verziu
118 Sk / € 3,92 s DPH za elektronickú verziu

ZDRAVIE JE LUXUS. VIEME AKO HO FINANCOVAŤ?

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

V štúdii autori analyzujú schopnosť súčasného systému financovania generovať zdroje v dlhodobom horizonte a hodnotia 4 varianty financovania do roku 2025:

1. *zvýšenie poistnej sadzby pre pracujúcu populáciu*
2. *zavedenie odvodovej neutrality*
3. *zvýšenie platby štátu za nepracujúcu populáciu*
4. *zvýšenie súkromných zdrojov*

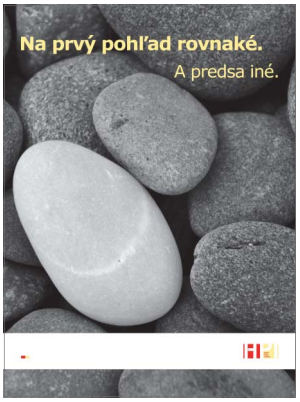
cena: 219 Sk / € 7,27 s DPH za tlačenú verziu
118 Sk / € 3,92 s DPH za elektronickú verziu

DOBRÝ POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEMO HO VYVÁŽIŤ?

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

Kľúčovým záverom publikácie je, že prerozdeľovanie zdrojov na základe demografických prediktorov (vek a pohlavie) je síce administratívne jednoduché, ale má veľmi nízku schopnosť predikovať variabilitu v budúcich nákladoch zdravotnej starostlivosti. Zlepšenie modelu prerozdelenia poistného na Slovensku z hľadiska predikčnej schopnosti spôsobí väčší dôraz zdravotných poisťovní na strategický nákup zdravotnej starostlivosti a menšiu orientáciu na selekciu rizika.

cena: 439 Sk / € 14,57 s DPH za tlačenú verziu
237 Sk / € 7,87 s DPH za elektronickú verziu



NA PRVÝ POHĽAD ROVNAKÉ. A PREDSA INÉ.

Rating zdravotných poisťovní 2008,
vydal Health Policy Institute, Bratislava, 2008

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

cena: 0 Sk / € 0 za elektronickú verziu

KONTAKT PRE OBJEDNÁVKY:

e-mail: hpi@hpi.sk
telefón: +421 2 54 643 051
pošta / osobne: Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava

VZDELÁVACÍ PROGRAM 2008/2009

www.hma.sk

o fungovaní a zmenách v systéme zdravotníctva

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

Program MANAŽÉR I

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

Program MANAŽÉR II

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

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

Program LEKÁR

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

Intenzívny program LEKÁR

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

Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmýšľajú v súvislostiach

health management academy hma

Health
Policy
Institute

ISBN 978-80-969907-3-3