

S P R Á V A

o činnosti obchodnej spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s. za rok 2021

Vypracoval: Mgr. Peter Lehotský
vedúci útvaru vnútornej kontroly
DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.



Bratislava apríl 2022

Správa o činnosti obchodnej spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s. (ďalej len „zdravotná poisťovňa“) založenej zakladateľskou listinou zo dňa 21. 12. 2004 a zapísanej do príslušného obchodného registra od 1. 9. 2005 je vypracovaná za obdobie roku 2021.

Predmetom činnosti zdravotnej poisťovne je vykonávanie verejného zdravotného poistenia v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“).

Správa o činnosti zdravotnej poisťovne za rok 2021 bola vypracovaná útvarom vnútornej kontroly (ďalej len „ÚVK“) v súlade s ustanovením § 3 ods. 6 zákona vo väzbe na plnenie povinností zdravotnej poisťovne podľa § 15 ods. 3 písm. c) bod 1 tohto zákona a tiež podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 767/2004 Z. z. o náležitostiach správy o činnosti zdravotnej poisťovne.

a)

Obchodné meno, sídlo a identifikačné číslo zdravotnej poisťovne:

Obchodné meno : DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
Sídlo : Einsteinova 25, 851 01 Bratislava
IČO : 35 942 436
Kód poisťovne : 24

b)

Dátum vydania povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia:

19. 5. 2005, právoplatnosť nadobudlo 3. 6. 2005

c)

Mená a priezviská zamestnancov zodpovedných za výkon vnútornej kontroly:

Mgr. Peter Lehotský

d)

Prehľad o tvorbe a použití technických rezerv:

Zdravotná poisťovňa vykázala k 31. 12. 2021 technické rezervy v súlade s požiadavkami § 6 ods. 9 zákona.

Prehľad tvorby a čerpania technických rezerv zdravotnej poisťovne je nasledovný:

Technické rezervy v eurách	Stav na začiatku bežného účtovného obdobia	Tvorba	Použitie	Stav na konci bežného účtovného obdobia
a	b	c	d	e
Technická rezerva na poistné plnenie z toho:	132 965 767,98	149 462 591,68	-114 531 257,57	167 897 102,09
- technické rezervy na liečbu na území Slovenskej republiky	90 979 274,28	103 771 903,68	-82 088 427,76	112 662 750,20
- technické rezervy na schválenú zdravotnú starostlivosť – liečba v cudzine	9 588 621,11	5 825 284,46	-9 588 621,11	5 825 284,46
- technické rezervy na výkony pre poistencov v zozname čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti	32 397 872,59	39 865 403,54	-22 854 208,70	49 409 067,43
Technická rezerva na ročné prerazdeľovanie	19 433 029,80	11 993 859,84	-19 433 029,80	11 993 859,84
Technické rezervy spolu	152 398 797,78	161 456 451,52	-133 964 287,37	179 890 961,93

Pozn.: Vzorová tabuľka č.III/8 podľa prílohy k opatreniu č. MF/22933/2005-74

Detailný popis technických rezerv je uvedený v poznámkach k riadnej účtovnej závierke zostavenej k 31. 12. 2021.

e)

Informácia o všetkých nedostatkoch v hospodárení zdravotnej poisťovne, ktoré zamestnanci zodpovední za výkon vnútornej kontroly zistili v priebehu predchádzajúceho kalendárneho roka, a o všetkých navrhnutých opatreniach na nápravu týchto nedostatkov:

Vymedzenie vnútornej kontrolnej činnosti obsahuje § 3 ods. 5 zákona. Podľa tohto ustanovenia sa kontrolná činnosť vzťahuje na dodržiavanie zákonov a iných všeobecne záväzných právnych predpisov, vnútorných aktov riadenia a na kontrolu činnosti zdravotnej poisťovne. ÚVK sa riadil plánom kontrolnej činnosti na rok 2021.

Za obdobie roku 2021 realizoval ÚVK zdravotnej poisťovne kontroly v zmysle plánu kontrolnej činnosti na rok 2021 zamerané na preverenie správnosti údajov uvedených vo výkaze pre preukázanie zabezpečenia platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne a vypracovanie Protokolu v súlade s § 14 zákona č. 581/2004 Z. z., kontrolu plnenia opatrení prijatých z kontrol vykonaných ÚVK v roku 2020, kontrolu procesov a dokladov súvisiacich s riešením regresov v zmysle zákona č.580/2004 Z. z. § 9 ods.7, kontrolu úplnosti a správnosti prijímaných prihlášok na vznik a zmenu zdravotnej poisťovne v zmysle zákona č. 580/2004 § 8 ods.1, kontrolu vedenia zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. § 6 ods. 2 – 4, kontrolu prijímania, evidencie a spracovávania žiadostí platiteľov poistného o vydanie potvrdenia o stave pohľadávok v zmysle zákona č. 580/2004 Z. z. § 25 ods.1 písm. k) .

Kontrolami realizovanými ÚVK zdravotnej poisťovne v roku 2021 neboli zistené závažné nedostatky, ohrozujúce hospodárenie zdravotnej poisťovne ani jej schopnosť plniť záväzky vyplývajúce z vykonávania verejného zdravotného poistenia.

Ku všetkým zisteniam z realizovaných kontrol boli prijaté opatrenia na odstránenie nedostatkov. Opatrenia boli zabezpečené zodpovednými zamestnancami zdravotnej poisťovne operatívne, prípadne v stanovených termínoch.

f)

Informácia o kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne v zmysle § 9 zákona:

Zdravotná poisťovňa vykonáva **kontrolnú činnosť u zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti**, ktorým uhrádza úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť aj v zariadeniach sociálnych služieb a v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, s ktorými má uzatvorenú zmluvu podľa § 7a ods. 1 zákona.

Kontrolná činnosť vykonávaná revíznymi lekármi a revíznymi farmaceutmi bola zameraná na sledovanie a kontrolovanie účelnosti a nákladovej efektívnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej poisťovne, za ktorú jednotliví poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (ďalej len „PZS“) požadovali úhradu.

Kontrolná činnosť sa vykonáva zo strany oprávnených zamestnancov zdravotnej poisťovne formou:

- kontroly na diaľku (vyhodnocovanie informácií o PZS prostredníctvom informačného systému zdravotnej poisťovne alebo dokumentácie zdravotnej poisťovne podľa § 16 zákona)
- kontroly u PZS (priama kontrola na pracovisku PZS zameraná na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsah a kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti a na dodržiavanie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 7 a § 7a zákona)

V sledovanom období boli v rámci kontroly na diaľku revidované zúčtovacie výkazy PZS vykázané zväčša v účtovných obdobiach december 2020 až november 2021. Kontrola u PZS zahŕňala aj obdobia pred decembrom 2020.

Schvaľovacia činnosť vykonávaná revíznymi lekármi a revíznymi farmaceutmi bola zameraná na posúdenie oprávnenosti návrhov a žiadostí PZS a poistencov.

Pri výkone kontrolnej činnosti sa zamestnanci zdravotnej poisťovne riadili všeobecne záväznými právnymi predpismi, internými predpismi zdravotnej poisťovne a zmluvami o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenými medzi zdravotnou poisťovňou a PZS.

Náklady na zdravotnú starostlivosť boli zdravotnou poisťovňou sledované a vyhodnocované:

- kontrolou na diaľku v zmysle § 9 ods. 3 zákona č. 581/2004 prostredníctvom informačného systému. Za rok 2021 boli kontrolované údaje vykázané zdravotnej starostlivosti v zúčtovacích dávkach PZS za príslušné zúčtovacie obdobie. Celkový počet poskytovateľmi vykázaných a následne skontrolovaných výkonov (riadkov vykázané zdravotnej starostlivosti v informačnom systéme) bol viac ako 110 mil. riadkov.
- priamou kontrolou u PZS na mieste poskytovania zdravotnej starostlivosti v zmysle § 9 ods. 4 zákona č. 581/2004 bolo v roku 2021 vykonaných celkom 1 367 kontrol, pričom suma dodatočne neuznaných výkonov predstavovala viac ako 2,3 mil. €. Najčastejšie zistenia sa týkali predovšetkým neopodstatneného a nesprávneho vykazovania poskytovania zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k dohodnutým zmluvným podmienkam.

- Celková vykázaná suma za zdravotnú starostlivosť bola 1 318 471 669,50 €. Celkovým výsledkom kontrol bolo zistené neoprávnené alebo nesprávne účtovanie výkonov za zdravotnú starostlivosť od PZS v celkovej sume 35,8 milióna eur.

Zdravotná poisťovňa v roku 2021 v rámci kontrolnej činnosti **vykonávala kontrolu individuálnych a hromadných platiteľov poistného v zmysle § 9 ods. 2 a 10 zákona.**

- Automatická interná kontrola platiteľa prebiehala počas ročného zúčtovania poistného, pri vybavovaní žiadostí o vrátenie preplatku na poistnom, žiadostí o splátkový kalendár, žiadostí o vydanie potvrdenia a v rámci poskytovania súčinnosti pri riešení námietok voči výkazom nedoplatkov. V roku 2021 zdravotná poisťovňa vykonala spolu 346-tisíc ročných zúčtovaní za rok 2020. Nedoplatky v celkovej sume 27,9 milióna eur poisťovňa predpísala výkazmi nedoplatkov 117-tisíc platiteľom poistného. Preplatky v celkovej sume 10,9 milióna eur zdravotná poisťovňa oznámila formou oznámenia o výsledku ročného zúčtovania 227-tisíc platiteľom poistného. Po vrátení preplatkov z ročného zúčtovania poistného bola Úradu pre vybrané hospodárske subjekty odvedená daň v celkovej sume 1 milión eur. Na základe žiadostí od orgánov verejnej a štátnej správy, poistencov a platiteľov poistného poisťovňa v priebehu roka 2021 vybavila viac ako 16-tisíc žiadostí o vrátenie preplatku na poistnom (vrátené boli preplatky v celkovej sume 3,4 milióna eur), 20-tisíc žiadostí o splátkový kalendár (uzatvorené boli dohody o plnení dlhu v splátkach v celkovej sume 15 miliónov eur) a 344-tisíc žiadostí o vydanie potvrdenia.
- Vzhľadom na nepriaznivú situáciu v súvislosti s pandémiou covid-19 poisťovňa v roku 2021 vykonala v sídle platiteľa poistného tzv. externú kontrolu u 41 zamestnávateľov/platiteľov poistného a skontrolovala viac ako 398 zamestnancov – poistencov zdravotnej poisťovne. Pri kontrole sa zdravotná poisťovňa zamerala na plnenie oznamovacích a odvodových povinností v zákonom stanovených lehotách, na správnosť určenia výšky vymeriavacích základov, vykázaného poistného a odvádzaných preddavkov, na správnosť výpočtu ročného zúčtovania poistného a úhradu nedoplatkov. Po kontrole bolo v roku 2021 vydaných 15 výkazov nedoplatkov na dlžné poistné v celkovej sume viac ako 30-tisíc eur a 9 výkazov nedoplatkov na úrok z omeškania v celkovej sume viac ako 2-tisíc eur. Po doručení oznámenia platiteľovi poistného o vykonaní externej kontroly, resp. po vykonaní kontroly bol za kontrolované obdobie, kde pred kontrolou neboli dodané mesačné výkazy zdravotnej poisťovni, vplyvom kontroly navýšený predpis o viac ako 31-tisíc eur a zdravotná poisťovňa vygenerovala 68 tzv. dohadných mesačných výkazov v celkovej sume viac ako 46-tisíc eur. Kontrola na diaľku bola vykonaná na základe dokladov doručených zdravotnej poisťovni u viac ako 3-tisíc zamestnávateľov/platiteľov poistného a bola zameraná na nedodané a chybné mesačné výkazy. Vplyvom kontroly bol na základe dodaných riadnych a opravných mesačných výkazov navýšený predpis poistného o viac ako 922-tisíc eur.
- Zdravotná poisťovňa v roku 2021 pristupovala k vymáhaniu pohľadávok z verejného zdravotného poistenia tak, aby maximalizovala výber poistného. Snahou bolo čo najskôr osloviť dlžníka s informáciou o vzniku pohľadávky, zvýšiť úspešnosť jednotlivých aktivít a minimalizovať negatívny dosah zmien legislatívneho prostredia v dôsledku novely Exekučného poriadku z roku 2017. Upomienky zasielala zdravotná poisťovňa pravidelne každý mesiac, a to zvyčajne do 30 dní od splatnosti neuhradeného preddavku. Proces upomienok je upravený tak, že dlžníci sú priebežne zaradovaní do segmentov podľa aktuálnych informácií z histórie ich platobnej disciplíny. Podľa toho im boli odosielané aj rozdielne textové znenie upomienky. V roku 2021 bolo odoslaných 248-tisíc upomienok na celkovú sumu 59,6 milióna eur. Nárok na neuhradené poistné za obdobia rokov 2016 až 2021 si zdravotná poisťovňa uplatnila vydaním 48-tisíc výkazov nedoplatkov na sumu 21,3 milióna eur.

- V roku 2021 bolo cielene pristúpené k vymáhaniu pohľadávok v exekučnom konaní, ktoré bolo zamerané len na prípady s vysokou pravdepodobnosťou úspešnej exekúcie. Vydaných bolo 14-tisíc návrhov na súdnu exekúciu v celkovej sume 12,3 milióna eur. Vzhľadom na obmedzenie exekučných konaní zdravotná poisťovňa podporila úspešnosť výberu poistného vymáhaním pohľadávok v mandátnej správe. Do mandátnej správy boli postúpené pohľadávky evidované voči 53-tisícim platiteľom poistného v celkovej sume 53,9 milióna eur.

g)

Vyjadrenie útvaru zodpovedného za výkon vnútornej kontroly:

1. o tvorbe a použití technických rezerv

Zdravotná poisťovňa vytvorila technické rezervy v súlade s § 6 ods. 9 zákona č. 581/2004 Z. z.

2. o faktoroch, ktoré mali nepriaznivý vplyv na výkon verejného zdravotného poistenia zdravotnej poisťovne

Jedným z hlavných faktorov, ktoré mali nepriaznivý vplyv na efektivitu využívania prostriedkov verejného zdravotného poistenia zdravotnej poisťovne a z toho vyplývajúci záver revízií kontrol, je absencia všeobecne záväzných princípov, ktoré by v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti a nadväzujúcich úhrad určovali štandardné diagnostické a terapeutické postupy.

Okrem toho sa na trhu objavujú nové technológie ako aj extrémne nákladné lieky, niekedy bez potrebnej úrovne medicíny založenej na dôkazoch, ktoré zvyšujú náklady bez definovateľného prínosu. Ministerstvo zdravotníctva SR schválilo viacero štandardných, diagnostických, preventívnych a terapeutických postupov. Problém spočíva v tom, že postupy schválené kategorizačnými komisiami nesprevádza primerané zvyšovanie finančných prostriedkov pre zdravotníctvo.

Zdravotná poisťovňa má obmedzené možnosti ovplyvniť povinnosť hradiť tieto nové technológie z nákladov verejného zdravotného poistenia vzhľadom na neexistenciu jasnej definície rozsahu hrazeného z verejného zdravotného poistenia a tzv. nároku pacienta.

Dôsledkom je rozdielny výklad predpisov upravujúcich poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti zdravotnými poisťovňami a PZS. Snahy o rokovania s cieľom dohody o týchto otázkach, ktoré zdravotná poisťovňa priebežne iniciuje, sa zo strany PZS nestretávajú so širším reálnym záujmom.

Z hľadiska liekovej politiky je to novela zákona 363/2011 Z. z., ktorá mala vplyv na zvyšovanie nákladov verejného zdravotného poistenia na lieky, odpustenie doplatkov za lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny poistencom s nárokom na limit spoluúčasti (deti a dôchodcovia, ZŤP).

Ďalším faktorom boli nepredvídateľné náklady súvisiace s pandemiou covidu -19. Cena očkovania proti covidu-19, s podporou zo strany Ministerstva zdravotníctva SR bolo najskôr 7,50 eura, neskôr 10,- eur za každú jednu z troch dávok. Pri presune do ambulancií sa náklady zvýšili o pripočítateľné položky.

Zazmluvnenie mobilných odberových miest bolo povinné, zvyšoval sa počet odberných miest, s čím súvisel aj nárast nákladov na PCR testy. Vzhľadom na systém PCR testovania zdravotná poisťovňa nemala reálne možnosť kontrolovať opodstatnenosť a indikácie na tieto testy.

Najväčšie problémy spôsobuje nepredvídateľnosť príjmov za poistencov štátu, keďže Ministerstvo financií SR znížilo celkovú platbu za poistencov štátu. Na obdobie roku 2021 bola schválená celková platba v objeme 1 432 968 028 eur. Oznámením Ministerstva financií SR zo dňa 24.09.2021 vydaného

pod číslom MF/013916/2021-441 bola upravená platba za poistencov štátu v objeme 1 200 425 853 eur, a následne na základe rozpočtového opatrenia Ministerstva financií SR došlo k čiastočnému uvoľneniu viazaných vo výške 90 mil. € vo forme zvýšenia platby za poistencov štátu na rok 2021, celková suma na rok 2021 predstavovala 1 290 425 853 . Doposiaľ sa nestalo, že by sa financovanie menilo takto zásadne v priebehu roka. Spôsobuje to nepredvídateľnosť, nemožnosť uzatvárať zmluvy s PZS na dlhšie obdobie, pričom ideálne by bolo poznať transparentné pravidlá stanovenia výšky platby za poistencov štátu na minimálne 2 až 3 roky dopredu.

Nedostatočné plnenie oznamovacích povinností poistencov podľa § 23 ods. 1, 3, 4, 6, 11, 12, 15 a 16 zákona 580/2004 Z. z. ako aj nedostatočné plnenie vykazovacích povinností platiteľov poistného/zamestnávateľov, nesprávne vykazovanie preddavkov na poistné v zmysle § 16 zákona 580/2004 Z. z.

Ďalším faktorom, ktorý mal nepriaznivý vplyv na výkon verejného zdravotného poistenia zdravotnej poisťovne, bola aj selektívna finančná pomoc štátnej zdravotnej poisťovne ešte v roku 2020, ale ovplyvňovala sektor v roku 2021, keď bola používaná. Ide o krok, ktorý je zjavne v rozpore s platnou legislatívou na čo poukázalo aj Slovenské národné stredisko pre ľudské práva, ktoré konštatovalo, že ide o neprípustnú diskrimináciu poistencov súkromných zdravotných poisťovní. Uznesenie vlády, ktorým rozhodla o návrhu na zvýšenie základného imania vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni, a. s., je v rozpore s Čl. 12 ods. 2 v spojení s Čl. 40 Ústavy SR.

3. o hodnovernosti údajov, z ktorých ÚVK vychádzal, a prípadných pochybnostiach súvisiacich s nimi

ÚVK pri spracovaní správy o činnosti zdravotnej poisťovne vychádzal z údajov z informačného systému zdravotnej poisťovne, z údajov poskytnutých zodpovednými zamestnancami zdravotnej poisťovne, ako aj z platnej legislatívy a sledovania aktuálnej situácie v oblasti zdravotníctva, vrátane makroekonomických trendov.

Podkladom pre spracovanie vyjadrenia k tvorbe a použitiu technických rezerv boli údaje z účtovnej závierky za rok 2021, ktorá bola predmetom overovania nezávislým audítorm.

Oznámenie o poverení audítora na overenie účtovnej závierky za rok 2021 končiaci 31. decembrom 2021 bolo zaslané na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v zmysle ustanovenia § 10 ods. 1 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. Audit bol realizovaný spoločnosťou Ernst & Young Slovakia, spol. s r. o. so sídlom Žižkova 9, 811 02 Bratislava, IČO: 35 840 463.

Podľa vyjadrenia audítora účtovná závierka poskytuje pravdivý a verný obraz finančnej situácie spoločnosti k 31. decembru 2021 a výsledku jej hospodárenia za rok, ktorý sa skončil k uvedenému dátumu podľa zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov.