

## **Obmedzenie ziskov zdravotných poisťovní, a.s. –**

### **– Nihil novum sub sole**

(Thomas Mann: Kto nepozná minulosť, nepochopí budúcnosť.)

V programovom vyhlásení novej vlády SR sa uvádza prísľub obmedzenia zisku zdravotných poisťovní. Je toto vyhlásenie naozaj úprimné? Je toto vôbec možné uskutočniť bez, naozaj zásadnej, prestavby tzv. Zajacovej „reformy“, bez zmien v podstatných paradigmách, na ktorých stojí nielen dnešný model fungovania zdravotníctva, ale v podstate model fungovania štátu ako takého? Totiž snaha o obmedzenie (reguláciu) ziskov zdravotných poisťovní ako obchodných spoločností a.s. nie je nič nové pod slnkom, ale v našom štáte sa vždy doteraz našli „sily“, ktoré túto snahu buď zmarili, prípadne otočili naopak. Tak sa poďme trochu vrátiť späť v (právnej) histórii ...

### **I. (Prvé obmedzenie zisku)**

Čo asi nie je príliš známe, dosť podstatné obmedzenie zisku zdravotných poisťovní obsahovala už pôvodná právna úprava týkajúca sa zdravotných poisťovní v zákone č. 581/2004 Z.z. (ďalej len zákon o zdravotných poisťovniach).

Do 31. decembra 2005 boli v tomto zákone ustanovenia §6 ods.2 a 8: „Ak zdravotná poisťovňa nie je schopná uhrádzať zdravotnú starostlivosť v čase jej splatnosti, je povinná vytvoriť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Ak zdravotná poisťovňa vytvorí takýto zoznam, je povinná ho viesť podľa jednotlivých chorôb. Ak je v tomto zozname zaradený najmenej jeden poistenec a zdravotná poisťovňa dosiahla v príslušnom kalendárnom roku, v ktorom zaradila poistenca do zoznamu, kladný hospodársky výsledok (t.j. zisk), je povinná finančné prostriedky vyplývajúce z tohto výsledku použiť na zdravotnú starostlivosť poistencov zaradených do zoznamu, a to až do výšky 100% (zisku).“ A podľa §8 ods.2 zákona o zdravotných poisťovniach je splatnosť úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť 30 dní.

Je zrejmé, že reálna aplikácia tohto ustanovenia by mala pre pacientov (ale i pre poskytovateľov) zásadný efekt: pri všetkých chorobách by bola zdravotná poisťovňa povinná (donútená) uhrádzať zdravotnú starostlivosť priebežne – aby nevznikali zoznamy čakajúcich poistencov. Pretože inak hoci aj celý zisk zdravotnej poisťovne musel byť použitý na zabezpečenie ich zdravotnej starostlivosti! Zisk mohol ostať zdravotnej poisťovni len v prípade, že mala uhradenú všetku poskytnutú zdravotnú starostlivosť (teda v rozsahu ako

stanovuje zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, ďalej len zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti) v termíne splatnosti. Avšak všetci vieme, že k praktickej realizácii týchto ustanovení vlastne nikdy nedošlo.

Čo je tiež dosť podstatné, súčasne by tieto ustanovenia dôrazne obmedzovali zdravotné poisťovne nenáležite uprednostňovať niektorých poskytovateľov na úkor iných, pretože by u tých „nepreferovaných“, úplne prirodzene, vznikali zoznamy čakajúcich poistencov a teda by si táto zdravotná poisťovňa zisk nemohla ponechať a hoci aj celých 100% by bola povinná použiť pre týchto poistencov.

Toto legislatívne obdobie *prvého obmedzenia zisku* pre zdravotné poisťovne trvalo od 1.1.2005 do 31.12.2005 a novelou č. 660/2005 Z.z., prijatou tou istou Národnou radou SR (ďalej len národná rada), boli tieto ustanovenia ohľadom nakladania so ziskom, vytvoreným z peňazí (aj) poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, úplne zrušené.

A možno si viacerí spomenú, ako si akcionári istej zdravotnej poisťovne v roku 2006 v podstate obratom prisvojil zisk vo verejnom zdravotnom poistení už za spomínaný rok 2005 vo výške 2 miliardy Sk (teda cca 66 miliónov €).

## **II. (Druhé obmedzenie zisku)**

Na danú situáciu reagovala v roku 2007 vtedajšia politická moc prijatím novely zákona o zdravotných poisťovniach č. 530/2007 Z.z., ktorá v §15 ods.6 ustanovovala: „Ak je pri verejnom zdravotnom poistení výsledkom hospodárenia kladný výsledok, možno ho použiť len na úhrady zdravotnej starostlivosti, a to najneskôr do konca kalendárneho roka nasledujúceho po kalendárnom roku, za ktorý sa kladný hospodársky výsledok vytvoril, spôsobom, ktorý by ... nebol v rozpore s povinnosťou zdravotnej poisťovne uhrádzať poskytnutú zdravotnú starostlivosť riadne a včas.“ Treba otvorene priznať, že týmto ustanovením došlo k faktickej zmene zdravotných poisťovní na akoby neziskové organizácie. Na druhej strane sa dá považovať za nanajvýš zvláštne, že by štátna moc nemohla suverénne rozhodovať o tom, ako sa bude nakladať s verejnými prostriedkami. Je totiž nespochybniteľné, že zdravotné poisťovne vo verejnom zdravotnom poistení hospodária s verejnými prostriedkami, čo je zrejme už z právnej úpravy platnej v r. 2005 – §40a zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, ale i z osobitných predpisov, napr. zákona 523/2004 Z.z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy.

Súčasne §56 ods.1 Obchodného zákonníka priamo umožňuje, že by a.s. bola založená aj za iným účelom ako za účelom vytvorenia zisku.

Napriek tomu na túto novelu reagovala skupina poslancov návrhom na Ústavný súd SR (ďalej len ústavný súd) na začatie konania o súlade uvedeného ustanovenia s viacerými článkami Ústavy SR (ďalej len ústava). I keď toto *druhé obmedzenie zisku* malo dlhšie trvanie, ústavný súd uvedené ustanovenie §15 ods.6 v konaní PL.ÚS 3/2009 označil za protiústavné a tak sa dňom 24.3.2011 stalo neúčinným. (Pozri aj ďalej.)

### **III. (Tretie obmedzenie zisku)**

Najprv trochu odbočíme. Do r. 2005 zdravotné poisťovne hospodárili s prostriedkami rozdelenými do štyroch fondov: základný, rezervný, účelový a správny. Pri transformácii zdravotných poisťovní na a.s. sa prostriedky určené na úhradu zdravotnej starostlivosti (teda zo základného, účelového a rezervného fondu dovtedajších zdravotných poisťovní) nezapočítavali do vlastného imania transformovaných zdravotných poisťovní. Správny fond áno, čo bolo prirodzené, keďže z tohto fondu zdravotná poisťovňa hradila svoju vlastnú činnosť a správu. Taktiež boli oddelené prostriedky získané z verejného zdravotného poistenia a vlastné zdroje zdravotnej poisťovne, čo by malo byť tiež prirodzené, keďže prvé považujeme za verejné prostriedky a druhé môžeme považovať aj za súkromné prostriedky.

Právna úprava platná a účinná od 1.1.2005 v §14 ods.2-4 zákona o zdravotných poisťovniach však toto ekonomicky i právne opodstatnené oddelenie zdrojov z verejného zdravotného poistenia od vlastných zdrojov zrušila a za vlastné zdroje zdravotnej poisťovne určila majetkové hodnoty (v jednom „balíku“): splatené základné imanie, rezervný fond, kapitálové fondy, nerozdelený zisk minulých rokov a zisk bežného účtovného obdobia (teda aj verejné zdravotné poistenie, ktoré sa nepoužilo na úhradu zdravotnej starostlivosti).

Z uvedeného sa javí, akoby sa príjem zdravotnej poisťovne z verejného zdravotného poistenia sa stával jej súkromným vlastníctvom; a tak môže s ním úplne voľne nakladať. Pritom takýto výklad je nanajvýš diskutabilný, keďže z neho vyplýva dosť protirečivý inštitút: „súkromné vlastníctvo verejných prostriedkov“. Každopádne viacerí, a to nielen akcionári zdravotných poisťovní (pozri ďalej), si toto vyložili naozaj tak, že verejné prostriedky verejného zdravotného poistenia sú súkromným vlastníctvom zdravotných poisťovní.

Vráťme sa späť. Spomínaná novela 530/2007 Z.z. zaviedla ešte jedno ustanovenie, a to v §15 ods.5, ktoré napadnuté na ústavnom súde nebolo a ktoré tak stále bolo v platnosti. V tomto ustanovení sa zreteľne už aj evidenčne oddelili od seba prostriedky verejného zdravotného poistenia a prostriedky určené na prevádzkovú činnosť, takže bolo možné zistiť hospodársky výsledok (zisk alebo stratu) za každú časť samostatne a každý fond (poistný i prevádzkový) tak išiel vo vlastnom režime. Následne bola prijatá ďalšia novela zákona o zdravotných poisťovniach (č. 581/2008 Z.z. účinná od 1. januára 2009), kde bol zmenený §14 zákona o zdravotných poisťovniach tak, že prijaté prostriedky verejného zdravotného poistenia, avšak nepoužité na úhradu zdravotnej starostlivosti ako výdavok (teda účtovne zisk), už neboli priamo zákonom o zdravotných poisťovniach určené za vlastné zdroje zdravotnej poisťovne.

Uvedený legislatívny rámec sa javil (aj po vypustení sporného ustanovenia §15 ods.6 na základe nálezu ústavného súdu), že oddelením analytickej evidencie pre verejné zdravotné poistenie a pre jeho správu, spolu s vypustením ustanovenia o vlastných zdrojoch zdravotnej poisťovne, je schopný (a to popri zachovaní „práva na zisk“) zabezpečiť maximalizáciu zdrojov z verejného zdravotného poistenia, ktoré sa dostanú prostredníctvom poskytovateľov späť k poistencovi-pacientovi. Keďže podrobnosti o postupoch účtovania zdravotných poisťovní vydáva Ministerstvo financií SR opatrením, máme za to, že úprava metodiky účtovníctva pre zdravotné poisťovne v tomto zmysle by neznamerala žiaden vážnejší problém a korešpondovala by s uvedenými zákonmi. Samozrejme, bolo by potrebné dôsledne uplatňovať aj zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení (ďalej len zákon o zdravotnom poistení) a do účtovníctva zdravotných poisťovní zahrnúť všetky neuhradené záväzky: nielen zmluvné záväzky v zmysle zákona o zdravotných poisťovniach, ale aj zákonné záväzky (voči poistencom) vyplývajúce zo zákona o zdravotnom poistení a zo zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti.

Avšak ani táto (účtovnícka) regulácia zisku nemala príliš dlhé trvanie. Na základe Ministerstvom zdravotníctva SR predloženej novely 34/2011 Z.z. národná rada opäť schválila (v §14 ods.3), že prostriedky z verejného zdravotného poistenia nepoužité na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, boli zaradené medzi vlastné zdroje zdravotnej poisťovne, v zákone bola zrušená metodika oddelenej analytickej evidencie účtovania vo verejnom zdravotnom poistení a v súvislosti so správou, ba dokonca sa v národnej rade schválilo (vraj len ako technicko-

legislatívne opatrenie) vypustenie §40a zo zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, ktorý už od roku 2005 jednoznačne stanovoval, že zdravotné poisťovne hospodária s verejnými prostriedkami! Tieto zmeny boli účinné od 1. apríla 2011 a tak skončilo *tretie obmedzenie zisku*. (Pozn.: Aktuálna právna úprava je síce opäť zmenená, avšak keďže nedošlo k paradigmatickým zmenám, nedá sa povedať, že by priniesla nejaký efekt, keď *obmedzenie zisku* je opäť predmetom programového vyhlásenia vlády.)

#### **IV. (Zásah do vlastníckeho práva)**

Nie je cieľom tohto príspevku analyzovať vyššie spomínaný nález ústavného súdu, hoci ho považujeme za problematický vo viacerých aspektoch, napr. pri ústavno-právnom výklade predmetnej právnej úpravy použil len striktný gramatický a problematický historický výklad, pričom absolútne opomenul logický a systematický výklad; napriek tomu, nálezy ústavného súdu sa majú rešpektovať. Avšak pre potreby tohto príspevku je nevyhnutné sa pozastaviť pri jednom aspekte, a to zrejmej jednostrannosti pohľadov pri rozhodovaní ústavného súdu v danej veci.

Ústavný súd pomerne podrobne analyzuje základné ľudské právo zdravotných poisťovní, a to ich vlastnícke právo. Priamo konštatuje, že národná rada prijatím ustanovenia §15 ods.6 zákona o zdravotných poisťovniach vykonala zásah do vlastníckeho práva zdravotných poisťovní bez akejkoľvek kompenzácie. A že tieto skutočnosti naznačujú, že išlo o zásah, ktorý nerešpektoval limity vyplývajúce z čl.20 ods.1 a 4 ústavy. Spomenuté články ústavy konštatujú, že vlastnícke právo každého má rovnaký zákonný obsah a ochranu; a že vyvlastnenie alebo nútené obmedzenie vlastníckeho práva je možné iba v nevyhnutnej miere a vo verejnom záujme, a to na základe zákona a za primeranú náhradu.

Aj autor tohto príspevku musí mesačne zaplatiť niektorej z troch (predtým niektorej zo šiestich) zdravotných poisťovní nie malú čiastku zo svojich zarobených peňazí, zo svojho majetkového vlastníctva, a to dokonca pod hrozbou trestu odňatia slobody. A to sa bez zásadných pochybností dá nazvať vyvlastnením či núteným obmedzením vlastníckeho práva. Avšak zisk zdravotných poisťovní jasne poukazuje, že to nie je iba v nevyhnutnej miere, že to nie je vo verejnom záujme (zisk je záujmom súkromným), hoci je to na základe zákona. (A je slovenská realita v poskytovaní zdravotnej starostlivosti naozaj primeranou náhradou?)

Navrhujúca skupina poslancov ústami svojho právneho zástupcu pred ústavným súdom k tomuto jasne uvádzala: „Súkromné zdravotné poisťovne treba považovať za podnikateľské subjekty, pričom poistné z verejného zdravotného poistenia je vlastníctvom zdravotných poisťovní.“ No v takom prípade slovenská realita – zdravotné poisťovne ako a.s. založené za účelom vytvorenia zisku – zásadným spôsobom nerešpektuje limity vyplývajúce z čl.20 ods.1 a 4 ústavy, avšak tu to platí voči platiteľom zdravotného poistenia (SZČO, zamestnancom, ale i zamestnávateľom; mimochodom, toto zamestnávateľským zväzom neprekáča – povinnosť platiť inému podnikateľovi pre jeho zisk?). Ústavný súd sa s týmto rozporom vysporiadal naozaj „fiškálny“, hoci jasne konštatoval nedostatočnú legislatívnej „skĺbenosť“ pôvodného znenia zákona o zdravotných poisťovniach s inými právnymi predpismi: „Úlohou ústavného súdu v danom prípade ale nie je posudzovanie legislatívnych (pozn. – a teda i ústavných) nedostatkov pôvodného znenia zákona o zdravotných poisťovniach, ale ústavnej akceptovateľnosti právnej úpravy zavedenej jeho novelizáciou.“

Preto si dovoľíme tvrdiť, že kým tento neprijateľný stav bude trvať – nútené obmedzovanie vlastníckeho práva ľudí (prirodzene aj zamestnávateľov) v súkromnom záujme a.s., v miere prevyšujúcej mieru nevyhnutnú (teda popri nákladoch na správu ešte plus zisk) a bez akejkolvek (spolu)zodpovednosti zdravotných poisťovní, a.s., za poskytovanú zdravotnú starostlivosť, akékoľvek *obmedzovanie zisku* sa môže skončiť nanajvýš kozmetickou úpravou.

### **V. Nielen obmedzenie zisku**

Tu si naozaj treba uvedomiť, že „kreatívnych“ spôsobov, ako „odliat“ verejné (teda v podstate cudzie) prostriedky na súkromné účty, je viac a niektoré už aj boli použité; nie je to len zisk a dividenda. Stačí spomenúť zníženie základného imania o 1,9 miliardy Sk (63 mil. €) v r. 2008 akcionármi jednej zo zdravotných poisťovní, kedy ešte boli *vlastné zdroje* (teda aj verejné prostriedky získané z verejného zdravotného poistenia) „zmiešané“ v jednom „balíku“. Podobne sa „stráca“ cca 420 mil. €, na ktoré mal istým akcionárom vzniknúť nárok pri spájaní dvoch zdravotných poisťovní, a.s. Tu bol mechanizmus taký, že sa ocenil prevádzaný poistný kmeň. Pritom platí (v podstate je to známe už od r. 2008), že poistný kmeň nemôže byť majetkom zdravotnej poisťovne, a rovnako ním nemôže byť ani odplata za prípadný odplatný prevod poistného kmeňa, lebo „vykonávanie zdravotného poistenia je činnosťou vo verejnom záujme, pri ktorej sa hospodári s

verejnými prostriedkami a nie s vlastným majetkom zdravotných poisťovní“. (Rozsudok NS SR Sžso/40/2012).

Takéto niečo by podľa nášho názoru človeku – teda bežnej fyzickej osobe – neprešlo. Akciová spoločnosť ako korporácia je právnická osoba, no a korporácie trestne zodpovedné nie sú. A ešte by sme podotkli, že čiastky „vytiahnuté“ z verejného zdravotného poistenia sú aj výdavkami štátneho rozpočtu, takže majú priamy vplyv aj na jeho deficit. Takže na záver už len jedna citácia z dôvodovej správy k zákonu o zdravotných poisťovniach: „Skutočnosť, že sa tak dôležitá činnosť, akou je zdravotné poistenie, zveruje práve spoločnostiam súkromného práva, je odôvodnená potrebou vytvoriť právne prostredie a podmienky, ktoré zaručia, že zdravotné poistenie bude vykonávané odborne, účelne a efektívne, že bude zabezpečená primeraná ochrana proti defraudácii finančných prostriedkov určených na verejné zdravotné poistenie a proti zneužitiu osobných údajov.“

Miroslav Pavlák, uverejnené: Zdravotnícke noviny č. 21/2016, vyžiadaný príspevok, uverejnené pod názvom: *Obmedzenie ziskov poisťovní – nihil novum*