

## Zisk zdravotných poisťovní – čo s ním?

Vývoj v zdravotníctve za posledné tri roky ukazuje na hlbokú nedokonalosť platnej zdravotníckej legislatívy, rozporuplnosť a účelovosť jej zákonných ustanovení a tieto „diery“ sú následne vyplňané i navzájom si odporujúcimi právnymi interpretáciami. Otázky pluralizmu zdravotného poistenia, použitia zisku zdravotnou poisťovňou či výšky výdavkov poisťovne na prevádzku by nevyvolávali také antagonistické reakcie, ak by boli dôsledne a jasne upravené v zákone. Problematikou iba jednej zdravotnej poisťovne sa nebudem zaoberať, rôzne štátne inštitúcie už prezentovali svoje výhrady. Stručne sa dá povedať, že MZ SR zatiaľ nepredložilo pádne argumenty, ktoré by oprávňovali závažným spôsobom meniť pluralitný systém, ktorý sa tu vyvíja už viac ako pätnásť rokov.

Ak chceme hovoriť o zákaze tvorby „zisku“ pre zdravotné poisťovne, musíme najprv zdefinovať, čo pod tým rozumieme. Obchodný zákonník ani zákon o účtovníctve neobsahujú legálnu definíciu zisku. Pojem „zisk“ je opozitum pojmu „strata“ a jeho význam je: kladný výsledok podnikania, hospodárenia, obchodu. Dúfam, že nik nechce, aby zdravotné poisťovne nemohli mať kladný hospodársky výsledok, čo je z lexikálneho hľadiska synonymum slova zisk. Takže fundamentom nie je, či zdravotná poisťovňa môže alebo nemôže vytvoriť zisk, ale ako s týmto ziskom naložiť. A záväzný právny predpis môže určiť, ako so ziskom naložiť, pretože sa jedná o **verejné financie**. A tu je kameň úrazu! Sú prostriedky, ktoré zdravotná poisťovňa získa zo zaplateného poistného, jej súkromnými financiami, s ktorými môže nakladať ako so svojím majetkom, alebo ide o verejné financie, s ktorými môže zdravotná poisťovňa disponovať len tak, ako jej určí štát? K záveru, že sa jedná o verejné financie, vedú dva dôvody, prvý nazvem všeobecným a druhý individuálnym.

Zák. 523/2004 Z.z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy definuje verejné prostriedky ako finančné prostriedky, s ktorými hospodária právnické osoby verejnej správy. Podľa §3 ods.1 sú subjektami verejnej správy právnické osoby zapísané v registri organizácií vedenom Štatistickým úradom SR a zaradené vo verejnej správe v súlade s jednotnou metodikou platnou v EÚ a sú to právnické osoby v ústrednej správe, územnej samospráve a **vo fondoch sociálneho a zdravotného poistenia**. I keď zák. 523/2004 Z.z. definuje verejné prostriedky a subjekty verejnej správy pre svoje vlastné účely, nie je dôvod sa domnievať, že pre zák. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach tieto legálne definície neplatia. Práve naopak, §11 ods.1 písm.d) zák. 581/2004 Z.z. priamo naväzuje na zák. 523/2004 Z.z., čím potvrdzuje platnosť vyššie uvedených legálnych definícií aj pre tento zákon. Podľa tohto ustanovenia je zdravotná poisťovňa povinná predkladať MZ SR, MF SR a ÚDZS návrh svojho rozpočtu a obchodno-finančného plánu a ďalšie údaje potrebné **na účely zostavenia rozpočtu verejnej správy a hodnotenia plnenia rozpočtu verejnej správy**, vrátane údajov o príjmoch a výdavkoch s uvedením finančných tokov **k ostatným subjektom verejnej správy**. Tu je potrebné zdôrazniť slovné spojenie „ostatné subjekty verejnej správy“. Z gramatického, logického i systematického výkladu vyplýva, že tento zákon považuje i zdravotnú poisťovňu za subjekt verejnej správy (ostatný = zostávajúci z nejakého celku). Ak by zák. 581/2004 Z.z. nepovažoval zdravotnú poisťovňu za subjekt verejnej správy, znenie ustanovenia by bolo: „.... s uvedením finančných tokov **k subjektom verejnej správy**.“

Aj z obsahu iných oprávnení a povinností zdravotnej poisťovne vyplýva verejnoprávny charakter. Podľa §9 ods.1 zák. 581/2004 Z.z. zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorým uhrádza úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť

a má právo vykonať kontrolu kedykoľvek a bez predchádzajúceho oznámenia. No v obchodnom styku, ktorý má súkromnoprávny charakter, nebýva zvykom, aby dodávateľ služby alebo tovaru býval kontrolovaný odberateľom z pozície moci, kedykoľvek, vrátane kontroly „technologických“ postupov a účtovných dokladov. Obdobné kontrolné právomoci má aj ÚDZS, a to je orgán štátnej správy.

Zatiaľ som v médiách nezachytil, ako majú zdravotné poisťovne v úmysle použiť zisk. Podľa ustanovení §11 ods.1 písm.b) a ods.3 písm.c) zák. 581/2004 Z.z. je zdravotná poisťovňa povinná predložiť MZ SR, MF SR a ÚDZS najneskôr do šiestich mesiacov po uplynutí kalendárneho roka výročnú správu o hospodárení, ktorá obsahuje okrem iného aj návrh na rozdelenie zisku alebo vysporiadanie straty. Takže výročná správa **neobsahuje informáciu o rozdelení zisku ale návrh**, ktorý je smerovaný k uvedeným štátnym inštitúciám. Z toho logicky vyplýva, že štátne inštitúcie buď návrh schvália, pozmenia alebo neschvália. To, že zákon neobsahuje procesné ustanovenia pre schvaľovanie návrhu, neznamená, že zisk môže zdravotná poisťovňa použiť svojvoľne.

A teraz individuálny dôvod. Podľa zák. 580/2004 Z.z. som povinne zdravotne poistený, takže štát mi ukladá povinnosť platiť povinné zdravotné poistenie, dokonca pod hrozbou trestnoprávnej sankcie (viď §276 Trestného zákona – skrátenie dane a poistného). Ako môže reagovať platiteľ (SZČO), ktorý si zdravotné poistenie zaplatí a potom zistí, že štát ho síce zaviazal odovzdať peňažné prostriedky, pôvodne v jeho vlastníctve, no (súkromná?) zdravotná poisťovňa ich bez jeho vedomia a súhlasu dala nejakej inej súkromnej osobe vo forme dividend? Môže sa s tým zmieriť. Môže reagovať zmenou poisťovne, ale nie okamžite a zmysluplne (t.j. trhovo), keďže zdravotnú poisťovňu možno zmeniť len raz za rok. Alebo môže skrátiť poistné (presne o percento zisku), pretože má za to, že je

neprípustné, aby si pôvodne **jeho vlastné** peňažné prostriedky privlastnila iná osoba a tie boli použité iným spôsobom, ako predpokladal, teda na úhradu zdravotnej starostlivosti a určitá časť na správu poisťovne. Pravdepodobne by nasledovalo súdne konanie, kde by poisťovňa ako navrhovateľ žiadala od odporcu vyrovnať nedoplatok. A odporca by skúsil argumentovať porušením svojich ústavných práv, pretože čl.20 ods.4 Ústavy SR uvádza, že nútené obmedzenie vlastníckeho práva (t.j. povinnosť odvieť vlastné peniaze do zdravotnej poisťovne) je možné len v nevyhnutnej miere a vo verejnom záujme. A **vyplatenie dividend pre akcionárov sa za verejný záujem nedá nepovažovať**.

Z týchto dôvodov treba považovať financie vo verejnom zdravotnom poistení i v rámci dnešnej legislatívy za financie verejné, t.j. podliehajúce regulácii. Ústavné i ostatné zákony definujú poskytovanie zdravotnej starostlivosti na základe **verejného zdravotného poistenia** (povinného a dobrovoľného) a individuálneho zdravotného poistenia, ktoré dáva priestor na komerčné ziskové aktivity. Z tohoto pohľadu avizované medzinárodné arbitráže by nemali byť pre Slovenskú republiku problémom. Ignoratio iuris non exculpa. Nevieť si predstaviť súdnu inštitúciu EÚ, ktorá by na seba vzala riziko, že v krajinách EÚ s pluralitným zdravotným poistením sa zdravotné poisťovne na základe jej judikátu rozhodnú, že majú právo na „primeraný zisk“.

V tejto súvislosti je potrebné dotknúť sa výdavkov na prevádzkové činnosti. Novelou 522/2006 Z.z. bol do zák. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach zakomponovaný §6a, ktorý upravoval výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne, a to najviac do výšky 4%. Bola to racionálna reakcia na výrazné a nekorektné zvyšovanie výdavkov poisťovní na vlastnú rėžiu. Popri tom, čo bolo uvedené vyššie, mám za to, že zdravotné poisťovne majú nárok na odmenu (inak by pluralitný systém

nemal zmysel). A touto odmenou je percento z vybratého poistného pred prerozdelením. Musí byť však stanovené presne (t.j. nie maximálne 4%, ale presne 4%). Tieto finančné prostriedky sa prirodzene stanú majetkom poisťovne a zdravotná poisťovňa ich použije na svoju správu. Ak dokáže poisťovňa vlastnou efektívnosťou ušetriť finančné prostriedky, môže ich rozdeliť vo forme dividend, pretože už by sa nejednalo o verejné financie, ale o súkromné. Poisťovne totiž musia racionalizovať **svoju** prevádzku a poskytovatelia svoju. Je hlúposť pri dvoch nezávislých subjektoch (donedávna obchodných) tvrdiť, že zdravotné poisťovne „racionalizujú“ poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako to bolo donedávna. Dať poskytovateľovi menšiu úhradu sa nedá nazývať racionalizáciou a zvyšovaním efektivity. Tu je potrebné dať na správnu mieru občas až demagogické tvrdenia ohľadom zisku lekární, distribučných spoločností, rôznych poskytovateľov vo forme s.r.o., prípadne nemocníc vo forme a.s. a pod. Distribútori a lekárne majú **pevne stanovenú „maržu“**. Takže ak chcú vytvárať zisk, musia byť efektívni, rozvíjať rôzne komerčné aktivity – veď keď vojdete do lekárne, zistíte, že okrem liekov na predpis si tam môžete kúpiť vitamíny, kozmetiku, homeopatiká a pod. A rôzne jednoosobové alebo máloosobové s.r.o. sú založené na tom, že spoločníci (zvyčajne lekári) za svoje konkrétne zdravotnícke výkony nepoberajú mzdu, ale rozdelia si zisk spoločnosti. A čo sa týka zisku nemocníc ako a.s., v jednej som pracoval, a skončila v konkurze.

Aktivita MZ SR, len niekoľko mesiacov od novely, znížiť 4% na 3% vzbudzuje pochybnosti o racionalite tohto riešenia. V prvom rade MZ SR ešte nemôže zaručiť, že o 1% vyšší objem finančných prostriedkov bude poskytnutý na zdravotnú starostlivosť. Taktiež treba povedať, že dôjde k zníženiu finančných prostriedkov určených na prevádzkové činnosti u jednotlivých poisťovní nárazovo (nie postupne) až o 25%. To môže mať za

následok, že ministerstvu sa podarí vytlačiť z trhu nielen neštátne zdravotné poisťovne, ale aj štátne zdravotné poisťovne. A v prípade, ak by vznikla potreba sanovať Všeobecnú zdravotnú poisťovňu štátom, z dôvodu neprimeraných podmienok na trhu zdravotného poistenia by hrozba medzinárodných žalôb mohla byť reálna. Takže väčšia opatrnosť by tu bola namieste.

*Miroslav Pavlák, Zdravotnícke noviny 32/2007, uverejnené pod názvom: „Čo so ziskom zdravotných poisťovní“.*