

Bola vôbec potrebná novela zákona o zdravotných poisťovniach, ktorá reagovala na nález Ústavného súdu o tzv. „zákaze zisku“?

V tomto príspevku som si dovoľil zamyslieť sa, nakoľko a či vôbec bola potrebná „urgentná“ novela 250/2011 Z.z. zákona 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach po náleze Ústavného súdu SR (ďalej len ÚS) PL.ÚS 3/2009 (známejšom ako „rozhodnutie ÚS o protiústavnosti zákazu zisku zdravotných poisťovní), čo spolu s novým zákonom o liekoch a zdravotníckych pomôckach boli v podstate jediné záležitosti v rezorte zdravotníctva, ktoré v minulom roku zaujímali Ministerstvo zdravotníctva SR (ďalej len MZ), vládu a parlament (pardón, aby som nezabudol na vyhlásenie núdzového stavu k 1. decembru 2011, keďže štátni predstavitelia si takmer rok nevšimli, čo sa v zdravotníctve deje).

Hneď na úvod je potrebné zdôrazniť, že legislatívny vývoj v zdravotníctve a v zdravotnom poistení je veľmi nestály, neistý, a preto je veľmi dôležité veci hodnotiť z pohľadu legislatívy platnej v danom čase; no a aké boli či sú skutočné úmysly predkladateľov zákonov a ich noviel a schvaľujúcich poslancov Národnej rady SR (ďalej len NR) – teda zákonodarcu, nechám na názor čitateľa po prečítaní tohto príspevku. Takže poďme trocha do histórie. Od 1. januára 2005 bol účinný tzv. „balíček zdravotníckych zákonov“ nazývaných aj „reforma zdravotníctva“. Zdravotné poisťovne zmenili svoju právnu formu na akciové spoločnosti (ďalej len a.s.), na ktoré sa však vzťahovali viaceré právne normy (uvádzam len niektoré a len skrátené názvy zákonov v znení platnom v roku 2005):

1) Zdravotná poisťovňa je a.s. so sídlom na území SR založená **na účely verejného zdravotného poistenia** (§2 ods.1 zákona o zdravotných poisťovniach).

2) Kategorizácia chorôb, liečiv, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín sa vykonáva tak, aby **verejné prostriedky, s ktorými hospodária zdravotné poisťovne**, postačovali na úhradu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia (§40a zákona 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti).

3) Verejné prostriedky možno použiť na účely, ktoré sú v súlade s osobitnými predpismi. **Subjektmi verejnej správy sú právnické osoby (aj vo fondoch zdravotného poistenia** (§19 ods.1 a §3 ods.1 zákona 523/2004 Z.z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy).

4) **Poistenec má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti** v rozsahu ustanovenom zákonom o rozsahu zdravotnej starostlivosti. A **zdravotná poisťovňa je povinná zabezpečiť poistencovi zdravotnú starostlivosť** v takomto rozsahu (§9 ods.1 a §25 ods.2 zákona 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení).

Avšak istí akcionári zdravotných poisťovní nepokladali vyššie uvedené normy za podstatné, ale za fundamentálne a najdôležitejšie považovali iné právne normy:

5) **Na zdravotné poisťovne sa vzťahuje Obchodný zákonník**, ak tento zákon neustanovuje inak (§2 ods.2 zákona o zdravotných poisťovniach).

6) **Akcionár má právo na podiel zo zisku spoločnosti (dividendu)**, ktorý valné zhromaždenie podľa výsledku hospodárenia určilo na rozdelenie (§178 ods.1 Obchodného zákonníka).

Položme si otázku: Prečo je možné vyplácať dividendy (teda naplňať súkromný záujem akcionára) priamo z verejných zdrojov? Čiastočnú odpoveď nám dáva §14 ods.2-4 zákona o zdravotných poisťovniach: **Vlastné zdroje** zdravotnej poisťovne sú uvedené majetkové hodnoty:

- a) splatené základné imanie,
- b) rezervný fond
- c) kapitálové fondy,
- d) **nerozdelený zisk minulých rokov,**
- e) **zisk bežného účtovného obdobia.**

Dávam do pozornosti najmä body *d)* a *e)*. Zisk, teda kladný hospodársky výsledok, je iba vyjadrením kladnej hodnoty rozdielu medzi príjmami a výdavkami (výnosmi a nákladmi) zdravotnej poisťovne; a strata, naopak, je len vyjadrením zápornej hodnoty. Z uvedeného sa teda zdá, že zákonodarca akoby určil, že príjem zdravotnej poisťovne z verejného zdravotného poistenia sa stáva jej súkromným vlastníctvom (vlastným zdrojom majetku). Pritom takýto výklad je gramaticky i logicky nanajvýš diskutabilný ako *contradictio*

in adjecto: „súkromné vlastníctvo verejných prostriedkov“ – avšak tento aspekt zákona doteraz žiadna relevantná inštitúcia v SR neskúmala a neriešila. A z právnych noriem upravujúcich formálnu stránku účtovníctva vyvodzovať právo súkromného vlastníctva nie je príliš náležité. Každopádne istí akcionári zdravotných poisťovní si uvedené ustanovenie vyložili naozaj tak, že verejné prostriedky verejného zdravotného poistenia sú súkromným vlastníctvom (no paradoxne nie platiteľov poistného, ale zdravotnej poisťovne), čo malo za následok, že títo akcionári mali za rok 2005 vyplatené dividendy vo výške 2 mld (miliardy) Sk (informácia MZ).

Avšak pozrime sa trochu na rok 2005, za ktorý boli predmetné dividendy z účtovného zisku vyplatené. Príjmy zdravotných poisťovní boli vo výške 71,2 mld Sk, poskytovateľmi voči zdravotným poisťovniam vyfakturované a medicínsky uznané ako oprávnené boli výkony za 65,5 mld Sk, avšak preplatené boli len vo výške 64,7 mld Sk. Takže v podstate poskytovatelia v roku, za ktorý boli vyplatené dividendy z verejného zdravotného poistenia, „zaúverovali“ zdravotné poisťovne a ich akcionárov sumou približne 0,8 mld Sk (763 miliónov Sk – zdroj ÚDZS; a to ide o sumu pri podhodnotenom bode i podhodnotenej výške úhrady za ukončenú hospitalizáciu) s nevyhnutným následkom – nárastom svojho vlastného dlhu, pochopiteľne najmä nemocníc. A ak sa na vec pozrieme, i keď trochu zjednodušene, z pozície platiteľa-poistenca-pacienta-spotrebiteľa (v zmysle vyššie uvedeného bodu 4), ktorý často nie je spokojný, akú zdravotnú starostlivosť mu zabezpečila zdravotná poisťovňa, tento „zaúveroval“ zdravotné poisťovne a ich akcionárov len v roku 2005 čiastkou 6,5 mld Sk.

Avšak z tohto pohľadu zjavne nejde o vlastné zdroje krytia majetku, ale fakticky o cudzie zdroje (z nesplnených záväzkov) – a teda ku ktorým nemá zdravotná poisťovňa absolútne právo súkromného vlastníctva. Ešte jedna poznámka z dôvodovej správy k zákonu: „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.“

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, a spôsobom, ktorý by neohrozoval sústavné a účinné plnenie povinnosti zdravotnej poisťovne zabezpečovať pre poistencov dostupnosť zdravotnej starostlivosti podľa tohto zákona a nebol by v rozpore s povinnosťou zdravotnej poisťovne uhrádzať poskytnutú zdravotnú starostlivosť riadne a včas.“ Treba úprimne povedať, že týmto ustanovením došlo k faktickej zmene zdravotných poisťovní na neziskové organizácie. Na túto novelu reagovala skupina poslancov vtedajšej opozície návrhom na ÚS na začatie konania o súlade uvedeného ustanovenia s viacerými článkami Ústavy SR (vrátane niektorých medzinárodných právnych aktov). Kým sa dostanem k nálezu ÚS, ktorého výsledky sa do značnej miery účelovo interpretujú, dovoľm si pár citácií z tohoto nálezu:

A) Podľa právneho zástupcu skupiny poslancov (pozn. navrhovateľov): „Súkromné zdravotné poisťovne treba považovať za podnikateľské subjekty, pričom poistné z verejného zdravotného poistenia je vlastníctvom zdravotných poisťovní.“

B) Podľa vlády (pozn. R. Fica): „Prijatou novelou sa v prvom rade zosúladiť vnútroštátna legislatíva, odstránila nesprávna aplikačná prax, spočívajúca najmä v navodení stavu, že povinné odvody na verejné zdravotné poistenie sa dňom pripísania na účet zdravotnej poisťovne stávajú automaticky jej súkromným vlastníctvom, s ktorým môže zdravotná poisťovňa voľne nakladať, podľa uváženia majiteľov – akcionárov zdravotných poisťovní.“

C) ÚS: „Podľa Obchodného zákonníka (§56 ods.1) v danom prípade ... možno v zásade dospieť k dvom odlišným záverom. Výsledkom interpretácie môže byť právny záver, v zmysle ktorého je zdravotná poisťovňa síce

právnym subjektom založeným aj za iným účelom, teda na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia, ale zároveň ide aj o právny subjekt založený na účely podnikania. A naopak, možno dospieť aj k záveru, že zdravotná poisťovňa je právnym subjektom založeným na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia, t. j. taký, ktorý nebol založený na účely podnikania.“

D) ÚS: „V prospech právneho záveru skupiny poslancov možno argumentovať tzv. historickým výkladom, teda poukazom na príslušne časti dôvodovej správy k vládnemu návrhu zákona o zdravotných poisťovniach: **Zdravotné poisťovne ako podnikateľské subjekty v trhovom prostredí budú motivované na znižovaní nákladov možnosťou vytvárania zisku, ktorý bude závisieť od znižovania nákladov pri „nákupe“ zdravotnej starostlivosti** ... a na znižovaní nákladov na prevádzku zdravotných poisťovní na strane druhej.“

E) ÚS: „Právne názory obsiahnuté v stanoviskách vlády predstavujú tiež jednu z možných a v zásade ústavne konformnú interpretáciu, ktorej argumentácia je založená predovšetkým na tvrdení o nedostatočnej legislatívnej „skĺbenosti“ pôvodného znenia zákona o zdravotných poisťovniach s inými právnymi predpismi (napr. zákonom o rozpočtových pravidlách verejnej správy, zákonom o zdravotnom poistení či zákonom o rozsahu zdravotnej starostlivosti). Táto argumentácia má aj podľa názoru ÚS racionálny základ a naznačuje **legislatívnu „nedokonalosť“ pôvodného znenia zákona o zdravotných poisťovniach. Úlohou ÚS v danom prípade ale nie je posudzovanie legislatívnych nedostatkov pôvodného znenia zákona o zdravotných poisťovniach**, ale ústavnej akceptovateľnosti právnej úpravy zavedenej jeho novelizáciou.“

F) Skupina poslancov tiež namietala: „Došlo k vyvlastneniu, resp. prinajmenšom nútenému obmedzeniu vlastníckeho práva podľa čl. 20 ods. 4 Ústavy, pričom obe formy obmedzenia vlastníckeho práva sú dovolené len po splnení kumulatívnych podmienok (nevyhnutná miera, verejný záujem, na základe zákona a za primeranú náhradu).“ Tu treba len podotknúť, že ÚS (viď bod E posledná veta), ale ani vláda, sa vo svojej argumentácii nijako nezaoberali núteným obmedzením vlastníckeho práva (a splnením

kumulatívnych podmienok), teda v podstate faktickým vyvlastnením fyzických osôb a právnických osôb – zamestnávateľov, čo povinné platby zdravotného poistného nespochybniteľne sú.

Ústavný súd napokon došiel k nálezu, ktorý formuloval takto:

I. „Došlo k obmedzeniu majetkových práv ... akcionárov súkromných zdravotných poisťovní formou zásadného obmedzenia ich možnosti disponovať s vlastnými akciami ... Zároveň došlo aj k zásadnej modifikácii obsahu ich povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, pričom išlo o taký legislatívny zásah, ktorý zásadným spôsobom **zasiahol do ich legitímnych očakávaní ...**“

II. „Došlo k ústavne neakceptovateľnému zásahu do základného práva súkromných zdravotných poisťovní podnikateľ ... vo sfére verejného zdravotného poistenia, ktoré im bolo priznané pôvodným znením zákona o zdravotných poisťovniach ..., pričom ide o legislatívne opatrenie, ktoré má charakter nepravej retroaktivity ... a ktoré zároveň nebolo nevyhnutné z hľadiska cieľa, ktorý ním zákonodarca sledoval, a je z hľadiska svojich dôsledkov zjavne **neprimerané vo vzťahu k legitímnym záujmom a legálne (zo zákona) nadobudnutým právam** súkromných zdravotných poisťovní a ich akcionárov.“

III. A na dôvažok ÚS konštatoval, že „z ústavného hľadiska je akceptovateľná aj taká právna úprava verejného zdravotného poistenia, v rámci ktorej sa pôsobenie nástrojov trhovej ekonomiky, a teda aj hospodárskej súťaže vylúči alebo výrazným spôsobom obmedzí. Zavedenie takejto organizácie verejného zdravotného poistenia preto nemožno vylúčiť ani do budúcnosti o to viac, že sa v takejto podobe uplatňuje vo viacerých štátoch EÚ. **Zásadne inou otázkou je ústavná akceptácia spôsobu, ktorým k takejto koncepčnej zmene právnej úpravy dôjde, čo tvorilo podstatu rozhodovania v tejto veci.**“

Aj keď sa to „neprávnikovi“ môže zdať zvláštne, takýto záver nie je právne zvlášť problematický vrátane toho, že ÚS sa nijako nezaoberal charakterom vlastníctva vo väzbe na povinné zdravotné poistné odvody. ÚS našej republiky vykazuje, zvyčajne, pomerne nízku mieru tzv. právneho

pozitivizmu; ÚS sa označuje aj ako tzv. negatívny zákonodarca – teda nepovie, ako má právna norma vyzeráť, ale povie ako vyzeráť nesmie; a súčasne neskúma (nemôže) ústavnosť právnych noriem, ktoré stratili platnosť. Takže ako vidno, ÚS neskúmal a nerozhodol o tom, či je alebo nie je možné (v súlade s Ústavou) priamo vyplácať dividendy z povinných platieb platcov zdravotného poistného. Jeho nález hovorí len toľko, že ak štát zákonom i reálne už raz umožnil akcionárom zdravotných poisťovní takýto postup, nemôže potom štát tento zákon len tak, mirnix-dirnix, zmeniť či dokonca zrušiť.

Uverejnením nálezu ÚS v Zbierke zákonov sa tak sporné ustanovenie §15 ods.6 dňom 24.3.2011 stalo neúčinným; a ak by (pozitívny) zákonodarca (NR), neuviedol toto ustanovenie zákona do súladu s Ústavou, stratilo by po šiestich mesiacoch platnosť. Ale povedzme si: **No a čo?**

Spomínaná novela 530/2007 Z.z. v §15 totiž zaviedla ešte jedno ustanovenie, ktoré nik nezrušil a v ktorom zreteľne už aj **evidenčne oddelila od seba prostriedky verejného zdravotného poistenia a prostriedky určené na prevádzkovú činnosť, správu** (§15 ods.5). Teda prostriedky, na ktoré sa priamo vzťahuje zákon o zdravotnom poistení (v zmysle práv a povinností platiteľov poistného a poistencov) na jednej strane, a na prostriedky, s ktorými môže zdravotná poisťovňa slobodne nakladať v súlade so zákonom o zdravotných poisťovniach (v zmysle práv a povinností zdravotných poisťovní) na strane druhej. Súčasne bola prijatá ďalšia novela zákona o zdravotných poisťovniach (č. 581/2008 účinná od 1. januára 2009), kde bol významne zmenený vyššie spomínaný §14; v intenciách tohto príspevku je najpodstatnejšie to, že **prijaté prostriedky verejného zdravotného poistenia**, avšak **nepoužité na úhradu zdravotnej starostlivosti ako výdavok** (teda účtovne zisk), neboli priamo zákonom o zdravotných poisťovniach určené ako vlastné zdroje zdravotnej poisťovne. Tu len na okraj by som uviedol, že aj 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 ich vlastného imania (správny fond áno).

Uvedený legislatívny rámec, ktorý nik nespochybnil, sa javí (aj po vypustení sporného ustanovenia §15 ods.6 na základe nálezu ÚS), že oddelením analytickej evidencie pre verejné zdravotné poistenie a pre jeho správu, spolu s vypustením ustanovenia o vlastných zdrojoch zdravotnej poisťovne, je schopný (popri „práve na zisk“) zabezpečiť maximalizáciu zdrojov z verejného zdravotného poistenia, ktoré sa dostanú prostredníctvom poskytovateľov späť k poistencovi-pacientovi. Samozrejme, je potrebné dôsledne uplatňovať aj zákon o zdravotnom poistení a do účtovníctva zdravotných poisťovní **zahrnúť všetky neuhradené záväzky**: nielen zmluvné záväzky v zmysle zákona o zdravotných poisťovniach a zákona o poskytovateľoch, ale aj zákonné záväzky (voči poistencom) v zmysle zákona o zdravotnom poistení. Keďže podrobnosti o postupoch účtovania zdravotných poisťovní vydáva Ministerstvo financií opatrením, mám za to, že úprava metodiky účtovníctva pre zdravotné poisťovne v tomto zmysle by neznamenalala žiaden vážnejší problém a korešpondovala by s uvedenými zákonmi.

Avšak MZ sa rozhodlo predložiť zákonodarcovi návrh právnej úpravy, kde opäť prostriedky z verejného zdravotného poistenia nepoužité na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, teda účtovne zisk, zaradil medzi vlastné zdroje zdravotnej poisťovne, zrušil metodiku oddelenej analytickej evidencie účtovania vo verejnom zdravotnom poistení a v súvislosti so správou, ba dokonca dalo v parlamente schváliť (vraj len ako technicko-legislatívne opatrenie) vypustenie §40a zo zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, ktorý už od roku 2005 *expressis verbis* stanovoval, že zdravotné poisťovne hospodária s verejnými prostriedkami (teda veľmi dôležité ustanovenie pre tzv. systematický výklad zákona). Na čo to bolo dobré?! Tieto údaje potrebné a pre zdravotníctvo prospešné zmeny boli účinné od 1. apríla 2011. Cielená otázka: Zabezpečili zdravotné poisťovne k 1. decembru 2011 lepšiu dostupnosť a nepretržitosť zdravotnej starostlivosti, ako im ukladá zákon o zdravotných poisťovniach (§15 ods.1 písm.a)? Kde bola tá ich vlastná zodpovednosť podnikateľa za svoje podnikanie v zmysle Obchodného zákonníka 1. decembra 2011? A mnoho ďalších otázok ...

Myslím, že je nevyhnutné, aby nielen akcionári zdravotných poisťovní a v poslednom čase čoraz častejšie i pacienti, ale aby aj poskytovatelia a zdravotnícki pracovníci konečne začali intenzívne, cieľavedome a systematicky využívať právne nástroje. V tomto prípade by som považoval za veľmi zmysluplné, že by sa kompetentné organizácie v zdravotníctve (komory, odbory, občianske združenia, ale napr. možno i organizácie zamestnávateľov či živnostníkov) obrátili so sťažnosťou na Európsku komisiu, aby zodpovedala otázky, ktoré vyplývajú po zmenách z aktuálne platnej legislatívy a jej realizácie, otázky, ktoré hoci sú kruciálne, no na ktoré v SR ešte nikto legitímne neodpovedal: „Môže štát zákonom obmedziť vlastnícke právo fyzickej či právnickej osoby na prospech zisku a dividendy inej osoby – podnikateľa? Môže štát ustanoviť osobe povinnosť plniť nejakému podnikateľskému subjektu pod hrozbou trestnoprávnej sankcie? Je možné použiť verejné prostriedky vo fondoch verejného zdravotného poistenia na výplatu dividendy, teda v súkromnom záujme akcionára a.s.?“ (Treba to, prirodzene, zaobaliť do adekvátneho „právnického šatu“. Ako vidno, nemožno všetko ponechať, nech to za nás vyrieši štát.)

V jednom z mojich dávnejších článkov som napísal, že ja (súkromne) vnímam ako spreneveru, ak svoje vlastné peniaze zverím zdravotnej poisťovni na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, a jej predstavenstvo a valné zhromaždenie tieto moje peniaze „posunie“ rovno, bez akejkoľvek „medzizastávky“, napr. na cyperské účty akcionárov. Prirodzene, vzhľadom na formálny charakter trestného práva a najmä, že to štát vôbec dovolil, nie je možné takéto konanie subsumovať pod uvedenú skutkovú podstatu trestného činu.

A na záver ešte jedna „perla“, kde to asi všetko akcelerovalo a čo mnohé vysvetľuje. Do 31. decembra 2005 bolo v zákone o zdravotných poisťovniach ustanovenie §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**, je **povinná finančné prostriedky vyplývajúce z tohto výsledku ... použiť na zdravotnú starostlivosť poistencov zaradených do zoznamu**, a to až do výšky 100% (pozn. ZISKu!). Zdravotná poisťovňa môže použiť menej ako 100% finančných prostriedkov ... len vtedy, ak sumou zodpovedajúcou takejto výške finančných prostriedkov zabezpečí zdravotnú starostlivosť **pre všetkých poistencov zaradených do zoznamu.**“

Čitateľ vidí, že aplikácia tohto ustanovenia mohla mať najmä pre pacientov (ale i pre poskytovateľov) zásadný efekt: pri všetkých chorobách bola zdravotná poisťovňa povinná uhrádzať zdravotnú starostlivosť priebežne. (A poskytovatelia neboli nijako selektovaní. Nie ako je to dnes – len niekoľko vybraných chorôb, čo je zjavná diskriminácia nielen pacientov, ale i poskytovateľov.) Ak toho poisťovňa objektívne nebola schopná, tak mala vytvoriť čakací zoznam; a kým by bol na tomto zozname čo len jeden pacient (napr. čakajúci 3 mesiace na vyšetrenie na neurologickej ambulancii), zisk zdravotnej poisťovne mal byť použitý na zabezpečenie jeho zdravotnej starostlivosti! Zisk mohol ostať k dispozícii zdravotnej poisťovni len v prípade, že uhradila všetku zdravotnú starostlivosť a teda nik nečakal na zozname. Avšak tí, čo pamätajú, vedia, že k praktickej realizácii týchto ustanovení vlastne nikdy nedošlo a najmä, tieto ustanovenia, pokiaľ mi je známe, neboli ani využité poskytovateľmi v prípadných právnych konaniach. Otvorenou ostáva otázka, prečo ÚDZS v danom období nekonal, keďže táto povinnosť mu vyplýva z §18 ods.1 písm.a) zákona o zdravotných poisťovniach: **„Úrad vykonáva dohľad nad verejným zdravotným poistením tým, že dohliada na dodržiavanie ustanovení tohto zákona a osobitného predpisu.“**

Novelou č. 660/2005 Z.z. boli tieto ustanovenia ohľadom nakladania so ziskom, vytvoreným z peňazí (aj) poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, v podstate zrušené a nahradené inými, takže zabezpečenie a povinná úhrada poskytnutej zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotných poisťovní sa od 1. januára 2006 stala dubiálnou a koristenie na účtovnom zisku vo verejnom zdravotnom poistení sa stalo

údajne legálnym. Opäť si dovoľím jedno súkromné vnímanie, hoci priznávam, ide o dosť neprávnický prístup k Trestnému zákonu: Toto už bola sabotáž!

P.S. Do diskusie: Podľa vyššie uvedeného §18 ods.1 písm.a) zákona o zdravotných poisťovniach je úlohou ÚDZS dohliadať aj na dodržiavanie zákona o zdravotnom poistení; teda aj ustanovenia §9 ods.1: **Poistenec má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti** v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom. Dávam do pozornosti, že dohľad nad týmto zákonným právom poistenca (často v pozícii platiteľa poistného) je už od roku 2005 do značnej miery, alebo presnejšie povedané úplne, opomínaný.

22.4.2012

MUDr. JUDr. Miroslav Pavlák, Púchov