HPI HEALTH POLICY INSTITUTE

intoBalance

» there is always an alternative solution

ročník 4 » **máj 2009**

» obsah

Čo očakávame od LSPP?

Mzdy lekárov: trojnásobok priemeru z toho už nebude

Dôvera vs. nedôvera

Slovenské zdravotníctvo 2009: Dopady krízy

V kríze sa rozširuje rozsah bezplatnej starostlivosti

Štátne neziskové organizácie nebudú

Postavenie zdravotných poisťovní z pohľadu komunitárneho práva

» tirage

Into Balance
štvrťročník
o zdravotnej politike

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika

tel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: hpi@hpi.sk

editor: Tomáš Szalay
fotografie: Eva Sivá

Čo očakávame od LSPP?

Kým nezadefinujeme, aký je cieľ a zmysel lekárskej služby prvej pomoci (LSPP), pri výbere správnych nástrojov regulácie, organizácie, financovania či platobných mechanizmov sme odkázaní na nekončiacu improvizáciu.

O probléme LSPP sme písali v IntoBalance 6/2007, po schválení povinnosti lekárov slúžiť LSPP. Túto zmenu presadil cez pozmeňovací návrh poslanec J. Zvonár (Smer-SD). Pred necelými dvoma rokmi sme uviedli:

„Hoci problémy so zabezpečením LSPP vďaka nejasnému zmyslu a opodstatnenosti LSPP ako aj chýbajúcej legislatíve a zlému nastaveniu ceny tu bezpochyby sú, takýto poslanecký zásah do riadenia zdravotníctva je azda najhorším z možných riešení situácie. Škoda, že ministerstvo zdravotníctva (ako inštitúcia zodpovedná za zdravotnú politiku) takýto zásah bez odbornej diskusie pripustilo. Výsledkom bude len ďalší zbytočný nárast napätia v rezorte. Dotknutí lekári považujú povinné slúženie LSPP za nútenú prácu. Ďalším problémom novely je absencia pravidiel.“

Tieto konštatovania dnes potvrdzuje prax ako i analýza ministerstva zdravotníctva.

ANALÝZA LSPP

Viacero dôvodov – medzi nimi najmä povinnosť slúžiť LSPP ako i centrálne regulovaná cena – viedli k nespokojnosti časti ambulantných lekárov. Petíciou sa nakoniec obrátili na Výbor NR SR pre zdravotníctvo. Parlamentný výbor si od ministerstva zdravotníctva vyžiadal analýzu LSPP, o ktorej potom diskutoval začiatkom apríla.

Podľa ministerstva zdravotníctva problémové oblasti v LSPP sú:

- lekári slúžiaci LSPP nie sú zamestnancami
- chýba legislatívna definícia poskytovateľa LSPP
- sieť LSPP je predimenzovaná (vychádzajúc z predpokladu, že optimum siete je 10 % nad minimálnou sieťou)
- sporná adekvátnosť financovania LSPP
- chýba kontinuita s lekárenskou pohotovosťou

Autori v analýze uvádzajú tri spôsoby riešenia situácie, pričom sa prikláňajú k tomu poslednému:

- zrušenie LSPP
- fungovanie LSPP len do 24. hodiny, v pôsobnosti VÚC
- fungovanie LSPP len do 24. hodiny, v pôsobnosti MZ SR

Odporúčané riešenie znamená reálne zníženie dostupnosti LSPP, čo na druhej strane umožní lepšie odmeňovať slúžiacich lekárov. Má k tomu viesť skrátenie ordinačných hodín len do polnoci a redukcia siete LSPP. Po 24. hodine má úlohu LSPP prebrať záchranná zdravotná služba (ZZS).

pokračovanie »

health management academy hma

Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmýšľajú v súvislostiach

Pracujete v zdravotníctve a chcete sa dozvedieť viac o cieľoch a nástrojoch zdravotnej politiky? O ekonómii zdravotníctva? O manažmente, marketingu či komunikácii v tomto rezorte?

Health Management Academy otvára od septembra ďalší ročník programu Manažér 1.
Do 31. 5. 2009 platí zľava na skoré prihlásenie!

Ďalšie informácie nájdete na www.hma.sk.

V prípade otázok kontaktujte Simonu Frisovú na (+421) 911 596 050 resp. frisova@hma.sk.

PRIPOMIENKY K ANALÝZE

Je dobré, že témou LSPP sa ministerstvo zdravotníctva začalo zaoberať. Od roku 2004 totiž všetky zásadné úpravy v LSPP robili poslanci v druhom čítaní v parlamente, bez analýz dopadov a súvisiacich prepojení so zdravotníckou legislatívou. Ministerská analýza prináša niektoré dáta o fungovaní LSPP a prispieva tak k potrebnej odbornej diskusii o zdravotnej politike.

Pripomienky k analýze, ktoré na tomto mieste uvádzame, nemajú byť preto vnímané ako kritika, ale ako podnet na ďalšie zlepšovanie tohto materiálu.

Pri porovnaní vyťaženosti LSPP v čase bol v analýze porovnávaný podiel vyšetrení do 22:00, do 24:00 a po 24:00 na základe dotazníkov, ktoré sa vrátili vyplnené po zaslaní poskytovateľom LSPP. Odpovedalo 74 % opýtaných. Z týchto dát autori analýzy vyvodili, že po 24:00 navštívi LSPP len 6 % všetkých jej klientov, teda 59 000 pacientov ročne.

K tejto časti sa vzťahuje zásadná metodická pripomienka. Autori brali všetkých analyzovaných poskytovateľov LSPP za rovnocenných. To nezodpovedá skutočnosti. Časť poskytovateľov LSPP neposkytuje zdravotnú starostlivosť v noci – slúžia napr. do 22:00, niekedy len do 19:00. Takíto poskytovatelia do dotazníka pochopiteľne uviedli, že 100 % pacientov ošetria pred polnocou. **To, že v noci neevidujú dopyt po pohotovosti nie je spôsobené neexistenciou dopytu, ale neexistenciou ponuky.** Údaje za týchto poskytovateľov preto nie je možné zahŕňať do priemeru s celonočnými poskytovateľmi LSPP.

Ako príklad uvediem stav stomatologickej pohotovosti v banskobystrickom kraji. **Hoci stomatologickú LSPP poskytuje až jedenásť (!) poskytovateľov, v celom kraji nefunguje nepretržitá dostupnosť tejto pohotovosti.** Stomatologická LSPP znamená v praxi len niekoľkohodinové víkendové služby, v zriedkavých prípadoch aj večerné služby cez pracovný týždeň, ktoré sa končia najneskôr o 19:00. Návštevnosť do 22:00 je tak podľa dotazníkov 100%-ná. Z týchto dát o návštevnosti však nemožno vyčítať, že pacienti v tomto kraji zubnú pohotovosť v noci nepotrebujú.

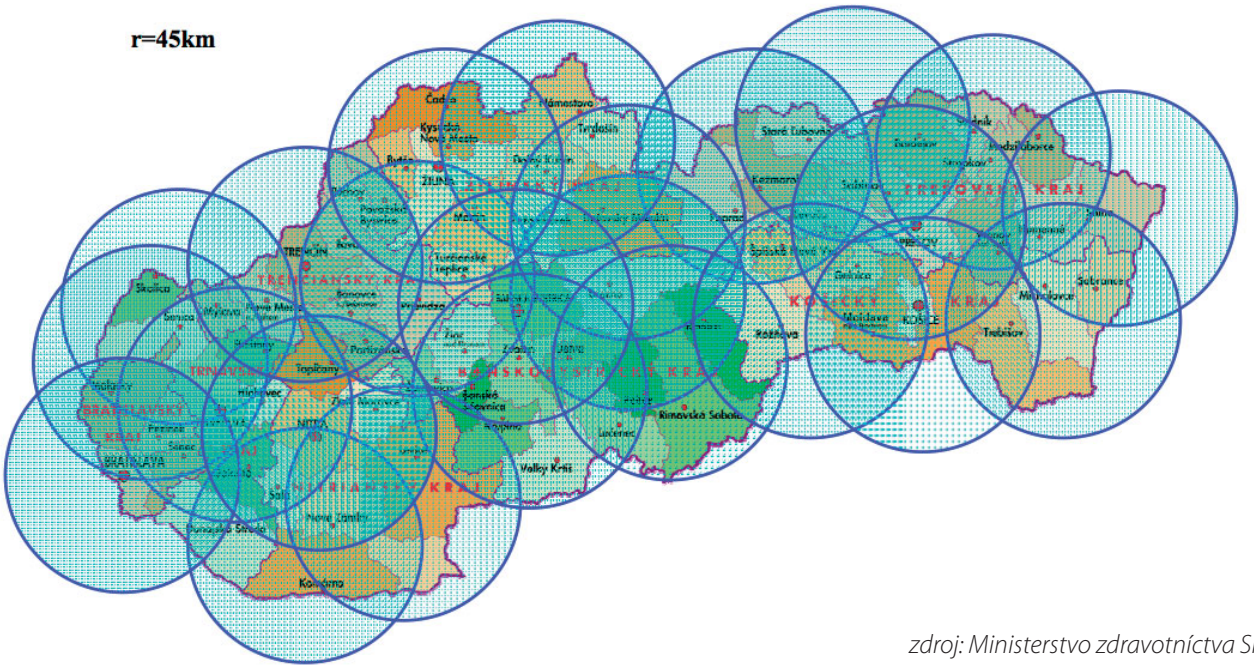
Podobná metodická chyba je zahrnutá i v porovnávaní vyťaženosti LSPP a ZZS, keďže LSPP na rozdiel od ZZS nefunguje non-stop. Dáta sú tým pádom neporovnateľné resp. skreslené.

Kým analytická časť dokumentu konštatuje, že cieľom LSPP je zabezpečenie nepretržitej dostupnosti všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ani jedno z navrhnutých riešení nie je v súlade s touto definíciou. Piatich identifikovaných problémov sa riešenia dotýkajú len okrajovo resp. vôbec:

- Tým, že lekári slúžiaci LSPP **nie sú zamestnancami,** sa analýza v návrhu riešení nezaoberá.
- Chýbajúca legislatívna **definícia poskytovateľa LSPP** je jedným z praktických dôsledkov nedotiahnutosti poslaneckých iniciatív, ktoré neprešli procesom odborného pripomienkovania.
- Vyhodnocovanie **predimenzovanosti siete LSPP** na základe porovnania s minimálnou sieťou je zradné. Platná minimálna sieť nebola nikdy odborne odôvodnená, ide o čísla arbitrárne stanovené úradníkmi.
- **Financovanie LSPP** je regulované a plne v kompetencii MZ SR a vlády.
- Hoci materiál správne poukazuje na chýbajúce **prepojenie s lekárenskou pohotovosťou**, komplexnému riešeniu sa vyhýba. Problém lekárenskej pohotovosti odkladá na plánovanú novelizáciu zákona č. 140/1998 Z.z. o liekoch.

Päť problémových okruhov, ako ich identifikuje analýza, je možno bezprostrednou príčinou napätia a problémov, pôvodným zdrojom týchto problémov je však neujasnenosť zmyslu a cieľa LSPP a snaha presadzovať uniformné riešenie pre celé Slovensko.

Obrázok 1: *Ministerský model geografickej dostupnosti LSPP pre deti a dorast s kružnicami predstavujúcimi „45 km dostupnosť"*



zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR, 2009

RIEŠME PRÍČINY

Definovanie problémových oblastí podľa HPI:

- **neexistencia ucelenej koncepcie LSPP v kontexte ostatného zdravotníctva**
  Koncepcii chýba v prvom rade konsenzuálne dohodnuté definovanie cieľa a očakávaní od LSPP, ako aj určenie „majiteľa procesu".
- **hľadanie jednotného riešenia pre celé územie SR**
  Štatistické priemery zvádzajú k uniformným riešeniam, pretože ignorujú rozdiely. Rovnosť však neznamená rovnakosť (Hsiao, 2007).

Dôsledkom týchto príčin je používanie prvoplánových zástupných riešení (napr. povinné služby, redukcia siete, skrátenie pohotovosti), ktoré sekundárne spôsobujú viac problémov, než mali riešiť.

> ***Obhajovať uniformitu z dôvodov rovnosti (keď takýto prístup produkuje v praxi nerovnú starostlivosť) je zamieňaním rétoriky s realitou.***
>
> *William Hsiao*
> *Getting Health Reform Right, 2007*

1) KONCEPCIA

S definíciou, že úlohou LSPP je zabezpečiť nepretržitú dostupnosť ambulantnej starostlivosti, sa stotožňujeme. To je i dôvod, pre ktorý nepovažujeme obmedzenie LSPP do 24:00 za správne riešenie.

Úlohou regulátora je stanoviť parametre dostupnosti, ktorú má zdravotný systém zabezpečit a prenechať ich realizáciu na osvedčené kontraktačné mechanizmy medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi. Parametrami dostupnosti môže byť napr. maximálna dojazdová vzdialenosť 1 hodinu k najbližšej nepretržitej LSPP pre dospelých alebo aspoň jedna nepretržitá stomatologická pohotovosť v samosprávnom kraji.

Deregulácia ceny umožní poskytovateľom dosiahnuť pri rokovaní spravodlivejšie finančné ohodnotenie.

2) NEUNIFORMNÉ RIEŠENIE

Na efektívne dosiahnutie cieľov stanovených v koncepcii navrhujeme využiť v rôznych regiónoch rôzne nástroje (rôzne organizačné formy i platobné mechanizmy).

Prekážku pre uniformné riešenie predstavuje:

- **geografický profil Slovenska**
  Kružnice vzdušnej vzdialenosti na mape Slovenska, ktoré uvádza ministerská analýza (Obrázok 1), sú síce krokom správnym smerom (dôležitá je dostupnosť zo spádového územia, nielen administratívny počet poskytovateľov v kraji), ale zatiaľ sú ľahkým terčom spochybnenia. Dostupnosť v rámci cestnej siete je totiž vysoko nerovnomerná. Zásadne odlišná dostupnosť platí pre obce v kruhu so vzdušným polomerom 45 km na Žitnom ostrove ako napríklad v Poloninách. Pri analýze dostupnosti odporúčame používať vzdialenosť v cestnej sieti. Podobný prístup podporuje napríklad Spoločnosť všeobecného lekárstva Českej lekárskej spoločnosti J. E. Purkyně. Navrhuje dojazdovú vzdialenosť do jednej hodiny. V ČR pritom 95 % populácie býva v dojazdovej vzdialenosti maximálne 30 minút k najbližšiemu poskytovateľovi LSPP (HPI, 2008).
- **regionálne odlišné potreby a očakávania populácie**
  Hoci analýza uvádza, že *„existuje spoločenská potreba a dopyt po zdravotnej starostlivosti poskytovanej LSPP"*, toto tvrdenie nie je podložené relevantným prieskumom. Odôvodneniu v podobe existujúceho dopytu (návštevnosti) odporuje návrh zrušiť LSPP po 24. hodine, ktoré sa má dotknúť 59 000 pacientov ročne. Toto číslo vychádza zo skresleného odhadu priemerného dopytu po 24:00 (viď vyššie). Rozdiely vo vyťaženosti individuálnych LSPP sú pritom výrazné: jediná v noci fungujúca stomatologická pohotovosť v Bratislave má vyťaženosť po polnoci 18 %, LSPP pre dospelých v Partizánskom po 24:00 využije 40 % pacientov, v Šali 36 % a v Sobranciach 30 %. Dôsledky zrušenia LSPP po 24:00 preto nemožno paušalizovať ako „v priemere" zanedbateľné.
- **substitúcia LSPP v prípade dostupnosti ústavnej pohotovostnej služby**
  Ministerská analýza správne uvádza, že pacienti, ktorí žijú v mestách s nemocnicami pevnej siete, môžu navštíviť centrálny príjem nemocnice. LSPP je v takomto prípade duplicitným trieštením kapacít a zdrojov, cieľ a očakávania LSPP napĺňa ústavná pohotovostná služba.

ZHRNUTIE

Analýzu LSPP považujeme za začiatok konštruktívnej diskusie vedúcej k zlepšeniu zdravotného systému a spokojnosti jeho účastníkov. V tomto článku **navrhujeme, aby regulátor namiesto nástrojov** (stanovená forma poskytovateľa, regulovaná cena) **predpisoval požadovaný cieľ** (zabezpečenie parametrov dostupnosti). **Zdravotné poisťovne a poskytovatelia vo vzájomnej interakcii nájdu riešenia, ktoré nemusia byť nevyhnutne na celom území Slovenska rovnaké.**

TOMÁŠ SZALAY

MUDr. Tomáš Szalay (1971) je partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa zdravotnou politikou, zdravotníckou legislatívou, dostupnosťou a kvalitou zdravotnej starostlivosti.

» kontakt szalay@hpi.sk | www.hpi.sk

Mzdy lekárov: trojnásobok priemeru z toho už nebude

Ešte v roku 2007 označil vtedajší minister zdravotníctva SR Ivan Valentovič ako „reálne" zvýšenie plátov lekárov do roku 2010 na trojnásobok priemernej mzdy v národnom hospodárstve a u zdravotných sestier na 1,5 násobok.[1] Tieto isté násobky sa objavili už skôr (spomínali sa napr. počas nátlakových akcií lekárov v apríli 2006) v rovine požiadaviek odborových organizácií.[2] Vtedajšia opozícia a dnešná vládna koalícia si tieto násobky osvojila zrejme v záujme získania zdravotníkov medzi svojich spojencov. Dnes je však jasné, že sľuby ohľadne výšky miezd splnené nebudú.

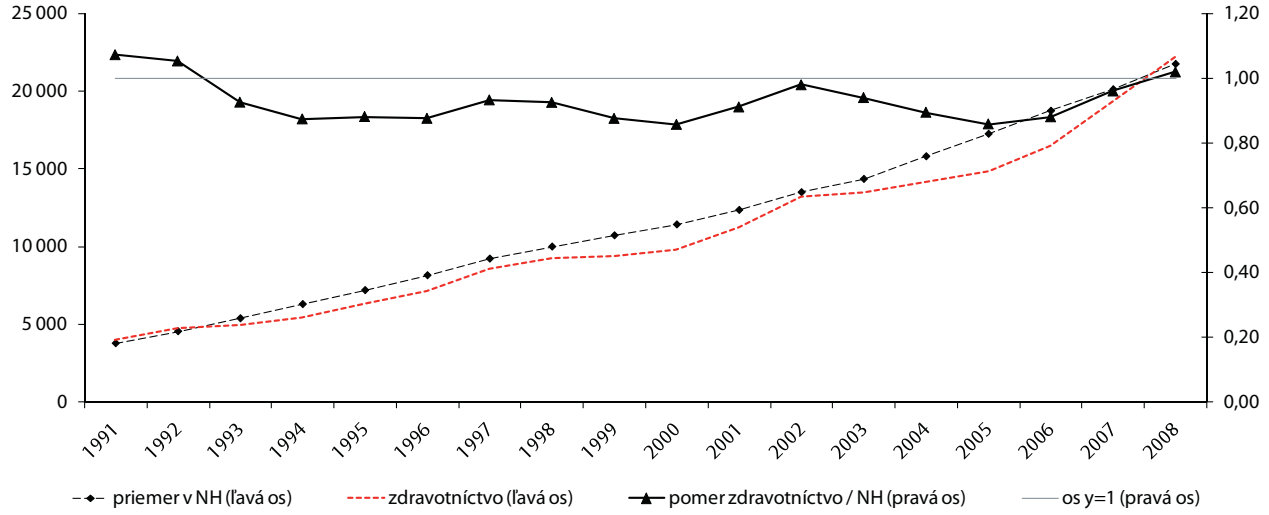
MAKROEKONOMICKÝ POHĽAD: ODVETVIE DOHÁŇA PRIEMER

Začneme pohľadom z výšky – z makroekonomickej roviny kvôli možnosti porovnania miezd s inými odvetviami. Konkrétne ide o porovnanie s ostatnými odvetviami tzv. netrhových služieb (medzi ne patrí aj zdravotníctvo a sociálna pomoc). Nevýhodou tohto odvetvového pohľadu je, že nevypovedá o mzde lekárov alebo sestier ale o priemernej mzde v odvetví a navyše odvetvie zdravotníctva je podľa štatistických štandardov spojené s odvetvím sociálnej pomoci. Výhodou však je, že nám umožňuje potvrdiť, že mzdy v zdravotníctve a sociálnej pomoci sa vyvíjali v rokoch 2007 a 2008 inak ako v príbuzných odvetviach[3] netrhových služieb (Graf 1).

Kým v odvetviach školstvo a verejná správa a obrana nedošlo v rokoch 2007-2008 ku zmene pomeru k priemernej mzde za celé hospodárstvo, tak v prípade zdravotníctva a sociálnej pomoci ku zmene došlo: priemerná mzda v odvetví postúpila z úrovne 80,6 % celoštátneho priemeru v roku 2006 na 90,1 % v roku 2008. Z toho vyplýva, že rast miezd v odvetví zdravotníctvo a sociálna pomoc bol podstatne silnejší ako rast miezd v iných odvetviach netrhových služieb a podstatne silnejší ako rast celoštátnej priemernej mzdy (konkrétne: v roku 2007 vzrástla nominálna mzda v odvetví zdravotníctvo a sociálna pomoc o 15,9 % a v roku 2008 o 11,9 %).

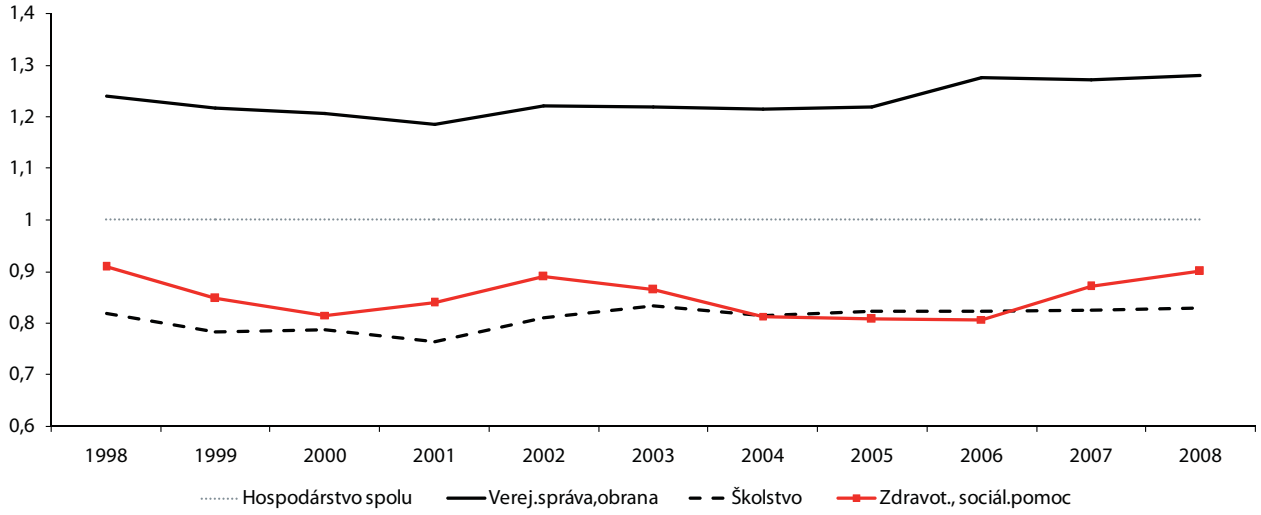
Ak zúžime odvetvový pohľad na samotné zdravotníctvo (v záujme tohto zúženia vymeníme údaje ŠÚ SR za údaje SOZZASS), dostávame priaznivejší výsledok (Graf 2): v roku

Graf 1: *Pomer priemernej mzdy vo vybraných odvetviach k celoštátnemu priemeru (priemer za hospodárstvo = 1)*



Zdroj: Štatistický úrad SR

Graf 2: *Výška priemernej mzdy v odvetví zdravotníctva (Sk) a jej pomer k celoštátnemu priemeru (priemer za hospodárstvo = 1)*



Zdroj: Slovenský odborový zväz zdravotníctva a sociálnych služieb (SOZZASS)

2008 sa prvýkrát po roku 1992 dostáva priemerná mzda v zdravotníctve nad úroveň celoštátneho priemeru. Aj tu je, rovnako ako v predchádzajúcom porovnaní, nápadné zlepšenie relatívnej pozície zdravotníctva v rokoch 2007-2008. Kým v roku 2006 dosahovala priemerná mzda v odvetví zdravotníctva 88 % celoštátneho priemeru, v roku 2008 to už bolo 102 %.

POHĽAD NA DIFERENCIE: ANI VO FN NEDOSIAHNU SĽÚBENÝ TROJNÁSOBOK PRIEMERU

Pri opustení makroekonomickej či odvetvovej roviny a zaostrení pozornosti len na kategórie „lekári" a „sestry" možno posúdiť šance na dosiahnutie sľúbenej úrovne miezd v roku 2010.

Výška miezd je diferencovaná podľa zriaďovateľskej pôsobnosti aj podľa právnej formy zdravotníckych zariadení. Lekári a sestry vo fakultných nemocniciach majú k prisľúbenému troj- a jedenapolnásobku celoštátneho priemeru najbližšie, stále však priďaleko na to, aby ho v roku 2010 dosiahli. Mzdy lekárov vo FN by sa museli do roku 2010 zvýšiť o viac ako 50 % (keďže aj celoštátny priemer bude v pohybe, hoci oslabenom kvôli ekonomickej recesii). A lekári mimo FN by potrebovali nárast nad 70 %. Je to nereálne aj v období ekonomickej expanzie, nie to ešte v čase recesie (pri značnej závislosti zdrojov zdravotníctva od parametrov trhu práce).

> ***Reálne je postupné zvyšovanie platov tak, aby sa platy lekárov dostali v roku 2010 na trojnásobok priemernej mzdy a sestier na 1,5–násobok priemernej mzdy.***
>
> *Silvia Balázsiková*
> *hovorkyňa MZ SR, 21. mája 2007*

Priemerné mzdy lekárov v zariadeniach zriaďovaných VÚC boli v roku 2008 na úrovni necelých 87 % priemernej mzdy lekárov fakultných nemocníc. Výraznejšia je diferencia v prípade sestier: sestry pracujúce v zariadení zriadenom VÚC mali priemernú mzdu len na úrovni 74 % sestier pracujúcich vo FN.

Pri konfrontácii údajov z rokov 2005 a 2008 (Tabuľka 1) je nápadné zlepšenie relatívnej pozície sestier v zariadeniach zriaďovaných MF SR (z 88 % na 98 % celoštátneho priemeru), ale pri stagnácii relatívnej pozície sestier v iných zariadeniach. V prípade lekárov došlo k miernemu zlepšeniu inak nepriaznivej pozície v zariadeniach pretransformovaných na neziskové organizácie.

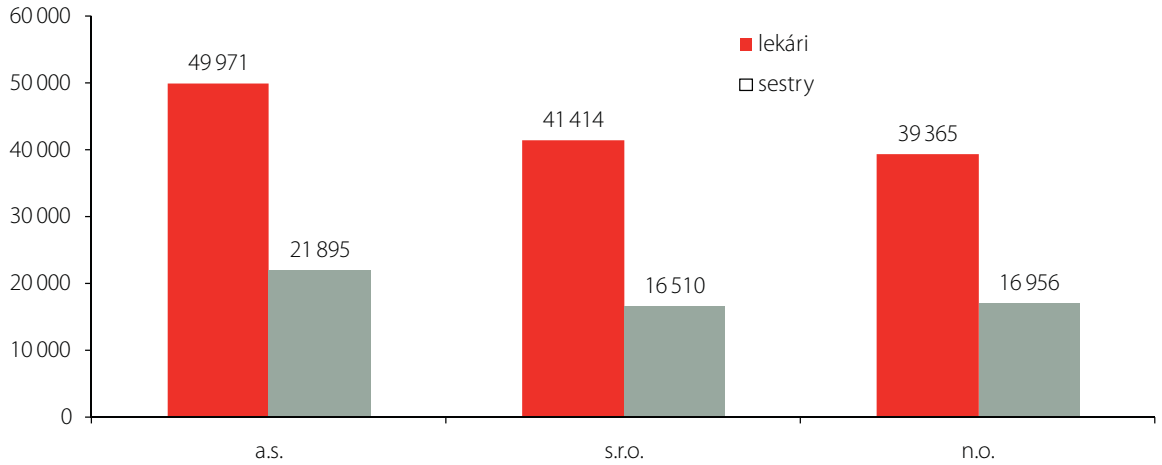
Ešte nápadnejšia je diferenciácia miezd podľa právnej formy zdravotníckeho zariadenia. Priemerné mzdy lekárov a sestier v zdravotníckych zariadeniach, ktoré sú akciovými spoločnosťami, sú nápadne vyššie ako inde (Graf 3).

Tabuľka 1: *Priemerné mzdy lekárov a sestier podľa zriaďovateľskej pôsobnosti zdravotníckych zariadení*

	MZ SR	MZ SR – FN	VÚC	N.O.
	2008			
Lekári – mzda v Sk	38 292	45 356	39 336	39 365
Lekári – pomer miezd k priemernej mzde v hospodárstve	1,76	2,08	1,81	1,81
Sestry – mzda v Sk	21 252	23 937	17 789	16 956
Sestry – pomer miezd k priemernej mzde v hospodárstve	0,98	1,10	0,82	0,78
	2005			
Lekári – mzda v Sk	31 494	-	31 557	30 372
Lekári – pomer miezd k priemernej mzde v hospodárstve	1,82	-	1,83	1,76
Sestry – mzda v Sk	15 238	-	14 330	12 906
Sestry – pomer miezd k priemernej mzde v hospodárstve	0,88	-	0,83	0,75

Zdroj: Slovenský odborový zväz zdravotníctva a sociálnych služieb (SOZZASS)

Graf 3: *Priemerné mzdy lekárov a sestier podľa právnej formy zdravotníckeho zariadenia (2008)*



Zdroj: Slovenský odborový zväz zdravotníctva a sociálnych služieb (SOZZASS)

Tabuľka 2: *Priemerné mzdy zamestnancov zdravotníckych zariadení podľa zriaďovateľskej pôsobnosti (2008), v Sk*

	MZ SR	MZ SR - FN	VÚC	N.O.
Lekári	38 292	45 356	39 336	39 365
Farmaceuti	34 367	38 880	33 430	34 536
Sestry	21 252	23 937	17 789	16 956
Pôrodné asistentky	22 232	24 842	18 461	17 465
Laboranti	20 138	23 042	18 346	16 925
Asistenti	17 123	18 865	14 293	13 487
Technici	16 217			
Iní zdravotnícki pracovníci	20 268	28 036	22 890	24 289
THP spolu	20 322	21 986	17 226	20 083
z toho THP s VŠ	28 263	30 400	25 458	32 228
robotníci a prevádzkoví zamestnanci	13 548	15 739	10 700	10 690
asistenti/sanitári	14 343	16 231	12 119	11 610
Zdravotnícki zamestnanci spolu	**24 167**	**27 955**	**20 628**	**20 115**
SPOLU:	**21 859**	**25 497**	**18 308**	**18 027**

Zdroj: Slovenský odborový zväz zdravotníctva a sociálnych služieb (SOZZASS)

Pre mzdový vývoj v roku 2009 a 2010 možno očakávať:

1. **Zdržanlivosť pri zvyšovaní miezd alebo až zmrazenie miezd.** Kvôli ekonomickej recesii nastáva výpadok zdrojov pre zdravotníctvo. Je úplne vylúčené, aby sa opakovali mimoriadne vysoké tempá rastu priemerných nominálnych miezd v zdravotníctve z rokov 2007 a 2008.
2. **Takisto je vylúčené, aby priemerná mzda lekárov dosiahla v roku 2010 trojnásobok celoštátnej priemernej mzdy.** To isté platí pre možnosť zvýšiť priemernú mzdu sestier na jedenapolnásobok celoštátneho priemeru. Pravdepodobne sa výrazne spomalí rast miezd v zdravotníctve aj v celej ekonomike. Preto pomer miezd lekárov a sestier k celoštátnemu priemeru bude pravdepodobne stagnovať (možný je aj menší pokles pomeru). Dôvodom neúspechu vládneho sľubu však nie je ekonomická recesia. Nebol by pravdepodobne splnený ani v prípade „bezkrízového" vývoja.

Politické špičky dávajú nezmyselné sľuby v oblasti miezd. Či už ide o z minulosti známy prísľub dvojnásobných miezd, alebo o nedávny sľub trojnásobku priemeru pre lekárov, stále ide o sľubovanie niečoho, na čo sľubujúci subjekt nemá ani dobrý dosah. A je dobré, že ho nemá.

KAROL MORVAY

POĎAKOVANIE

Autor ďakuje Andrejovi Kučinskému, podpredsedovi Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb (SOZZASS) za pomoc pri získavaní údajov pri tvorbe tohto článku.

1. *Valentovič: Zvýšenie platov lekárov do roku 2010 na trojnásobok je reálne. TASR, 2.2. 2007. http://www.zzz.sk/?clanok=2094*
2. *Pozri napr. Kvalténi: Lekár musí mať trojnásobok priemerného platu v NH, sestra 1,5 násobok. TASR, 19.4.2006. http://www.zzz.sk/?clanok=638*
3. *Za príbuzné označujeme tieto odvetvia kvôli značnej ingerencii štátu a rozhodujúcej úlohe verejných financií pri ich činnosti.*

Ing. Karol Morvay, PhD. (1973) je senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekonómiou a ekonomickou teóriou.

» kontakt morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

POZVÁNKA

Health Management Academy Vás srdečne pozýva na

„Deň otvorených dverí akadémie HMA",

na ktorom budú študenti vzdelávacieho programu Manažér 1 prezentovať svoje záverečné práce

dňa 18.06.2009 od 9,00 hod do 17,00 hod
v Penzióne Diana, Matúškova 21, Piešťany

Po skončení prezentácií Vás srdečne pozývame na čašu vína.
RSVP do 16.06.2009 na frisova@hma.sk alebo na telefónnom čísle +421 911 596 050

health management academy hma

Health Management Academy, s.r.o., Hviezdoslavovo nám. 14, 811 02 Bratislava, www.hma.sk

Dôvera vs. nedôvera

Keď bol po voľbách Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou de facto zbavený svojej nezávislosti, bolo len otázkou času, kým začne okato „plniť politické zadanie". Na prelome marca a apríla to pocítila Zdravotná poisťovňa Dôvera.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) v stredu 1. apríla rozhodol, že zdravotná poisťovňa Dôvera je povinná vypracovať ozdravný plán a zaplatiť pokutu 166-tisíc eur. Ozdravný plán musela v doterajšej histórii úradu predkladať iba štátna Spoločná zdravotná poisťovňa, ktorá sa pod vedením neskoršieho ministra zdravotníctva Ivana Valentoviča na jeseň v roku 2005 ocitla v platobnej neschopnosti a nedokázala splácať svoje záväzky. Na jej záchranu museli zriaďovateľské ministerstvá (ako jej majitelia) zvýšiť jej základné imanie o 450 miliónov korún. Nič z toho sa však situácii v Dôvere nijako nepodobá. Prečo potom to minulotýždňové rozhodnutie?

DÔVODY

Podľa úradu poisťovňa Dôvera v januári tohto roka nepreukázala platobnú schopnosť predpísaným spôsobom. Riaditeľ Dôvery Martin Šimun tvrdí, že poisťovňa platobnú schopnosť plní a na účtoch má 1,4 miliardy korún, čo nespochybní ani predseda úradu Richard Demovič, pretože zdravotné poisťovne majú povinnosť viesť svoje účty v štátnej pokladnici. Okrem toho sám Demovič pri odôvodňovaní rozhodnutia proti Dôvere potvrdil, že dokumenty o platobnej schopnosti Dôvera úradu zaslala aj v decembri minulého roka, aj vo februári tohto. A za január ich má úrad k dispozícii tiež, akurát ich Dôvera neodovzdala pod označením „výkaz ziskov a strát", ale ako „výkaz príjmov a výdavkov".

Napriek tomu tvrdí, že rozhodnutie úradu bolo adekvátne, pretože išlo o „opakované porušenie povinnosti" zo strany poisťovne a „je predpoklad, že od svojho konania neupustí ani v budúcnosti".

NEPRIMERANÉ ROZHODNUTIE

Rozhodnutie predsedu Úradu pre dohľad bolo očividne neprimerané situácii. Sankcia vypracovania ozdravného plánu sa totiž má použiť pri skutočných problémoch so solventnosťou, alebo – ako to bolo v spomínanom prípade Spoločnej zdravotnej poisťovne v roku 2005 – v prípade neplatenia záväzkov riadne a načas. Ani jedna situácia sa však na prípad Dôvery nevzťahuje. ÚDZS dnes s Dôverou rieši iba spôsob vykazovania platobnej schopnosti. Je to podobné, ako keby ste futbalovému brankárovi za nesprávne natiahnuté rukavice dali červenú kartu.

Používanie sankcií na formovanie pravidiel hry, v rámci ktorých sa trh zdravotných poisťovní pohybuje, si vyžaduje veľmi citlivý a profesionálny prístup – napokon, ide o inštitúcie, spravujúce viac ako 100 miliárd korún ročne.

Rozhodnutie úradu z minulého týždňa však jednoznačne zhoršilo predvídateľnosť jeho rozhodnutí. Ak dostane sankciu na úrovni vypracovania ozdravného plánu poisťovňa, ktorá platobnú schopnosť spĺňa, ale jej vykazovanie sa úradu nepozdáva, akú sankciu má dostať poisťovňa, ktorá solventnosť vykazuje síce formálne správne, ale nespĺňa ju? Inak povedané – ak idú rozhodnutia úradu „na doraz" za formálne previnenia, ako budú vyzerať, keď nimi bude musieť riešiť problémy skutočné?

NEDÔVERA

Úrad pre dohľad je v systéme zdravotníctva kľúčovou inštitúciou s rozsiahlou a náročnou agendou – od dohliadania na kvalitu zdravotnej starostlivosti až po dohľad nad hospodárením poisťovní. Aj preto je veľmi dôležité, aby mal okrem kompetentného vedenia a kvalitných ľudí aj vypočítateľné správanie a aby jeho rozhodnutia boli dobre zdôvodnené a primerané.

V tomto prípade však urobil rozhodnutie, ktoré sa len ťažko dá chápať inak, než ako splnenie politickej objednávky súčasnej vlády, ktorá je voči súkromným poisťovniam (a Dôvere zvlášť) vyslovene nepriateľská. Svojím rozhodnutím Úrad pre dohľad nielenže môže uviesť do omylu státisíce poistencov jednej zdravotnej poisťovne. Oveľa horšie je, že tým pokračuje séria jeho chybných rozhodnutí, ktorá môže vyústiť do definitívnej straty dôveryhodnosti úradu. A ak sa nedá dôverovať úradu s takým poslaním, aké má ÚDZS, je to mimoriadne zlá správa pre všetkých, poistencami počnúc a (tak veľmi potrebnými) investormi do zdravotníctva končiac.

PETER PAŽITNÝ
ROBERT ŽITŇANSKÝ
(článok bol publikovaný v časopise .týždeň č. 14/2009)

Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976) je riaditeľ, partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonómiou zdravotníctva a makroekonómiou.

» kontakt pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

Mgr. Robert Žitňanský (1976) je zástupca šéfredaktora časopisu .týždeň a moderátor televíznej stanice TA3. Zaoberá sa hospodárskou politikou a ekonómiou.

» kontakt zitnansky@tyzden.sk | www.tyzden.sk

Slovenské zdravotníctvo 2009: Dopady krízy

Health Policy Institute (HPI) predstavil v marci publikáciu Slovenské zdravotníctvo 2009 – Dopady krízy. Analytici v nej upozorňujú na dopady, ktoré bude mať svetová hospodárska kríza na slovenské zdravotníctvo. Navrhujú konkrétne opatrenia, ktoré umožnia minimalizovať negatívne dôsledky krízy na fungovanie sektora.

Autori počítali s viacerými scenármi v závislosti od hĺbky dopadov krízy. Rôzne makroekonomické parametre jednotlivých scenárov sú v Tabuľke 1. Príjmy zdravotných poisťovní sa podľa nich budú v roku 2009 pohybovať od 3 291 do 3 508 mil. eur. **Oproti prognóze HPI z novembra minulého roka (3 636 mil. eur) je to výpadok vo výške 128 až 345 mil. eur.** Za hlavné faktory, ktoré spôsobili zníženie prognózy príjmov poisťovní označil analytik Karol Morvay klesajúcu zamestnanosť, pomalší rast miezd a rastúcu insolventnosť podnikov. Za najpravdepodobnejší scenár HPI považuje scenár depresie. Potvrdila to neskôr i aprílová prognóza Národnej banky Slovenska, ktorá v roku 2009 predpokladá 2,4%-ný pokles HDP.

Zdroje budú podľa HPI najviac chýbať Všeobecnej zdravotnej poisťovni (VšZP). Zmena systému prerozdelenia síce krátkodobo zlepší jej finančnú situáciu, avšak dopady krízy z hľadiska zvýšeného počtu poistencov štátu a nižšej solventnosti podnikov budú vytvárať veľký tlak na cash flow poisťovne. VšZP si v predchádzajúcich rokoch nevytvorila dostatočné finančné rezervy a nezmenila zastaraný spôsob nákupu zdravotnej starostlivosti. V časoch krízy má tak obmedzené možnosti pružnej reakcie na vzniknutú situáciu.

Podľa prognózy budú spomedzi poskytovateľov krízou najviac postihnuté nemocnice. Nemajú vybudované finančné rezervy a najväčšie z nich aj pred krízou dosahovali záporné hospodárske výsledky. Dodatočné zdroje z posledných dvoch rokov nemocnice nevyužili na zmeny, znižovanie dlhu a lepšiu kapitálovú vybavenosť. Sľubované oddlženie nemusí nastať z dôvodu nedostatku zdrojov. Menší objem zdrojov nedáva priestor na ďalšie zvýhodňovanie fakultných nemocníc pred všeobecnými nemocnicami. *„Zrušením degresívnej obchodnej prirážky na lieky v nemocniach prídu nemocnice o 6 až 9 miliónov eur ročne,“* upozornila spoluautorka publikácie Angelika Szalayová.

Kríza zvyšuje riziko sťaženého prístupu k zdravotným službám pre slabšie sociálne skupiny. Ochranu pacientov považujú preto autori za prioritu protikrízových opatrení v záujme zachovania solidárneho charakteru zdravotníckeho systému. Navrhujú zavedenie ochranného finančného limitu na spoluúčasť, reguláciu čakacích zoznamov či generickú preskripciu liekov.

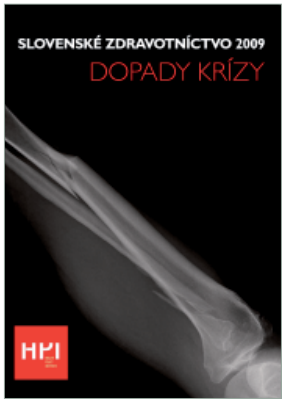
> *„Prijímanie nepopulárnych, bolestivých alebo zložitých opatrení už nie je možnosťou voľby, ale nevyhnutnosťou.*
>
> *Slovenské zdravotníctvo 2009 – Dopady krízy*

Medzi ďalšie navrhované krátkodobé stabilizačné opatrenia zaradili analytici limity na predpisované lieky, znovuzavedenie poplatkov, sprísnenie kategorizácie liečiv, zmrazenie miezd v nemocniciach, novelizáciu Zákonníka práce či odklad účinnosti takých opatrení, ktoré významne zvyšujú náklady zdravotného systému.

Na cash flow zdravotných poisťovní by mala pozitívny vplyv úprava mechanizmu, ktorým štát platí poistné za poistencov štátu. Financovanie zdravotníctva by sa podľa riaditeľa HPI Petra Pažitného mohlo zlepšiť **zavedením odvodovej neutrality a sporivých zdravotných účtov**. *„Krízu považujeme za príležitosť na zavedenie ďalších systémových zmien, ako je napr. transformácia nemocníc na akciové spoločnosti, zúženie rozsahu bezplatnej starostlivosti alebo zavedenie diagnostických a liečebných protokolov,“* povedal Pažitný.

Ako by vyzeral bezkrízový scenár?

Aktuálnu prognózu HPI si môžete teraz porovnať predkrízovou prognózou – obe publikácie sú v elektronickej verzii bezplatne dostupné na ***www.hpi.sk***.



Slovenské zdravotníctvo 2009 – Dopady krízy

(marec 2009)

Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008 – 2011

(apríl 2008)

Tabuľka 1: *Prognóza vybraných makroekonomických parametrov podľa jednotlivých scenárov*

	2008	2009p scenár depresie	2009p scenár minimálneho rastu	2009p scenár väčšej odolnosti voči kríze
Objem HDP v mld. EUR, bežné ceny	67,3	68,0	69,7	71,5
Tempo reálneho rastu HDP v %	6,4	-2,0	0,5	2,9
Tempo rastu nominálnej priemernej mzdy v %	8,1	2,0	4,0	7,0
Medziročná zmena počtu zamestnancov (ESA 95) v %	2,0	-4,6	-1,6	-0,2
Tempo rastu počtu SZČO v %	7,6	3,0	0,5	1,0
Priemerná miera inflácie (CPI), v %	4,6	3,6	3,7	3,8

Vysvetlivky: p = prognóza

Zdroj: Štatistický úrad SR a Health Policy Institute, 2009

Najpravdepodobnejší scenár

Tabuľka 2: *Zhrnutie príjmov zdravotníctva (v mil. eur, ak nie je uvedené inak)*

	2008o	2009p scenár depresie	2009p scenár minimálneho rastu	2009p scenár väčšej odolnosti voči kríze
A. Príjmy zdravotných poisťovní	**3 250**	**3 291**	**3 406**	**3 508**
A.1 Odvody zamestnancov	2 063	1 896	2 022	2 136
A.2 Odvody SZČO	165	152	159	171
A.3 Odvody samoplatiteľov	12	12	12	12
A.4 Odvody za poistencov štátu	979	1 201	1 182	1 157
A.5 Ostatné príjmy	30	30	31	32
B. Kapitola MZ SR	**112**	**111**	**111**	**111**
B.1 Bežné výdavky (bez poistného štátu)	79	75	75	75
B.2 Eurofondy	10	39	39	39
B.3 Kapitálové výdavky	23	7	7	7
B.4 mínus ohlásená úspora		-10	-10	-10
C. VÚC	**10**	**10**	**11**	**11**
C.1 Bežné výdavky	4	4	5	5
C.2 Kapitálové výdavky	6	6	6	6
D. Súkromné zdroje	**636**	**605**	**638**	**681**
D.1 Zdrav. výrobky, prístroje a zariadenia	413	385	410	438
D.2 Ambulantné zdravotnícke služby	182	180	188	202
D.3 Nemocničné služby	41	40	40	41
E. Zdroje spolu (A+B+C+D)	**4 007**	**4 017**	**4 166**	**4 311**
E.1 Verejné zdroje spolu (A+B+C)	3 372	3 412	3 528	3 630
E.2 Súkromné zdroje spolu (D)	636	605	638	681
Zdroje ako % z HDP	**6,0**	**5,9**	**6,0**	**6,0**
Verejné zdroje ako % z HDP	5,0	5,0	5,1	5,1
Súkromné zdroje ako % z HDP	0,9	0,9	0,9	1,0
Podiel verejných zdrojov v %	**84,1**	**84,7**	**84,4**	**84,0**
Podiel súkromných zdrojov v %	**15,9**	**15,3**	**15,6**	**16,0**

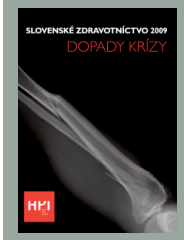
Vysvetlivky: o = odhad, p = prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

Analytici sa domnievajú, že efektívne čeliť dopadom hospodárskej krízy na slovenské zdravotníctvo sa dá len spoločnými silami. **Považujú preto za žiaduce vytvoriť platformu pre budovanie širšieho odborného i politického konsenzu.** Ako podklad pre takúto diskusiu môže podľa nich slúžiť práve publikácia Slovenské zdravotníctvo 2009 – Dopady krízy, napríklad na pôde analytikmi navrhovanej Zdravotníckej republikovej antikrízovej komisie (ZRAK).

„Nevieme, ako dlho potrvá súčasná hospodárska kríza a kde je jej dno. Vieme však, že jej dopady v zdravotníctve neobídu nikoho. Kríza zasiahne všetkých: poisťovne, poskytovateľov i pacientov. Prijímanie nepopulárnych, bolestivých alebo zložitých opatrení už nie je možnosťou voľby, ale nevyhnutnosťou,“ uvádzajú autori publikácie.

-red-



SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO 2009 DOPADY KRÍZY

vydal v marci 2009 Health Policy Institute

ISBN: 978-80-969907-4-0 (pdf)
978-80-969907-5-7 (print)

89 strán

Autori: Tomáš Szalay, Karol Morvay, Peter Pažitný, Angelika Szalayová a Ivana Morvayová

V elektronickej forme je publikácia bezplatne dostupná na **www.hpi.sk**

Tabuľka 3: *Výdavky zdravotného systému (v mil. eur)*

	2008o	2009p scenár depresie	2009p scenár minimálneho rastu	2009p scenár väčšej odolnosti voči kríze
		Najpravdepodobnejší scenár		
A. Výdavky zdravotných poisťovní	**3 229**	**3 405**	**3 410**	**3 415**
A.1 Ostatné výdavky	140	142	146	151
A.1.1 Prevádzkové náklady (3,5%)	114	115	119	123
A.1.2 Príspevok ZP na činnosť úradu (0,5%)	16	16	17	18
A.1.3 Príspevok ZP na OS (0,3%)	10	10	10	11
A.2 Úhrady za zdravotnú starostlivosť	3 089	3 264	3 264	3 264
A.2.1 Liečivá na recepty vrátane A liekov	1 023	1 125	1 125	1 125
A.2.2 Zdravotnícke pomôcky	113	124	124	124
A.2.3 Lôžková starostlivosť	974	1 008	1 008	1 008
A.2.4 Všeobecná ambulantná starostlivosť	151	152	152	152
A.2.5 Špecializovaná ambulantná starostlivosť	364	366	366	366
A.2.6 Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	305	329	329	329
A.2.7 Záchranná zdravotná služba	70	70	70	70
A.2.8 Ostatné, EU, bezdomovci	89	89	89	89
A.3 Prebytok/deficit	21	-114	-5	94
B. Bežné výdavky	**83**	**69**	**70**	**70**
B.1 Kapitola MZ SR	79	65	65	65
B.2 VUC	4	4	5	5
C. Kapitálové výdavky	**39**	**52**	**52**	**52**
C.1 Kapitola MZ SR	23	7	7	7
C.2 VUC	6	6	6	6
C.3 Eurofondy	10	39	39	39
D. Súkromné výdavky	**636**	**605**	**638**	**681**
D.1 Zdrav. výrobky, prístroje a zariadenia	413	385	410	438
D.2 Ambulantné zdravotnícke služby	182	180	188	202
D.3 Nemocničné služby	41	40	40	41
E. Výdavky spolu (A+B+C+D)	**3 987**	**4 131**	**4 170**	**4 218**
BILANCIA	**21**	**-114**	**-5**	**94**

Vysvetlivky: o = odhad, p = prognóza

Zdroj: Health Policy Institute, 2009

V kríze sa rozširuje rozsah bezplatnej starostlivosti

Prvého apríla 2009 nadobúda účinnosť zákon č. 81/2009 Z.z., ktorým sa novelizuje zákon o rozsahu (č. 577/2004 Z. z.). Novela prináša dve zmeny, na ktoré chceme poukázať:

1. **Rozsah hradenej starostlivosti sa novelou zákona rozširuje o plošnú kolonoskopiu**
2. **Ruší sa referencovanie cien liekov, ktoré sú na trhu v menej ako 6 krajinách EÚ**

PLOŠNÁ KOLONOSKOPIA

Do zákona pribudla preventívna kolonoskopická prehliadka u poistencov nad 50 rokov raz za 10 rokov resp. u poistencov so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu hrubého čreva a konečníka bez vekového obmedzenia raz za 5 rokov.

Novela je dôkazom, že zdravotná politika sa naďalej nerobí na ministerstve zdravotníctva, ale v parlamente – vládny návrh novely sa o kolonoskopii nezmieňuje. Zmenu do návrhu presadili poslanci Ústavnoprávneho výboru NR SR, a to bez pripomienkového konania, súvisiacej HTA analýzy či kalkulácie finančných dopadov na zdroje zdravotných poisťovní.

O preventívnej kolonoskopii sme písali v auguste 2007, keď takýto návrh spolu s plošným dychovým testom na prítomnosť Helicobacter pylori predkladalo ministerstvo zdravotníctva. Kolonoskopia vtedy nakoniec z navrhovanej novely vypadla; dychový test sa presadil u 19- a 20-ročných.

> ***Doteraz bolo zo zdravotného poistenia hradené vyšetrenie na prítomnosť krvi v stolici u poistencov od 50. roku veku, a to v rámci preventívnej prehliadky u všeobecného lekára raz za dva roky. Existujú štúdie (Collins et al. 2005), ktoré poukazujú, že kolonoskopia dokáže zachytiť nádorové útvary vo väčšom percente než jednorazové vyšetrenie na prítomnosť krvi v stolici. V zahraničí (napr. USA, Kanada) sa preto odporúča vykonávať buď vyšetrenie na prítomnosť krvi v stolici pravidelne raz za jeden alebo dva roky alebo kolonoskopiu raz za 10 rokov.***
>
> *Angelika Szalayová: Je prevencia lacná?, Into Balance 08/2007*

Problém nevnímame v samotnej kolonoskopii, ale v nákladovej (ne)efektívnosti paralelného systému kolonoskopických vyšetrení a vyšetrení na okultné krvácanie. Zavedenie preventívnej kolonskopie bude znamenať nárast nákladov o približne 7-8 miliónov eur ročne (pri rovnomernom rozložení vyšetrení medzi nasledujúcich 10 rokov; ak by išli na vyšetrenie všetci poistenci, ktorí majú na vyšetrenie nárok, v jednom roku, boli by náklady v prvom roku 70-80 mil eur). **Zodpovedný tvorca zdravotnej politiky by mal okrem zdôvodnenia nákladovej efektivity povedať, odkiaľ sa sem tieto prostriedky majú presunúť a vykonať potrebné kroky (napr. vyradiť iné intervencie z úhrady).**

Hospodárska kríza spôsobuje v zdravotníctve stagnáciu až pokles objemu zdrojov. V takejto situácii sa dá schválené rozšírenie balíka hradenej starostlivosti dosiahnuť jedine na úkor obmedzenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti v iných oblastiach. Náklady obetovanej príležitosti tak môžu presiahnuť potenciálne výnosy.

REFERENCOVANIE CIEN

Porovnávanie cien liekov so zahraničím prináša regulátorovi približnú orientáciu o „spravodlivej" alebo „primeranej" cene. Porovnávanie sa do roku 2007 týkalo 9 krajín. Ak cena výrobcu presiahla o viac než 10 % aritmetický priemer troch najlacnejších cien, pre ministerstvo to mohol byť zákonný dôvod na vyradenie z úhradového systému resp. k jeho nezaradeniu doň.

Zoznam referenčných krajín sa od januára 2008 rozšíril na všetky členské štáty EÚ, ktorých je v súčasnosti 27. Zároveň sa zmenil i vzorec výpočtu cenového limitu, ktorého prekročenie umožňovalo regulátorovi liek neuhrádzať zo zdravotného poistenia. Artimetický priemer sa vypočítava zo šiestich najlacnejších referenčných krajín, bez navýšenia o 10 %.

Zdanlivo sa sprísnilo uplatňovanie tohto limitu: nezaradenie drahšieho lieku do kategorizácie už nie je právom, ale povinnosťou ministerstva. Ale ak je už raz liek zaradený, tak jeho vyradenie v prípade ceny prevyšujúcej spomínaný limit nie je obligatórne.

> ***Rozšírenie počtu krajín z 9 na celú EÚ bol návrh MZ, ku ktorému si zástupcovia farmaceutického priemyslu vylobovali rozšírenie počtu porovnávaných najnižších cien z troch na šesť. Tento ústup bol zo strany MZ akceptovaný len za podmienky (s ktorou farmaceutické firmy v tom čase súhlasili ako s kompromisným riešením), že na stanovenie ceny lieku a teda jeho vstup na trh na Slovensku, je potrebné, aby liek mal niekde stanovených týchto 6 cien. To znamená, že zástupca výrobcu môže žiadať o stanovenie úradnej ceny a zaradenie medzi hradené lieky až vtedy, ak sa už v iných šiestich krajinách predáva.***
>
> *Angelika Szalayová: Konečne efektívna regulácia cien liekov?, Into Balance 10/2008*

Európska komisia (EK) sa obrátila na Slovenskú republiku s výhradou, že ide o prekážku voľného pohybu tovarov. Ak sa totiž liek nepredával aspoň v šiestich krajinách únie, nemohol sa dostať do úhradového systému na Slovensku (mohol byť na trhu, ale na plnú úhradu pacienta).

» legislatívny monitoring
január - apríl 2009

Novela výnosu MZ č. 22040/2005 Z. z. o podrobnostiach o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom prerozdeľovaní poistného
Č: 06186/2009-OL Ú: 28/2/2009

Novela nariadenia vlády č. 752/2004 Z.z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti
Č: 51/2009 Z. z. Ú: 1/3/2009

Novela vyhlášky MZ č. 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení
Č: 78/2009 Z. z. Ú: 15/3/2009

Vyhláška MZ o postupe pri posudzovaní zdravotnej spôsobilosti na držanie alebo nosenie zbraní a streliva a o náležitostiach lekárskeho posudku
Č: 85/2009 Z. z. Ú: 15/3/2009

Výnos MZ, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o záchrannej zdravotnej službe
Č: 10548/2009-OL Ú: 20/3/2009

Výnos MZ, ktorým sa ustanovujú sídla staníc záchrannej zdravotnej služby
Č: 10552/2009-OL Ú: 20/3/2009

Novela zákona č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov
Č: 87/2009 Z. z. Ú: 1/4/2009

Novela zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia
Č: 81/2009 Z. z. Ú: 1/4/2009

Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby vykonávajú zamestnanci zariadenia poskytujúceho sociálne služby
Č: 109/2009 Z. z. Ú: 1/4/2009

Novela zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch
Č: 77/2009 Z. z. Ú: 1/4/2009

Vyhláška MZ o podrobnostiach medicínsko-ekonomického rozboru dietetickej potraviny
Č: 149/2009 Z. z. Ú: 1/5/2009

Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú druhy lekárničiek a obsah lekárničiek pre osobnú dopravu, nákladnú dopravu a hromadnú dopravu
Č: 143/2009 Z. z. Ú: 1/5/2009

Výnos MZ, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o vydávaní dokladu, že cudzinec netrpí chorobou, ktorá ohrozuje verejné zdravie
Č: 07478/2009–OL Ú: 1/5/2009

Ťažko povedať, či sa ministerstvo výhradám EK bránilo dostatočne účinne. Podstatné je, že farmaceutický sektor tento spor fakticky vyhral. **Zo zákona vypadlo ustanovenie, ktoré podmieňovalo konanie o cene nového lieku jeho predajom na šiestich iných trhoch.** Stalo sa tak až v parlamente, v druhom čítaní cez pozmeňovacie návrhy členov Ústavnoprávneho výboru NR SR.

Tento postup obišiel pripomienkové konanie a znemožnil tak vychytanie (azda) nezamýšľaných dôsledkov formulácie tejto zmeny. **Poslanci totiž schválenou formuláciou zároveň zrušili referencovanie cien pre lieky, ktoré sa predávajú na menej ako šiestich trhoch únie.**

Aký je teda nový rámec, platný od 1. apríla 2009?

Cenový limit, ktorého prekročenie umožňovalo regulátorovi liek neuhrádzať zo zdravotného poistenia, sa naďalej počíta z ceny šiestich najlacnejších krajín. Ak však liek nemá takýchto šesť cien (je na trhu povedzme len v 5 krajinách), tak sa naň nevzťahuje žiaden cenový limit. Jeho výrobca môže predložiť aj 10-násobnú cenu oproti Nemecku, Británii či Francúzsku a ministerstvo zdravotníctva nebude mať zákonný dôvod takýto liek nezaradiť do kategorizácie resp. ho z nej vyradiť.

Zdravotníctvo, ktorého pravidlá sú popísané v zdravotníckych zákonoch, je komplexný systém. Novelizácia zdravotníckej legislatívy nie je preto triviálnou záležitosťou. Poslanecké návrhy v druhom čítaní, ktoré zásadne menia dopady prijímanej legislatívy, sú rizikom pre fungovanie systému. Plošná kolonoskopia i zmena referencovania cien liekov mohli prejsť riadnym pripomienkovacím procesom a sme presvedčení, že v konštruktívnej odbornej diskusii bolo možné prijať lepšie rozhodnutia.

MUDr. Angelika Szalayová (1974) je partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa liekovou politikou, kvalitou zdravotnej starostlivosti a hodnotením zdravotných poisťovní.

TOMÁŠ SZALAY
ANGELIKA SZALAYOVÁ

(e-mailové avízo na tento článok bolo súčasťou elektronického newslettera, rozosielaného v marci 2009)

» kontakt szalayova@hpi.sk | www.hpi.sk

DOBRÝ POISTENEC JE NAD ZLATO. VIEME HO VYVÁŽIŤ?

Publikácia prináša prehľad problematiky selekcie rizika a kompenzácie rizikovej štruktúry, analýzu súťaže o poistencov na Slovensku a simulovanie rôznych variantov kompenzácie rizikovej štruktúry v slovenských podmienkach.

Autori: P. Pažitný, A. Szalayová, H. Maďarová, M. Petrovič, L. Lenártová, S. Frisová a T. Szalay

Tlačená verzia publikácie: € 20,00 s DPH (602,50 Sk) + poštovné

Elektronická verzia publikácie (pdf): € 15,00 s DPH (451,90 Sk)

ZDRAVIE JE LUXUS. VIEME AKO HO FINANCOVAŤ?

V štúdii HPI analyzuje schopnosť súčasného systému financovania generovať zdroje v dlhodobom horizonte a podrobne hodnotí 4 varianty financovania do roku 2025.

Autori: K. Morvay, P. Pažitný, M. Petrovič, T. Szalay a A. Szalayová

Tlačená verzia publikácie: € 20,00 s DPH (602,50 Sk) + poštovné

Elektronická verzia publikácie (pdf): € 15,00 s DPH (451,90 Sk)

Objednávky zasielajte prosím e-mailom na adresu **hpi@hpi.sk**

NA PRVÝ POHĽAD ROVNAKÉ. A PREDSA INÉ.

Rating zdravotných poisťovní 2008 znižuje informačnú medzeru medzi poistencom a poisťovňami a zvyšuje transparentnosť prostredia. Plní dva základné ciele: informuje poistencov o rozdieloch medzi zdravotnými poisťovňami a poskytuje poisťovniam porovnávaciu bázu na zlepšenie ich vlastných procesov a ponúkaných služieb.

Autori: A. Szalayová, P. Pažitný, S. Frisová, S. Hnilicová a T. Szalay

Elektronická verzia publikácie (pdf) je bezplatne dostupná na www.hpi.sk

Vláda: Bratislave stačí o 640 lekárov menej

Ľuďom bývajúcim, pracujúcim a študujúcim v bratislavskom kraji sa znížila istota, že budú mať dostupnú zdravotnú starostlivosť hradenú zo zdravotného poistenia. Môže za to minimálna sieť poskytovateľov, ktorú tesne pred Vianocami schválila vláda. Podľa doterajšej normy, prijatej ešte Dzurindovým kabinetom, malo v ambulanciách bratislavského kraja pôsobiť najmenej 1 671 lekárov. Od januára tohto roku stačí Bratislavčanom podľa vlády len 1 024 lekárov. To je pokles o takmer 40 %.

Norma vychádza z počtu obyvateľov, nezohľadňuje počet ľudí, ktorí sa v hlavnom meste zdržiavajú prechodne (pracujúci, študenti, turisti). Ministerstvo zdravotníctva to zdôvodňuje nasledovne: *„Mieru migrácie je ťažko vyjadriť, nakoľko nevieme vyjadriť jej mieru nielen pre Bratislavský samosprávny kraj, ale aj pre iné kraje kde je vyššia migrácia obyvateľstva."*

» celý článok nájdete na www.hpi.sk

TOMÁŠ SZALAY

(e-mailové avízo na tento článok bolo súčasťou elektronického newslettera, rozosielaného vo februári 2009)

HPI neodporúča rušiť degresívnu obchodnú prirážku

Ako jedno z protikrízových opatrení Health Policy Institute navrhlo nerušiť degresívnu obchodnú prirážku v nemocniciach. V čase krízy, keď budú zdravotným poisťovniam chýbať zdroje na navyšovanie platieb nemocniciam, môže mať táto zmena pre niektoré nemocnice likvidačné dôsledky. Nemocnice zaplatia distribútorom za tie isté lieky o cca 6 až 9 miliónov eur ročne viac.

Problémy, ktoré vznikli v nemocniciach pri zavedení degresívnej prirážky vyplývajú najmä zo zlej platobnej disciplíny týchto zariadení, čo vedie k neochote distribútorov dodávať drahšie lieky. Ak im totiž nemocnica dlží 100 000 eur 300 dní, tak je pre nich výrazný rozdiel, či to bolo za lacné lieky s prirážkou 15 % alebo za drahé lieky s prirážkou 3 %. **Problémom tu však nie je existencia degresie, ale to, že distribútori si potrebujú kompenzovať dlhé lehoty splatnosti.** Cenová regulácia na zlú platobnú disciplínu nemocníc reaguje riešením, ktorým prinúti nemocnice zaplatiť nakoniec viac - teda zvýši distribútorom prémiu, za ktorú sa im oplatí dlhšie čakať na svoje peniaze.

» celý článok nájdete na www.hpi.sk

ANGELIKA SZALAYOVÁ

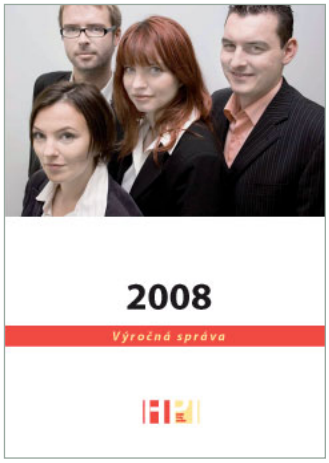
(e-mailové avízo na tento článok bolo súčasťou elektronického newslettera, rozosielaného v marci 2009)

Chcete dostávať e-mailové avíza o nových článkoch?

Informácie o nových komentároch a analýzach na www.hpi.sk zasielame v podobe elektronického newslettera e-mailom takmer dvom tisíckam odberateľov. Chcete patriť medzi nich? Stačí, ak sa na stránke www.hpi.sk prihlásite svojou e-mailovou adresou na odber newslettera alebo ak nám napíšete na newsletter@hpi.sk.

Výročná správa HPI za rok 2008

Health Policy Institute zverejnil na svojej webovej stránke **www.hpi.sk** výročnú správu za rok 2008. Nájdete ju v sekcii *O nás / Výročné správy*.



Nové telefónne čísla

Po zmene operátora hlasových služieb má Health Policy Institute nové kontaktné čísla:

Telefón: +421 (0)2 207 11 959

Fax: +421 (0)2 207 11 962

» legislatívny monitoring január - apríl 2009

Novela vyhlášky MZ č. 239/2004 Z. z. o požiadavkách na klinické skúšanie a správnu klinickú prax
Č: 148/2009 Z. z. Ú: 1/5/2009

Nariadenie vlády, ktorým sa ustanovujú analytické normy, toxikologicko-farmakologické normy, klinické normy a protokoly vzťahujúce sa na dokumentáciu o výsledkoch farmaceutického skúšania, toxikologicko-farmakologického skúšania a klinického skúšania vykonávaného na účely registrácie liekov
Č: 120/2009 Z. z. Ú: 1/5/2009

Návrh nariadenia vlády SR, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o technických požiadavkách a postupoch posudzovania zhody aktívnych implantovateľných zdravotníckych pomôcok
Č: 527/2008 Z. z. Ú: 21/3/2010

Novela zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti
Č: schválená v NR SR Ú: 1/6/2009

Návrh novely zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti
S: po I. čítaní v NR SR

Novela zákona č. 437/2004 Z. z. o náhrade za bolesť a o náhrade za sťaženie spoločenského uplatnenia
S: MPK ukončené 25/8/2008

Novela nariadenia vlády č. 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania
S: MPK ukončené 24/10/2008

Novela vyhlášky MZ č. 723/2004 Z. z., ktorou sa upravujú podrobnosti postupu pri určovaní štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva
S: MPK ukončené 26/11/2008

Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú štandardy pre zdravotnícku informatiku
S: MPK ukončené 9/3/2009

Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú záväzné štandardy pre zdravotnícku štatistiku
S: MPK ukončené 18/3/2009

Novela vyhlášky MZ č. 239/2006 Z. z. o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív
S: MPK ukončené 17/4/2009

Novela zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov
S: MPK ukončené 30/4/2009

Č = číslo predpisu, **Ú** = účinnosť, **S** = status quo, **MPK** = medzirezortné pripomienkové konanie

Štátne neziskové organizácie nebudú

O neziskových organizáciách podľa dnešných právnych predpisov rozhodujú ich správne rady. Zakladatelia neziskových organizácií po vymenovaní prvej správnej rady nemajú na ich ďalší chod nijaký vplyv – a to ani v prípade, ak (spolu)zakladateľom organizácie je štát. Túto skutočnosť považovala pred rokom slovenská vláda za problém.

V januári 2008 pri rokovaní o správe o spoločnosti Veriteľ vláda schválila v rámci uznesenia č. 61 aj úlohu B2, ktorou zaviazala ministra zdravotníctva *„zabezpečiť zodpovedajúce zastúpenie štátu v riadiacich a kontrolných orgánoch spoločností, ktorých je spoluzakladateľom, v súlade s podielom štátu na ich majetku; ak podiel štátu na majetku spoločnosti presiahne 50 %, štát musí mať väčšinové zastúpenie v riadiacich a kontrolných orgánoch týchto spoločností."*

Júnový termín minister Valentovič nestihol. Jeho nástupca úlohu navrhol zrušiť. V odôvodnení návrhu sa uvádza, že ministerstvo pri tejto úlohe *„narazilo na celý rad problémov, ktoré považuje za potrebné riešiť novelou zákona..."* Zákon č. 213/1997 Z. z. o neziskových organizáciách poskytujúcich všeobecne prospešné služby ministerstvu *„neumožňuje zabezpečiť zodpovedné zastúpenie štátu v riadiacich a kontrolných orgánoch neziskových organizácií, do ktorých vložilo majetok štátu, ktorý presahuje polovicu vloženého majetku všetkých zakladateľov."* Novelizácia zákona o neziskových organizáciách je v kompetencii ministerstva spravodlivosti, ministerstvo zdravotníctva preto navrhlo úlohu zrušiť.

V pripomienkovom konaní s týmto postupom zásadne nesúhlasilo práve ministerstvo spravodlivosti. Podľa neho nie je novelizácia zákona o neziskových organizáciách správnym ani vhodným riešením, preto s takto odôvodneným zrušením úlohy nesúhlasí.

Rezort spravodlivosti považuje za nevhodné novelou zákona upravovať vzťahy a celkový systém fungovania len kvôli veľmi malému počtu neziskových organizácií (ide o 23 nemocníc z celkového počtu 1 600 neziskoviek). V tomto sektore, uvádza sa v pripomienke, nemusí mať zakladateľ záujem participovať na činnosti a riadení neziskovej organizácie a žiadna legislatívna iniciatíva by ho k tomu nemala nútiť.

Ani prípadná novelizácia zákona by súčasný stav nezmenila, pretože **inak by musela byť uplatnená priama retroaktivita voči súčasným správnym radám neziskových organizácií,** konštatuje ministerstvo spravodlivosti. Ústavný súd Slovenskej republiky v dvoch obdobných prípadoch konštatoval takýto zásah za rozporný s Ústavou Slovenskej republiky (viď rozhodnutia PL ÚS 25/00, PL ÚS 28/00). Nová právna úprava by sa preto mohla týkať len novovzniknuvších neziskových organizácií.

Zásadnú pripomienku rezortu spravodlivosti ministerstvo zdravotníctva **akceptovalo**. Návrh na zrušenie úlohy pritom zostal, len jeho odôvodnenie bolo mierne preformulované. Vláda 28. apríla 2009 materiál schválila, štátne neziskovky nebudú.

> ***„Akciová spoločnosť bude vystavená otvorenému trhovému prostrediu, ktoré vytvorí tlak na jej efektívne fungovanie a hospodárenie. To prinesie aj zvýšenú kvalitu v poskytovaní služieb pre rezort MV SR, ostatné štátne organizácie, resp. pre súkromný sektor.***
>
> *návrh transformácie nemocnice ministerstva vnútra na akciovú spoločnosť schválený vládou SR 10. decembra 2008*

Na príbehu tejto vládnej úlohy je zaujímavý názor ministerstva spravodlivosti na právnu formu nemocníc (Rámček 1). **Rezort preferuje štandardnú právnu formu obchodných spoločností pred neziskovými organizáciami.** Zopakoval tak názor rezortu vnútra, ktorý minulý rok podobne odôvodňoval potrebu transformácie nemocnice ministerstva vnútra na akciovú spoločnosť. Ministerstvo zdravotníctva týmto argumentom zatiaľ odoláva. Pravdepodobnosť, že pripravovaná vlna oddlžovania nemocníc nemusí byť posledná, zrejme zvýši tlak aj zo strany rezortu financií – a tomu sa bude odolávať podstatne ťažšie.

TOMÁŠ SZALAY

Rámček 1: *Názor Ministerstva spravodlivosti SR na právnu formu nemocníc*

V súčasnosti niektoré nemocnice fungujú ako akciové spoločnosti. **Forma neziskovej organizácie nie je vhodnou právnou formou pre pôsobenie zdravotníckeho zariadenia.** Právna úprava neziskovej organizácie, najmä absencia kontrolných mechanizmov nedovoľujú jej použitie na vzťahy, pri ktorých sa narába so štátnym majetkom, kde je potrebná kontrola fungovania a spravovania majetku tejto inštitúcie.

Ministerstvo spravodlivosti je názoru, že najvhodnejším riešením by bolo, aby sa takéto neziskové organizácie pretransformovali na inú právnu formu (akciovú spoločnosť alebo spoločnosť s ručením obmedzením, prípadne inú osobitnú formu zdravotníckeho zariadenia). Transformácia, resp. zmena právnej formy je proces, ktorý neprinesie okrem odlišného právneho rámca, v akom bude nemocnica pôsobiť a tiež odlišného spôsobu riadenia, inú zásadnú zmenu do fungovania zdravotníckych zariadení, ktorá by mohla ohroziť ich chod. Práve naopak, **vytvorí sa priestor na ustanovenie pravidiel a kontrolných mechanizmov, ktoré v každom časovom priestore zabezpečia kontrolnú a riadiacu úlohu štátu zodpovedajúcu jeho majetkovej účasti v organizácii.**

Zdroj: vyhodnotenie medzirezortného pripomienkového konania, lt.justice.gov.sk

Postavenie zdravotných poisťovní v Slovenskej republike z pohľadu komunitárneho práva

Mgr. Radislav Bibel sa v záverečnej práci vzdelávacieho programu Manažér I na Health Management Academy venuje problematike, ktorá je v súčasnosti predmetom arbitrážneho konania voči Slovenskej republike. V čase písania práce bol zamestnancom ZP Dôvera, jeho názory uvedené v práci sú však jeho osobnými názormi a nemusia odrážať postoj jeho zamestnávateľa.

ZHRNUTIE

Touto prácou som chcel poukázať na skutočnosti preukazujúce, že napriek zaužívaným predstavám zdravotné poisťovne v Slovenskej republike sú podnikateľmi a zdravotné poistenie vykonávajú ako podnikateľskú činnosť. Svoje názory opieram o výklad jednotlivých noriem Ústavy SR, slovenských zákonov, smerníc Európskeho spoločenstva a rozhodnutí Európskeho súdneho dvora. Z nich najmä rozhodnutia Európskeho súdneho dvora vykladané s ohľadom na povahu zdravotných poisťovní a ich činnosti preukazujú, že slovenské zdravotné poisťovne svoju činnosť vykonávajú ako podnikateľské subjekty.

I. ÚVOD

Reforma zdravotného poistenia priniesla v roku 2005 do zdravotného poistenia zmenu myslenia. Zdravotné poisťovne prestali byť verejnoprávnymi subjektmi a transformovali sa na obchodné spoločnosti. Zdravotné poistenie prestalo byť vykonávané ako verejnoprávna činnosť a začalo byť vykonávané ako činnosť podnikateľská. Dlhé roky fungovania verejnoprávneho zdravotného poistenia sa aj tri roky po reforme prejavujú na zotrvačnosti pôvodných predstáv o fungovaní zdravotného poistenia a zdravotných poisťovní. Práve preto sa napriek zmene, ktorú reforma priniesla, nájdu ľudia, ktorí naďalej považujú zdravotné poisťovne za subjekt verejnej správy a poskytovanie zdravotného poistenia za nepodnikateľskú činnosť. V tomto prípade sa predstavy o tom, čo je a čo by malo byť, líšia od toho, čo vyplýva z právneho poriadku. Aplikácia noriem komunitárneho práva v oblasti zdravotného poistenia zaužívané predstavy o zdravotnom poistení v Slovenskej republike pomáha rozptýliť a preukazuje, že zdravotné poistenie je dnes vykonávané ako podnikateľská činnosť, ktorá musí byť vykonávaná v súlade s príslušnými normami komunitárneho práva.

Členstvo Slovenskej republiky v Európskej únii si vyžaduje, aby náš právny poriadok bol v súlade s komunitárnym právom. Poistenie, vrátane zdravotného poistenia, je jedna z oblastí, ktorú popri vnútroštátnych predpisoch upravuje aj komunitárne právo. Komunitárne právo delí poistenie na životné poistenie a na neživotné poistenie. Keďže zdravotné poistenie je súčasťou neživotného poistenia, v ďalšom texte sa budem zaoberať komunitárnym právom vzťahujúcim sa k neživotnému poisteniu. Základ právnej úpravy výkonu neživotného poistenia ako podnikateľskej činnosti tvoria tri smernice o neživotnom poistení. Úlohou smerníc je harmonizovať normy týkajúce sa výkonu poistenia a aj subjektov, ktoré poistenie vykonávajú. Tak, aby spotrebiteľom v celej Európskej únii bola v súvislosti s poistením poskytnutá rovnaká ochrana ich záujmov.

Z troch smerníc je najdôležitejšia smernica č. 73/239/EHS o neživotnom poistení (ďalej len „Prvá smernica“). Druhá smernica o neživotnom poistení č. 88/357/EHS (ďalej len „Druhá smernica“) a tretia smernica o neživotnom poistení č. 92/49/EHS (ďalej len „Tretia smernica“) Prvú smernicu novelizovali, pričom zároveň obsahujú aj samostatné normy. Preto sa na ne hľadí ako na osobitné smernice a nie len novely. Smernice upravujú poistenie vykonávané podnikateľmi ako podnikateľskú činnosť.[1)] To znamená, že sa vzťahuje len na subjekty, ktoré chcú vykonávať poistenie ako podnikateľskú činnosť, a na takto vykonávanú činnosť. Táto smernica sa nevzťahuje na poistenie tvoriace súčasť zákonného systému sociálneho zabezpečenia.[2)] Poistenie zdravotnej starostlivosti sa považuje za súčasť sociálneho zabezpečenia. To však neznamená, že každé poistenie zdravotnej starostlivosti je automaticky aj súčasťou zákonného systému sociálneho zabezpečenia. Súčasťou zákonného systému sociálneho zabezpečenia nie je poistenie vykonávané ako podnikateľská činnosť. Z toho dôvodu, zdravotné poistenie v Slovenskej republike musí byť upravené v súlade so smernicami o neživotnom poistení, ak je vykonávané ako podnikateľská činnosť. Zároveň musí byť v súlade so smernicami aj právna úprava zdravotných poisťovní. V opačnom prípade komunitárne právo nemá vplyv na slovenskú právnu úpravu zdravotného poistenia.

Pre posúdenie, či je zdravotné poistenie v Slovenskej republike vykonávané ako podnikateľská činnosť, sa musíme okrem komunitárneho práva zaoberať aj výkladom slovenského práva.

II. ZDRAVOTNÉ POISTENIE PODĽA SLOVENSKÉHO PRÁVA

2.1. ZDRAVOTNÉ POISTENIE PODĽA ÚSTAVY SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Podľa článku 40 Ústavy SR[3)] má občan na základe zdravotného poistenia právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Z uvedeného ustanovenia vyplýva, že pre občana má byť bezplatnosť zdravotnej starostlivosti realizovaná na základe poistenia (zdravotného). Skutočnosť, že Ústava SR garantuje občanom právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť neznamená, že občanovi musí byť poskytnutá bezplatne. Právo „bezplatnosti“ je garantované len na základe poistenia a za podmienok ustanovených zákonom. Bez poistenia občan

nemá nárok na „bezplatnú“ zdravotnú starostlivosť, t.j. hradenú zdravotnou poisťovňou. Právo na poskytnutie zdravotnej starostlivosti tým nie je dotknuté. Toto právo vyplývajúce z prvej vety čl. 40 Ústavy SR je garantované v celom rozsahu a môže byť realizované aj mimo zdravotného poistenia. Právo na poskytnutie zdravotnej starostlivosti nie je priamo závislé od zdravotného poistenia.

Právo na ochranu zdravia a s tým súvisiace právo na poskytnutie zdravotnej starostlivosti je v Ústave SR zaradené medzi sociálne práva. Podľa Ústavy SR však zdravotné poistenie nie je súčasťou sociálneho zabezpečenia, ktoré je upravené v článku 39 Ústavy SR. Sociálne zabezpečenie nemusí byť realizované na základe poistenia. Podľa Ústavy SR môže byť realizované aj iným spôsobom garantujúcim právo na primerané hmotné zabezpečenie v starobe, pri nespôsobilosti na prácu a aj pri strate živiteľa.

V súčasnosti je aj sociálne zabezpečenie čiastočne realizované cez komerčné poistenie. Týka sa to dôchodkového zabezpečenia, kde dôchodkové správcovské spoločnosti sú životnými poisťovňami v zmysle komunitárneho práva, a preto zákon č. 43/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov prebral smernice o životnom poistení.

Ústava SR nevylučuje realizáciu zdravotného poistenia cez komerčné poistenie. Zároveň zdravotné poistenie nepovažuje za súčasť sociálneho zabezpečenia. Z uvedených dôvodov podľa Ústavy SR zdravotné poistenie netvorí súčasť zákonného systému sociálneho zabezpečenia.

2.2. POVINNÝ NEZNAMENÁ ZÁKONNÝ

Verejné zdravotné poistenie vzniká a zaniká okamihom splnenia skutočností uvedených v Zákone o zdravotnom poistení.[4] Z tohto pohľadu by sme mohli verejné zdravotné poistenie považovať za zákonné. Ale samotný poistný vzťah s konkrétnou zdravotnou poisťovňou vzniká až podaním prihlášky, čo je možné na základe ustanovení Občianskeho zákonníka[5] považovať za uzavretie poistnej zmluvy. Podľa § 9 ods. 3 Zákona o zdravotnom poistení poistenec, ktorý nepodal prihlášku alebo ktorý podal prihlášku vo viac ako jednej zdravotnej poisťovni, má právo len na úhradu neodkladnej starostlivosti, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa s najväčším počtom poistencov. Podľa § 9 ods. 4 Zákona o zdravotnom poistení takto vzniknuté náklady pri prvom poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti uhradí zdravotnej poisťovni Ministerstvo zdravotníctva SR. Pri ďalšom poskytnutí vzniknuté náklady je povinný uhradiť zdravotnej poisťovni „neprihlásený“ poistenec. Z uvedeného vyplýva, že napriek tomu, že je fyzická osoba podľa zákona verejne zdravotne poistená, kým nepodá prihlášku do zdravotnej poisťovne, za úhradu zdravotnej starostlivosti zodpovedá sama. V konečnom dôsledku takýto poistenec si musí všetku zdravotnú starostlivosť uhradiť sám – odkladnú zdravotnú starostlivosť priamo poskytovateľovi alebo neodkladnú zdravotnú starostlivosť zdravotnej poisťovni, ktorá ju zaňho uhradila poskytovateľovi. Zdravotná poisťovňa v takýchto prípadoch supluje úverovú inštitúciu, bezodplatne. Za nepodanie prihlášky hrozí poistencovi jednorazová pokuta vo výške max. 5000,- Sk (od 1. 1. 2009 max. € 165). Iná sankcia neexistuje. Zároveň do podania prihlášky nevzniká povinnosť hradiť poistné. Chýba druhý účastník právneho vzťahu – zdravotná poisťovňa poistenca, ktorému by malo byť poistné uhradené.

Napriek tomu, že verejné zdravotné poistenie vzniká na základe skutočností uvedených v zákone, poistný vzťah s konkrétnou zdravotnou poisťovňou vzniká až po podaní prihlášky a jej potvrdením. Z toho dôvodu treba podanie prihlášky a potvrdenie prihlášky považovať za uzavretie zmluvy. Prihláška je v tomto prípade návrh na uzavretie zmluvy a potvrdenie prihlášky prijatím návrhu.[6] Predmet poistného vzťahu vyplýva z príslušných predpisov.

> ***„Aj s ohľadom na Ústavu SR zdravotné poistenie nie je súčasťou zákonného systému sociálneho zabezpečenia v zmysle smerníc o neživotnom poistení.***

Z predmetných ustanovení Zákona o zdravotnom poistení vyplýva, že fyzická osoba, ktorá nepodá prihlášku, je de iure verejne zdravotne poistená, ale de facto zdravotne poistená nie je. Za úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti zodpovedá sama. V tomto zmysle je možné verejné zdravotné poistenie prirovnať k povinnému zmluvnému poisteniu s tým rozdielom, že existuje právna fikcia vzniku a aj zániku poistenia. Z uvedeného vyplýva, že napriek deklarovanej zákonnosti zdravotného poistenia, zdravotné poistenie v skutočnosti zákonné nie je. Aj s ohľadom na Ústavu SR zdravotné poistenie nie je súčasťou zákonného systému sociálneho zabezpečenia v zmysle smerníc o neživotnom poistení.

2.3. ZDRAVOTNÉ POISTENIE AKO PODNIKATEĽSKÁ ČINNOSŤ

Z dôvodovej správy k návrhu Zákona o zdravotných poisťovniach[7] vyplýva, že zdravotné poisťovne majú byť obchodnými spoločnosťami a zdravotné poistenie majú vykonávať ako podnikateľskú činnosť. Na základe platného a účinného znenia Zákona o zdravotných poisťovniach sú zdravotné poisťovne zriadené vo forme akciovej spoločnosti a za účelom vykonávania verejného zdravotného poistenia.[8] Právne pomery zdravotných poisťovní, okrem Zákona o zdravotných poisťovniach, upravuje Obchodný zákonník[9] výslovne na základe ustanovení Zákona o zdravotných poisťovniach[10] a na základe všeobecných ustanovení Obchodného zákonníka. *„Obchodný zákonník upravuje postavenie podnikateľov, obchodno-záväzkové vzťahy a niektoré iné vzťahy súvisiace s podnikaním.“*[11] *„Za podnikanie sa považuje sústavná činnosť, vykonávaná podnikateľom samostatne, vo vlastnom mene, na vlastnú zodpovednosť a za účelom dosiahnutia zisku.“*[12]

V minulosti zdravotné poisťovne nevykonávali podnikateľskú činnosť a preto sa na ne a na ich činnosť Obchodný zákonník nevzťahoval. S výnimkou niektorých záväzkových vzťahov, ktoré však neboli ich hlavnou činnosťou.

V súčasnosti zdravotné poisťovne svoju činnosť vykonávajú sústavne a bez prerušenia. Zdravotné poistenie vykonávajú samostatne a vo vlastnom mene, nie v mene štátu, akcionára alebo iného subjektu. Svoju činnosť vykonávajú v súlade s príslušnými predpismi na vlastnú zodpovednosť. Za svoje konanie a záväzky zodpovedá výhradne zdravotná poisťovňa. Zodpovednosť za činnosť alebo za záväzky zdravotnej poisťovne neprechádza na akcionára, na štát, ani na iný subjekt. Svoju činnosť vykonávajú za účelom dosiahnutia zisku.

Novela Zákona o zdravotných poisťovniach,[13] ktorá s účinnosťou k 1.1.2008 obmedzila použitie zisku, nemá vplyv na účel vykonávanej činnosti. Touto normou boli obmedzené práva akcionára bez priameho zásahu do samotnej povahy a účelu činnosti zdravotných poisťovní. Zdravotné poisťovne zodpovedajú za vytvorenú stratu v rovnakom rozsahu ako iní podnikatelia. So vzniknutou stratou sa musia vysporiadať zdravotné poisťovne samé. Ich majetok podlieha exekúciám aj konkurzu. Podľa §176 Zákona o konkurze a reštrukturalizácii[14] sú zdravotné poisťovne považované za finančné inštitúcie. Z toho dôvodu je režim konkurzného a reštrukturalizačného konania rovnaký ako pri bankách a ostatných poisťovniach.

Z vyššie uvedených skutočností vyplýva, že podľa slovenského práva sú zdravotné poisťovne podnikateľmi a vykonávajú podnikateľskú činnosť.

III. ZDRAVOTNÉ POISTENIE PODĽA KOMUNITÁRNEHO PRÁVA

3.1. PODNIKATEĽSKÁ ČINNOSŤ

Komunitárne právo nemá právny predpis v ktorom by boli výslovne definované pojmy podnikateľská činnosť a podnikateľ. Tieto pojmy sú definované v rozhodnutiach Európskeho súdneho dvora, pričom ich definícia sa opiera o povahu subjektu a o povahu vykonávanej činnosti. Pojem podnikateľ („undertaking") sa používa v Zmluve o založení Európskeho spoločenstva v časti týkajúcej sa ochrany hospodárskej súťaže.[15] Preto sa rozhodnutia týkajú sporov vyplývajúcich z domáhania sa ochrany hospodárskej súťaže. To je však prirodzené, keďže účastníkmi trhu sú v zásade subjekty, ktoré vykonávajú podnikateľskú činnosť. Iné subjekty môžu svojou činnosťou vplývať na trh a tým ovplyvniť hospodársku súťaž. V takom prípade môže mať vykonávaná činnosť povahu podnikateľskej činnosti a musí byť vykonávaná v súlade s pravidlami hospodárskej súťaže. Preto Európsky súdny dvor okrem povahy vykonávanej činnosti posudzuje aj to, či je dotknutý subjekt účastníkom súťaže na relevantnom trhu. Je dôležité upozorniť na to, že jednotlivé rozhodnutia vychádzajú z konkrétnych okolností prípadu. Preto jednotlivé výroky nie je možné aplikovať bez ďalšieho posúdenia na všetky prípady.

Rozhodnutia v rámci ktorých Európsky súdny dvor definoval podnikateľskú činnosť a podnikateľa, resp. určil že účastník sporu je podnikateľ, sa väčšinou týkajú subjektov, ktoré svoju činnosť nevykonávajú za účelom dosiahnutia zisku. Všetky subjekty, ktoré sa podľa rozhodnutí Európskeho súdneho dvora za podnikateľov nepovažujú, vykonávajú činnosť za iným účelom, než za účelom dosiahnutia zisku. A to buď na základe zákona alebo na základe rozhodnutia zriaďovateľa. Väčšinou ide o rôzne fondy sociálneho zabezpečenia a nie obchodné spoločnosti vykonávajúce poistenie ako podnikateľskú činnosť. Vzhľadom na to, že niektoré subjekty pri výkone svojej činnosti súťažili s inými účastníkmi relevantného trhu, Európsky súdny dvor označil tieto subjekty za podnikateľov hoci vykonávali neziskovú činnosť.

Zatiaľ nikto výslovne nespochybnil predpoklad, že ak niekto vykonáva činnosť za účelom dosiahnutia zisku a na vlastnú zodpovednosť, vykonáva podnikateľskú činnosť v zmysle ustanovení Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva. Preto sa Európsky súdny dvor priamo takouto otázkou nezaoberal. Odpoveď Európskeho súdneho dvora na takúto otázku je možné predpokladať na základe niektorých jeho rozhodnutí.

3.2. PODNIKATEĽSKÁ ČINNOSŤ PODĽA ROZHODNUTÍ EURÓPSKEHO SÚDNEHO DVORA

Podľa Európskeho súdneho dvora pojem podnikateľ zahŕňa akýkoľvek subjekt vykonávajúci podnikateľskú činnosť, bez ohľadu na jeho právnu formu a spôsob financovania.[16] Z tohto záveru vyplýva, že aj verejnoprávny subjekt vykonávajúci neziskovú činnosť môže byť považovaný za podnikateľa. Pre určenie, či sa subjekt pre potreby ochrany hospodárskej súťaže považuje za podnikateľa alebo nie, je potrebné zistiť či vykonáva podnikateľskú činnosť. Samotná právna forma a spôsob financovania činnosti nie sú podstatné.

„Akákoľvek činnosť spočívajúca v poskytovaní tovarov a služieb na určitom trhu je podnikateľskou činnosťou."[17] Z tohto záveru vyplýva, že poskytovanie služieb sa považuje za podnikateľskú činnosť. Vykonávanie poistenia, vrátane zdravotného poistenia je poskytovaním služby. Predpokladom pre takýto záver je však účasť subjektu na relevantnom trhu so službami a s tým súvisiaca konkurencia. V Slovenskej republike existuje trh zdravotného poistenia a s ním súvisiaca konkurencia.

Z rozhodnutia č. C180/98 a z rozhodnutia č. C 309/99 vyplýva, že ak subjekt poskytuje svoje služby na určitom trhu a poskytuje ich za úhradu pričom znáša finančné riziko vyplývajúce z vykonávanej činnosti, považuje sa za podnikateľa. *„Komplexnosť, a technická povaha poskytovaných služieb a skutočnosť, že vykonávaná činnosť je regulovaná, nemôže zmeniť (spochybniť) tento záver."*[18] Prípadnú stratu, t.j. negatívny rozdiel medzi príjmami a výdavkami, znáša podnikateľ sám. Poskytovanie služby za úhradu neznamená, že je vykonávaná za účelom dosiahnutia zisku. Tieto závery nevylučujú, že výška úhrady bude kompenzovať len náklady, resp. strata z jednej činnosti bude kompenzovaná z inej činnosti. Vzhľadom na to, že je správanie občianskej spoločnosti upravené zákonnými normami, regulácia konkrétnej činnosti nevylučuje, že je vykonávaná ako podnikateľská činnosť.

Aj zdravotné poisťovne v Slovenskej republike znášajú prípadnú stratu. Dôsledok platobnej neschopnosti je nútená správa a v prípade jej neúspechu konkurz, ktorého ukončením zdravotná poisťovňa zanikne a prestane pôsobiť na trhu.

Platbou za poskytovanú službu, ktorou je poistenie zdravotnej starostlivosti, je poistné. A to bez ohľadu na spôsob určenia poistného a na subjekt, ktorý poistné platí. Všeobecnú úpravu poistenia obsahuje Občiansky zákonník[19], ktorý pripúšťa, aby poistné v prospech poisteného platila iná osoba.

Podľa Európskeho súdneho dvora ustanovenia Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva upravujúce hospodársku súťaž sa nevzťahujú na činnosť, ktorá vzhľadom na jej povahu, účel (cieľ) a normy, ktorým podlieha, nepatrí do oblasti podnikateľskej činnosti. Ustanovenia upravujúce hospodársku súťaž sa taktiež nevzťahujú na činnosť, ktorá súvisí s výkonom právomocí subjektu verejnej správy.[20] Zdravotné poisťovne v Slovenskej republike nevykonávajú verejnú správu a nie sú verejnoprávnym subjektom.

Skutočnosť, že zdravotné poisťovne v Slovenskej republike vykonávajú len verejné zdravotné poistenie neznamená automaticky, že zdravotné poistenie nie je podnikateľskou činnosťou. Poistenie je jedna z oblastí, ktorú je možné vykonávať ako podnikateľskú činnosť a zdravotné poistenie je jej súčasť. Rozhodujúca je povaha a účel vykonávanej činnosti a subjektu, ktorý túto činnosť vykonáva.

V konaní č. T 319/99 Európsky súdny dvor rozhodol, že činnosť spočívajúca v poskytovaní tovaru a služieb na určitom trhu, je typická črta podnikateľskej činnosti, nie je ňou však činnosť spočívajúca len v nákupe. Záver je, že subjekt, ktorý nakupuje tovar (primerane sa to môže vzťahovať aj na obstaranie služieb), nie za účelom vykonávania podnikateľskej činnosti, ale na ich využitie pri inej činnosti napr. sociálnej povahy, sa nepovažuje za podnikateľa.

O toto rozhodnutie sa opiera Ministerstvo zdravotníctva SR, keď odôvodňuje svoj názor, že zdravotné poisťovne nevykonávajú podnikateľskú činnosť. Tento názor sa v praxi prejavil obmedzením s nakladaním zisku zdravotných poisťovní. Predmetné rozhodnutie však vychádza zo systému zdravotnej starostlivosti v Španielsku, kde jeden subjekt zároveň spravuje zdravotné fondy a zároveň poskytuje zdravotnú starostlivosť. Zakúpený tovar, ktorý bol predmetom sporu, využívali vo svojich zariadeniach. Okrem toho dotknutý subjekt spravuje systém na báze neziskovosti a bezodplatnosti.

Ministerstvo zdravotníctva SR vychádza z toho, že zdravotné poistenie má byť vykonávané zo sociálnych dôvodov a ako nezisková činnosť. Súčasný trh zdravotného poistenia a legislatíva sa s takouto predstavou nezhoduje. Zdravotné poisťovne vykonávajú poistenie a teda poskytujú službu. Zdravotné poisťovne zdravotnú starostlivosť nenakupujú. Zdravotnú starostlivosť ako službu poskytuje poskytovateľ pacientovi na základe vzájomne uzavretej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Príjemcom služby a subjektom, ktorý poskytnutie tejto služby požaduje je pacient. V Slovenskej republike existuje slobodná voľba poskytovateľa a zdravotná poisťovňa nemôže do tejto slobody poistenca zasiahnuť, preto zdravotná poisťovňa nemôže dopredu obstarávať alebo objednávať zdravotnú starostlivosť. Zdravotná poisťovňa do tohto vzťahu medzi pacientom a poskytovateľom vstupuje ako subjekt, ktorý cenu poskytnutej služby hradí namiesto príjemcu služby. Po jej poskytnutí v súlade s príslušnými predpismi. Na základe poistenia sa zdravotná poisťovňa zaväzuje poistencovi poskytnúť v prípade náhodnej udalosti – choroby plnenie, ktorým je úhrada zdravotnej starostlivosti. Tento záväzok zdravotnej poisťovne existuje voči poistencovi, nie voči poskytovateľovi. Zdravotná poisťovňa nie je subjekt, ktorý poskytnutie zdravotnej starostlivosti od poskytovateľa požaduje. Uzavretie zmluvy medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou obsahujúcou záväzok a podmienky úhrady služby poskytnutej poistencom požaduje Zákon o zdravotných poisťovniach. Inak pre potreby výkonu zdravotného poistenia uzavretie takejto zmluvy nie je nevyhnutné. Predmetom tejto zmluvy je úhrada poskytnutej zdravotnej starostlivosti, a nie jej poskytovanie. Na základe tejto zmluvy poskytovateľ nezodpovedá zdravotnej poisťovni za zle poskytnutú zdravotnú starostlivosť alebo za poškodenie zdravia poistenca. Túto zodpovednosť má poskytovateľ voči poistencovi na základe s ním uzavretej zmluvy.

Zdravotné poisťovne, obdobne ako iné poisťovne, hradia náklady spojené s poistnou udalosťou, ktorou je v prípade zdravotného poistenia choroba. U iných poisťovní poznáme podobné zmluvné vzťahy so subjektmi likvidujúcimi poistné udalosti, napr. zmluvné autoservisy pre havarijné poistenie.

3.3. VPLYV INDIVIDUÁLNEHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Zdravotné poistenie je podľa Prvej smernice zaradené do kategórie poistenie choroby. Smernice o neživotnom poistení nerozlišujú naše verejné zdravotné poistenie a individuálne zdravotné poistenie. V zmysle § 2 ods. 1 písm. b) Zákona o zdravotnom poistení sa individuálne zdravotné poistenie považuje za zdravotné poistenie v celom rozsahu dohodnutom v zmluve. Individuálne zdravotné poistenie môže zahŕňať poistenie v rovnakom, menšom aj väčšom rozsahu ako verejné zdravotné poistenie. V súčasnosti sú zdravotné poisťovne v zmysle zákona oprávnené vykonávať aj individuálne zdravotné poistenie. Individuálne zdravotné poistenie je vykonávané len na základe zmluvy s poistencom, pričom musí byť vykonávané v súlade so Zákonom o poisťovníctve,[21] v ktorom sú implementované smernice o neživotnom poistení. Do 31.12.2007 mohli zdravotné poisťovne vykonávať aj nemocenské poistenie.

Neživotné poistenie môže vykonávať len subjekt spĺňajúci podmienky vyplývajúce zo Zákona o poisťovníctve, resp. zo smerníc o neživotnom poistení a za zákonom stanovených podmienok. Smernice o neživotnom poistení sa vzťahujú nielen na vykonávanú poisťovaciu činnosť, ale aj na subjekt vykonávajúci neživotné poistenie. Na poisťovne sa vzťahujú od počiatku; aplikujú sa od okamihu ich založenia, cez získanie povolenia až po ich zánik. Poisťovne nie sú obmedzené len na výkon poisťovacej činnosti uvedenej v povolení pri ich založení. Vykonávanú poisťovaciu činnosť môžu počas svojej existencie rozšíriť aj zúžiť. Zdravotné poistenie je poisťovacou činnosťou v zmysle smerníc, pričom nie je obmedzené len na individuálne zdravotné poistenie.

Každá poisťovňa, ktorá má v záujme vykonávať individuálne zdravotné poistenie musí spĺňať podmienky vyplývajúce zo Zákona o poisťovníctve a teda zároveň zo smerníc o neživotnom poistení. V prípade verejného zdravotného poistenia musia byť splnené podmienky vyplývajúce zo Zákona o zdravotnom poistení. Keďže zdravotné poisťovne môžu vykonávať na základe povolenia zdravotné poistenie v plnom rozsahu, t.j. individuálne zdravotné poistenie aj verejné zdravotné poistenie, musia zároveň spĺňať podmienky vyplý-

vajúce zo smerníc o neživotnom poistení. Inak by nemohli individuálne zdravotné poistenie vykonávať. To znamená, že smernice o neživotnom poistení sa na zdravotné poisťovne musia vzťahovať a zdravotné poisťovne musia byť zriadené a vykonávať svoju činnosť v súlade s nimi.

V prípade C 206/98 Európsky súdny dvor rozhodol, že vzhľadom na všetky okolnosti poisťovňa vykonáva podnikateľskú činnosť spočívajúcu v poskytovaní služieb, ktoré môžu byť harmonizované smernicou prijatou na základe článkov 47 (2) a 55 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva, pričom skutočnosť, že členský štát takéto poistenie zahrnul do povinného systému sociálneho zabezpečenia nemôže vylúčiť takúto harmonizáciu. Preto sa na poistenie, ktoré bolo predmetom sporu smernica vzťahuje, napriek legislatívne deklarovanému zahrnutiu do povinného systému sociálneho zabezpečenia.

Treba mať na pamäti, že smernice o neživotnom poistení sa vzťahujú na subjekty vykonávajúce poistenie ako podnikateľskú činnosť. A keďže sa smernice o neživotnom poistení na zdravotné poisťovne a zdravotné poistenie vzťahujú, zdravotné poisťovne sú podnikateľmi a zdravotné poistenie je podnikateľskou činnosťou. Preto by malo výslovné zaradenie verejného zdravotného poistenia do zákonného systému sociálneho zabezpečenia podobný efekt ako vo vyššie uvedenom prípade. Činnosť zdravotných poisťovní by napriek tomu bola považovaná za podnikateľskú činnosť a musela by byť vykonávaná v súlade so smernicami o neživotnom poistení.

Poistenie vrátane zdravotného poistenia sa považuje za službu. Harmonizácia poistenia je upravená v smerniciach o neživotnom poistení. Článok 54 Tretej smernice výslovne upravuje niektoré aspekty zdravotného poistenia, ktoré je vykonávané ako alternatíva alebo náhrada za zákonný systém sociálneho zabezpečenia. V tomto prípade majú členské štáty možnosť podriadiť poistné zmluvy regulácii tak, aby bol zabezpečený verejný záujem (všeobecné dobro). A toto je prípad zdravotného poistenia v Slovenskej republike.

> ***Aj z analyzovaných rozhodnutí Európskeho súdneho dvora vyplýva, že zdravotné poisťovne v Slovenskej republike, vzhľadom na povahu vykonávanej činnosti, vykonávajú podnikateľskú činnosť a sú podnikateľmi.***

IV. ZÁVER

Verejné zdravotné poistenie je službou, ktorú v Slovenskej republike poskytujú zdravotné poisťovne ako podnikateľskú činnosť. Táto skutočnosť vyplýva z jednotlivých slovenských právnych predpisov, vrátane Ústavy SR. Zároveň z príslušných predpisov vyplýva, že zdravotné poistenie nie je súčasťou zákonného systému sociálneho zabezpečenia. Posúdenie, či sú zdravotné poisťovne podnikateľmi a či zdravotné poistenie vykonávajú ako podnikateľskú činnosť, závisí okrem slovenského práva aj od komunitárneho práva. Komunitárne právo túto otázku posudzuje na základe právneho a skutočného stavu fungovania zdravotného poistenia a zdravotných poisťovní. Aj z analyzovaných rozhodnutí Európskeho súdneho dvora vyplýva, že zdravotné poisťovne v Slovenskej republike, vzhľadom na povahu vykonávanej činnosti, vykonávajú podnikateľskú činnosť a sú podnikateľmi.

Vzhľadom na túto povahu zdravotných poisťovní a na účel a podmienky vykonávania zdravotného poistenia, zdravotné poistenie a zdravotné poisťovne podliehajú smerniciam o neživotnom poistení. Zdravotné poisťovne teda majú rovnaké postavenie ako ostatné poisťovne pôsobiace v Slovenskej republike. Rovnako teda zdravotné poistenie a zdravotné poisťovne podliehajú normám týkajúcich sa ochrany hospodárskej súťaže, slobody poskytovania služieb a slobody pobytu a pohybu kapitálu. Z toho dôvodu je žiaduce upraviť niektoré slovenské zákony, ktoré zdravotné poisťovne považujú za súčasť verejnej správy.

RADISLAV BIBEL

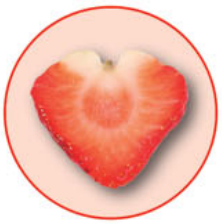
---

1. *Čl. 1 ods. 1 Prvej smernice*
2. *Čl. 2 ods. 1 písm. d) Prvej smernice*
3. *Zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov*
4. *Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*
5. *Zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov*
6. *§ 43 a nasl. Občianskeho zákonníka*
7. *Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*
8. *§ 2 ods. 1 Zákona o zdravotných poisťovniach*
9. *Zákon č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov*
10. *§ 2 ods. 2 Zákona o zdravotných poisťovniach*
11. *§ 1 ods. 1 Obchodného zákonníka*
12. *§ 2 ods. 1 Obchodného zákonníka*
13. *Zákon č. 530/2007 Z. z.*
14. *Zákon č. 7/2005 Z. z. o konkurze a reštrukturalizácii a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*
15. *Články 81 až 89 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva*
16. *Rozhodnutia Európskeho súdneho dvora č. C 41/90, C 159/91,C 244/94, C 55/96, C 180/98, C 309/99*
17. *Rozhodnutia Európskeho súdneho dvora č. C 118/85, C 35/96, C 309/99, C 180/98*
18. *Rozhodnutie Európskeho súdneho dvora č. C 309/99, ods. 49*
19. *§ 788 a nasl. Občianskeho zákonníka, Poistné zmluvy*
20. *Rozhodnutie Európskeho súdneho dvora č. C 309/99 ods. 57*
21. *Zákon č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*

Mgr. Radislav Bibel (1978) je právnikom. Pôsobil v Zdravotnej poisťovni Dôvera na právnom oddelení. Zaoberá sa zdravotníckou a daňovou legislatívou.

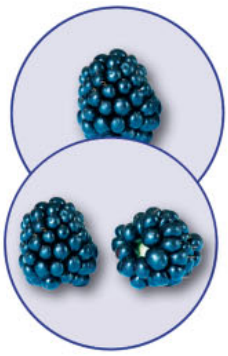
KONTAKT: radislavbibel@gmail.com

Health Management Academy



Program **Lekár**

Program **Reformátor**



Program **Manažér 1, 2**

Program **Lekárnik**

Program **Mix**

Zrelé myšlienky.
Čerstvé informácie.

Vzdelávanie pre ľudí, ktorí rozmýšľajú v súvislostiach

health management academy hma

Health Management Academy, s.r.o.
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava

e-mail: **frisova@hma.sk**
web: **www.hma.sk**
tel.: **+421 (0)911 596 050**