**Dôvodová správa**

**Všeobecná časť**

 Zdravotná poisťovňa je pri vykonávaní povinného verejného zdravotného poistenia špecializovanou finančnou inštitúciou (subjektom verejnej správy podľa zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 523/2004 Z. z.“) narábajúcou s verejnými zdrojmi. Pri tejto činnosti ju možno vnímať len ako inštitúciu založenú na presne vymedzený účel s právnym postavením akciovej spoločnosti. Činnosť zdravotnej poisťovne je presne vyšpecifikovaná v ustanovení § 6 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“), dokonca tak striktne, že ustanovenie § 2 ods. 5 určuje, že zdravotná poisťovňa nesmie vykonávať inú činnosť ako tú, ktorá je vymedzená v § 6. Súčasné zákonné obmedzenia činnosti zdravotných poisťovní len potvrdzujú , že nejde o „klasické“ akciové spoločnosti. Zdravotnú poisťovňu realizujúcu výkon verejného zdravotného poistenia nemôžeme považovať za podnik s ekonomickou činnosťou, t.j. „klasickú komerčnú akciovú spoločnosť“, pretože zdravotná poisťovňa je povinná mesačne podľa § 14 zákona č. 581/2004 Z. z. preukazovať mieru svojej platobnej schopnosti a  podľa § 6a má striktne obmedzené výdavky na prevádzkové činnosti a ostatný príjem z povinného verejného zdravotného poistenia je určený na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu určenom zákonom č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 577/2004 Z. z.“). Vzhľadom na zákonné vymedzenie účelu založenia zdravotnej poisťovne, presné vymedzenie predmetu činnosti neekonomickej povahy a neštandardné zákonné obmedzenia, presne definovanú výšku poistného, ktorú nemôže zdravotná poisťovňa ani znížiť a ani odpustiť, zakotvený prerozdeľovací mechanizmus je nutné zdravotnú poisťovňu vnímať len ako sprostredkovateľku služby verejnosti, financujúcu verejné statky, ktoré majú povahu nerivalitnej spotreby.

 Činnosť zdravotných poisťovní na Slovensku zodpovedá všetkým charakteristikám sociálneho zdravotného poistenia, ktorými Európsky súdny dvor odôvodňuje svoje rozhodnutia, že táto činnosť nie je podnikateľskou činnosťou a organizácie, ktoré ju vykonávajú, nie sú podnikmi v zmysle čl. 85 a 86 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva. Analýza fungovania systémov zdravotného poistenia v Európe z pohľadu konkurencie vstupov a z pohľadu tvorby zisku tvorí prílohu dôvodovej správy, všeobecnej časti.

 Ak je verejné zdravotné poistenie organizované ako povinné s rešpektovaním solidarity a rovnosti v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a jej dostupnosti, tak nemôže byť založené na princípe ziskovosti a hospodárskej súťaži, čo sú atribúty komerčného a dobrovoľného poistenia alebo povinného súkromného poistenia.

 Cieľom navrhovanej novely zákona č. 581/2004 Z. z. je explicitne vymedziť účel založenia zdravotnej poisťovne ako subjektu verejnej správy, ktorému štát zveril povinnosť spravovať zdroje verejného zdravotného poistenia. Povinné odvody na verejné zdravotné poistenie sú stanovené zákonom, nemožno ich znížiť ani odpustiť, ich neodvádzanie zakladá trestnoprávnu zodpovednosť a tieto odvody majú charakter „ďalšej“ dane, ktorá je súčasťou štátneho rozpočtu v súlade so zákonom o rozpočtových pravidlách.

 Princípy sociálnych poistení v EÚ vychádzajú z toho, že prostriedky určené na sociálne služby (zdravotná starostlivosť je tiež sociálnou službou) sa môžu použiť len na tento účel.

 Podľa rozsudkov Európskeho súdu, organizácie poverené poskytovaním aktivít založených na národnej solidarite a neziskovosti, plnia výhradne sociálnu funkciu. Tieto organizácie nie sú považované za podniky v zmysle komunitného práva. Zdravotné poistenie nie je podnikanie, nie je ani poistenie – je to vzájomná pomoc.

 Zákonným vymedzením použitia kladného hospodárskeho výsledku nejde o zásah do vlastníckych práv, pretože nedochádza k odňatiu ani obmedzeniu majetku. Ide o zákonom obmedzený spôsob spravovania verejného zdravotného poistenia (verejných prostriedkov), nakoľko zdravotné poisťovne si nemôžu v plnej miere uplatňovať právo finančné prostriedky z povinného verejného zdravotného poistenia ľubovoľne užívať a disponovať s nimi.Verejné zdroje zdravotné poisťovne môžu len spravovať a kladný hospodársky výsledok sa musí použiť len na úhradu zdravotnej starostlivosti hradenej z povinného verejného zdravotného poistenia, teda v prospech poistencov.

 Existujúci systém je postavený tak, že žiadna zdravotná poisťovňa nehradí zdravotnú starostlivosť na základe uzatvorených poistiek, ale na základe toho, že im štát zveril právo vyberať „daň“ a zakázal im vykonávať akúkoľvek inú činnosť. Každý občan je povinný sa prihlásiť v niektorej z existujúcich zdravotných poisťovní, je povinný odvádzať v zákonom stanovej výške poistné, ktoré sa nedá znížiť ani odpustiť, takže neexistuje medzi poisťovňami pri vstupoch žiadna súťaž. Poistný systém je tvorený na princípe solidarity. V takto nastavenom systéme, nemožno legislatívou umožniť, aby si sprostredkovatelia vecnej dávky kladný hospodársky výsledok vyplatili formou dividend.

 Podľa čl. 31 Listiny základných práv a slobôd má občan právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe verejného zdravotného poistenia za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Toto právo patrí medzi sociálne práva občana. V členských štátoch Európskej únie sú obdobné práva súčasťou sociálnych systémov, ktoré ich svojím občanom poskytujú formou vecných dávok. Nositeľom a poskytovateľom sociálnej vecnej dávky je zdravotná poisťovňa.

 Princípy sociálnych poistení v EÚ vychádzajú z toho, že prostriedky určené na sociálne služby (zdravotná starostlivosť je tiež sociálnou službou) sa môžu použiť len na tento účel.

 V čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky sa stanovuje, že každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. V tomto článku je vyjadrený záväzok štátu ako orgánu štátnej moci prijať takú právnu úpravu, ktorá zabezpečí občanom právo na zdravotnú starostlivosť cestou zdravotnej poisťovne.

 Ústavný súd v rozhodnutí PL.ÚS 13/97 uviedol: „ *....zdravotné aj dôchodkové poistenie možno hodnotiť ako službu vo verejnom záujme zameranú na uplatnenie práv jednotlivca. Štát zabezpečuje poskytovanie tejto služby ako dlžník, ktorý voči všetkým osobám plní záväzok slúžiaci na uplatnenie ústavou zaručeného práva na primerané hmotné zabezpečenie .... resp. na bezplatnú zdravotnú starostlivosť ( čl.40) Ústavy. Zdravotné poisťovne v základnom zdravotnom poistení sú iba sprostredkovateľom plnenia záväzku štátu voči jednotlivcovi ....“.*

 V zmysle § 2 zákona 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 (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“) sa rozlišuje zdravotné poistenie:

povinné verejné zdravotné poistenie a dobrovoľné verejné zdravotné poistenie,

individuálne zdravotné poistenie.

Štát realizuje úlohu poskytovania bezplatnej zdravotnej starostlivosti zo zdroja, ktorým je povinný výber poistného. Výška poistného povinného zdravotného poistenia je stanovená zákonom a zákonom je taktiež stanovené, kto a kedy toto poistné platí, tak aby počas celej doby poistného vzťahu bolo za každého poistenca hradené poistné.

 Ustanovenie § 3 ods. 1 zákona č. 523/2004 Z. z. určuje :

 *„Subjektmi verejnej správy sú právnické osoby zapísané v registri organizácií vedenom Štatistickým úradom Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu a zaradené vo verejnej správe v súlade s jednotnou metodikou platnou pre Európsku úniu, a to*

*a) v ústrednej správe,*

*b) v územnej samospráve,*

*c) vo fondoch sociálneho poistenia a fondoch zdravotného poistenia.“*.

 V zmysle citovaného zákona sú zdravotné poisťovne subjektmi verejnej správy a teoreticky v prípade platobnej neschopnosti zdravotnej poisťovne by sa mohli domáhať finančnej výpomoci štátu ako subjekty verejnej správy, na ktoré sa vzťahuje zákon č. 523/2004 Z. z.

 Uvedené dve skutočnosti – povinný výber poistného a pri splnení zákonných podmienok teoretická možnosť finančnej výpomoci pre subjekty verejnej správy v prípade nedostatku finančných zdrojov v zmysle zákona č. 523/2004 Z. z. – vyvracajú možnosť existencie systému zdravotného poistenia v Slovenskej republike na komerčnom základe a kreovanie zdravotných poisťovní ako podnikateľských subjektov.

 V zmysle § 2 ods. 1 Obchodného zákonníka sa podnikaním rozumie:

sústavná činnosť,

vykonávaná samostatne podnikateľom,

vo vlastnom mene,

na vlastnú zodpovednosť,

za účelom dosiahnutia zisku.

 Ak chceme konštatovať o určitej činnosti, že je podnikaním, musí spĺňať uvedené kritériá všetky. Otázkou je najmä „samostatnosť“ podnikateľa – zdravotnej poisťovne, nakoľko zdravotná poisťovňa dostáva prostriedky z verejných zdrojov a má zabezpečený stabilný príjem a zároveň má Ústavou Slovenskej republiky a zákonom určené, na čo má prostriedky použiť (zákon č. 577/2004 Z. z.).

 Podnikateľ podniká na vlastnú zodpovednosť – nesie podnikateľské riziko – v prípade „podnikateľov – zdravotných poisťovní“ by štát nemohol nechať všetky zbankrotovať a vystaviť poistencov riziku, pretože by konal v rozpore s Ústavou Slovenskej republiky.

 Vrátenie zdrojov z kladného hospodárskeho výsledku zdravotných poisťovní na úhradu zdravotnej starostlivosti by v súčasnosti predstavoval prísun zdrojov do zdravotníctva vo výške takmer 1,9 miliardy Sk.

 Navrhovaná právna úprava je v súlade s Ústavou Slovenskej republiky, s právnym poriadkom Slovenskej republiky a medzinárodnými dokumentmi, ktorými je Slovenská republiky viazaná. Návrh zákona nezakladá zvýšené nároky na štátny rozpočet, rozpočty obcí alebo rozpočty vyšších územných celkov a nebude mať vplyv ekonomický, environmentálny a ani vplyv na zamestnanosť a podnikateľské prostredie.

 Prílohu tejto všeobecnej časti dôvodovej správy tvorí Analýza fungovania systémov zdravotného poistenia v Európe z pohľadu konkurencie vstupov a z pohľadu tvorby zisku v nadväznosti na predkladanú novelu zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

**Príloha k dôvodovej správe – všeobecná časť**

**Analýza fungovania systémov zdravotného poistenia v Európe z pohľadu konkurencie vstupov a z pohľadu tvorby zisku v nadväznosti na predkladanú novelu zákona č.581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov**

**1. Ekonomická charakteristika zdravotných poisťovní**

V charakteristike zdravotných poisťovní vykonávajúcich povinné zdravotné poistenie na celonárodnej úrovni treba brať do úvahy, že plnia úlohy vo verejnom záujme, že sú zriadené na plnenie úloh štátu pri napĺňaní jeho sociálnych funkcií a všetky ich príjmy plynúce z vykonávania povinného zdravotného poistenia majú používať na činnosti určené ich štatútom podľa zákona. **Nevykonávajú hospodársku činnosť, ale sociálne služby verejného záujmu.** Sú súčasťou systému sociálneho povinného zdravotného poistenia, ich činnosť je sociálna činnosť, a táto činnosť, bez ohľadu na to, či je vykonávaná neziskovými alebo ziskovými, komerčnými organizáciami má byť jednoznačne činnosťou, výnosy z ktorej môžu byť použité len na účely povinného zdravotného poistenia a nie na investovanie, či rozdelenie medzi akcionárov, alebo na iné účely.

Zdravotné poisťovne môžu podľa zákona vykonávať popri povinnom zdravotnom poistení **aj dobrovoľné zdravotné poistenie, ktoré je naopak jednoznačne komerčnou, hospodárskou činnosťou.** Táto činnosť však musí byť zo zákona prísne oddelená od vykonávania povinného zdravotného poistenia. Toto oddelenie je nutné preto, lebo **povinné a dobrovoľné zdravotné poistenie sú subjektmi odlišnej právnej regulácie.**

Úlohou zdravotných poisťovní pri vykonávaní povinného zdravotného poistenia je plnenie verejnej zodpovednosti založenej na princípe všeobecného záujmu, solidarity, potreby poskytovať poistencom služby všeobecného záujmu a ochranu v prípade zdravotných rizík. **Dôležitá je ich činnosť zo zákona a nie, či sú zriadené štátom, alebo súkromnými osobami**.

**V oblasti povinného zdravotného poistenia nie je možné považovať zdravotné poisťovne za podnikateľov v zmysle práva EU**, podľa ktorého podnik je akákoľvek entita vykonávajúca činnosti komerčnej alebo hospodárskej povahy, bez ohľadu na jej právnu formu, alebo spôsob jej financovania**. Podľa rozhodnutia Európskeho súdneho dvora (Case C-205/03 P, *FENIN* v *Commission*)** koncept hospodárskej činnosti je charakterizovaný umiestňovaním tovarov alebo služieb na danom trhu a nie samotnou činnosťou nákupu služieb To znamená, že činnosť nákupu zdravotníckych služieb treba posudzovať v spojení s ich použitím. Charakter činnosti nákupu sa musí určiť podľa toho, či následné použitie nakúpených služieb je hospodárskou činnosťou. Názor, že činnosť nákupu služieb je hospodárskou činnosťou samou o sebe, oddeliteľnou od ich následného použitia, súd odmietol. **Vzhľadom na to, že služby nakúpené zdravotnými poisťovňami následne používajú poistenci bezplatne, je zjavné, že následné použitie týchto služieb nie je hospodárskou činnosťou** . Z toho dôvodu nemôže byť nákup zdravotnej starostlivosti zdravotnými poisťovňami považovaný za hospodárku činnosť orientovanú na zisk.

Zdravotné poisťovne vykonávajú svoju činnosť v povinnom zdravotnom poistení **podľa princípu solidarity**, sú financované zo sociálnych poistných príspevkov, ktorých percentuálnu sadzbu stanovuje zákon (nie z poistného, vypočítavaného podľa rizík), a ktoré platia poistenci, zamestnávatelia a štát vopred (pred a nezávisle na využívaní zdravotníckych služieb) a svojim **poistencom zabezpečujú bezplatné zdravotnícke služby** na základe princípu „pay-as-you-go“, teda priebežných mesačných platieb poskytovateľom zdravotníckych služieb.

V súvislosti s platnou aj pripravovanou legislatívou v oblasti zdravotného poistenia, vzhľadom na naše členstvo v EÚ, je nanajvýš aktuálne preskúmať **právnu úpravu EÚ**. A to tak vo vzťahu k zisku, konkurencii, oprávnenosti štátnych zásahov, ako aj k nášmu zákonu o hospodárskej súťaži, ktorý (na rozdiel od stanovísk Európskeho súdneho dvora v takýchto veciach) zaraďuje zdravotné poisťovne medzi podnikateľov, podliehajúcich tomuto zákonu.

V nadväznosti na charakteristiku povinného sociálneho zdravotného poistenia, s prihliadnutím na vstupy, výstupy, solidaritu, prerozdeľovanie by bolo v prvom rade vhodné jednoznačne **definovať v našej právnej úprave** **verejný systém sociálneho zdravotného poistenia ako systém, ktorý plní výlučne sociálnu funkciu a organizácie poverené jeho spravovaním vykonávajú činnosti na princípe národnej solidarity a na princípe neziskovosti.**

 Všeobecná solidarita realizovaná na základe princípu priebežných platieb totiž **oprávňuje vyňatie povinného zdravotného poistenia z hospodárskej súťaže**. Toto tvrdenie je podložené rozhodnutiami Európskeho súdneho dvora (ďalej len „súd“), okrem už vyššie zmieneného prípadu Fenin C-205/03, aj ďalších prípadoch : Pistre et Poucet C-159/91 et 160/91, Garcia C-238/94, Brentjens C115/97, Albany C-67/96, Cisal C-218/00, AOK C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01. Z týchto prípadov podrobnejšie rozoberiem **prípad Pistre at Poucet C-159/91**, vzhľadom na to, že súd sa aj v ďalších podobných prípadoch odvoláva na rozhodnutia v tomto prípade.

**Prípad Pistre at Poucet C-159/91**

 **V zhrnutí rozhodnutia súdu** k tomuto prípadu sa uvádza: ***„ Koncept podniku****, v  rámci článkov 85 a 86 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva (ďalej len „Zmluva“), zahŕňa všetky entity v hospodárskej činnosti.* ***Preto nezahŕňa organizácie zapojené do manažmentu verejného systému sociálneho zabezpečenia, ktorý plní výlučne sociálnu funkciu a vykonáva činnosti založené na princípe národnej solidarity, ktorá je úplne nezisková“.***

 Podstatou tohto prípadu bolo **odpovedať na dve otázky**, a to:

***„Či sa má organizácia poverená riadením špeciálneho systému sociálneho zabezpečenia považovať za podnik pre účely čl. 85 a 86 Zmluvy;***

***Či dominantná pozícia priznaná legislatívou členského štátu organizácii poverenej manažmentom špeciálneho systému sociálneho zabezpečenia je kompatibilná so Spoločným trhom.“***

 Tieto otázky boli položené v súvislosti s podaním pánov Pouceta a Pistre-ho, ktorí požadovali zrušenie nariadenia, podľa ktorého museli platiť príspevky sociálneho poistenia poistným fondom (p. Poucet proti Caisse Mutuelle Régionale du Languedoc-Roussilon, ktorý spravuje nemocenské a materské poistenie pre samostatne zárobkovo činné osoby v nepoľnohospodárskych povolaniach a p. Pistre proti Caisse Autonome Nationale de Compensation de ĺ Assurance Vieillesse des Artisans, Clermont-Ferrand). Títo páni nenamietajú proti povinnému poisteniu a plateniu príspevkov sociálneho poistenia, ale myslia si, že na tento účel by mali mať slobodnú voľbu osloviť akúkoľvek súkromnú poisťovňu na teritóriu Európskeho spoločenstva a že nemusia byť subjektom podmienok uplatňovaných jednostranne uvedenými organizáciami, ktoré majú podľa nich dominantné postavenie, ktoré je podľa nich v rozpore s pravidlami voľnej súťaže garantovanými Zmluvou.

**Vyjadrenie súdu k prvej otázke:**

*Komunitné právo neodoberá právomoci členským štátom organizovať ich systémy sociálneho zabezpečenia.*

*V rámci predmetného systému sociálneho zabezpečenia sú samostatne zárobkovo činné osoby v nepoľnohospodárskych povolaniach subjektom povinnej sociálnej ochrany, vrátane tej, ktorú vykonávajú autonómne štatutárne systémy, zvlášť nemocenské a materské poistenie, ktoré je aplikované na všetky samostatne zárobkovo činné osoby v nepoľnohospodárskych povolaniach a poistenie v starobe pre remeselnícke povolania.*

***Tieto systémy sledujú sociálne ciele a vyjadrujú princíp solidarity.***

*Sú určené na poskytovanie krytia pre všetky osoby, ktoré k nim patria proti rizikám choroby, staroby, smrti a invalidity, bez ohľadu na ich finančnú situáciu a ich zdravotný stav v čase prijatia.*

***Princíp solidarity*** *je v systéme nemocenského a materského poistenia vyjadrený skutočnosťou, že* ***systém je financovaný príspevkami proporcionálnymi k príjmu zo zamestnania*** *a k starobnému dôchodku osôb; len príjemcovia invalidných dôchodkov a nepracujúci dôchodcovia s veľmi skromnými zdrojmi sú oslobodení od platenia príspevkov, zatiaľ čo dávky sú rovnaké pre všetkých.* ***Solidarita znamená prerozdeľovanie príjmov medzi tými, ktorí sa majú lepšie a tými, ktorí z pohľadu ich zdrojov a zdravotného stavu by boli pripravení o potrebné sociálne krytie.***

*V systéme starobného poistenia je solidarita založená na skutočnosti, že príspevky platené aktívnymi pracovníkmi slúžia na financovanie penzií dôchodcov. Je tiež vyjadrená zaručením práv na penziu aj tým ktorí neplatili príspevky a práv na penziu, ktorá nie je proporcionálna k plateným príspevkom.*

***A nakoniec, je tu solidarita medzi rôznymi systémami sociálneho zabezpečenia v tom, že tie, ktoré majú prebytok prispievajú k financovaniu tých, ktoré majú štrukturálne finančné ťažkosti.***

***Z toho vyplýva, že systémy sociálneho zabezpečenia, ako je popísané, sú založené na systéme povinného prispievania, ktoré je nevyhnutné pre aplikáciu princípu solidarity a finančnej rovnováhy týchto systémov.***

*Z dokumentov je zjavné, že manažment daných systémov bol zverený štatútom fondov sociálneho zabezpečenia, ktorých činnosti sú subjektom kontroly štátu, vykonávanej najmä prostredníctvom ministerstva sociálnych vecí, ministerstva financií a verejných orgánov ako je Všeobecný finančný inšpektorát a Všeobecný inšpektorát sociálneho zabezpečenia.*

***Fondy sa pri plnení svojich povinností riadia zákonmi a nemôžu sami ovplyvniť výšku príspevkov, nakladanie s majetkom ani úroveň dávok.*** *Regionálne nemocenské fondy môžu úlohu výberu príspevkov a výplaty dávok pre správy systému nemocenského a materského poistenia zveriť určitým organizáciám, ako sú vzájomné spoločnosti alebo poisťovne. Avšak nezdá sa, že tieto organizácie, ktoré pri vykonávaní tejto úlohy vystupujú len ako agenti nemocenských fondov, sú predmetom súdneho sporu.*

***Predchádzajúce dôvody sa musia vziať na zreteľ pri posúdení či výraz „podnik“ v zmysle čl. 85 a 86 Zmluvy, zahŕňa organizácie poverené spravovaním systému sociálneho zabezpečenia.***

*Súd stanovuje (obzvlášť v prípade C-41/90 Hoefner v Elser /1991/ ECR I-1979, paragraf 21), že v kontexte práva o hospodárskej súťaži koncept podniku zahŕňa každú entitu zapojenú do hospodárskej činnosti, bez ohľadu na jej právnu formu a spôsob ako je financovaná.*

***Nemocenské fondy a organizácie zapojené do spravovania verejného systému sociálneho zabezpečenia plnia výlučne sociálnu funkciu. Táto činnosť je založená na princípe národnej solidarity a je plne nezisková. Dávky sú povinnými, štatutárnymi dávkami a nemajú žiaden vzťah k výške príspevkov.***

***Podľa toho, táto činnosť nie je hospodárska činnosť a preto organizácie, ktorým je zverená, nie sú podnikmi v zmysle čl. 85 a 86 Zmluvy.***

*Odpoveď na položenú otázku preto musí byť, že koncept podniku v zmysle čl. 85 a 86 Zmluvy nezahŕňa organizácie poverené spravovaním systémov sociálneho zabezpečenia, posudzované v tomto prípade.*

**Vyjadrenie súdu k druhej otázke:**

*Vo svetle odpovede danej na prvú otázku, nie je potrebné odpovedať na druhú otázku.*

Z uvedeného vyplýva, že **vyňatie spod pravidiel hospodárskej súťaže je opodstatnené aj pre náš systém povinného zdravotného poistenia**. Pretože poskytuje kľúčové verejné služby, resp. výlučne sociálne funkcie, určené zákonom a jeho činnosti sú založené na solidarite. Už samotná povaha týchto úloh a funkcií predurčuje, že tu **nejde o vykonávanie hospodárskej činnosti a orientáciu na zisk.** Dávky poistného krytia (zdravotnícke služby) sú dané zákonom, bez väzby na výšku platených poistných príspevkov. Nejde tu o výber poistencov, ani dávok podľa rizikovosti. Poistenie je zo zákona povinné. Zdravotné poisťovne plnia úlohy vo verejnom záujme, ktoré im zveruje zákon. Sú subjektom štátnej regulácie a kontroly. Je v záujme nielen obyvateľov nášho štátu, ale aj obyvateľov EU, aby takéto služby boli rozvíjané a boli subjektom vnútroštátnej regulácie. Pretože prispievajú k procesu dosahovania Lisabonských cieľov, nemôžu byť ponechané na trh. Požiadavky na solidárnosť, univerzálnosť, dostupnosť ich služieb nemôžu byť uspokojené spontánne trhom a vyžadujú si štátnu reguláciu. Právo a povinnosť organizovať systém sociálnej ochrany v prípade choroby pre svojich obyvateľov je jednou z kľúčových úloh sociálneho štátu.

**2. Fungovanie systémov zdravotného poistenia v Európe**

**2.1 Základné charakteristiky systémov zdravotného poistenia**

Systémy zdravotného poistenia v európskych krajinách majú mnoho spoločného, no súčasne sú medzi nimi značné rozdiely. Rovnaké modely sa často označujú rôznymi názvami, alebo rozdielne modely sa zaraďujú pod rovnakú terminológiu. Pre účely tejto analýzy bolo pre väčšiu prehľadnosť použité triedenie navrhnuté v štúdii OECD: „Proposal for a Taxonomy of Health Insurance“ (OECD,2004).

**Definícia zdravotného poistenia**: Zdravotné poistenie možno všeobecne, bez ohľadu na jeho rôzne formy a modely, definovať ako spôsob rozdelenia finančného rizika spojeného s rozdielmi v individuálnych výdavkoch na zdravotnú starostlivosť jednotlivcov spájaním nákladov **v čase** (platenie určitých finančných čiastok **vopred**, pred a nezávisle na využívaní zdravotníckych služieb jednotlivcami) a **medzi ľuďmi** (výber a spravovanie poistných príspevkov tak, aby sa zabezpečilo, že **riziko platenia** za zdravotnú starostlivosť znášajú všetci prispievatelia **spolu** a nie každý prispievateľ individuálne).

Od vzniku zdravotného poistenia sa postupne vyvinuli rôzne modely a systémy. Tieto rôzne modely zdravotného poistenia je možné roztriediť podľa **4 základných kritérií:**

**Základné kritériá pre triedenie modelov zdravotného poistenia**

**zdroje financovania**: - *z daní*

 *- zo sociálnych poistných príspevkov*

 *- zo súkromného poistného*

**povinnosť poistiť sa*:*** *- povinné poistenie v jednej poisťovni*

 *- povinné poistenie s možnosťou výberu nositeľa ZP*

 *- poistenie cez zamestnávateľa*

 *- dobrovoľné poistenie*

**skupinové alebo individuálne poistenie:** - *zamestnanecké*

 *- individuálne*

**metódy kalkulácie poistného:** - *poistné príspevky ako percentuálny podiel z príjmu*

 *- komunitné sadzby poistného založené na priemernej                                                 rizikovosti skupiny*

*- poistné kalkulované podľa rizikovosti poistencov*

Zoskupením uvedených kritérií je možné identifikovať nasledovné **hlavné kategórie modelov zdravotného poistenia:**

 **Klasifikácia modelov zdravotného poistenia**

**Verejné zdravotné poistenie:**

Verejné poistenie založené na daniach/ skratka NHS

Sociálne zdravotné poistenie/ skratka VSP

**Súkromné zdravotné poistenie:**

Súkromné povinné zdravotné poistenie/ skratka SP

Súkromné zamestnanecké poistenie

Súkromné komunitné poistenie

Súkromné poistenie podľa rizikovosti

**Súkromné zdravotné poistenie** je možné ďalej klasifikovať **podľa funkcií**, ktoré plní, nasledovne:

|  |  |
| --- | --- |
| Základné/ Principal | Poskytuje krytie nákladov na zdravotnícke služby, ktoré sú dostupné vo verejnom poistení, ale príslušní jednotlivci nie sú oprávnení byť krytí z verejného poistenia, prípadne keď nie je verejné poistenie |
| Náhradné/Substitute | Nahrádza náklady za zdravotnícke služby, ktoré sú dostupné vo verejnom poistení, ale príslušní jednotlivci majú možnosť sa rozhodnúť vystúpiť z verejného poistenia |
| Duplicitné/Duplicate | Ponúka krytie služieb, ktoré sú kryté verejným poistením (pričom neoprávňuje príslušných jednotlivcov neprispievať do verejných fondov), rozširuje však možnosti výberu poskytovateľov a úrovne služieb |
| Doplnkové/Complementary | Ponúka krytie dodatočných nákladov na služby, ktoré sú len čiastočne kryté verejným poistením, t.j. doplnenie tej časti nákladov, ktoré by ináč znášal poistenec sám |
| Pripoistenie/Suplementary | Poskytuje krytie služieb, ktoré nie sú kryté verejným poistením |

Krajiny OECD majú **rôzne mixy verejného a súkromného zdravotného poistenia**. To, čo je v týchto prípadoch „sociálne“ a čo nie je „sociálne“ je pritom dané účelom dávok a prevahou redistribúcie v poskytovanej ochrane.

 **Mixy zdravotného poistenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Modely ZP** |

|  |
| --- |
|   |

 | ***dane*** | ***sociálne*** | ***súkromné*** | ***zamestnanecké*** | ***komunitné*** | ***rizikové*** |
| **Mixy ZPp** |  |  | ***poistenie*** | ***povinné*** |  |  |  |
|

|  |
| --- |
|   |

 |  |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| ***verejno-súkromný mix***  | verejné poistenie |  súkromné poistenie |   |
|  |  |   |   |   |   |   |   |
| ***povinno-dobrovoľný mix*** |   | povinné poistenie |  dobrovoľné poistenie |   |
|  |  |   |   |   |   |   |   |

**Prehľad systémov zdravotného poistenia v Európe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Krajina | Typ verejného poistenia | Funkčné typy súkromného poistenia | %populácie kryté súkromným poistením |
| Belgicko | VSP | základné, doplnkové,pripoistenie | 58 |
| Česká republika | VSP | pripoistenie | zanedbateľné |
| Dánsko | NHS | doplnkové, pripoistenie | 28 |
| Fínsko | NHS | duplicitné,doplnkové, pripoistenie | 10 |
| Francúzsko | VSP | duplicitné,doplnkové, pripoistenie | 92 |
| Holandsko | SP | základné, pripoistenie | 92 |
| Írsko | NHS | duplicitné,doplnkové, pripoistenie | 44 |
| Luxembursko | VSP | doplnkové, pripoistenie | 2 |
| Maďarsko | VSP | pripoistenie | zanedbateľné |
| Nemecko | VSP | náhradné,doplnkové, pripoistenie | 18,2 |
| Nórsko | NHS |  | zanedbateľné |
| Poľsko | VSP | pripoistenie | zanedbateľné |
| Portugalsko | NHS | duplicitné,doplnkové, pripoistenie | 15 |
| Slovensko | VSP | pripoistenie | zanedbateľné |
| Španielsko | NHS | základné, duplicitné, pripoistenie | 13 |
| Švédsko | NHS | doplnkové, pripoistenie | zanedbateľné |
| Švajčiarsko | SP | pripoistenie | 80 |
| Taliansko | NHS | duplicitné,doplnkové, pripoistenie | 16 |
| Turecko | NHS | doplnkové, pripoistenie | pod 2 |
| Veľká Británia | NHS | duplicitné, pripoistenie | 10 |
| Krajiny, z ktorých  | údaje o typoch | súkromného poist. | chýbajú: |
| Bulharsko | VSP |  |  |
| Cyprus | VSP |  |  |
| Estónsko | VSP |  |  |
| Litva | VSP |  |  |
| Lotyšsko | NHS |  |  |
| Malta | VSP |  |  |
| Rumunsko | VSP |  |  |
| Slovinsko | VSP |  |  |

Zdroje: OECD (2004), Private Health Insurance in OECD Countries

Použité skratky: viď. str.11

Pre účely tejto analýzy je vhodné, okrem vyššie uvedených kritérií, posúdiť aj **ďalšie charakteristiky** ovplyvňujúce mix verejného a súkromného poistenia:

*manažment a administratíva systému zdravotného poistenia, a tiež povaha nositeľa zdravotného poistenia (verejný alebo súkromný);*

*vzťahy medzi poisťovateľmi (konkurencia alebo nie);*

*kontraktácia s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti*

*úroveň regulácie*

***Ad 1) Manažment a administratíva systému zdravotného poistenia a povaha nositeľa zdravotného poistenia***

Zdravotné poistenie môže byť vykonávané, manažované a administrované aj verejnými aj súkromnými entitami:

***verejné entity***, ako sú: ministerstvá, vládne agentúry, verejno-právne inštitúcie, fondy sociálneho zabezpečenia

***súkromné entity***, ako sú: vzájomné spoločnosti, súkromné neziskové poisťovne, súkromné ziskové poisťovne, súkromné zdravotné fondy

Rozhodujúce pre určenie, **či ide o verejné alebo o súkromné poistenie** však nie je to, či ho vykonávajú verejné alebo súkromné entity, **rozhodujúci je zdroj financovania**, teda **vstupy.** Ako bolo uvedené vyššie, o verejné zdravotné poistenie ide vtedy, ak je prevažne financované z daní alebo zo sociálnych poistných príspevkov prostredníctvom zrážok z platu. Povaha nositeľa zdravotného poistenia je obyčajne relevantná len z hľadiska dohľadu.

***Ad 2) Vzťahy medzi poisťovateľmi (konkurencia alebo nie)***

 Tu je dôležité, či poisťovatelia majú voľnosť **diferencovať** výšku poistného (vstupy) alebo poskytované dávky (výstupy). Pokiaľ nie, môžu si konkurovať len v uplatňovaných marketingových stratégiách, takže konkurencia je v skutočnosti dosť obmedzená. Skutočná konkurencia v zdravotnom poistení je typická pri súkromnom poistení.

***Ad 3) Kontraktácia s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti***

 Vo vzťahoch zdravotných poisťovní s poskytovateľmi zdravotníckych služieb sa objavujú štyri hlavné kategórie:

***1. Povinná kontraktácia*** *(povinnosť uzavrieť zmluvy s poskytovateľmi v určenej sieti poskytovateľov je daná zo zákona* )

***2. Selektívna kontraktácia*** (*poisťovne si vyberajú určitých poskytovateľov za nižšie ceny.) U nás sa hovorí o výbere poskytovateľov s vyššou kvalitou služieb. Lepšia kvalita si na jednej strane vyžaduje vyššie ceny, na druhej strane meranie kvality a prepracovaný spravodajský systém, od čoho je Slovensko ešte dosť ďaleko (ako sa uvádza v materiáli: The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges, by Franceska Colombo and Nicole Tapay, in OECD Health Working Papers No.11/5.3.2004*).

***3. Integrácia s poskytovateľmi*** *(Ide o vertikálnu integráciu, kde poskytovatelia sú platenými zamestnancami poisťovateľa. Takéto vzťahy sú rozšírené v HMO).*

***4. Indemnity poistenie*** *(medzi poisťovňou a poskytovateľom nie sú zmluvné vzťahy, za služby platí poistenec a poisťovňa mu následne časť účtu preplatí, podľa poistnej zmluvy – rozšírená forma pri individuálnom súkromnom poistení)*

***Ad 4) Regulácia***

*Jedná sa o rôzne povinnosti poisťovní podporované alebo vynucované štátom, ako napr. otvorenosť poisťovní (povinnosť akceptovať všetkých jednotlivcov, ktorí majú záujem prihlásiť sa do poisťovne), určenie minimálneho alebo štandardného balíka poistných dávok, celoživotné krytie, výška poistného a pod.*

**2.2. Základné črty reforiem v hlavných európskych krajinách**

Na základe kategorizácie uvedenej v časti 2.1. slovenský systém zdravotného poistenia je **systémom verejného povinného sociálneho zdravotného poistenia**, podobne ako vo väčšine európskych krajín. Súkromné zdravotné poistenie na Slovensku nehrá takmer žiadnu úlohu. V európskych rozvinutých krajinách má súkromné poistenie tiež často obmedzený rozsah. Avšak v niektorých krajinách súkromné poistenie historicky hralo v zdravotnom poistení významnú úlohu, čo prirodzene ovplyvňuje aj ich súčasný vývoj.

Od sedemdesiatych rokov počet obyvateľov krytých verejným zdravotným poistením založeným na daniach postupne narastá, pretože európske štáty sa usilujú rozšíriť sociálne zabezpečenie v záujme zlepšenia kvality života svojich obyvateľov. Podľa materiálu: Health Care System in the Industrialized Countries and the Role of Private Insurance: „V západnej Európe verejné povinné poistenie dosiahlo 100% populácie, s výnimkou dvoch dôležitých krajín, Nemecka a Holandska, kde je značná časť obyvateľov (v závislosti na výške príjmu – nad určitú príjmovú hranicu vypadávajú zo systému povinného krytia) krytá súkromným poistením“. Od 1.1.2006 však Holandsko uskutočnilo zásadnú reformu svojho systému zdravotného poistenia, ktorej bude venovaná samostatná časť.

Súvislosť medzi historickou skúsenosťou európskych krajín so zapojením súkromných neziskových organizácií do spravovania verejného zdravotného poistenia, ale aj so súkromným komerčným poistením, je dôležitá **pre posúdenie súčasných trendov integrácie verejných a súkromných zdrojov financovania v niektorých krajinách, resp. zavádzania trhových prvkov a konkurencie do systému zdravotníctva a zdravotného poistenia.** Dôležité pri porovnávaní našej krajiny s vývojom v týchto krajinách je brať do úvahy okrem ich rozdielnych tradícií, historického vývoja, bohatstva aj postupnosť krokov pri príprave radikálnej zmeny.

Práve chýbajúca dobrá príprava zmien u nás spôsobuje priam zákonite nevyhnutnosť ich sústavného prehodnocovania. **Takouto zle pripravenou zmenou** bolo u nás zavedenie plurality zdravotných poisťovní v nádeji, že poisťovne sa stanú hlavnými ťahúňmi zlepšenia kvality, kontroly nákladov, efektívnosti tým, že budú súťažiť o poistencov. Lenže, pokiaľ súčasne nebola zavedená diferenciácia produktov zdravotných poisťovní jednak v oblasti poistného, jednak v oblasti ponúkaných dávok, **ide len o formálnu a nie skutočnú pluralitu a konkurenciu.** Podľa materiálu OECD:The Slovak Health Insurance system and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges: „Podobné modely konkurencie založenej na voľbe poistencov v systémoch zdravotného poistenia v Nemecku, Švajčiarsku a Holandsku vyústili do problémov vysokých transakčných a informačných bariér a nákladov.“ Ako bude uvedené ďalej, Holandsko zaviedlo od 1.1.2006 skutočnú pluralitu a konkurenciu v zdravotnom poistení, ale k takémuto modelu má Slovensko veľmi, veľmi ďaleko a na súčasnom stupni ekonomického a legislatívneho vývoja nemá pre taký model ani ekonomické, ani sociálne, ale ani technické predpoklady.

 **Reformy v rozvinutých európskych krajinách**, či už so štátnym systémom zdravotníctva financovaným z daní, alebo s povinným sociálnym zdravotným poistením sa vo všeobecnosti zameriavajú na **zapojenie ďalších zdrojov financií** ako doplnkového zdroja alebo alternatívy k verejným zdrojom. Najmä v krajinách, kde súkromné poistenie už dlhodobo zaberá značnú časť trhu a plní určité funkcie vo vzťahu k verejnému poisteniu, dochádza k jeho širšiemu zapájaniu do financovania zdravotníctva s cieľom hľadania alternatívnych zdrojov, alebo dosahovania iných cieľov zdravotnej politiky, ako je napríklad väčšia individuálna zodpovednosť za náklady zdravotníckych služieb a pod. **Ani v jednej z krajín však nedošlo k zákonom uloženej zmene neziskových zdravotných poisťovní, štátnych ani súkromných, na obchodné spoločnosti, ktoré by mali byť podnikateľmi a ich činnosť by mala byť hospodárskou činnosťou, vrátane tvorby a používania zisku!**

 Podľa materiálu: Health Care System in the Industrialised Countries and the Role of Private Insurance: „Opatrenia  rozvinutých európskych krajín zamerané na racionalizáciu nákladov na zdravotníctvo dosiahli pomerne rovnaké výsledky: znížila sa doba hospitalizácie, zlepšila sa kontrola nákladov, zaviedli sa trhové prvky do spravovania zdrojov, z občanov sa stali uvedomelí konzumenti a zdroje financovania sa zvýšili. **Doteraz zavedené reformy, napriek ich vplyvu na efektívnosť, neboli úspešné v stabilizovaní výdavkov na zdravotníctvo ako podielu na HDP. Zdravotníctvo zostáva stále jednou z príčin deficitu verejného rozpočtu a je pravdepodobné, že to tak zostane aj v budúcnosti.“**

Dôvody rýchlejšieho rastu výdavkov na zdravotníctvo oproti rastu HDP vo väčšine rozvinutých krajín sú všeobecne známe, preto sa nimi tento materiál nezaoberá. Ilustráciou toho, ako ovplyvňujú rozdielne prístupy krajín k modelom zdravotníctva ich náklady na zdravotníctvo, sú ich rozdielne podiely výdavkov na zdravotníctvo na ich HDP, čo je tiež všeobecne známe. V USA a Švajčiarsku **so systémom súkromného zdravotného poistenia** (po reforme určite k nim pribudne aj Holandsko) **sú celkové výdavky na zdravotníctvo veľmi vysoké:** v r. 2003 boli 15% a 11,5% HDP (OECD Health Data 2005). Po reforme svojho systému na systém súkromného povinného poistenia určite k takýmto podielom dospeje aj Holandsko. V EU, v tom istom roku bol podiel výdavkov na HDP 9,3%, pričom krajiny **so systémami sociálneho zdravotného poistenia majú vysoké náklady** (Francúzsko a Nemecko viac ako 10%), zatiaľ **čo v krajinách s NHS sú nižšie** (Taliansko 8,4%, Veľká Británia 7,7%). Podľa názoru niektorých pozorovateľov, ktorí síce uznávajú pozitívne efekty konkurencie, je súkromné poistenie preťažené značnými administratívnymi nákladmi, ktoré sú tak spotrebované síce v systéme zdravotníctva, ale v podstate nejdú na zdravotnícke služby samotné.

 V krajinách so systémom verejného sociálneho poistenia **štát hrá kľúčovú úlohu**, pretože definuje vstupy aj výstupy ako aj celý rad ďalších regulačných obmedzení a kontrolných opatrení. Aj v samotnom **Holandsku,** ktoré v súčasnosti púta pozornosť okolitých krajín, kvôli radikálnej reforme zavedenej od 1.1.2006, ktorá vyžaduje od všetkých občanov poistiť sa v súkromných poisťovniach, je **systém naďalej prísne monitorovaný štátom**, aby sa zabezpečili určité sociálne prvky v poistení.

 **Vo Francúzsku**, napríklad **štát hrá kľúčovú úlohu** v systéme, pretože stanovuje strop výdavkov na zdravotníctvo, definuje dávky a vydáva pravidlá. Okrem toho „dopĺňa“ financovanie systému z daní.

 **V Nemecku** každý musí byť **zo zákona** krytý dávkami zdravotného poistenia, pričom obyvatelia s príjmom presahujúcim určený limit (3862 EUR v r.2005) majú možnosť voľby vystúpiť zo systému verejného sociálneho zdravotného poistenia a poistiť sa súkromne.

Podobne ako v Holandsku, ktoré bude popísané samostatne, aj **Švajčiarsko** má svoje špecifiká v integrácii verejných a súkromných zdrojov financovania. Obyvatelia Švajčiarska sú **zo zákona** povinní poistiť sa pre definované zdravotnícke služby **v súkromných poisťovniach**. Avšak tieto poisťovne **nemôžu tvoriť zisk z tejto činnosti** a sú monitorované Federálnym úradom. **Federálna vláda** vyvíja tlak na súkromné poisťovne pred ich vstupom na trh, aby ceny poistiek znížili, ale ak sú ceny príliš vysoké, vláda sa môže rozhodnúť aby financovala rozdiely. **Všetky kantony** majú určitú autonómiu stanovovať pravidlá pre finančnú podporu poistného, napr. refundovať časť poistného, ktoré presahuje 10% príjmu obyvateľa. **Povinné poistenie je založené na solidarite**: poistné musí byť jednotné a líši sa len podľa regiónov a veku (deti/dospelí). Avšak konkurencia medzi poisťovňami je o.i. založená aj na možnosti stanovovať ceny vstupov. Okrem podpory platieb poistného, sú **všetky kantony povinné zo zákona kryť 50% nákladov nemocníc,** pretože posteľová kapacita musí byť vyššia ako je jej ekonomická opodstatnenosť, aby zabezpečila hospitalizáciu v prípade nebezpečných a katastrofických situácií.

* 1. **Reforma zdravotníctva v Holandsku**

V Holandsku fungoval mnoho desaťročí „duálny“ systém zdravotného poistenia. Dve tretiny obyvateľstva boli kryté povinným zdravotným poistením podľa zákona o sociálnom zdravotnom poistení z r.1964 (Social Health Insurance Act). Tento zákon definoval, ktoré osoby sú subjektom povinného krytia (do určitej výšky príjmov), reguloval poistné príspevky a právne nároky na zdravotnú starostlivosť, poskytovanú na báze vecných dávok. Holandské povinné zdravotné poistenie malo korene v súkromnom práve a malo v sebe niekoľko charakteristík súkromného práva. Medzi iným, organizácie (zdravotné poisťovacie fondy), ktoré existovali už pred zavedením povinného zdravotného poistenia, boli poverené zodpovednosťou za spravovanie systému. Boli to organizácie súkromného práva, vo forme vzájomne prospešnej neziskovej spoločnosti (mutual benefit society). Vláda im umožnila spravovať povinný systém zdravotného poistenia a ich zapojenie bolo výlučne orientované na spravovanie poistenia. Na zabezpečenie plnenia nárokov svojich poistencov zdravotné poisťovacie fondy uzatvárali zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poisťovne, ktoré si navzájom konkurovali, **nemali povolenú tvorbu zisku v zmysle jeho rozdeľovania tretím stranám.**

**Jedna tretina obyvateľstva** (nad určitú hranicu príjmov vypadávali z povinného zdravotného poistenia) **bola krytá súkromným poistením** voči nákladom na zdravotnú starostlivosť. To znamená, že Holandsko malo najväčší trh súkromného zdravotného poistenia v Európskej únii. Súkromné zdravotné poistenie poskytovali neživotné komerčné poisťovne (z Holandska, ale aj z iných európskych krajín), ktoré sú subjektom všetkých poisťovacích zákonov platných pre neživotné poistenie. Legislatíva bola založená najmä na direktívach EU pre neživotné poistenie. Súkromné poisťovne mohli voľne rozhodovať o svojich produktoch a výške poistného.

V posledných desaťročiach, najmä kvôli fragmentácii systému zdravotného poistenia, vláda bola stále viac nútená regulovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti (cez legislatívne zavedenie plánovania a centrálneho stanovovania taríf), aby zabezpečila kontrolu nákladov. Udržiavanie nákladov na zdravotníctvo v rozumných rámcoch bolo výlučne na pleciach vlády. Ostatných hráčov v systéme zdravotníctva to netrápilo, neboli braní na zodpovednosť za rast nákladov. Štátne regulačné opatrenia, ako cenové stropy, pevné sadzby, rozpočty, dokázali síce zadržiavať náklady, ale aj potláčali akúkoľvek kreativitu. Vláda bola vnímaná ako hlavný vinník, zatiaľ čo dobre zabývané záujmové skupiny v zdravotníctve sa snažili skrížiť všetky snahy o zmenu. Aj s tým súvisí snaha vlády o dereguláciu v novom storočí.

Holandská vláda považovala za dôležité vytvoriť **jeden režim zdravotného poistenia pre celé holandské obyvateľstvo** a tak vytvoriť systém starostlivosti, ktorý bude mať dostatočnú inovačnú silu prispôsobiť sa rastúcim a meniacim sa požiadavkám a ktorý bude silne riadený spôsobom, ktorý vzbudí dôveru v efektívnosť a účinnosť systému. Vláda prikladá veľký význam založeniu jedného ihriska pre všetky poisťovne.

Pre vytvorenie nového poistného systému boli otvorené a zvažované dve cesty:

Buď sa založí verejné povinné zdravotné poistenie mimo komerčného neživotného poistenia;

alebo sa ponechá zdravotné poistenie na trh s tým, že občania budú povinní poistiť sa na základný balík zdravotného poistenia a poisťovne budú subjektom režimu a podmienok potrebných na ochranu verejného záujmu.

**Vláda sa rozhodla pre druhú možnosť.** Stanovili priamu zodpovednosť pre všetkých hráčov v zdravotníctve vytvorením priestoru pre trh v zdravotníctve. Súčasne vláda jasne deklarovala, že v zdravotníctve nikdy nemôže byť úplne „voľný trh“. Štát musí zabezpečiť, aby sa zachovali určité sociálne podmienky. 0chrana verejného záujmu bude vždy zodpovednosťou štátu. Každopádne musia byť splnené nasledovné podmienky:

všetci občania Holandska musia mať prístup k zdravotnému poisteniu,

ktoré garantuje základný balík potrebnej starostlivosti,

za prijateľné poistné, bez ohľadu na vek, zdravotné riziko a iné sociálne okolnosti.

**Legislatívne rámce nového zákona o zdravotnom poistení:**

Nový systém je súkromným zdravotným poistením so sociálnymi podmienkami. Nositeľmi zdravotného poistenia sú súkromné zdravotné poisťovne (ziskové aj neziskové).

Povinnosť všetkých poistencov poistiť sa (pod hrozbou pokuty).

Povinnosť všetkých poisťovní, ktoré chcú participovať na správe základného balíka poistenia, akceptovať všetkých občanov Holandska ako svojich poistencov.

Povinnosť akceptovania sa vzťahuje na základný balík poistenia definovaný zákonom.

Poisťovne nesmú diferencovať poistné pre základný balík podľa veku, pohlavia, zdravotného rizika a podobne. Ináč povedané, vláda nepredpisuje výšku nominálneho poistného pre poisťovne, ale chce zabrániť poisťovniam diferenciáciu poistného pre poistencov jednej poisťovne. To znamená, že každá poisťovňa si určuje sama výšku nominálneho poistného pre svojich poistencov. To umožňuje poisťovniam súťažiť vo výške poistného.

Poisťovne majú právo na platby z prerozdeľovacieho fondu. Zákonný režim zahŕňa povinnosť zamestnávateľov platiť percentuálne poistné príspevky z objemu miezd na zdravotné poistenie svojich zamestnancov. Príspevok zamestnávateľov plynie do prerozdeľovacieho fondu. Z tohto fondu všetky poisťovne dostávajú ročné náhrady podľa rizikového profilu svojich poistencov. Príjem poisťovní teda pozostáva z príjmov z prerozdeľovania a z poistného, ktoré vymerajú svojim poistencom.

Poisťovne si môžu vybrať, či starostlivosť v rozsahu základného balíka budú ponúkať vo forme vecných dávok alebo pokladničným systémom, teda refundáciou nákladov vynaložených poistencom, alebo ich kombináciou. Forma vecných dávok znamená, že poisťovňa musí uzatvoriť zmluvy so zdravotníckymi zariadeniami o poskytovaní a úhradách zdravotnej starostlivosti pre svojich poistencov. Poisťovne, ktoré si vyberú pokladničný systém (preplatenie vynaložených nákladov priamo poistencovi), majú zákonnú povinnosť zabezpečiť, aby poistenci mohli dostať potrebnú zdravotnú starostlivosť a náklady tejto starostlivosti poistencovi preplatiť.

Poisťovne už nemajú povinnosť uzatvárať zmluvy so všetkými poskytovateľmi. Spôsob organizovania zdravotnej starostlivosti pre ich poistencov je vecou súťaže medzi poisťovňami.

Právo poistencov nad 18 rokov na získanie rabatu pri nevyužívaní zdravotníckych služieb do 255 EUR ročne

Poisťovne sú subjektom špecifického dozoru štátu vo vzťahu k plneniu vyššie uvedených povinností, čo znamená, že musia plniť aj určité požiadavky v oblasti poskytovania informácií.

Prvá vec, ktorú riešili reformou, bola redukcia rozsahu zdravotnej starostlivosti krytej poistením, čím sa jednotlivci stávajú priamo zodpovední za platenie stomatológov, fyzioterapeutov a pod. Zvýšili aj priame „osobné doplatky“ pacientov za služby, ktoré boli predtým v porovnaní s medzinárodnými zvyklosťami len symbolické. Každý poistenec nad 18 rokov musí platiť nominálne poistné (tzv. flat rate premium) bez ohľadu na výšku jeho príjmu. Toto **nominálne poistné**, ktoré je okolo 1100 EUR ročne, **kryje zhruba polovicu celkových nákladov zdravotníckych služieb.** **Výšku nominálneho poistného si určuje každá poisťovňa samostatne. To umožňuje poisťovniam súťažiť vo výške poistného.** Zvyšok sa financuje z poistných príspevkov, ktoré sú vztiahnuté k príjmom a predstavujú 6,5% príjmu (maximálna výška príjmu, z ktorého sa platia príspevky je okolo 30 000EUR). Tí, ktorí nemajú zamestnávateľa platia 4,4%. **Poistné príspevky plynú do prerozdeľovacieho fondu a odtiaľ podľa rizikovosti poistencov do poisťovní.** V prípade, že poistenec nemá dostatočný príjem na platenie nominálneho poistného, bude dostávať príspevok na jeho platenie od daňového úradu. Na príspevok má nárok poistenec, ktorý žije sám, ak je jeho príjem pod 25 000 EUR, alebo ak príjem rodiny nedosiahne 40 000 EUR. Príspevok si musí nárokovať predpísanou formou a výška príspevku podlieha posúdeniu daňového úradu.

Z uvedeného stručného popisu reformy zdravotníctva v Holandsku vyplýva, že **v dlhodobo stabilizovanom systéme zdravotného poistenia, s tradíciou povinného aj súkromného poistenia**, nešlo o zmenu organizačných štruktúr a právnej formy zdravotných poisťovní a zdravotníckych zariadení (na akciové spoločnosti), ale najmä **o zapojenie doterajšieho súkromného poistenia do systému povinného zdravotného poistenia,** o  vytvorenie konkurenčného prostredia v stanovovaní nominálnej výšky poistného (ktoré tvorí len časť poistných platieb), o možnosť výberu medzi systémom vecných dávok a pokladničným systémom a o slobodný výber spoluúčasti poistencov (preberanie vyššieho rizika).

**3. ZÁVER:**

Analýza fungovania systémov zdravotného poistenia v Európe ukazuje, že **vo všetkých krajinách** s verejným povinným zdravotným poistením plnia verejné fondy zdravotného poistenia, ako aj  súkromné organizácie zapojené do spravovania verejného systému zdravotného poistenia, **výlučne sociálnu funkciu**. **Ich činnosť je založená na princípe solidarity a je plne nezisková.** Dávky sú povinnými, štatutárnymi dávkami a nemajú žiaden vzťah k výške príspevkov. Výšku poistných príspevkov stanovujú zákony. Pri plnení svojich povinností sa riadia zákonmi. Nemôžu sami ovplyvniť výšku poistných príspevkov (vstupy, resp. ceny svojich služieb), ani rozsah poistených zdravotníckych služieb (výstupy, produkt), preto **ich činnosť nikde nie je považovaná za hospodársku činnosť a  organizácie, ktoré ju vykonávajú nie sú považované za podnikateľov.**

Pokiaľ ide o **Švajčiarsko a Holandsko**, ktoré zaviedli namiesto verejného sociálneho zdravotného poistenia **povinné súkromné zdravotné poistenie** so sociálnymi prvkami, tak **skutočnosť**, že súkromné poisťovne **môžu stanovovať výšku poistného** pre svojich poistencov (aj keď musí byť jednotná pre všetkých poistencov danej poisťovne) a majú určitú **voľnosť aj v spôsobe organizácie poskytovania zdravotnej starostlivosti** pre svojich poistencov, **napriek zákazu tvorby zisku** z tejto činnosti (prinajmenšom vo Švajčiarsku) a **napriek tomu, že sú subjektom štátnej regulácie**, vytvára priestor na **posudzovanie nositeľov poistenia ako podnikateľov vykonávajúcich hospodársku činnosť.**

 Z uvedeného vyplýva, že **súčasný systém zdravotného poistenia na Slovensku,** napriek tomu, že ho vykonávajú špeciálne akciové spoločnosti, zriadené len na účely zdravotného poistenia, **je analógiou systémov verejného sociálneho poistenia** a nie povinného súkromného poistenia. Ako taký by mal byť preto jednoznačne legislatívne dodefinovaný a rozvíjaný.

 **Činnosť zdravotných poisťovní na Slovensku zodpovedá všetkým charakteristikám sociálneho zdravotného poistenia, ktorými Európsky súdny dvor odôvodňuje svoje rozhodnutia, že táto činnosť nie je hospodárskou činnosťou a organizácie, ktoré ju vykonávajú, nie sú podnikmi v zmysle čl. 85 a 86 Zmluvy.**

**Použitá literatúra:**

Health Care System in the Industrialised Countries and the Role of Private Insurance

By Alfeo Zanette and Monica Ricatti/15 October 2006/ In: European Papers on the New Welfare, PaperNo 6/2006

**Private Health Insurance in OECD Countries: a Policy Brief**

By Franceska Kolombo and Nicole Tapay/10 May 2005/

In: European Papers on the New Welfare, Paper No. 1/2005

Proposal for a Taxonomy of Health Insurance

OECD Study on Private Health Insurance

OCD Health Project

June 2004

**The Slovak Health Insurance Systém and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges**

By Franceska Kolombo and Nicole Tapay/5 Marec 2004

In: DELSA/ELSA/WDHEA (2004)2

**Informačná brožúra Holandského Ministerstva zdravotníctva:**

**Do you have Compulsory or Private Health Insurance?**

August 2005

**Social Health Insurance Systems in Western Europe**

Edited by Richard B. Saltman, Reinhard Busse & Josep Figueras
European Observatory on Health Systems and Policies series
Published by Open University Press, 2004,

**Cases of European Court of Justice**

**Doložka zlučiteľnosti**

**právneho predpisu**

**s právom Európskych spoločenstiev a právom Európskej únie**

**Predkladateľ právneho predpisu:** Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

**2**. **Názov právneho predpisu:** Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

**Problematika návrhu právneho predpisu:**

nie je upravená v práve Európskych spoločenstiev: - primárnom,

 - sekundárnom,

nie je upravená v práve Európskej únie: - primárnom,

 - sekundárnom,

nie je obsiahnutá v judikatúre Súdneho dvora Európskych spoločenstiev alebo Súdu prvého stupňa Európskych spoločenstiev.

*Vzhľadom na vnútroštátny charakter navrhovaného právneho predpisu je bezpredmetné vyjadrovať sa k bodom 4 až 6 doložky zlučiteľnosti.*

**Doložka finančných, ekonomických, environmentálnych vplyvov, vplyvov na zamestnanosť a podnikateľské prostredie**

Návrh zákona nemá dopad na verejné financie.

Znížením sadzby na prevádzkové činnosti zdravotných poisťovní zo 4% na 3% prinesie úsporu v kvantifikovanej výške 863,1 mil. Sk v roku 2008 a  vo výške 922,9 mil. Sk v roku 2009, čo predstavuje zmenu alokácie predmetných výdavkov v uvedenej výške.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | 2008 | 2009 |
|   | 2008 | 2009 | výdavky 4 % | výdavky 3% | rozdiel | výdavky 4 % | výdavky 3% | rozdiel |
| príjmy z poistného | **86 310,7** | **92 293,5** | **3 452,4** | **2 589,3** | **863,1** | **3 691,7** | **2 768,8** | **922,9** |
| EAP | 59 292,9 | 63 382,5 |   |   |   |   |   |   |
| platba štátu | 27 017,8 | 28 911,0 |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Zdroj: Návrh rozpočtu VS na roky 2007-2009 (schválený) |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | 2008 | 2009 |
|   | 2008 | 2009 | výdavky 4 % | výdavky 3% | rozdiel | výdavky 4 % | výdavky 3% | rozdiel |
| príjmy z poistného | **88 746,6** | **94 402,6** | **3 549,9** | **2 662,4** | **887,5** | **3 776,1** | **2 832,1** | **944,0** |
| EAP | 61 675,4 | 65 560,9 |   |   |   |   |   |   |
| Zdroj. Návrh rozpočtu VS na roky 2008- 2010(predbežný) |  |  |  |

Návrh zákona je v súlade s prioritami a cieľmi hospodárskej politiky.

Návrh zákona nemá vplyv na životné prostredie.

Návrh zákona nebude mať dopad na zamestnanosť a zvýšenie počtu pracovných miest.

Návrh zákona nebude mať dopad na podnikateľské prostredie.

**Osobitná časť**

**K Čl. I**

### **K bodu 1**

V spojení „na účely verejného zdravotného poistenia“ chýba vyjadrenie činnosti, teda slovo „vykonávanie“, nakoľko zdravotné poisťovne sú založené na účel „vykonávania verejného zdravotného poistenia“. Ide o legislatívno-technickú úpravu, v súčasnosti sú všetky existujúce zdravotné poisťovne založené na účel *vykonávania* verejného zdravotného poistenia, čo majú premietnuté aj vo svojom predmete činnosti.

**K bodu 2**

Vypustením doterajšieho znenia § 6 ods. 15 sa zosúlaďuje zákon č. 581/2004 Z. z. a zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, nakoľko podľa § 120 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení zákona č. 677/2006 Z. z. nemocenské poistenie vykonáva výlučne Sociálna poisťovňa.

Zároveň novým znením odseku 15 sa zabezpečuje súlad zákona č. 581/2004 Z. z. so zákonom č. 523/2004 Z. z. (zákon o rozpočtových pravidlách), nakoľko zdravotné poisťovne môžu v zmysle zákona č. 523/2004 Z. z. prijímať úvery a pôžičky jedine v súlade so zákonom č. 523/2004 Z. z.

**K bodu 3**

Znižuje sa maximálna výška výdavkov na prevádzkové náklady zdravotnej poisťovne, pretože v  porovnaní s  rokom 2006 kedy neboli obmedzené výdavky na prevádzkovú činnosť VšZP čerpala na výdavky na správu 3,67 %, SZP 3,16 %, Apollo 6,04 %, Dôvera 9,13 %, Sidéria 5,69 %, (Európska ZP 98,36%, Union 99,88 %). Priemer bol 6,17%.

Zníženie percentuálnej sadzby zo 4% na 3% na prevádzkové činnosti zdravotných poisťovní prinesie úsporu v roku 2008 vo výške 863,1 mil. Sk a v roku 2009 vo výške 922,9 mil. Sk.

**K bodu 4**

Navrhuje sa, aby zdravotné poisťovne, ktoré vykonávajú okrem verejného zdravotného poistenia aj individuálne zdravotné poistenie, boli povinné viesť samostatné (oddelené) „účtovné okruhy“ (čím sa zabezpečí jednoznačná preukaznosť  stavu jednotlivých druhov poistenia a nákladov na prevádzkové činnosti).

**K bodu 5**

Ustanovuje sa povinnosť pre všetky zdravotné poisťovne, aj keď nevykonávajú individuálne zdravotné poistenie, viesť samostatné (oddelené) „účtovné okruhy“ pre verejné zdravotné poistenie a prevádzkové náklady, zároveň sa ustanovuje povinnosť v „účtovnom okruhu“ verejného zdravotného poistenia prípadný kladný výsledok hospodárenia použiť len na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa zákona č. 577/2004 Z. z. Prípadná strata bude takisto krytá zo zdrojov okruhu verejného zdravotného poistenia. Nejde tu o zásah do vlastníckeho práva, pretože zdravotné poisťovne si nemôžu v plnej miere uplatňovať právo finančné prostriedky z povinného verejného zdravotného poistenia ľubovoľne užívať a disponovať s nimi – ide o verejné prostriedky, s ktorými zdravotná poisťovňa hospodári za podmienok ustanovených zákonom č. 581/2004 Z. z.

**K bodom 6 a 7**

Ustanovuje sa, že prevod poistného kmeňa jednej zdravotnej poisťovne na druhú je možné vykonať iba bezodplatne. Prevod poistného kmeňa tým bude plniť svoju hlavnú úlohu – úlohu sankcie pre zdravotnú poisťovňu, ak si neplní svoje záväzky voči svojim poistencom z dôvodu ochrany týchto poistencov tak, aby im bola riadne poskytnutá zdravotná starostlivosť. Takisto je potrebné poznamenať, že poistný kmeň podľa zákona č. 581/2004 Z. z. nie je možné zamieňať s tzv. „klasickým“ poistným kmeňom v zmysle predpisov upravujúcich klasické komerčné poistenie, pretože poistný kmeň podľa zákona č. 581/2004 Z. z. na rozdiel od „klasického“ poistného kmeňa je iba súborom potvrdených prihlášok poistencov na verejné zdravotné poistenie (de facto „zoznamom konkrétnych poistencov“) a nie je súborom poistných zmlúv z ktorých sú zrejmé tak konkrétne oprávnenia ako aj záväzky komerčnej poisťovne a preto nemôže byť predmetom obchodných záväzkových vzťahov (kúpa – predaj), kde je základným atribútom cena predmetu tohto vzťahu.

**K bodu 8**

V súlade s uznesením vlády SR č. 1018 zo dňa 6. decembra 2006 sa ustanovuje, že zdravotná poisťovňa s majetkovou účasťou štátu môže postupovať pohľadávky na poistnom voči fyzickej osobe alebo právnickej osobe**,** na ktorej majetok bol vyhlásený konkurz alebo ktorá je v likvidácii, iba právnickej osobe so 100% majetkovou účasťou štátu.

**K bodu 9**

 Z dôvodu právnej istoty adresátov sa ustanovuje, že povinnosť použiť kladný výsledok hospodárenia pri verejnom zdravotnom poistení na úhradu zdravotnej starostlivosti je zdravotná poisťovňa povinná prvýkrát splniť až v roku 2009 za hospodársky rok 2008.

**K čl. II**

V nadväznosti na bod 5 v čl. I sa ustanovuje, že prípadný kladný výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne pri verejnom zdravotnom poistení je oslobodený od dane z príjmu.

**K čl. III**

 Z dôvodu jednoznačnosti sa dopĺňa definícia verejného zdravotného poistenia, rešpektujúc pritom existujúcu právnu úpravu – napr. zákon č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy v znení neskorších predpisov.

**K čl. IV**

Navrhuje sa účinnosť zákona.

V Bratislave 8. augusta 2007

**Robert F i c o, v. r.**

predseda vlády

Slovenskej republiky

**Ivan V a l e n t o v i č, v. r.**

minister zdravotníctva

 Slovenskej republiky