**D ô v o d o v á s p r á v a**

1. **Všeobecná časť**

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 predkladá na rokovanie Národnej rady Slovenskej republiky poslankyňa Národnej rady Slovenskej republiky za stranu Sloboda a Solidarita Jana Cigániková.

Zámerom predloženej novely zákona o zdravotných poisťovniach je ochrana splnenia záväzkov poisťovní voči svojim poistencom rozšírením povinností k tvorbe technických rezerv aj na schválenú zahraničnú liečbu a preventívne prehliadky.

Rovnako je zámerom definovať či sa povinnosti poisťovní v zazmluvňovaní poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pretavujú do výsledkov zdravotnej starostlivosti, či sú ich poistenci zdravší. Z tohto dôvodu zavádza povinnosť plniť parametre efektívnosti pre zdravotné poisťovne a overovať si ich plnenie. Novela určuje všeobecné kritéria pre to ako majú tieto parametre vyzerať.

Novela chráni zdravotné odvody občanov určené na zdravotnú starostlivosť tým, že odstraňuje možnosť uhrádzania výdavkov, priamo nesúvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, mimo rozsah definície prevádzkových výdavkov. Príkladom je splácanie úverov, dokonca úverov, ktoré boli čerpané na vyplatenie zisku akcionárov, z peňazí určených na zdravotnú starostlivosť. Tomuto novela zamedzuje tzv. negatívnou definíciou prevádzkových výdavkov, t. j. neurčuje čo je súčasťou prevádzkových výdavkov, ale určuje, čo ich súčasťou nie je.

Týmito zmenami sa dosiahne vyššia ochrana poistencov, peňazí ktoré odviedli zo svojich miezd na zdravotnú starostlivosť alebo ktoré za občanov na tento účel odviedol štát, cez parametre efektívnosti sa zistí či činnosť poisťovní vedie k hlavnému cieľu, tj. či sú ich poistenci reálne zdravší a cez rozšírenie povinnosti tvorby technických rezerv garantuje budúcu úhradu zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou vo väčšom rozsahu.

Návrh zákona je v súlade s  ustanoveniami Ústavy Slovenskej republiky, inými ústavnými zákonmi a zákonmi, ako aj s medzinárodnými zmluvami a inými medzinárodnými dokumentmi, ktorými je Slovenská republika viazaná, a s právom Európskej únie.

Návrh zákona bude mať pozitívny vplyv na verejné financie, na manželstvo, rodičovstvo a rodinu, a bude mať aj pozitívne sociálne vplyvy. Nebude mať vplyv na životné prostredie, informatizáciu spoločnosti a na podnikateľské prostredie.

1. **Osobitná časť**

**K čl. I**

**K bodu 1**

Najvýznamnejšia nákladová položka v účtovníctve zdravotnej poisťovne sú náklady na zabezpečovanú zdravotnú starostlivosť. Výška tejto položky má výrazný vplyv na mieru zisku.

Nastavenie systému verejného zdravotného poistenia (kedy je drvivá väčšina cien deregulovaná a závisí len na dohode zdravotnej poisťovne a poskytovateľa) motivuje zdravotnú poisťovňu k čo najvyššiemu obmedzovaniu tejto nákladovej položky, a to buď priamymi nástrojmi (zmluvné objemy na určité obdobie, po vyčerpaní ktorých už poskytovateľ nemá nárok na úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť) alebo nepriamymi nástrojmi (degresívne sadzby, manažovanie pacienta a odkladanie termínu poskytnutia zdravotnej starostlivosti).

Práve táto snaha o obmedzovanie tejto nákladovej položky má za následok stav, kedy obdobne reaguje aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a snaží sa zase on v čo najvyššej miere minimalizovať počet prípadov, kedy bude poskytovať zdravotnú starostlivosť bez poskytnutia plnenia zo strany zdravotnej poisťovne (odsun pacientov na neskorší termín, do obdobia, kedy budú platné nové zmluvné objemy a podobne).

Z vyššie uvedeného možno skonštatovať, že daný stav je následkom situácie, kedy rozsah zdravotnej starostlivosti, na ktorý majú poistenci nárok zo systému verejného zdravotného poistenia je vyšší, ako je objem finančných prostriedkov v systéme. Vzhľadom k súčasnému nastaveniu sa tento deficit neprejavuje na strane zdravotnej poisťovne (ktorá má nástroje – cez zmluvné objemy – na stanovenie si maximálneho množstva finančných prostriedkov, ktoré ďalej do systému prepustí), ale na strane poskytovateľa, a má následne priamy dopad aj na pacienta.

Z vyššie uvedeného je zrejmé, že takto nastavený legislatívny rámec priamo motivuje obchodnú spoločnosť k maximalizácii svojho zisku cestou ovplyvňovania nákladovej strany a teda je typickým príkladom chybne fungujúceho systému z dôvodu zle nastaveného legislatívneho rámca; tvorca legislatívy zjavne nepredpokladal existenciu základnej motivácie každého súkromného subjektu – snaha o maximalizáciu zisku.

V praxi je možné túto anomáliu pozorovať na nasledovnej skutočnosti: všetci účastníci systému (vrátane zdravotných poisťovní v súkromnom vlastníctve) dlhodobo uvádzajú argument o nedofinancovaní, resp. podfinancovaní systému (napr. aj vyjadrenia zdravotných poisťovní v súkromnom vlastníctve ohľadom platby za poistencov štátu a pod.), o nedostatočných zdrojoch v porovnaní s rozsahom nárokov z verejného zdravotného poistenia.

Zdravotné poisťovne majú povinnosť zabezpečiť pre svojich poistencov zdravotnú starostlivosť v rozsahu, v akom na ňu majú nárok z verejného zdravotného poistenia. Pri správnom nastavení systému, ak skutočne sú zdroje financovania nižšie, ako je nárok z rozsahu by malo byť toto pozorovateľné už na strane zdravotnej poisťovne a teda zdravotné poisťovne by mali byť po splnení si zákonných povinností v permanentnej strate. Avšak je možné skonštatovať, že súčasné nastavenie systému umožňuje zdravotným poisťovniam ako medzičlánku dosahovať zisk a výrazné podfinancovanie sa prejavuje až u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Podľa § 6 ods. 10 zákona č. 581/2004 Z. z. zdravotná poisťovňa vytvára technické rezervy podľa odseku 9 písm. c) vo výške nevyhnutnej na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti. Technické rezervy podľa odseku 9 písm. c) zahŕňajú aj všetky predpokladané náklady spojené s vykonaním úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti; výška technickej rezervy sa stanovuje vo výške súčtu násobkov počtu poistencov zaradených v zozname podľa odseku 2 a ceny obvyklej za poskytovanú zdravotnú starostlivosť podľa jednotlivých chorôb.

Podľa zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších prepisov (ďalej len „ZDP“) rezervy sa tvoria na základe zásady opatrnosti na riziká a straty. Rezerva je záväzkom predstavujúcim existujúcu povinnosť účtovnej jednotky, ktorá vznikla z minulých udalostí a je pravdepodobné, že v budúcnosti zníži ekonomické úžitky účtovnej jednotky. Rezerva sa účtuje vo výške najlepšieho odhadu sumy, potrebnej na splnenie existujúcej povinnosti ku dňu, ku ktorému sa zostavuje účtovná závierka; pri zisťovaní najlepšieho odhadu sa zohľadňujú všetky riziká a neistota, ktoré sú nevyhnutným charakteristickým znakom každej udalosti.

Rezervy ako účtovný pojem predstavujú budúce záväzky s neurčitým časovým vymedzením alebo neurčitou výškou, pri ktorých je však známy účel ich použitia. Zásady tvorby, čerpania a rozpustenia nepotrebných rezerv upravuje zákon o účtovníctve. Tvorba rezerv sa účtuje na príslušný účet nákladov.

Vzhľadom k vyššie uvedenému, je potrebné určiť pravidlá pre tvorbu rezerv na úhradu zdravotnej starostlivosti v cudzine na ktorú bol udelený súhlas a na preventívne prehliadky, keďže v čase účtovania už zdravotná poisťovňa vie odhadnúť výšku týchto budúcich záväzkov.

Na základe uvedeného navrhujem preto rozšíriť tvorbu technických rezerv aj na schválenú zdravotnú starostlivosť v cudzine, na ktorú udelila zdravotná poisťovňa súhlas a na preventívne prehliadky.

**K bodu 2**

Explicitné určenie sumy, ktorú je možné z vybratého poistného použiť na výdavky priamo nesúvisiace s hlavnou činnosťou zdravotnej poisťovne je naďalej potrebné. Práve určenie tejto sumy naplní zámer zákonodarcu a odlíši účel, na ktorý sú zakladané zdravotné poisťovne podľa lex specialis.

Rovnako tak samotný vzorec na výpočet prevádzkových nákladov, ktorý predpokladá miernejší rast absolútnej sumy hranice prevádzkových výdavkov oproti rastu príjmov je správne navrhnutý; odráža skutočnosť existencie určitej časti fixných výdavkov na prevádzku (v stálej výške), ktoré sú nezávislé od počtu poistencov zdravotnej poisťovne a od výšky príjmu. Je však potrebné inak definovať samotné prevádzkové výdavky, aby nebolo možné uhrádzanie výdavkov, priamo nesúvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti mimo rozsah definície prevádzkových výdavkov. Uvedené je možné docieliť tzv. negatívnou definíciou prevádzkových výdavkov, t. j. neurčiť čo je ich súčasťou, ale určiť, čo ich súčasťou nie je.

**K bodu 3**

Legislatívno-technická úprava súvisiaca so zmenami v poznámkovom aparáte.

**K bodu 4**

Zdravotné poisťovne majú síce povinnosti ustanovené osobitnými zákonmi a vykonávacími predpismi, avšak nie je predmetom skúmania (okrem zjavných pochybení, ktoré kontroluje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou) či povinnosti v zazmluvňovaní poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pretavuje do výsledkov zdravotnej starostlivosti, či sú jej poistenci zdravší. Preto je nevyhnutné zaviesť povinnosť plniť parametre efektívnosti pre zdravotné poisťovne a overovať si ich plnenie.

Parametre, ktoré budú zvolené, musia spĺňať nasledovné kritériá:

1. **merateľnosť** – parameter ako taký musí byť jasne charakterizovaný číselnou hodnotou (aby ho bolo možné použiť vo vzorci pre výpočet percenta odplaty).
2. **jednoznačnosť** – parameter musí byť vypočítaný na základe vopred určených jednoznačných kritérií a pri jeho výpočte bude možná vždy iba jedna výsledná hodnota.
3. **jasný pozitívny/negatívny charakter** – pri parametri musí byť vopred zrejmé a jednoznačné, či je jeho rast alebo pokles pozitívny alebo negatívny. Nie je možné použiť parameter, pri ktorom sa nedá jednoznačne povedať, či zmena jeho hodnoty je prínosom alebo negatívom pre poistenca.
4. **všeobecná platnosť** – interpretácia výsledku (pozitívna alebo negatívna) sa nemení, bez ohľadu na stav vonkajšieho prostredia.
5. **ovplyvniteľnosť** – hodnota parametra musí byť ovplyvniteľná zo strany zdravotnej poisťovne; nie je možné použiť taký parameter, na hodnotu ktorého nebude mať zdravotná poisťovňa svojou činnosťou dosah.
6. **primeranosť** – hodnota parametra musí byť stanovená tak, aby odrážala dôležitosť parametra pre dosahovanie konečného cieľa.

Konkrétne parametre určí osobitný právny predpis.

Medzi ekonomické parametre možno zaradiť napríklad tieto parametre: platobná schopnosť, štruktúra pohľadávok, prehľad pohľadávok, spôsob zabezpečenia pohľadávok, prehľad postúpených pohľadávok, plnenie minimálnej siete, prehľad vykonanej revízie, kritériách pre zaradenie PZS medzi neefektívne zariadenia a zoznam PZS zaradených medzi neefektívne zariadenia, prehľad o kontrole poskytovanej ZS zo strany poistencov, čakacie zoznamy, atď.

Medzi medicínske parametre možno zariadiť napríklad tieto parametre: Perinatálna úmrtnosť, Odvrátiteľná úmrtnosť, Prenosné ochorenia, Skríning rakoviny, podpora primárnej starostlivosti, riešenie nerovnomerného rozloženia zdravotného personálu v rámci regiónov, lepšia podpora zdravia a predchádzanie chorobám, systematickejšie používanie hodnotenia zdravotnej technológie pre rozhodovací proces, podpora mobilných tímov a návštev lekárov v domácom prostredí, Idea posilnenia pacienta manažmentom chronického ochorenia, vyhodnocovanie indikátorov kvality, atď.

**K čl. II**

Účinnosť predkladaného návrhu zákona sa navrhuje od 1. januára 2020.