

Pozmeňujúci návrh
poslankyne Národnej rady Slovenskej republiky Jany Cigánikovej
k návrhu poslancov Národnej rady Slovenskej republiky Radovana BALÁŽA, Evy
SMOLÍKOVEJ a Petra PAMULU na vydanie zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon
č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov
(tlač 1734)

Za čl. I sa vkladá nový článok II, ktorý znie:

„Čl. II

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 719/2004 Z. z., zákona č. 353/2005 Z. z., zákona č. 538/2005 Z. z., zákona č. 660/2005 Z. z., zákona č. 25/2006 Z. z., zákona č. 282/2006 Z. z., zákona č. 522/2006 Z. z., zákona č. 12/2007 Z. z., zákona č. 215/2007 Z. z., zákona č. 309/2007 Z. z., zákona č. 330/2007 Z. z., zákona č. 358/2007 Z. z., zákona č. 530/2007 Z. z., zákona č. 594/2007 Z. z., zákona č. 232/2008 Z. z., zákona č. 297/2008 Z. z., zákona č. 461/2008 Z. z., zákona č. 581/2008 Z. z., zákona č. 192/2009 Z. z., zákona č. 533/2009 Z. z., zákona č. 121/2010 Z. z., zákona č. 34/2011 Z. z., nález Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 79/2011 Z. z., zákona č. 97/2011 Z. z., zákona č. 133/2011 Z. z., zákona č. 250/2011 Z. z., zákona č. 362/2011 Z. z., zákona č. 547/2011 Z. z., zákona č. 185/2012 Z. z., zákona č. 313/2012 Z. z., zákona č. 421/2012 Z. z., zákona č. 41/2013 Z. z., zákona č. 153/2013 Z. z., zákona č. 220/2013 Z. z., zákona č. 338/2013 Z. z., zákona č. 352/2013 Z. z., zákona č. 185/2014 Z. z., zákona č. 77/2015 Z. z., zákona č. 140/2015 Z. z., zákona č. 265/2015 Z. z., zákona č. 429/2015 Z. z., zákona č. 91/2016 Z. z., zákona č. 125/2016 Z. z., zákona č. 286/2016 Z. z., zákona č. 315/2016 Z. z., zákona č. 317/2016 Z. z., zákona č. 356/2016 Z. z., zákona č. 41/2017 Z. z., zákona č. 238/2017 Z. z., zákona č. 257/2017 Z. z., zákona č. 266/2017 Z. z., zákona č. 336/2017 Z. z., zákona č. 351/2017 Z. z., zákona č. 87/2018 Z. z., zákona č. 109/2018 Z. z., zákona č. 156/2018 Z. z., zákona č. 177/2018 Z. z., zákona č. 192/2018 Z. z., zákona č. 345/2018 Z. z., zákona č. 351/2018 Z. z., zákona č. 35/2019 Z. z., zákona č. 139/2019 Z. z., zákona č. 221/2019 Z. z. a zákona č. 231/2019 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 6 sa odsek 9 dopĺňa písmenami d) a e), ktoré znejú:

„d) na úhradu zdravotnej starostlivosti v cudzine, na ktorú udelila súhlas podľa osobitných predpisov,^{17d)}

e) na úhradu preventívnych prehliadok podľa osobitného predpisu.^{17e)}“

Poznámky pod čiarou k odkazom 17d a 17e znejú:

„^{17d)} § 26 zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení zákona č. 561/2004 Z. z.

^{17e)} § 2 a príloha č. 2 zákona 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.“

Doterajší odkaz 18a sa označuje ako odkaz 17d).

2. V § 6a odsek 2 znie:

„(2) Výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne podľa odseku 1 sú všetky výdavky zdravotnej poisťovne, ktoré nie sú uvedené v odseku 3.“.

3. V poznámke pod čiarou k odkazu 28 sa citácia „§ 17 zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov.“ nahrádza citáciou „§ 17 zákona č. 431/2002 Z. z. v znení neskorších predpisov.“.

4. V § 15 sa odsek 1 dopĺňa písmenom ah), ktoré znie:

„ah) plniť parametre efektívnosti; zoznam parametrov efektívnosti zdravotnej poisťovne, označenie oblasti, na ktorej hodnotenie parameter efektívnosti slúži, názov parametra efektívnosti, popis parametra efektívnosti, úroveň parametra efektívnosti a prípustný odchýlku, určenie časového obdobia, za ktoré bude parameter efektívnosti hodnotený, označenie zdroja údajov, z ktorých bude parameter efektívnosti spracovaný, formát údajov, ktoré je zdravotná poisťovňa povinná poskytnúť ministerstvu zdravotníctva pre vyhodnotenie parametra efektívnosti, metodiku spôsobu získania výslednej hodnoty parametra efektívnosti (obsah čitateľa, obsah menovateľa, spôsob výpočtu vrátane šandardizácie, ak je potrebná), formu prezentácie parametra efektívnosti, spôsob interpretácie parametra efektívnosti ustanoví ministerstvo zdravotníctva všeobecne záväzným právnym predpisom.“.

Tento článok nadobúda účinnosť 1. januára 2020.

Nasledujúci článok sa primerane prečísľuje.

Odôvodnenie:

K čl. II

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 chybné 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 docieľiť 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 poisťencov, čakacie zoznamy, atď.

Medzi medicínske parametre možno zaradiť napríklad tieto parametre: Perinatálna úmrtnosť, Odvrátiteľná úmrtnosť, Prenosné ochorenia, Skrining 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.

1. JANA CIGÁNIKOVÁ,
Peter OSIEŠKY
2. ONDŘEJ DOŠTÁL
3. KAROL GALEK
4. Anna Zemanková
5. Alojz Barabinec
6. IANISCAU GRĂTIUȘ
7. MARIÁN VISKUPIČ
8. ZUZANA ŽIMENOVÁ
9. DAREK KRAJČI
10. MARTIN FECKO
11. JÁN MAROŠZ
12. Igor JANČUČIČ
13. Richard Vašerka
14. JÁN ŠPANDA
- 15.

A column of handwritten signatures in blue ink, corresponding to the names in the list on the left. The signatures are written on a background of horizontal dotted lines. The signatures vary in style, with some being very stylized and others more legible.