

## **Zadlžovanie verzus zisk – problém zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

Zdravotníctvo opäť čakajú neisté časy. Experiment bývalého ministra zdravotníctva nevyšiel. Takže nás čaká re-reforma a opäť nastáva neistota, čo môžeme očakávať od terajšieho vedenia ministerstva. V spoločnosti totiž, podobne ako v prírode, existujú tzv. nevratné deje. To značí, že obnovenie pôvodného stavu po určitej zmene buď nie je možné, alebo vyžaduje oveľa vyššiu dodávku energie ako vyžadovala zmena pôvodného stavu na aktuálny. Ak nevratný dej vedie k lepšiemu stavu, ako bol pred zmenou, je všetko v poriadku. No ak výsledok zmeny znamená zhoršenie, vzniká problém. A ten má Ministerstvo zdravotníctva SR práve na stole.

Dnešný zdravotnícky systém sa začal formovať v roku 1990. Po rôznych úvahách a diskusiách sa dospelo sa k záveru, že pre podmienky bývalého Česko-Slovenska bude najoptimálnejší pluralitný systém zdravotného poistenia, s ktorým boli dobré skúsenosti ešte z prvej ČSR. Zbytočne budeme špekulovať, či to bolo dobré rozhodnutie, musíme zobrať na vedomie, že to tak je a že sa jedná o nevratný dej. A snaha o jeho zvrátenie by stála Slovenskú republiku príliš veľa energie. A mimochodom, VŠZP (a jej vtedajšie vedenie) sa prejavila už pred reformou, ako dokáže svoje dominantné postavenie zneužívať. I úvahy ministerstva o rušení zdravotníckych zariadení či o regulácii tvorby zisku v zdravotných poisťovniach tu už boli, hoci v „pravicovej“ modifikácii, ale nemyslím, že tadiaľ vedie cesta. Ba ani pôvodcom myšlienky prepoisťovania poistencov z jednej poisťovne do druhej mimo vôle poistenca nie je terajší minister. **„Vzhľadom na to, že zdravotné poisťovne sú subjektami poistného trhu, je možné, že poistný kmeň ako súbor uzavretých platných poistných zmlúv, bude predmetom obchodu medzi zdravotnými**

**poist'ovňami.**“ (Komentár k zákonu 581/2004 Z.z – Ing. Peter Pažitný). Osobne nevidím problém, aby štátny zamestnanec bol povinne poistený v určenej poisťovni – má svoje práva, ale aj v zákone ustanovené povinnosti a obmedzenia. No dieťa ani dôchodca si svoj status nevyberá a tam problém vidím bez ohľadu na to, či ho „predá“ jedna poisťovňa druhej, alebo či ho štát „prepoistí“ prostredníctvom právnej normy.

Zaviesť do zdravotníckej legislatívy ďalšie ústavne problematické ustanovenia by nebolo šťastné. Vzhľadom na to, že právo na ochranu zdravia je ústavou chránené a zdravotnícka legislatíva v dnešnej podobe balansuje medzi verejným a súkromným právom, právna úprava by sa stala ešte ťažšie pochopiteľnou. Myslím si, že viaceré ustanovení zdravotníckych zákonov stojí na „hlinených nohách“, čo sa týka ústavnosti.

Verejné zdravotné poistenie bolo v Slovenskej republike zavedené zákonom 7/1993 Z.z. o zriadení Národnej poisťovne a o financovaní zdravotného, nemocenského a dôchodkového poistenia. V §4 bolo uvedené, že rozsah a podmienky poskytovania zdravotníckej starostlivosti upravuje Liečebný poriadok, ktorý vydá Vláda SR nariadením. Generálny prokurátor SR podal na Ústavný súd SR návrh na začatie konania o súlade právnych predpisov s Ústavou SR. Išlo o to, či vôbec môže vláda ako výkonný, nie zákonodarný orgán vydať nariadenie vo veci Liečebného poriadku. Ústavný súd rozhodol (PL.ÚS 5/94), že uvedený §4 ods.4 nie je v súlade s čl.13 ods.1 a 2 a s čl.40 Ústavy SR. Z toho vyplýva, že **úprava podmienok, rozsahu a spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti musí mať zákonnú úpravu. Iná než zákonná úprava je porušením ústavnosti** (viď aj PL.ÚS 7/94). V §12 zákona 9/1993 Z.z. o zdravotnom poistení a hospodárení s Fondom zdravotného poistenia sa uvádzalo, že poisťovňa poskytuje úhradu za poskytnutú zdravotnícku starostlivosť zmluvným zdravotníckym zariadeniam v rozsahu a za podmienok určených

vyhláškou MZ SR. Tu tiež generálny prokurátor podal návrh na začatie konania o súlade právnych predpisov. Nález Ústavného súdu SR (PL.ÚS 8/94) bol obdobný ako v predchádzajúcom prípade. Keďže právo na ochranu zdravia ako základné právo občana je poskytované občanovi v určitom, ústavou upravenom rozsahu, podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti môže upraviť len zákon. Z toho vyplýva, že zákon nemôže splnomocniť orgán výkonnej moci na vydanie právnej normy, ktorá by určovala medze základných práv a slobôd. Preto Ústavný súd SR rozhodol, že vyhláška MZ SR 221/1993 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrad poisťovne za poskytnutú zdravotnú starostlivosť nie je v súlade s čl. 13 ods. 1 a 2, čl. 40, tiež čl. 123 Ústavy SR. To znamená, že **rozsah a podmienky úhrad poisťovne za poskytnutú zdravotnú starostlivosť zmluvným poskytovateľom nemôže určovať vyhláška MZ SR, ale zákon.**

„Reformná“ zdravotnícka legislatíva sa s úhradou poisťovne za zdravotnú starostlivosť vyrovnala bravúrne. V §9 zákona 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení sa píše, že poistenec má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom zákonom 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti. Tu sa v §3 píše, že na základe verejného zdravotného poistenia sa plne uhrádza neodkladná zdravotná starostlivosť a zdravotné výkony vedúce k zisteniu choroby, vyliečeniu choroby atď. Problém vzniká, keď sa začneme baviť o výške tejto úhrady. V zákone 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach sa v §7 píše, že zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí obsahovať rozsah zdravotnej starostlivosti a výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá nesmie byť vyššia ako maximálna cena ustanovená cenovým predpisom vydaným na základe zákona 18/1996 Z.z. o cenách. Cenový predpis bol vydaný ako opatrenie 07045/2003-OAP MZ SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva. Jeho obsah evokuje myšlienku, či nebol takto

obídený už spomínaný nález Ústavného súdu PL.ÚS 8/94. Tiež je otázne, či bolo správne, že bola absolútne zrušená dolná hranica úhrady, presnejšie povedané jej postavenie až na možnú úroveň 0 Sk za určitý výkon. To spôsobuje, že cena za výkon často neuhradí ani cenu použitého špeciálneho zdravotníckeho materiálu a farmák, a to nehovorím o odborných výkonoch zdravotníckych pracovníkov či o prístrojovej technike. Dá sa povedať, že právna úprava tlačila a tlačí poskytovateľov až do non lege artis a nezákonných postupov (napr. poddimenzované personálne a technické vybavenie JIS, nutnosť selekcie aj akútnych pacientov – koho prijať a koho nie, nepreplácanie nadčasov atď.). No keďže z pôvodného opatrenia vďaka opakovaným novelizáciám zostalo k dnešnému dňu len torzo, nebudem sa hlbšie zamýšľať nad jeho nuansami a možnými právnymi konzekvenciami.

Od 1. mája 2006 prestalo MZ SR regulovať ceny výkonov zdravotnej starostlivosti. To značí, že výška úhrady za zdravotnú starostlivosť je plne v rukách zdravotnej poisťovne a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti ako subjektov súkromného práva. No ak sa vrátim do roku 1994 a k nálezom ÚS SR a porovnam ich s dnešným stavom, ktorý a priori musíme pokladať za legálny (prezumpcia ústavnosti právneho predpisu), nachádzam vážny rozpor. **Výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť, v znení spomínaných rozhodnutí Ústavného súdu, nemôže riešiť podzákonný právny predpis, keďže sa jedná o Ústavou garantované právo na zdravotnú starostlivosť. No môže ho riešiť zmluva ako dvojstranný právny úkon medzi dvoma súkromnými subjektami o tretej osobe (pacientovi)!?**

Dnes sa javí, že najväčším problémom je neustále narastanie dlhu v zdravotníctve (popri tvorbe ziskov poisťovní). A ak ho chceme riešiť, musíme si položiť otázku, kde vzniká. Vyzerá to tak, že ho netvorí ani ambulantná sféra, ani lekárne a už ani zdravotné poisťovne. Tvorí ho

prakticky len lôžkové zariadenia. Vedenia nemocníc hovoria, že sú nútené podpísať nevýhodné zmluvy so zdravotnými poisťovňami. Nevie, aká vis maior núti manažment podpísať takú zmluvu, na základe ktorej nemocnica ide do straty a poisťovňa vytvára zisk, ale ukazuje to, že tento zmluvný vzťah ani nie je rovný a zmluva je podpísaná za nevýhodných podmienok.

Z uvedeného vyplýva, že je nevyhnutné, aby sa konečne vypočítalo, koľko zdravotnej starostlivosti a za koľko môžeme poskytnúť. Keďže sa jedná o ústavou garantované právo, musí byť určený **dolný limit, pod ktorým sa už nedá poskytovať zdravotná starostlivosť lege artis**, čo znamená určiť minimálnu cenu za výkon. A prirodzene musí byť opäť určený horný limit, reflektujúci hlavne finančné možnosti zdravotníckeho systému v danom období. Nie som oprávnený hodnotiť, či vygenerovanie ceny zdravotnej starostlivosti len dohodovaním medzi poisťovňou a nemocnicou je v súlade s Ústavou SR, ale som presvedčený a realita to potvrdzuje, že pre lôžkovú zdravotnú starostlivosť sa tento systém neosvedčil. Bývalé vedenie MZ SR takýto „cenník“ nevypracovalo, i keď zákon s tým počíta. A asi vedelo prečo.

Hovorí sa, že paragrafy sa dajú ohnúť rôznym spôsobom. Bývalá garnitúra to dokázala priam ukážkovo. Asi to je dôvod, prečo sa zdravotníctvo po štvorročnom (či osemročnom?) pôsobení dostalo tam, kde je. Zmena v zdravotníctve bola masívna, a preto je nevratná. Bývalá vláda nechala systém lôžkovej zdravotnej starostlivosti v katastrofálnom stave – neustále sa zadlžujúci, personálne zdecimovaný, nekonceptne rozbitý, z mnohých nemocníc sa stali len budovy, v ktorých sídlia rôzne firmy poskytujúce zhodou okolností aj zdravotnícke služby. No nemocnica, to sú nielen oddelenia, ale aj ich vzájomné vzťahy – nemocnica je štruktúra, nie budova. Takže je potrebné stabilizovať systém hlavne lôžkovej zdravotnej starostlivosti a opraviť ho. No ústavne problematické zmeny tomu

nepomôžu. Vidíme, aké následky má ignorancia bazálnych princípov bývalým vedením rezortu. Musí existovať nejaká právna istota, rešpektovanie ústavných práv a nie snaha ich účelovo obchádzať, má byť zaistená určitá kontinuita, že keď sa ide vykonať „nevratný dej“, tak sa vykoná pri širokom spoločenskom konsenze. Tak, aby spoločnosť nekolísala sprava doľava ako fyzikálne kyvadlo s veľkou amplitúdou.

*Miroslav PAVLÁK: Zdravotnícke noviny 27/2007, uverejnené pod názvom: „Zadlžovanie verzus zisk – problém zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“.*