

ÚSTAVOU A ZÁKONOM „GARANTOVANÉ“ PRÁVA PACIENTA – SÚ REÁLNE ALEBO LEN VIRTUÁLNE ? (2. časť)

Práva pacienta vo vzťahu so zdravotnou poisťovňou a ich vymožiteľnosť

MUDr. JUDr. Miroslav Pavlák

Právna úprava podľa vzťahu poskytovateľa a zdravotnej poisťovne pacienta rozlišuje poskytovateľov na zmluvných a nezmluvných. Nezmluvným poskytovateľom je poskytovateľ, s ktorým nemá zdravotná poisťovňa daného pacienta uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 42 ods. 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 – ďalej len „zákon č. 577/2004 Z. z.“, § 88 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov – ďalej len „zákon č. 363/2011 Z. z.“). Je síce pravdou, že § 42 ods. 1 zákona č. 577/2004 Z. z. uvádza, že zdravotná poisťovňa je povinná poskytnúť poistencovi na základe jeho písomnej žiadosti príspevok na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom, ak žiadosť spĺňa kritériá na poskytnutie príspevku, ktoré určuje a zverejňuje zdravotná poisťovňa, a s poskytnutím príspevku zdravotná poisťovňa súhlasila pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti. Obdobne uvádza ohľadom príspevku na úhradu liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín predpísaných nezmluvným poskytovateľom v § 88 ods. 1 zákona č. 363/2011 Z. z.

Právne vzťahy pacient/poistenec – zdravotná poisťovňa

Ak sa pozrieme na kritériá na poskytnutie príspevku, ako ich uvádzajú jednotlivé zdravotné poisťovne, ako i vzhľadom k aplikačnej praxi, právo na výber poskytovateľa, ktorému pacient dôveruje (bez ohľadu na to, či je zmluvný alebo nezmluvný), je do značnej (a podľa nášho názoru neprijateľnej) miery obmedzované. [1] [2] Už len to, že jednou z podmienok poskytnutia príspevku zdravotnou poisťovňou na úhradu zdravotnej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa, je schválenie poskytnutia tohto príspevku (tou istou) zdravotnou poisťovňou. Tu treba uviesť, že v prípade zamietnutia žiadosti na poskytnutie príspevku zdravotnou poisťovňou tu ani zákon č. 577/2004 Z. z., ani zákon č. 363/2011 Z. z. nedávajú žiadne možnosti ďalšieho postupu, ako dáva voči poskytovateľom v minulom príspevku uvádzaný § 17 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“.) Taktiež ani zákon č. 577/2004 Z. z., ani zákon č. 363/2011 Z. z. nepripúšťa pre pacienta-poistenca brániť svoje práva podľa

ustanovení Správneho poriadku. Pritom treba uviesť, že zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“) obsahuje konanie podľa Správneho poriadku v § 9f či § 10, toto sa však týka len úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovanej mimo územia Slovenskej republiky (t. j. logicky u nezmluvných poskytovateľov). No sme toho názoru, že **právo pacienta na úhradu zdravotnej starostlivosti a právo na výber poskytovateľa musia existovať aj v realite**, nielen ako zákonná fikcia; a **aj pri diagnostike a liečbe u nezmluvného poskytovateľa v Slovenskej republike**, nie preferenčne iba mimo územia SR. [3] V tomto je nie iba marginálnou otázkou, či uvedená právna úprava nie je diskriminačná tiež voči poskytovateľom v SR.

Pritom, ak by tieto ustanovenia o príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa reálne fungovali – sú v platnosti od r. 2011 – tak by boli sloboda i práva pacientov na nepochybne vyššej úrovni. Každopádne sa dá povedať, že **právo na výber poskytovateľa dané zákonom č. 576/2004 Z. z. je na základe ustanovení iných zákonov, č. 577/2004 Z. z. a zákona č. 363/2011 Z. z., skôr virtuálne**. Sme toho názoru, že pacient by si mnohokrát dokonca aj sám uhradil príslušnú zdravotnú starostlivosť, teda bez výhrad by zaplatil cenu konkrétnych zdravotných výkonov vybranému poskytovateľovi (ide najmä o lekárske vyšetrenia, ktoré sú v SR cenené dosť nízko, napr. komplexné predoperačné vyšetrenie je v cene cca 15 eur – pozn. autora), a nežiadal by preplatenie (diagnostiky) od svojej zdravotnej poisťovne. Nevyhnutne však takéhoto pacienta musí odradiť, ak mu plne **kvalifikovaný lekár daného nezmluvného poskytovateľa predpíše nejakú jednoznačne indikovanú** (najmä, ak ide o dlhodobú) **liečbu** liekmi alebo zdravotníckymi pomôckami, **no táto mu z verejného zdravotného poistenia uhrádzaná nebude, hoci si poistné riadne platí**. Ak by však úplne ten istý lekár pôsobil u zmluvného poskytovateľa, tak by mu naordinovaná liečba z verejného zdravotného poistenia uhrádzaná bola. Prečo je pacient takto sankcionovaný, že si vybral „zlého doktora bez zmluvy“, hoci lieky mu bude poskytovať následne úplne iný poskytovateľ – lekár, je racionálne nevysvetliteľné.

Závažnejším problémom je, ak by zdravotná starostlivosť mala byť podľa práva uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia, reálne však uhrádzaná nie je, a to ani u zmluvného poskytovateľa. Ide zvyčajne o výkony, ktoré sú v danom čase potrebné, ale už sú nad rámec limitov stanovených v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Prípadne, ak zdravotná starostlivosť pozostáva z viacerých čiastkových úkonov, ktoré sa administratívne vykazujú síce samostatne, ale medicínsky sú neoddeliteľné, no zdravotná poisťovňa z nich niektoré neakceptuje. Podstatné je to, že ak takéto výkony (bez následnej úhrady) poskytovateľ pacientovi poskytne, v zásade si zvyšuje náklady, pretože tým pádom je to poskytovateľ, kto plní ekonomicky (peňažne) pacientovi namiesto jeho zdravotnej poisťovne, teda poskytovateľ pacientovi neplní len medicínsky (vecne). **No ak by si lekár poskytovateľa vyžiadal pre poskytovateľa od pacienta zaplatiť za tieto výkony neuhrádzané z verejného zdravotného poistenia, pretože sú buď nadlimitné alebo neuznané, vystavoval by sa sám riziku vysokej pokuty až vo výške 16 596 eur v zmysle § 82 ods. 12 písm. b) zákona 578/2004 Z. z.**

Takže poskytovateľ odmietne pacienta (prirodzene, nesmie to byť neodkladná zdravotná starostlivosť), pretože by tým z hľadiska formálno-právneho v podstate porušil ustanovenia zmluvy o zdravotnej starostlivosti (zjednodušene povedané – dohodnutý počet výkonov), ktorú má uzatvorenú so zdravotnou poisťovňou pacienta. Považujeme za nenáležité požadovať od poskytovateľa, aby plnil poistencovi namiesto jeho zdravotnej poisťovne, a tým sa napr. dokonca zadlžoval.

Pre právne postavenie pacienta ako poistenca však stále platí, že v tomto prípade ide o **právne vzťahy vyplývajúce z verejného zdravotného poistenia** (nie o vzťah s poskytovateľom),

pretože jedinou prekážkou poskytnutia zdravotnej starostlivosti (ak sa neposkytne riadne, t. j. v primeranom rozsahu a čase) je nefunkčný **úhradový mechanizmus**. Zdravotná poisťovňa neplní a zmluvný(!) poskytovateľ, presnejšie (zvyčajne) napr. jeho zamestnanec, **nesmie úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá by síce podľa zákona č. 577/2004 Z. z. či zákona č. 363/2011 Z. z. mala byť plne hrazená, ale fakticky nie je, od pacienta požadovať** (že inak zdravotná starostlivosť poskytnutá nebude – uvedený § 82 ods. 12 zákona č. 578/2004 Z. z.). V takomto prípade (odmietnutia zdravotnej starostlivosti) považujeme prípadný postup pacienta/poistenca podaním žiadosti najprv poskytovateľovi a následne na samosprávny kraj v zmysle § 17 zákona č. 576/2004 Z. z. za procesne-právne neopodstatnený. Na ÚDZS mu v tomto smere (t. j. na plnenie povinnosti zdravotnej poisťovne voči poistencovi-pacientovi) ani zákon č. 576/2004 Z. z., ani zákon č. 581/2004 Z. z. podať žiadosť neumožňuje (ako to už však v SR býva, naopak, účinné právne nástroje pre zdravotné poisťovne voči ľuďom – poistencom a platiteľom zdravotného poistenia v právnych predpisoch existujú a sú vskutku dosť efektívne – exekučné tituly, trestné konania).

Právna úprava tak v podstate nedáva **žiadne riadne právne prostriedky obrany poistencom, čo do povinností zdravotných poisťovní**, vyplývajúcich z § 9 zákona č. 580/2004 Z. z., t. j. práva na úhradu zdravotnej starostlivosti. Podobne **žiadne riadne právne prostriedky voči zdravotným poisťovňam** (mimo čisto dvojstranných obchodnoprávných vzťahov s poskytovateľmi, ktoré sa, prirodzene, netýkajú konkrétneho poistenca/pacienta), **ak sa ich konanie či činnosť dotýkajú práv pacientov/poistencov v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia**, nemajú ani poskytovateľa.

Právna úprava v Českej republike

Česká právna úprava záležitostí verejného zdravotného poistenia je fundamentálne odlišná, s úplne odlišnou filozofiou, obsahuje zásadne odlišný spôsob kreovania zmlúv medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi, aj s jasným a dôležitým postavením Ministerstva zdravotníctví ČR a nepochybne výraznejšou rovnosťou v postavení jednotlivých subjektov (pacient/poistenec – zdravotná poisťovňa – poskytovateľ). Na ilustráciu by sme z § 17 ods. 2 zákona č. 48/1997 Sb. o verejnom zdravotnom poistení a o zmene a doplnení niektorých súvisiacich zákonov (ďalej len „zákon č. 48/1997 Sb.“) dali do pozornosti, že tieto zmluvy obsahujú aj *„kontrolní mechanismus kvality poskytovaných hrazených služeb a správnosti účtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy a ustanovení o rozhodčím řízení“*.

Podľa § 11 zákona má poistenec v ČR právo *„na časovou a místní dostupnost hrazených služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny“*, *„na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem“*. Je zřejmé, že zákon upravujúci verejné zdravotné poistenie v ČR je, čo do práv pacienta/poistenca vyplývajúcich z verejného zdravotného poistenia, postavený vecne (t. j. ide o poskytnutie služieb – priamo právo na vecné dávky), t. j. poistenec v ČR nie je *expressis verbis* tým subjektom, ktorý má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti, ako je to v SR [t. j. na peňažné dávky, ktorými sa uhradia náklady na poskytnutie zdravotných služieb pacientovi/poistencovi – § 9 a § 22 ods. 1 písm. b) zákona č. 580/2004 Z. z.].

Taktiež je zásadný rozdiel v možnostiach právnej obrany poistenca v ČR, keďže podľa § 11 ods. 2 zákona č. 48/1997 Sb. *„má-li pojištěnec za to, že mu nejsou poskytovány hrazené služby v souladu s tímto zákonem, může podat stížnost podle zákona o zdravotních službách“*. V SR, ak je vykonávané verejné zdravotné poistenie voči pacientovi/poistencovi v rozpore so zákonom č. 580/2004 Z. z. (a súvisiacimi osobitnými zákonmi), poistenec **nemá v tomto**

zákone upravenú možnosť podať špecifickú sťažnosť či určený iný prostriedok nápravy (ako má voči poskytovateľom – § 17 zákona 576/2004 Z. z.). Postup pri podávaní sťažnosti upravuje zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotných službách a podmínkach ich poskytovania v § 93 a nasl. a **sťažnosť** v českej právnej úprave pripomína inštitút **žiadosti** v slovenskej právnej úprave zákona č. 576/2004 Z. z.

Ustanovenie § 93 ods. 1 zákona 372/2011 Sb. *in fine* uvádza: „*Stížnost se podává poskytovateli, proti kterému směřuje; tím není dotčena možnost podat stížnost podle jiných právních předpisů.*“ Ďalej v ods. 2 sa uvádza: „*Pokud osoba, která podala poskytovateli stížnost, s jejím vyřízením nesouhlasí, může podat stížnost příslušnému správnímu orgánu, který tomuto poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Zároveň uvede důvody nesouhlasu s vyřízením stížnosti poskytovatelem.*“ Z uvedených znení sa dá vyvodiť, že poistenec v ČR môže postupovať prostredníctvom poskytovateľa, ktorý následne vec pravdepodobne (ak pôjde o verejné zdravotné poistenie) postúpi danému správneho orgánu v zmysle zákona č. 372/2011 Sb. V aplikačnej praxi to vyzerá tak, že „*jde-li o stížnost v úhradové záležitosti, je namístě postoupit ji k přímému vyřízení příslušné zdravotní pojišťovně, jejímž je pacient registrovaným pojištěncem podle zákona 48/1997 Sb.*“ [4] Takže je možné podať **sťažnosť aj rovno na príslušnú zdravotnú poisťovňu** v zmysle § 11 ods. 2 zákona č. 48/1997 Sb. Zdravotná poisťovňa pri vybavovaní sťažnosti postupuje podľa „Správniho rádu“ (t. j. v správnom konaní). [5] Z uvedeného vyplýva, že pacient/poistenec (ak mu neboli poskytované hrazené služby v súlade so zákonom o verejnom zdravotnom poistení) je účastníkom tohto konania aj s príslušnými právami v danom konaní, ktoré si tak môže uplatňovať.

(Ne)Možnosti obrany práv pacienta/poistenca voči zdravotnej poisťovni v SR

Ako bolo uvedené, slovenská právna úprava naozaj ponecháva poistenca/pacienta v pozícii rukojemníka zdravotných poisťovní, voči ktorým má „tvrdé“ povinnosti, no právna úprava verejného zdravotného poistenia mu nedáva vlastne žiadne právne prostriedky na to, aby si mohol uplatniť aj svoje práva voči zdravotným poisťovňam. Zjednodušene povedané – **platiť poisťné musí, no s riadnym poisťným plnením to už je problém, no a zodpovednosť sa tu nijako nevyvodzuje.**

S ohľadom na českú právnu úpravu sa javí, že v SR by bol možno použiteľný postup podľa zákona č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach (ďalej len „zákon č. 9/2010 Z. z.“), no tam sa v rámci slovenskej legislatívy nepostupuje podľa Správneho poriadku (v ČR Správni rád). Takže po zamietnutí sťažnosti ako neopodstatnenej sa konanie o sťažnosti končí. V prípade opakovanej sťažnosti je táto v zmysle § 21 ods. 3 zákona č. 9/2010 Z. z. odložená. A podľa všetkého nie je možné uplatniť ani postup podľa § 23 ods. 1 zákona č. 9/2010 Z. z., teda že orgány verejnej správy vykonávajú kontrolu vybavovania sťažností (t. j., že by sťažovateľ inicioval výkon kontroly pri svojoľnom odmietnutí alebo zamietnutí sťažnosti). Vzhľadom na postoj ÚDZS k dohľadu nad verejným zdravotným poistením sa dá očakávať, že kontrolu vybavovania sťažnosti by vykonávali len orgány samotnej zdravotnej poisťovne.

ÚDZS sa k tejto problematike zlyhávania zdravotných poisťovní, či už smerom k povinnostiam **zabezpečovacím** [pozri § 15 ods. 1 písm. a) zákona 581/2004 Z. z.], no aj **úhradovým** [pozri § 22 ods. 1 písm. b) zákona č. 580/2004 Z. z.] totiž dlhodobo stavia (bez ohľadu, či ide o podnety od pacientov alebo poskytovateľov ohľadom (ne)uhrádzania zdravotnej starostlivosti pacientom vyslovene pasívne.

Príklad 1:

Pacientovi/poistencovi so syndrómom spánkového apnoe obštrukčného typu ťažkého stupňa bolo z nemocnice zaslané oznámenie z 8.12.2016: „*Vážený pán ... Vaša zdravotná poisťovňa ... neprepláca v súčasnosti polysomnografické vyšetrenie v adekvátnej výške a neakceptuje realizáciu tohto vyšetrenia formou hospitalizácie. Z týchto dôvodov do odvolania nevykonávame u poistencov (Vašej) zdravotnej poisťovne ... polysomnografické vyšetrenie.*“ Z oznámenia o výsledku prešetrenia podnetu, ktorý podnet na ÚDZS podal tento poistenec, uvádzame: „*Nakoľko ide o zmluvné vzťahy, ktoré sa týkajú dvoch zmluvných strán poskytovateľa zdravotnej starostlivosti ... a ... zdravotnej poisťovne, nemôže ÚDZS vstupovať do týchto dvojstranných rokovanií. ... Výkonom dohľadu nebolo zistené porušenie platných právnych predpisov ... zdravotnou poisťovňou.*“ [6] Takže pacientovi nebolo vyšetrenie uhradené z verejného zdravotného poistenia, hoci choroba G 47.31 je nepochybne v zozname prioritných chorôb v prílohe 3 zákona č. 577/2004 Z. z., a teda, samozrejme, nebolo ani vykonané (a to po ročnej čakacej dobe, čo bol objednaný – bolo by to jasné prehĺbenie účtovnej straty poskytovateľa). Napriek tomu je podľa ÚDZS všetko vraj v poriadku, hoci **zákon č. 577/2004 Z. z. v kontexte so zákonom č. 580/2004 Z. z. bol voči poistencovi nepochybne porušený.**

Argumentácia dvojstranným zmluvným vzťahom medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom je vyslovene účelová, pretože ÚDZS cielene opomína dvojstranný právny vzťah medzi poistencom a zdravotnou poisťovňou. Obrana práv poistenca po takomto závažnom zásahu do jeho práva na poistné plnenie spôsobom, že v čo najkratšom možnom čase zmení zdravotnú poisťovňu na takú, ktorá by mu zdravotnú starostlivosť uhradila, mu právna úprava v SR zakazuje. Osoba musela počkať až do septembra, aby mala do 1. januára zmenenú zdravotnú poisťovňu.

Bolo by zaujímavou právnou otázkou, kto by mal právnou zodpovednosť v prípade, že by sa stav uvedenej osoby „zneodkladnil“. Z odbornej literatúry je známe, že obštrukčné spánkové apnoe je rizikovým faktorom kardiovaskulárnych ochorení, a to artériovej hypertenzie, srdcového zlyhania, porúch srdcového rytmu a cievnych mozgových príhod. [7]

Príklad 2:

V zásade obdobný postoj (t. j. že nemá právomoci vo verejnom zdravotnom poistení) má aj MZ SR: „*Vykazovanie výkonov zdravotnej starostlivosti a ich preplácanie poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti je určené ich vzájomným zmluvným vzťahom ...*“ [8] Takže ani MZ SR sa nijako **nezaoberá právom pacienta na úhradu *lege artis* výkonov**, ktorých poskytnutie pacientovi sa od poskytovateľov vyžaduje (a sú bez čiastočnej úhrady). A tu nám vzniká stále nevyriešený, no často sa vyskytujúci problém či otázka: **Ktorý nezávislý(!) orgán rozhodne, ak sú tu diametrálne odlišné názory lekára/poskytovateľa a zdravotnej poisťovne na to, ktoré výkony mal poskytovateľ/lekár u pacienta vykonať, aby postupoval *lege artis*, a teda aj majú byť pacientovi uhradené z verejného zdravotného poistenia?** Pritom je nepochybné, že je to práve lekár/poskytovateľ, kto tu bráni práva pacienta pred svojvôľou.

V zmysle zákona aj aplikačnej praxe (t. j. pri pasívnom postoji ÚDZS aj MZ SR) sa jediným orgánom kontroly javí presne tá istá zdravotná poisťovňa, ktorá má s poskytovateľom rozpor, a to v zmysle § 9 zákona č. 581/2004 Z. z. Napriek opakovanej argumentácii, či zo strany ÚDZS alebo MZ SR, že ide o obchodnoprávne vzťahy, nevieme si príliš predstaviť, ako by civilný súd v rámci obchodnoprávneho sporu riešil, či bol nejaký zdravotný výkon alebo liek aplikovaný konkrétnemu pacientovi odôvodnené, a teda má v kontexte so zákonmi č. 576/2004 Z. z., č. 577/2004 Z. z., č. 580/2004 Z. z. a č. 363/2011 Z. z. byť aj pacientovi uhrádzaný z verejného zdravotného poistenia; a to pripísaním danej sumy na účet zmluvného

poskytovateľa zo strany zdravotnej poisťovne pacienta/poistenca. Mimochodom, postoj pacienta je zvyčajne v takýchto prípadoch pasívny – zdravotnú starostlivosť dostal a viac ho nezaujíma. *(Pozn. autora: Myslíme si, že aj toto je jeden z podstatných dôvodov, prečo lekári čím ďalej menej chcú vstupovať do ambulantnej sféry a zmluvných vzťahov so zdravotnými poisťovňami, prípadne ambulancie zatvárajú a opúšťajú.)*

Záver

S ohľadom na naše niektoré skúsenosti sa nám javí, že ak zdravotná poisťovňa pacientovi neschváli (t. j. ide o konanie vopred) nejakú zdravotnú starostlivosť, na ktorú má pacient zákonný nárok a aj si o ňu požiadal, alebo sa jej inak nemôže domôcť, mohlo by sa to považovať aj za nečinnosť zdravotnej poisťovne. Tu treba podotknúť, že **vzťah zdravotná poisťovňa – poistenec** sa konštantne v judikatúre považuje za **verejnoprávny vzťah** (napr. I. ÚS 111/2017). V takom prípade môže pacient na zdravotnú poisťovňu (z našich vlastných skúseností) podať napr. **žiadosť o zabezpečenie zdravotnej starostlivosti** (ktorá však nemá také konkrétne právne ukotvenie, ako je to u poskytovateľov). Za iný (možno vhodnejší) prostriedok považujeme tiež **sťažnosť pre nečinnosť** v zmysle zákona č. 9/2010 Z. z. Ak by uvažoval poškodený poistenec uplatniť si svoje práva aj súdnou cestou, podľa § 244 ods. 1 zákona č. 162/2015 Zb. Správny súdny poriadok žalobcom môže byť len osoba, ktorá ako účastník administratívneho konania namietajúci **nečinnosť orgánu** verejnej správy, **neúspešne vyčerpala sťažnosť** podľa osobitného predpisu. A je možné, že zdravotná poisťovňa po podaní sťažnosti odstráni svoju nečinnosť a v súlade s právom rozhodne v prospech pacienta.

Popri uvedenom postupe je v zásade možné pripustiť aj **súdnú žalobu** priamo proti zamietavému stanovisku v úradnom liste zdravotnej poisťovne, ak by sme to vyhodnotili ako **opatrenie**, a to podľa § 177 a nasl. Správneho súdneho poriadku.

(Pozn. autora: Hoci sa nedá vylúčiť, že správny súd rozhodne, že tu nie je daný postup v zmysle Správneho súdneho poriadku, ale podľa zákona č. 160/2015 Z. z. Civilný sporový poriadok, a teda, že poistenec by mal pri porušení práv z verejného zdravotného poistenia žalovať svoju zdravotnú poisťovňu v občianskoprávnom konaní. Ale toto by sme považovali za absolútne bezprávie, ak by úhrada poistného vo verejnom zdravotnom poistení zdravotnej poisťovni od poistenca/platiteľa poistného bol verejnoprávny vzťah, no úhrada či neúhrada poistného plnenia poistencovi/platiteľovi poistného vo verejnom zdravotnom poistení by bol súkromnoprávny vzťah. No ako sme uviedli, verejno-súkromná právna úprava verejného zdravotného poistenia zakladá výraznú zmätočnosť, takže naozaj sa vyššie uvedený právny názor niektorého správneho súdu vylúčiť nedá).

Vo všeobecnosti by teda konanie mohlo prebiehať takto:

1. Poistenec podá **žiadosť** na zdravotnú poisťovňu.
2. Zdravotná poisťovňa mu nevyhoví, teda podľa názoru poistenca nekoná – je nečinná v tom smere, ako jej prikazujú príslušné právne predpisy, a tak podá **sťažnosť o nečinnosť** podľa zákona č. 9/2010 Z. z. V prípade, že zdravotná poisťovňa výnimočne koná v správnom konaní, tak sa postupuje podľa **Správneho poriadku** opravnými prostriedkami.
3. **Žaloba o nečinnosť** zdravotnej poisťovne (ako orgánu verejnej správy), prípadne **správna žaloba** vo veci opatrenia (alebo rozhodnutia) zdravotnej poisťovne, ktorým v danom administratívnom konaní odmietla alebo zamietla nárok poistenca vyplývajúci z verejného zdravotného poistenia.

V prípade, ak ide o neakceptovanie reálne už poskytnutej zdravotnej starostlivosti napr. pri výkone kontroly podľa zákona č. 581/2004 Z. z. zdravotnou poisťovňou ako orgánom

kontroly (t. j. ide o dodatočné konanie, až po poskytnutí zdravotnej starostlivosti), prieskum protokolov o vykonanej kontrole je v dnešnej dobe nanajvyš problematický a v zmysle následných preverovacích administratívnych konaní sa javí ako nemožný (pozri uvádzané pasívne postoje ÚDZS a MZ SR). A to napriek tomu, že podľa § 19 písm. c) zákona č. 575/2001 Z. z. o organizácii činnosti vlády a organizácii ústrednej štátnej správy je MZ SR ústredným orgánom štátnej správy pre verejné zdravotné poistenie. Podľa § 18 ods.1 písm. a) bod 1. zákona č. 581/2004 Z. z. ÚDZS vykonáva dohľad nad verejným zdravotným poistením tým, že dohliada na dodržiavanie ustanovení tohto zákona a osobitného predpisu, t. j. aj zákona č. 580/2004 Z. z. To znamená, že by mal dohliadať na dodržiavanie § 9 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z.: *„Poistenec má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom, ak ďalej nie je ustanovené inak.“* Keďže **neexistuje žiadna nezávislá kontrola zákonnosti opatrení zdravotných poisťovní voči poistencom, ktorým zdravotné poisťovne odmietajú uhradiť oprávnenú zdravotnú starostlivosť, ak neexistuje ani nezávislý prieskum protokolov zdravotných poisťovní o kontrole** – a to ani ústredným či priamo podriadeným orgánom verejnej správy pre verejné zdravotné poistenie, ani orgánom dohľadu nad verejným zdravotným poistením – môžu sa do opatrení a protokolov dostávať (a aj sa dostávajú) konštatovania v príkrom rozpore s medicínskou praxou, s *lege artis* postupom, aj so znením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.; a s následnou redukciou úhrad zdravotnej starostlivosti pacientom z verejného zdravotného poistenia v rozpore so zákonom č. 580/2004 Z. z. A ako bolo už uvedené, neuhrádzanie v prípade prioritnej choroby dochádza nielen k zjavnému rozporu so zákonom č. 577/2004 Z. z., ale aj priamemu ohrozeniu zdravia pacienta.

Takže, ak poskytovateľ na jednej strane tvrdí, že postupoval pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti **správne a v súlade** s § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a pacientovi **prináleží úhrada z verejného zdravotného poistenia** na základe § 3 zákona č. 577/2004 Z. z. v kontexte so zákonom č. 580/2004 Z. z. (a preto od pacienta nevyžadoval žiadnu priamu úhradu), a na druhej strane bude zdravotná poisťovňa tvrdiť v zmysle § 9 ods. 5 zákona č. 581/2004 Z. z., že poskytovateľ postupoval pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti **neúčelne, neefektívne a nehospodárne**, či dokonca **nekvalitne**, a preto úhrada zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia oprávnená nie je, inštitúciou, ktorá sa považuje za oprávnenú meritorne rozhodnúť, je opäť zdravotná poisťovňa; t. j. jedna zo strán v tomto spore! Súčasne ide o právny subjekt vo forme akciovej spoločnosti, a teda založený (aj) na účely podnikania (t. j. vytvárania zisku v zmysle § 2 ods. 1 Obchodného zákonníka). (pozri nález PL. ÚS. 3/2009).

Pre korektnosť treba uviesť, že uvádzané možnosti súdnych žalôb v rámci správneho súdnictva treba zatiaľ považovať skôr za hypotetické – nevieme zatiaľ s dostatočnou mierou pravdepodobnosti vyhodnotiť, či a ako by sa súd v rámci správneho súdnictva k takejto veci postavil (t. j. k výkonu kontroly podľa osobitného zákona č. 581/2004 Z. z.). No inú možnosť obrany proti svojvôli zdravotnej poisťovne voči právam poistenca nevidíme. Každopádne je jasné, že pacient nemôže byť „rukojemníkom“ poskytovateľov alebo zdravotníckych pracovníkov.

To nerovnovážne postavenie poistenca/pacienta voči zdravotným poisťovňami ako finančným korporáciám je zreteľné. Sme toho názoru, že konečne **zaviesť riadne a nezávislé kontrolné či dokonca inšpekčné mechanizmy do verejného zdravotného poistenia je nanajvyš žiaduce** (keďže aktuálne existujúce dohliadajúce a dozorné mechanizmy vo verejnom zdravotnom poistení smerom k pacientovi príliš nefungujú), a to najmä čo do dodržiavania **práv pacienta**:

- **na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia** [§ 22 ods. 1 písm. b) v kontexte s § 9 zákona č. 580/2004 Z. z.] a
- **na dostupnosť zdravotnej starostlivosti** a nepretržitú dostupnosť všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocnici v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov [§ 15 ods. 1 písm. a) v kontexte s § 7 zákona č. 581/2004 Z. z.], čo je právnou povinnosťou zdravotných poisťovní.

ÚDZS pritom uvádza, že opakovane vykonal dohľad nad dodržiavaním § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. vo všetkých zdravotných poisťovniach a zistil, že opakovane v niektorých špecializáciách nie je naplnená verejná minimálna sieť, na čo boli upozornené. [9] No žiadne sankcie ani konkrétne nápravné opatrenia podľa všetkého nenasledovali.

Zdroje:

- [1] Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s.: *Kritéria na poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti u nezmluvného lekára*. [online 2019-3-15] Dostupné na internete: < www.dovera.sk/o-nas/uradna-tabula/a2348/kriteria-na-poskytnutie-prispevku-na-uhradu-zdravotnej-starostlivosti-u-nezmluvneho-lekara-prispevok-ucinne-od-1-11-2017 >
- [2] Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.: *Poskytovanie príspevkov na úhradu zdravotnej starostlivosti a úhrada spoluúčasti poistencovi* [online 2019-3-15] Dostupné na internete: < www.vszp.sk/poistenci/zdravotna-starostlivost/poskytovanie-prispevkov-uhradu-zs-uhrada-spoluucasti-poistencovi.html >
- [3] PAVLÁK, M.: *Pár slov o dvoch paragrafoch a jednej smernici EÚ*. Zdravotnícke noviny č. 42/2013, str. 6. ISSN 1335-4477 [online 2019-3-15] Dostupné na internete: < http://www.mediprav.sk/_public/files/41-253-4-prava-pacienta-a-cezhran.-starostlivost.pdf >
- [4] Ministerstvo zdravotníctví ČR: *Postup podání stížnosti na poskytnutí zdravotní péče. Příslušné orgány, u kterých lze podat stížnost*. [online 2019-8-23] Dostupné na internete: < https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/postup-podani-stiznosti-na-poskytnuti-zdravotni-pece_2623_22.html >
- [5] Kancelář zdravotního pojištění ČR: *Stížnosti a zjednání nápravy*. [online 2019-8-23] Dostupné na internete: < https://www.kancelarzp.cz/cs/pojistenci/prava_naroky_cr/stiznosti-naprava-2 >
- [6] *Oznámenie o výsledku prešetrenia podnetu*. ÚDZS Bratislava, Sp. zn.: PO 511/2017 z 24. apríla 2017.
- [7] DORKOVÁ, Z. – TKÁČOVÁ, R.: *Spánkové poruchy dýchania*. Via practica č.7/8 2007, str. 64. ISSN 1336-4790 [online 2019-8-23] Dostupné na internete: < <http://www.solen.sk/pdf/58a8ede7548151a9c74a40a5e0ec55e1.pdf> >
- [8] *Žiadosť o stanovisko k výkonom ortopédie – odpoveď*. MZ SR, Sp. zn.: Z13980-2017-OKZV.
- [9] *Opakovaný podnet – odpoveď*. ÚDZS Bratislava, Sp. zn. PO 600/2016 z 24.októbra 2016.