

## **Cenník a zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu**

### **Úvod**

Prijatie zákona 53/2015 Z.z., ktorým sa novelizoval 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 (ďalej „zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti“) a ktorou sa menili a dopĺňali aj zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej „zákon o poskytovateľoch“) a zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej „zákon o zdravotnej starostlivosti“) prinieslo niektoré zmeny, čo sa týka úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, čo bolo doprevádzané aj pomerne búrlivou spoločenskou diskusiou. Podstatné ustanovenia sa dotýkajú najmä:

- 1) zákazu pre zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti požadovať od fyzickej osoby/poistenca/pacienta (ďalej len „pacient“) úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá sa plne uhrádza na základe verejného zdravotného poistenia (ďalej aj „zdravotné poistenie“),
- 2) zákazu pre (každého) poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) podmieňovať poskytnutie zdravotnej starostlivosti úhradou nad určenú spoluúčasť poistenca podľa zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti a predpisov vydaných na jeho vykonanie, ani iným plnením,
- 3) určenia súčastí zdravotného výkonu, teda uvedenie úkonov poskytovateľa, ktoré popri zdravotnom výkone nemôže samostatne vykazovať a teda ani spoplatňovať,
- 4) zrušenia právnej úpravy prednostných vyšetrení počas ordinačných hodín,
- 5) ustanovenia bezodkladnej povinnosti poskytovateľa zaslať samosprávnemu kraju cenník vrátane každej jeho zmeny. [1]

Skôr, ako pristúpime k právnym aspektom zoznamu zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu, a ich cenníka (ďalej len „zoznam a cenník“), vzhľadom na veľmi rôznorodé názory a výklady od rôznych inštitúcií či osôb (štátnej správy, profesijnej samosprávy, zdravotníckej, patientskej či právnickej verejnosti) chceme uviesť, že v tomto príspevku ide o právne názory autora, pričom predkladá určitý návod k tvorbe a náležitostiam zoznamu a cenníka, vrátane potrebnej právnej argumentácie. Tento príspevok do značnej miery nadväzuje na pôvodný príspevok autora k predmetnej problematike uverejnený v minulom čísle tohto časopisu. [2]

Skôr, ako budeme pokračovať, dovoľme si uviesť konštatovanie, že z čisto právnej stránky, teda okrem vypustenia právnej úpravy prednostných vyšetrení, sa toho až tak príliš nezmenilo. Body 1) a 2) z úvodnej časti boli obsiahnuté už

v pôvodnom § 44 ods. 1 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti a iných ustanoveniach právnych predpisov (napr. § 11 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti). Pre bod 3) by stačila novelizácia nariadenia vlády č. 776/2004 Z.z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov. A pre bod 5) platí, že oznamovacia povinnosť poskytovateľa a následná evidenčná činnosť samosprávneho kraja nezakladá poskytovateľovi zásadnejšie nové práva a povinnosti. Samosprávny kraj o doručenom zozname a cenníku nerozhoduje, iba vykonáva dozor nad ich dodržiavaním. Riešiť, aký môže byť postup samosprávneho kraja ako orgánu dozoru, ak sa nestotožní s doručeným zoznamom a cenníkom, je nad rámec tohto príspevku a v tomto čase by bolo skôr špekuláciou.

### **Právne vzťahy**

Prvá skutočnosť, z ktorej musíme vychádzať, je druh právneho vzťahu medzi pacientom a poskytovateľom. Tým je (zvyčajne neformálna) **dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti** podľa §12 ods.1 zákona o zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda o poskytovaní“). Dohoda o poskytovaní má charakter spotrebiteľskej zmluvy v zmysle §52 Občianskeho zákonníka (ďalej len „OZ“) a typovo má najbližšie k zmluve príkaznej podľa §724 a nasl., kúpnej podľa §588 a nasl., prípadne zmluvy o dielo podľa 631 a nasl. OZ a má teda **zásadne odplatný charakter**. Z toho je zrejmé, že dohoda o poskytovaní by nemala mať charakter zmluvy darovacej podľa §628 a nasl. OZ; a to nielen, ak by v právnom postavení obdarovaného stál poskytovateľ, ale aj naopak – ak by v právnom postavení obdarovaného stál pacient („bezodplatne poskytovateľ pacientovi sľúbi zdravotnú starostlivosť“). Ak zotrváme na zásade odplatnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe dohody o poskytovaní, môžu nastať tri možnosti, buď hradí pacient:

- A) priamo poskytovateľovi na svoje vlastné náklady, alebo
- B) priamo poskytovateľovi na náklady svojej zdravotnej poisťovne, ktoré náklady pacientovi poisťovňa uhradí na základe pacientom predložených dokladov a lekárskeho správ, alebo
- C) nepriamo, zdravotnou poisťovňu pacienta na bankový účet zmluvného poskytovateľa na základe poskytovateľom vykázaných výkonov, liekov, pomôcok a materiálov.

Druhou vecou je otázka, kto je oprávnený na plnenie z verejného zdravotného poistenia. Hoci sa to môže zdať pre čitateľa zvláštne, je to pacient, nie poskytovateľ, kto má zákonné právo podľa § 22 ods. 1 písm. b), v kontexte s § 9 ods. 1 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 (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“) právo na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti zo zdravotného poistenia. Takže **pacient je tým oprávneným subjektom z verejného zdravotného poistenia** a bankový účet (zmluvného) poskytovateľa je iba platobným miestom pre úhradu zdravotnej starostlivosti pacientovi. Nejde o žiadnu „netradičnú“ koncepciu, obdobne to platí pri

poskytovaní právnych služieb, kedy povinná strana uhradza trovy právneho zastúpenia síce oprávnenému, ale na bankový účet jeho právneho zástupcu, ktorý je však len určeným platobným miestom. [3] V podstate uvedenú koncepciu dnes potvrdzujú aj medializované informácie o neuhrádzaní zdravotnej starostlivosti jednou zo zdravotných poisťovní pacientom – poistencom dlžným na zdravotnom poistení. [4]

Treťou záležitosťou je vzťah poskytovateľa k zdravotnému poisteniu a tu môžu byť štyri typy poskytovateľov:

- 1) poskytovateľ úplne zazmluvnený, teda má zmluvu so všetkými zdravotnými poisťovňami a zmluva pokrýva všetky jeho činnosti, ktoré je oprávnený vykonávať (v rámci svojej špecializácie prípadne i certifikátu, a to čo do druhu i počtu výkonov),
- 2) poskytovateľ čiastočne zazmluvnený, a to na základe dvoch možností:
  - a) nemá zmluvu so všetkými zdravotnými poisťovňami,
  - b) zdravotná poisťovňa pacientovi pre poskytovateľa neuhrádza časť výkonov, hoci zmluvný poskytovateľ je na ne odborne spôsobilý a oprávnený, považuje ich vykonanie u pacienta za dôvodné a pacient si tohto poskytovateľa slobodne vybral (§11 ods.6 zákona o zdravotnej starostlivosti),
- 3) poskytovateľ bez zmluvy s ktoroukoľvek zdravotnou poisťovňou (nezmluvný poskytovateľ).

**Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti** medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou (ďalej len „zmluva o poskytovaní“) je vo svojej podstate jednoduchou zmluvou; ide vlastne len o realizáciu práva pacienta na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti v pozícii akoby dlžníka poskytovateľa, ktorý mu zdravotnú starostlivosť poskytol. (V podstate ide o zmluvu v prospech tretej osoby podľa §50 OZ, kde treťou osobou je pacient, inak ako veriteľ svojej zdravotnej poisťovne v zmysle §488 OZ.) Povinnosti poskytovateľa sú dané zákonmi, najmä zákonom o zdravotnej starostlivosti a zákonom o poskytovateľoch, poskytovatelia, pri svojej činnosti nepodliehajú príkazom zdravotných poisťovní a musia poskytovať zdravotnú starostlivosť v súlade s právnymi predpismi bez ohľadu na ustanovenia zmluvy o poskytovaní, či dokonca bez ohľadu na jej (ne)existenciu.

Zmluva o poskytovaní musí podľa § 7 ods. 9 a § 8 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov obsahovať okrem splňania kritérií pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti už len rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti a výšku úhrady zdravotnej poisťovne za zdravotnú starostlivosť, teda dohodnutú cenu pre poskytovateľa. V tejto súvislosti máme za to, že **cena za konkrétny zdravotnícky výkon dohodnutá v určitej výške** v zmluve o poskytovaní je **pre poskytovateľa záväzná**, keďže je to poskytovateľ, kto je účastníkom zmluvy o poskytovaní; nemôže si to „doúčtovať“ na ľarchu pacienta, ktorý účastníkom zmluvy o poskytovaní nie je. (Teda okrem jasne zadaného a dohodnutého nadštandardu, viď ďalej. Tu treba rozlišovať dohodu

o poskytovaní medzi pacientom a poskytovateľom, a zmluvu o poskytovaní medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom.) Na druhej strane, maximálny rozsah zdravotnej starostlivosti (určený v zmluve o poskytovaní počtom ošetrovaných pacientov alebo počtom a druhom uskutočnených zdravotných výkonov alebo počtom akceptovaných bodov), ktorý je fakticky naoktrojovaný poskytovateľovi zdravotnou poisťovňou nástrojmi finančnej limitácie, nijako nemožno považovať za záväzný pre poskytovateľa. Inak by sa striktné dodržiavanie zmluvnej povinnosti poskytovateľom voči zdravotnej poisťovni v tomto smere mohlo dostať do rozporu s jeho povinnosťami danými najmä zákonom o zdravotnej starostlivosti a zákonom o poskytovateľoch, ako i právami pacienta.

S uvedeným priamo súvisí aj štvrtá a to zvlášť podstatná okolnosť. **Poskytovateľ** má len veľmi **obmedzené možnosti, kedy môže zákonným spôsobom odmietnuť návrh pacienta na uzatvorenie dohody** o poskytovaní: poskytovateľ by prekročil svoje únosné pracovné zaťaženie, osobný vzťah zdravotníckeho pracovníka poskytovateľa ku konkrétnej osobe nezaručuje objektívne hodnotenie jej zdravotného stavu alebo poskytovaniu zdravotnej starostlivosti bráni osobné presvedčenie zdravotníckeho pracovníka poskytovateľa (napr. umelé prerušenie tehotenstva, §12 ods. 2, 3 zákona o zdravotnej starostlivosti). Je tak zrejmé, že prekročenie finančného limitu poskytovateľa u zdravotnej poisťovne pacienta, dokonca ani neexistencia zmluvného vzťahu so zdravotnou poisťovňou pacienta, ako aj odmietanie úhrady zdravotnej starostlivosti pre spôsobilého a oprávneného poskytovateľa z verejného zdravotného poistenia zdravotnou poisťovňou za konkrétny zdravotný výkon (napr. sonografia v tehotnosti zmluvným gynekológom pacientky) **nie sú zákonnými dôvodmi na odmietnutie uzatvoriť dohodu o poskytovaní, ak sa jej pacient dožaduje**. Prirodzene, ak sa vykonaná zdravotná starostlivosť neuhrádza pacientovi pre jeho poskytovateľa z verejného zdravotného poistenia (poskytovateľ zvyčajne vie vopred, či zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí), je absolútne legitímne právo, aby poskytovateľ dostal za vykonanú zdravotnú starostlivosť, ktorá má vždy svoje náklady, úhradu priamo od pacienta (inak by išlo o bezodplatné plnenie, t.j. už spomínaný „dar“, prípadne by mohlo ísť až o bezdôvodné obohatenie).

### ***Zdravotná starostlivosť uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia***

Vzhľadom na nové ustanovenie §44 ods.1 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, podľa ktorého zmluvný poskytovateľ nesmie požadovať od poistenca úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá sa plne uhrádza na základe verejného zdravotného poistenia podľa tohto zákona, vzniká opodstatnená otázka: **Čo má zákonodarca na mysli pod pojmom „zdravotná starostlivosť plne uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia“?** Na jednej strane je tu formálno-právna úprava v §§ 2 a 3 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, kde sa uvádza, že na základe verejného zdravotného poistenia sa plne uhrádzajú: preventívne prehliadky uvedené v § 2, neodkladná zdravotná starostlivosť, zdravotné výkony vedúce k zisteniu choroby a zdravotné výkony poskytnuté pri

liečbe choroby uvedenej v Zozname prioritných chorôb v prílohe 3 tohto zákona (ďalej len „Zoznam prioritných chorôb“). No na druhej strane je tu nepochybná realita potvrdená a dokonca akceptovaná orgánmi štátu, podľa ktorej od roku 2005 do roku 2013 boli poskytovateľmi vykonané zdravotné výkony, ktoré podľa všetkého spĺňali podmienky § 3 ods. 1-3 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti pre úhradu na základe verejného zdravotného poistenia, v cene takmer 620 miliónov €, avšak táto indikovaná a uskutočnená zdravotná starostlivosť, teda na ktorú boli poskytovatelia povinní, v uvedenej výške vôbec nebola uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia. [5]

Na základe uvedeného považujeme za plne opodstatnené, že **pojmem „zdravotná starostlivosť plne uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia“ treba vykladať materiálne, teda ako zdravotnú starostlivosť, ktorá bude pre poskytovateľa na základe verejného poistenia aj skutočne plne uhrádzaná.** Máme za to, že formalistický výklad, ktorý by ukladal poskytovateľovi povinnosť poskytovať zdravotnú starostlivosť pacientom so zdravotným poistením, či dokonca bez neho, na svoje vlastné náklady, by bol v zmysle konceptu materiálneho právneho štátu právne i ústavne neudržateľný.

V tejto súvislosti sa musíme dotknúť pojmu „choroba“, s ktorým narába § 3 ods. 2 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, ako aj nariadenie vlády č. 777/2004 Z.z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia (ďalej len „Zoznam neprioritných chorôb“). Zákon o zdravotnej starostlivosti definíciu choroby neobsahuje. Čo je choroba určuje enumeratívnym spôsobom v Zozname chorôb v prílohe 1 tohto zákona. (ďalej aj „Zoznam chorôb“), ktorý v podstate kopíruje Medzinárodnú štatistickú klasifikáciu chorôb a príbuzných zdravotných problémov (ďalej len „MKCh“). Takže podľa nášho právneho poriadku je chorobou konkrétna nozologická jednotka (napr. S20.2 zmliaždenie hrudníka), jej príčina (napr. V03.3 poranenie chodca osobným vozidlom), ale aj symptóm ochorenia (napr. R07.3 bolesť hrudnej steny); no a chorobou v zmysle zákona je aj vyhľadanie zdravotníckych služieb s nejakým cieľom (napr. Z02.7 vydávanie lekárskeho potvrdenia). Odborné usmernenie MZ SR 47/2009 o vedení zdravotnej dokumentácie umožňuje zdravotníckemu pracovníkovi uvádzať chorobu či pracovnú diagnózu alternatívne, slovom alebo kódom.

### ***Tvorba zoznamu a cenníku***

Pri tvorbe zoznamu a cenníka je nevyhnutné individuálne vychádzať z konkrétneho povolenia daného poskytovateľa, jeho odbornej spôsobilosti, ako i z konkrétnych zdravotných výkonov, ktoré v rámci svojho oprávnenia v ambulancii poskytuje. Ďalej je dôležité, či používa okrem bežných aj nejaké nadštandardné postupy, pomôcky či materiály, pričom sa nedajú úplne opomenúť ani ustanovenia zmluvy o poskytovaní a reálne správanie sa zdravotnej poisťovne pri úhradách (napr. či určitý invazívny výkon uhrádzaný zo

zdravotného poistenia zahŕňa aj lokálnu anestéziu, alebo nezahŕňa; ak nezahŕňa, v tom prípade ju možno považovať za nadštandardný zdravotný výkon v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti). Zdravotnú starostlivosť poskytovanú poskytovateľom môžeme právne i fakticky rozdeliť na štyri základné skupiny:

- 1) základná zdravotná starostlivosť
  - a) tak ako býva uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia alebo
  - b) neuhrádzaná z verejného zdravotného poistenia (výkony s inou ako 100% spoluúčasťou pacienta aktuálne zavedené nie sú),
- 2) nadštandardná zdravotná starostlivosť (niekedy môže splyvať s bodom 1b)
- 3) služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou,
- 4) služby bezprostredne nesúvisiace so zdravotnou starostlivosťou.

Zoznam a cenník pre základnú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia zmluvný poskytovateľ robiť nemusí. Avšak nezmluvný poskytovateľ je podľa nášho názoru povinný vypracovať a doručiť samosprávnemu kraju zoznam a cenník **všetkých** zdravotných výkonov, aj ktoré by inak boli hrazené zo zdravotného poistenia, ale hradí ich pacient sám.

Pri základnej zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia, vychádzame zo Zoznamu chorôb a následne zo Zoznamu neprioritných chorôb. Ako sa uvádza v Zozname neprioritných chorôb, so 100%-nou spoluúčasťou pacienta sú poskytovateľom uskutočnené výkony napr. pri chorobách: Z02 – vyšetrenie na administratívne účely a Z41 – výkony z iných dôvodov ako zo zdravotnej indikácie (ako už bolo vysvetlené, položky pod Z02 i Z41 sú v zmysle nášho právneho poriadku chorobami) s plnou úhradou pacienta, a pri týchto chorobách môže poskytovateľ vykonať rôzne zdravotné výkony (ktoré môžu mať rôzne ceny), ktoré si pacient slobodne a cielene vyžiada. Ak vychádzame z MKCh, tam sa uvádza, že položky (choroby) pod písmenom „Z“ (ďalej len „Z-choroby“) sa použijú najmä v prípadoch, „keď osoba, ktorá **môže, ale nemusí byť aktuálne chorá**, vyhľadá zdravotnícke služby s určitým cieľom“. [6] Takže v podstate ide o vyšetrenia a ošetrenia **na priamu žiadosť pacienta**, ktoré však nemusí byť dôvod považovať za nadštandard. To len pacientova zdravotná poisťovňa neuhrádza pacientovi pre poskytovateľa, hoci aj zmluvného, určité zdravotné výkony z verejného zdravotného poistenia.

Koncepcia úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti priamo pacientom u nezmluvných poskytovateľov ako pri Z-chorobách je očividne v poriadku, pretože v inom prípade by ustanovenie § 44 ods. 2 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti (doslovný význam: „žiadene, teda ani nezmluvný poskytovateľ nesmie podmieňovať poskytnutie zdravotnej starostlivosti úhradou na určenú spoluúčasť ... ani iným plnením“) znemožňovalo prijímať úhradu všetkým poskytovateľom, vrátane tých nezmluvných. (Na okraj, prakticky to isté znenie mal aj doterajší § 44 ods. 1 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti: „Poskytovateľ (teda každý) nesmie požadovať od poistenca úhradu za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nad rozsah spoluúčasti

poistenca podľa tohto zákona,“ a toto ustanovenie doteraz nikdy nebolo ani len náznakom vykladané takýmto rigoróznym spôsobom.) Súčasne v zmysle už uvádzaných ustanovení zákona o zdravotnom poistení je zrejmé, že ak by nezmluvný poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť pacientovi nie pri Z-chorobe – „vyšetrenie a ošetrovanie na žiadosť pacienta“, ale pri prioritnej chorobe, neuhradením tejto zdravotnej starostlivosti pacientovi zdravotnou poisťovňou zo zdravotného poistenia by zjavne dochádzalo k porušeniu zákonom daného práva pacienta platiaceho poistné na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia.

Takže pri základnej zdravotnej starostlivosti by v zozname a cenníku uvedené zdravotné výkony, ktoré sa vždy vzťahujú na individuálneho poskytovateľa, mohli vyzerať napr. takto:

*Celkové klinické vyšetrenie na vlastnú žiadosť pacienta neuhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia ..... U,- €*  
(môže byť konkretizované napr. kožné, ortopedické, krčné)

*Gynekologická sonografia na vlastnú žiadosť pacientky neuhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia ..... V,- €*

*Očné vyšetrenie na vlastnú žiadosť pacienta neuhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia za účelom vodiča..... W,- €*

**Nadštandardná zdravotná starostlivosť by nemala byť ponúkaná bez alternatívy základnej zdravotnej starostlivosti** (a podľa nášho názoru ani u nezmluvných poskytovateľov). Hoci zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti upravuje nadštandard len pre stomatológiu a ústavnú zdravotnú starostlivosť, je zrejmé, že na základe § 26 ods. 1 písm. a) 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: „Ak je na trhu dostupných viacero navzájom funkčne zameniteľných zdravotníckych pomôcok, poskytnutá zdravotnícka pomôcka sa na základe verejného zdravotného poistenia uhrádza **len do výšky ceny najlacnejšej z nich**“, je možné a súčasne zákonné ponúknuť a následne i spoplatniť jasne zadefinovanú nadštandardnú zdravotnú starostlivosť. Podľa § 2 ods. 19 zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov sa pod zdravotníckou pomôckou rozumie (najmä) nástroj, prístroj, zariadenie, materiál alebo iný výrobok používaný samostatne alebo v kombinácii určený výrobcom na diagnostické, preventívne alebo liečebné účely.

Takže pri nadštandardnej zdravotnej starostlivosti by zoznam a cenník, ktorý sa vzťahuje na daného poskytovateľa, mohol vyzerať asi takto:

*Sadrová fixácia zlomeniny ..... plná úhrada na základe verejného zdravotného poistenia*

*Cellacastová fixácia zlomeniny ..... príplatok za nadštandard: X,- €*

*Sedácia pri stomatologickom ošetrovaní uhrádzanom z verejného zdravotného poistenia - príplatok za nadštandard k stomatologickému ošetrovaniu: ..... Y,- €*

Službami súvisiacimi so zdravotnou starostlivosťou sa nebudeme bližšie zaoberať, považujeme ich za vyslovene účelový inštitút v značnej miere bez zmysluplného opodstatnenia (teda okrem paušálneho spoplatnenia zdravotnej starostlivosti). Služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou uvádza § 13 zákona o zdravotnej starostlivosti a pre ambulantných poskytovateľov majú význam len: vypracovanie lekárskeho posudku a poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie. Tu by sme len chceli uviesť, že vypracovanie lekárskeho posudku sa tu podľa všetkého myslí bez vyšetrenia pacienta, len na základe listinných podkladov. Ak by lekárskeho posudku predchádzalo aj príslušné vyšetrenie pacienta, išlo by už aj o základnú zdravotnú starostlivosť na vlastnú žiadosť pacienta neuhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia.

Zoznam a cenník by vyzerali takto:

*Lekársky posudok bez vyšetrenia pacienta ..... 5,94 €*  
*Poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie.....5,94 €*

Čo sa týka služieb bezprostredne nesúvisiacich so zdravotnou starostlivosťou treba len pripomenúť zákonnú dikciu nového znenia §44 ods.2 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, teda že **poskytovateľ nesmie podmieňovať poskytnutie zdravotnej starostlivosti ... ani iným plnením**. Zoznam a cenník by mohol vyzeráť napr. takto:

*Použitie detského kútika na poliklinike .....Z,- €/hod.*

## **Záver**

Podmieňovanie poskytnutia zdravotnej starostlivosti uhrádzanej pacientovi pre poskytovateľa z verejného zdravotného poistenia vynucovaním iného plnenia bolo nezákonné aj do novely, no výkonná moc štátu nekonala. Prednostné vyšetrenia spôsobovali viditeľný a následne kritizovaný problém najmä z dôvodu, že sa uskutočňovali počas bežných ordinačných hodín. Hoci pacienti prijímajúci zdravotnú starostlivosť na vlastnú žiadosť, ktorá sa im neuhrádza z verejného zdravotného poistenia, sú v zásadne inom postavení, ako boli pacienti, ktorí si len zaplatili prednostné vyšetrenie, dalo by sa odporúčať, aby poskytovateľ pre pacientov platiacich za zdravotnú starostlivosť (to sa netýka pacientov, ktorí len požadujú časovo inak nenáročnú nadštandardnú zdravotnú starostlivosť, napr. spomínaný cellacast miesto sadry) vyčlenil osobitné ordinačné hodiny.

Nevieme teraz odhadnúť ani správanie poskytovateľov, ani správanie orgánov dozoru a ani postoj pacientov. Avšak sme presvedčení, že ak si **pacient vyžiada zdravotnú starostlivosť**, hoci aj u zmluvného poskytovateľa, ktorá starostlivosť však nebude pre poskytovateľa pacientovi uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia, pacient akceptuje uvedenú cenu, **poskytovateľ v podstate ani nemá zákonnú možnosť uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi odmietnuť**. Je však nanajvýš vhodné, aby **pacient o túto zdravotnú**



**starostlivosť poskytovateľa písomne požiadal** (napr. zápisom do zdravotnej dokumentácie) a bezprostredne po jej poskytnutí **cenu za zdravotné výkony a zdravotné pomôcky potvrdil svojim podpisom** ošetrojúcemu lekárovi rovnako, ako je to už roky povinné pre stomatologické ambulancie. Obdobne odporúčame postupovať aj pri nadštandardnej zdravotnej starostlivosti.

Avšak, ťažko sa odhaduje skutočný cieľ štátu. Ďalšou zdravotnou novelou zo 17. marca 2015, ktorou sa mení a dopĺňa zákon o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov a ktorou sa menia a dopĺňajú niektoré zákony, zo zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti sa kompletne vypustili z prioritných chorôb položky pod písmenom R a všetko od písmena U ďalej (ďalej len „R-choroby“). [7] Či už vláda Zoznam neprioritných chorôb recipročne upraví alebo nie, vec sa javí tak, že poskytovatelia budú môcť od 1. mája vyberať úhradu za zdravotnú starostlivosť nielen pri Z-chorobách, ale pre nich oveľa pochopiteľnejšie aj pri R-chorobách; len sa konkrétny zdravotný výkon vykoná nie pri prioritnej chorobe, napr. N23 (obličková kolika), ale pri chorobe neprioritnej, napr. R10 (bolesť brucha), kedy pacientovi v zmysle zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti neprislúcha úhrada z verejného zdravotného poistenia. No aj tu máme za to, že podmienky slobodnej žiadosti pacienta a poskytovania takejto zdravotnej starostlivosti mimo bežných ordinačných hodín by mali byť splnené, inak bude táto legislatívna zmena pravdepodobne dosť kontraproduktívna vzhľadom na deklarované úmysly štátu.

A už len na záver, poskytovateľ pri určovaní výšky úhrad od pacientov je povinný rešpektovať ustanovenia zákona č. 18/1996 Z.z. o cenách, nesmie požadovať neprimeranú cenu. Avšak do ceny základného či nadštandardného zdravotného výkonu, ktorý sa neuhrádza z verejného zdravotného poistenia, môže započítať oprávnené náklady a primeraný zisk. Administratívnym konaním, ktoré po zaslaní zoznamu a cenníka samosprávnemu kraju, prípadne po jeho uvedení do praxe nemožno vylúčiť, sa nebudeme zaoberať. Len považujeme za nanajvýš vhodné, aby poskytovateľ konal tak, že v prípade potreby bude bez väčších problémov **schopný v konaní jednoznačne preukázať (zmluvami, faktúrami, protokolmi zdravotných poisťovní), že predmetnú zdravotnú starostlivosť naozaj nemá uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.**

Zdroje:

- [1] *Zákon č. 53/2015 Z.z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon 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 a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony.* Dostupné na internete:  
<[http://www.zbierka.sk/sk/predpisy/zakon-53-2015-z-z.p-36059.html?aspi\\_hash=NTMvMjAxNSBaLnou](http://www.zbierka.sk/sk/predpisy/zakon-53-2015-z-z.p-36059.html?aspi_hash=NTMvMjAxNSBaLnou)>
- [2] Pavlák, M.: *Poplatky v zdravotníctve a novela zákona č. 577/2004 Z. z.* In: *Právo a manažment v zdravotníctve, č. 3/2015.*

- [3] Najvyšší súd SR: *Rozsudok Najvyššieho súdu SR, sp. zn.: 4 Cdo 12/2006*
- [4] *Dôvere došla trpezlivosť s dlžníkmi. Nezaplatí im lieky ani ošetrovanie.* Dostupné na internete: <<http://www.etrend.sk/ekonomika/dovere-dosla-trpezlivost-s-dlznikmi-nezaplati-im-lieky-ani-osetrenie.html>>
- [5] Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou: *Správy o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za roky 2005-2013.* Dostupné na internete: <[http://www.udzs-sk.sk/dokumenty/spravy.html?page\\_id=433](http://www.udzs-sk.sk/dokumenty/spravy.html?page_id=433)>
- [6] *Medzinárodná klasifikácia chorôb. XXI. kapitola. Faktory ovplyvňujúce zdravotný stav a styk so zdravotníckymi službami.* Dostupné na internete: <<http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast2100.pdf>>
- [7] Národná rada SR: *Vládny návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa 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 v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony.* Dostupné na internete: <<http://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/zakon&MasterID=5299>>

Miroslav Pavlák, uverejnené: Právo a manažment v zdravotníctve č. 4/2015, uverejnené pod názvom: *Cenník a zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu.*