

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
PRÁVNICKÁ FAKULTA

Katedra pracovného práva a práva sociálneho zabezpečenia

**Zdravotné poistenie
v Slovenskej republike**

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Miroslav PAVLÁK

JUDr. Eva JANIČOVÁ, CSc.

Akademický rok 2006/2007

Vyhlasenie

Vyhlasujem, že diplomovú prácu som spracoval sám, pomocou odbornej literatúry, ktorá je uvedená v závere diplomovej práce.

Pavlák Miroslav v.r.

.....

podpis

Obsah:

1	Úvod.....	4
2	Historický vývoj starostlivosti o zdravie.....	9
	2.1 Prehistorická doba a starovek.....	9
	2.2 Stredovek.....	13
	2.3. 15.-19. storočie.....	15
3	Financovanie zdravotnej starostlivosti na území Slovenskej republiky.....	17
	3.1 Obdobie Rakúska-Uhorska.....	17
	3.2 Československá republika do r. 1948.....	19
	3.3 Obdobie reálneho socializmu.....	22
	3.4 Začiatky transformácie zdravotníctva po r.1989.....	25
4	Modely financovania zdravotnej starostlivosti.....	26
	4.1 Centralizovaný (štátny) systém.....	27
	4.2 Pluralistický (liberalistický) systém.....	29
	4.3 Systém verejného zdravotného poistenia.....	32
5	Zdravotné poistenie v Slovenskej republike od r.1993.....	34
	5.1 Východiská a princípy.....	34
	5.2 Národná poisťovňa a zdravotné poistenie.....	39
	5.3 Pluralita zdravotného poistenia.....	42
	5.4 Začiatky „reformy“ zdravotníctva.....	48
6	Zdravotníctvo a zdravotné poistenie po 1. januári 2005.....	52
	6.1 Zdravotné poisťovne.....	53
	6.2 Poistenec a platiteľ poistného	56
	6.3 Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.....	59
7	Záver.....	63
	Bibliografia.....	68

1 Úvod

Zdravie je od nepamäti považované za jednu z najdôležitejších hodnôt v živote človeka. Ak ho človek má, ak disponuje touto hodnotou, jeho životná púť je oveľa ľahšia.

Dôsledne vymedziť, čo je zdravie, nie je jednoduché. Takáto definícia by mala zodpovedať dnes všeobecne akceptovanému celostnému chápaniu ľudského (i akéhokoľvek iného) organizmu a prostredia v ich dynamike a vzájomnej interakcii. Definícia Bureša hovorí: „Zdravím nazývame potenciál schopností organizmu vyrovnávať sa, prispôbiť sa, zničiť a vyvážiť meniace sa nároky vonkajšieho aj vnútorného prostredia bez narušenia životných funkcií“.¹ V tejto definícii dominujú biologicko-ekologické aspekty a zdravie je tu charakterizované ako stav labilnej rovnováhy medzi (ľudským) organizmom a prostredím. Podobne je to u Avcyna, ktorý vymedzuje zdravie ako „aktívny proces prekonávania vplyvu veľkého počtu patogénnych faktorov a nimi vyvolaných menších alebo väčších porúch, ktorým je vystavený každý živý systém“.² Taktiež Davydovskij uvádza, že „zdravie je výsledok prispôbovacích reakcií organizmu“.³

Avšak vnímať zdravie iba z pohľadu biologického, prípadne bioekologického by v nie dostatočnej miere charakterizovalo problematiku zdravia v celom jeho komplexe. Preto niektorí autori do popredia vyzdvihujú skôr sociologické či psychosociálne hľadiská. Napríklad Hoymann popisuje zdravie jedinca ako „optimálnu osobnú adaptabilitu pre zmysluplný a slobodný život“.⁴ Obsiahlejšia je definícia Bluma: „Zdravie spočíva na schopnosti človeka udržať rovnováhu s ohľadom na vek a spoločenské nároky, pomocou tejto je primerane schopný odvrátiť nepriaznivé vplyvy, nepriaznivé pocity

¹ Gladkij, I.: *Propedeutika sociálneho lékařství*. Olomouc: RUP, 1991, str. 22.

² Makovický, E. a kol.: *Sociálne lékařstvo a organizácia zdravotníctva*. Martin: Osveta, 1981, str. 43.

³ Makovický, E. a kol.: *Sociálne lékařstvo a organizácia zdravotníctva*. Martin: Osveta, 1981, str. 44.

⁴ Gladkij, I.: *Propedeutika sociálneho lékařství*. Olomouc: RUP, 1991, str. 19.

a choroby a tak prispievať k prežitiu druhu“.⁵ Ešte komplexnejšie o zdraví hovorí Serenko: „Zdravie je stav úplného sociálnobiologického a psychického blaha, kedy sú funkcie všetkých orgánov a systémov organizmu človeka v rovnováhe s prírodným a sociálnym prostredím a nie sú prítomné nijaké choroby, ani ochorenia, ani iné poruchy“.⁶

Z filozofického hľadiska možno označiť chorobu ako stav, ktorý je negáciou zdravia. Ale táto negácia nemá charakter iba čistej kvalitatívnej zmeny, ale disponuje aj istým kvantitatívnym rozmerom. Preto hranica medzi zdravím a chorobou nie je ostrá a niekedy môže byť ťažko určiteľná. Zmena zdravia smerom k poruche totiž môže byť rôzneho stupňa.

Pojem „choroba“ môžeme vymedziť v širšom slova zmysle – ako poruchu zdravia rôznej kvality a intenzity; subjektívne vnímanú poruchu zdravia označujeme ako ochorenie (je prítomná aj vnútorná psychická reakcia na patologický biologický proces). Pojmom „choroba“ v užšom slova zmysle označujeme objektívne zistiteľnú poruchu zdravia, ktorá tvorí pevnú klinickú jednotku (subjektívne však nemusia byť prítomné žiadne príznaky).

Definícia zdravia podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) reflektuje jeho biologické aj psychosociálne atribúty. Už v preambule Ústavy Svetovej zdravotníckej organizácie sa uvádza: „Zdravie je stavom úplného fyzického, psychického a sociálneho súladu a nie iba neprítomnosťou chorôb alebo fyzických chýb“.⁷ Do 31.12.2003 sa v právnom poriadku Slovenskej republiky nachádzalo legálne vymedzenie pojmu „zdravie“, a to v zákone č. 272/1994 Z.z. o ochrane zdravia ľudí, ktoré reflektovalo už uvedenú definíciu WHO v §2 ods.1: „Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby; je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a sociálno-ekonomickými, fyzikálnymi,

⁵ Gladkij, I.: *Propedeutika sociálneho lekárství*. Olomouc: RUP, 1991, str. 19.

⁶ Makovický, E. a kol.: *Sociálne lekárstvo a organizácia zdravotníctva*. Martin: Osveta, 1981, str. 45.

⁷ Ústava Svetovej zdravotníckej organizácie, Preambula. In: Junas, J., Bokesová-Uherová, M.: *Dejiny medicíny a zdravotníctva*. Martin: Osveta, 1985, str. 531.

chemickými a biologickými faktormi životného prostredia, pracovného prostredia a spôsobom života“. Avšak novelou č. 578/2003 Z.z. bol tento ods.1 vypustený, čo pravdepodobne súviselo s plánovanou realizáciou reformných zmien v systéme zdravotníctva, pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ale i v sociálnom zabezpečení. Opäť sa legálne definovaný pojem zdravie objavil v zákone č. 126/2006 Z.z. o verejnom zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Hoci sociálny aspekt sa dostal do úzadia, komplexnosť a univerzálnosť problematiky ochrany zdravia (a nakoniec aj zdravotnej starostlivosti a jej financovania) si vyžiadala, aby jej predmet bol dostatočne presne vymedzený. Tak v §2 – základné pojmy, písm.b) sa uvádza: „Zdravie je stav telesnej a duševnej pohody; je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a determinantami zdravia“. Pod determinantami zdravia zákon rozumie faktory určujúce zdravie, ktorými sú: genetické faktory, prostredie, spôsob života a zdravotná starostlivosť. Prostredie je tvorené fyzikálnymi, chemickými, biologickými, ekonomickými a inými faktormi životného prostredia a pracovného prostredia a pod spôsobom života sa rozumie správanie človeka, ktorého základom je vzájomné pôsobenie životných podmienok, osobnostných vlastností, sociálnych faktorov a ekonomických faktorov.

Zdravotnú starostlivosť vymedzuje iný právny predpis - zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov: „Zdravotná starostlivosť je súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu“.

Je známe, že zdravotná starostlivosť, tak ako ju vymedzuje zákon, môže ovplyvniť zdravotný stav obyvateľov len asi v 20%. Ostatných 80% ovplyvňujú dedičnosť, životný štýl a vonkajšie prostredie.⁸ Táto práca sa bude zaoberať práve financovaním tých 20%.

Hoci vo svete existuje niekoľko systémov financovania zdravotníctva a používa sa viacero spôsobov na realizáciu úhrady za zdravotnú starostlivosť, v Slovenskej republike sa presadil systém zdravotného poistenia. V čl.40 Ústavy Slovenskej republiky sa hovorí, že každý má právo na ochranu zdravia a na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a zdravotnícke pomôcky na základe zdravotného poistenia za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Poisťovací systém bol v Slovenskej republike zavedený zákonom č. 7/1993 Z.z. o zriadení Národnej poisťovne a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia, takže Národná poisťovňa v tom čase zastrešovala zdravotné, nemocenské aj dôchodkové poistenie.

Úlohou zdravotného poistenia bola a aj je úhrada zdravotnej starostlivosti. Systém zdravotného poistenia v Slovenskej republike prešiel od roku 1993 do dnešného dňa výrazným vývojom a ako sa javí, tento ani zďaleka nie je ukončený. Aktuálne je systém zdravotníctva po zmenách zrealizovaných v rokoch 2002–2006 upravený pomerne rozsiahlym, no vzájomne veľmi úzko prepojeným súborom zákonov a podzákonných právnych predpisov. Pre zdravotné poistenie sú najpodstatnejšie zákony: 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 č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov a nemenej dôležitý je zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby

⁸ Pechová, M. a kol.: *Sociálna politika*. Bratislava: Ekonóm, 2004, str. 111.

súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, všetky už aj niekoľkokrát novelizované.

2 Historický vývoj starostlivosti o zdravie.

Už v úvode bolo spomenuté, že zdravie, či už v zmysle jeho zachovania alebo prinavrátania, malo v ľudských dejinách a aj má pre človeka veľkú hodnotu. Rousseau vo svojom diele *Emil* napísal: „Možno povedať, že dejiny ľudskej spoločnosti sú súčasne dejinami ľudských chorôb“.⁹ Choroby sprevádzajú celý vývoj ľudstva a otázky zaoberajúce sa ich diagnostikou a liečbou boli vždy považované za prioritné. Avšak s postupným rozvojom medicíny ako vedy a následne postupným zlepšovaním starostlivosti o zdravie sa predieral na povrch aj sociálny aspekt týchto odborných činností a popri ňom nevyhnutne a nezadržateľne aj ekonomický.

Do 19. storočia sa vôbec nedá hovoriť o nejakom poistnom (prípadne inom obdobnom, aspoň čiastočne solidárnom – v dnešnom ponímaní) systéme starostlivosti o chorých. I preto zatiaľ nebudeme hovoriť o zdravotnej starostlivosti, ktorú chápeme ako aspoň čiastočne inštitucionalizovaný a garantovaný systém, ale budeme používať termín uvedený v nadpise - starostlivosť o zdravie (prirodzene zahŕňa aj starostlivosť v chorobe).

2.1 Prehistorická doba a starovek

Prvým prejavom starostlivosti o zdravie bolo liečiteľstvo. Doklady o jeho existencii sú už z paleolitu. Spočiatku malo charakter inštinktívneho, pudového liečiteľstva, ktoré býva naznačené aj u niektorých, hlavne vyšších živočíchov. Postupne s vývojom vyšších nervových funkcií sa rozvíjala aj schopnosť racionálneho myslenia a konania. Tak vzniká liečiteľstvo naivne-racionálne. Empirické liečenie neprevádzala v paleolite nejaká zvláštna vrstva ľudí, ale

⁹ Skrbková, E., Štěpán, J. a kol.: *Náuka o zdravotníctve*. Martin: Osveta, 1969, str. 7.

priamo postihnutý (svojpomoc) alebo niekto iný nablízku (vzájomná pomoc).¹⁰

Postupne dochádza k cieľavedomejším liečiteľským zásahom pri chorobách a úrazoch, využívajú sa aj invazívne postupy pri ošetrovaní rán, účelne sa využívajú zdroje prírody – rastliny, minerály, liečivé pramene i ústroje zvierat. Toto už nazývame prírodným liečiteľstvom, ktoré má evidentne racionálny základ. Dôležitým prejavom v rámci diferenciacie pracovných činností bolo vytvorenie osobitnej spoločenskej kategórie – liečiteľov, zaoberajúcich sa iba liečiteľskou činnosťou. Hlavnú úlohu v tejto činnosti hrali ženy, ktoré v období matriarchátu stáli na čele rodov. Medzi ich povinnosti patrilo aj liečenie chorých.¹¹

No liečenie nemalo vždy len racionálnu podobu, vzhľadom na vedomosti ľudí ochorenia boli často zahalené rúškom tajomstva, čo podporovalo používanie rôznych postupov magického a kultového liečiteľstva, napríklad vyhánanie zlých duchov. Spočiatku sa snažili nakloniť si nadprirodzené sily pomocou totemov a fetišov, neskôr aj prostredníctvom určitých ľudí – čarodejníkov, mágov a podobne. Títo postupne preberali úlohu liečiteľov a ľud im prejavoval mimoriadnu úctu a podporoval ich. Nedá sa jednoznačne povedať, že by takto vznikla alternatíva k racionálnemu liečiteľstvu. Aj magicko-kultové liečiteľstvo využívalo prvky prírodného liečiteľstva, čarodejníci boli schopní vykonávať aj náročné chirurgické výkony, avšak svoju činnosť zastierali do pláštika mágie.

Rozvoj starovekých kultúr, zvyšovanie organizovanosti prvých štátnych útvarov, rozširovanie vedomostí o prírode a teda aj o ľudskom organizme, o zdraví a chorobe a postupný vznik „medicínskych špecializácií“ v súvislosti s liečením a ošetrovaním si začalo vyžadovať aj formálnu úpravu starostlivosti o zdravie.

¹⁰ Vojtová, M. a kol.: *Dějiny československého lékařství*. Praha: Avicenum, 1970, str.17.

¹¹ Junas, J. – Bokesová-Uherová, M.: *Dejiny medicíny a zdravotnictva*. Martin: Osveta, 1985, str. 21

V starovekom Egypte bola starostlivosť o zdravie na vysokej úrovni. Medicína mala racionálne-náboženský charakter, starostlivosť poskytovali hlavne lekári-kňazi (prednostne pre vyššie vrstvy) a sústreďovala sa v chrámoch nazývaných *domy života*, ktoré slúžili aj ako školy. Už v 15.-20. storočí pred n.l. existovala pomerne rozsiahla špecializácia lekárov (lekár vo význame: vzdelaná osoba, ktorá lieči, liečiteľ) – lekári vnútorností, kožní, oční, chirurgovia... Delenie lekárov nebolo len podľa špecializácií, ale aj podľa spoločenského postavenia. V Egypte jestvovala aj druhá kategória lekárov, ktorá pochádzala z lekársky vzdelaných prepustených otrokov alebo zajatcov a slúžila ochrane zdravia širokých vrstiev. V Novej ríši bol vydaný *Svätý zákonník*, ktorý neupravoval len prácu lekárov, ale aj spôsob ich vyučovania v domoch života.¹²

Aj v oblasti Mezopotámie existovala spoločenská diferenciácia lekárov a v Babylonskej ríši sa zaviedol aj dozor štátu nad lekármi. Prvé známe zákony upravujúce odmeny lekárov a s tým súvisiacu právnu zodpovednosť vydal babylonský vládca Chammurapi v 18. storočí pred n.l.:

§ 215: *Ak lekár vykonal plnoprávnemu občanovi bronzovým nožom náročnú operáciu a plnoprávneho občana uzdraví ..., vezme desať šekelov striebra;*

§ 216: *ak je to príslušník nevoľníkov, vezme päť šekelov striebra;*

§ 217: *ak je to otrok niekoho, zaplatí pán otroka dva šekely striebra.*

§ 218: *Ak lekár vykonal plnoprávnemu občanovi bronzovým nožom náročnú operáciu a spôsobí, že plnoprávny občan zomrie, odrežú mu ruku;*

§ 219: *ak lekár vykonal otrokovi bronzovým nožom náročnú operáciu a spôsobí, že zomrie, nahradí otroka za otroka.*

§ 221: *Ak lekár uzdravil zlomenú kosť plnoprávneho občana alebo uzdravil chorú šľachu, zranený zaplatí lekárovi päť šekelov striebra;*

¹² Junas, J. – Bokesová-Uherová, M.: *Dejiny medicíny a zdravotníctva*. Martin: Osveta, 1985, str. 45.

§ 222: ak je to príslušník nevoľníkov, zaplatí tri šekely striebra;

§ 223: ak je to otrok niekoho, zaplatí pán otroka dva šekely striebra.¹³

Podobne v starovekej Indii mala starostlivosť o zdravie racionálny i kultový charakter, nazývame ju *chrámová medicína*. Značnú cenu pre poznanie organizačného systému zdravotníctva má zákonník *Manuova učebnica práva* z 2. tisícročia pred n.l.¹⁴ V starovekej Číne mala medicína už oveľa výraznejší racionálny a empirický charakter. Uplatňovala sa organizácia zdravotníctva, lekárska prax podliehala kontrole cisára a jeho úradníkov.

V starovekom Grécku môžeme vidieť pomerne jasné oddelenie magicko-kultového a racionálne-empirického liečiteľstva. V 6.-5. storočí pred n.l. sa rozvíjal kult Asklépia a budovali sa chrámové liečebne zvané asklepieióny. Systém liečby používaný zástancami Asklépiovho kultu (asklepieióni) bol založený na šamanistickom spôsobe chápania choroby.¹⁵ Okrem asklepieiónov existovali aj iatreiá, kde lekári (iatrei) liečili väčšinou prírodným spôsobom bez väčšieho zásahu kultu. Išlo vlastne o prvé občianske lekárske ordinácie.¹⁶ Ešte je potrebné spomenúť tretiu formu liečenia – putujúcimi lekármi (periodeuti), čo boli vlastne potulní liečitelia.

Prijmy lekárov a liečiteľov pozostávali z peňazí od chorých, ktorí za liečbu platili a prípadne aj z poplatkov za výuku (Hippokrates). I keď neexistovala pevnejšia zdravotnícka organizácia, ako bolo badať u predchádzajúcich kultúr, je potrebné uviesť, že Solón ustanovil aj funkciu mestských lekárov, ktorých platili mestá.

V klasickom Ríme bol vývoj pozvoľnejší, rímski vládcovia spočiatku nevenovali organizovanej ochrane zdravia osobitnú pozornosť. Viac sa sústredili na problémy vojenskej, štátnickej, staviteľskej a výraznejší

¹³ Junas, J.: *Průkopníci medicíny*. Praha: Avicenum, 1977, str. 218-219.

¹⁴ Junas, J. – Bokesová-Uherová, M.: *Dejiny medicíny a zdravotníctva*. Martin: Osveta, 1985, str.32.

¹⁵ Nuland, S.B.: *Lékařství v průběhu staletí*. Praha: Euromedia Group, Knižní klub a Columbus, 2000, str. 24.

¹⁶ Junas, J. – Bokesová-Uherová, M.: *Dejiny medicíny a zdravotníctva*. Martin: Osveta, 1985, str. 49.

záujem prejavili iba o ochranu zdravia vojakov. Až keď roku 293 pred n.l. zasiahol Rím mor, povolali na pomoc lekárov z Grécka. Taktiež sa vyskytovali lekári medzi otrokmi a zajatcami. Časť z nich sa stala sluhami aristokratov a ich povinnosťou bolo aj liečiť svojich pánov, nazývali sa *servis medici*. Neskôr ich zbavovali otroctva a udeľovali im občianske slobody. Ale až koncom 1. storočia n.l. bol aj v Ríme docenený spoločenský význam medicíny a lekári sa stali zamestnancami štátu.¹⁷ Zaviedla sa lekárska hierarchia (archiater – hlavný lekár v Ríme, lekári remeselníkov, lekári otrokov) a inštitucionalizované vzdelávanie v štátnych lekárskejších školách - auditóriách.

2.2 Stredovek

Po rozpade Rímskej ríše so začiatkom stredoveku dochádza k útlmu rozvoja medicíny, čo ovplyvnilo aj spôsoby poskytovania starostlivosti o zdravie. Zatiaľ čo arabská kultúra určitý čas ďalej rozvíja dedičstvo antiky aj v zdravotníctve, v európskych krajinách nastáva hlboký úpadok. Chirurgia sa odmieta ako nedôstojná lekára a zveruje sa ránhojičom, barbierom a kúzelníkom.¹⁸ Najdôležitejšie slovo v poskytovaní starostlivosti o zdravie mala cirkev. Zakladala zdravotnícke zariadenia tzv. xenodochiá, ktoré však boli skôr sociálno-zdravotníckymi zariadeniami. Tie nemohli poskytnúť starostlivosť každému, kto ju potreboval, takže prednostne boli prijímaní tí, ktorí dali peniaze, prípadne nehnuteľnosť a tým si zaistili byt, stravu a v prípade choroby aj ošetrovanie.¹⁹

Pojmu zdravotnícke zariadenie skôr zodpovedali infirmáriá. Boli tiež v kláštoroch a slúžili predovšetkým k ošetrovaniu chorých

¹⁷ Junas, J.: *Průkopníci medicíny*. Praha: Avicenum, 1977, str.21.

¹⁸ Skrbková, E., Štěpán, J. a kol.: *Náuka o zdravotnictve*. Bratislava: Osveta, 1969, str. 9.

¹⁹ Vojtová, M. a kol.: *Dějiny československého lékařství*. Praha: Avicenum, 1970, str. 91.

rehoľníkov a členov zakladateľovej rodiny. Tomuto druhu starostlivosti o zdravie hovoríme *kláštorné liečiteľstvo* a bolo poskytované medicínsky vzdelanými mníchmi a kňazmi.

Postupne začínajú mať vplyv na vývoj zdravotníckych inštitúcií rozvíjajúce sa mestá. Mestské zdravotnícke zariadenia sa nazývajú nozokómia, o ich prevádzku sa starali mestá prostredníctvom svojich úradných lekárov (mestský fyzikus). Tento dohliadal aj na činnosť ľudí vykonávajúcich chirurgické činnosti (napr. holičov), na pôrodné baby i na kúpele. Dobrú odbornú úroveň vykazovali nemocnice najmä na území Byzantskej ríše, zabezpečené aj štátnou starostlivosťou a odborne kvalifikovanými lekármi.²⁰ Je prirodzené, že vysokí svetskí a cirkevní hodnostári mali vlastných osobných lekárov (*physici regii et capitularii*), ktorých za ich činnosť odmeňovali peniazmi i majetkami.

Ako postupne dochádza k opätovnému prenikaniu občianskych prvkov do medicíny a starostlivosti o zdravie, vznikajú nové odborné lekárske školy a univerzity. Lekári sa združujú do cechov (napr. *Civitas Hippocratica*) a poskytujú starostlivosť o zdravie ako voľne praktizujúci lekári. Ich príjmy záležali obyčajne od dohody s klientom alebo s jeho rodinou a zvyčajne bol honorár platený dopredu. Činnosť mestského lekárnika, ktorý bol váženou osobou, bola klasickou obchodnou činnosťou a teda bola dostupná len majetnejším vrstvám. Podobne sa v ránhojičských cechoch združovali i holiči, ránhojiči a kúpeľníci.

Starostlivosť o zdravie na vidieku však stále spočívala hlavne v svojpomoci a v pomoci od ľudí, ktorí mali nejaké skúsenosti s ošetrovaním. Boli to rôzne bylinkárky, korenárky, olejkári, potulní alebo usadení ránhojiči a chirurgovia, pri ťažkých pôrodoch pomáhali pastieri oviec. Vojská mávali so sebou holičov, ránhojičov, niekde

²⁰ Vojtová, M. a kol.: *Dějiny československého lékařství*. Praha: Avicenum, 1970, str. 97.

nazývaných poľní lekári; tí po boji, ktorého sa aktívne zúčastnili, za plat ošetrili ranených a chorých.²¹

2.3 15.-19. storočie

Od 15. storočia v období humanizmu a renesancie spolu s rozvojom vedy, filozofie a medicíny dochádza k zlepšovaniu úrovne starostlivosti o zdravie. V mestách sa značne rozšírila inštitúcia mestských lekárov. Platilo ich mesto a oni poskytovali bezplatnú lekársku pomoc jeho nemajetným obyvateľom. V mnohých mestách sa vytvorila aj inštitúcia mestských chirurgov-ránhojičov, ktorí podobne ako lekári poskytovali bezplatnú chirurgickú pomoc. Okrem toho sa v mnohých mestách ujímala aj funkcia úradného lekára, ktorý mal dohľad nad zdravotným stavom obyvateľstva, hygienickou úrovňou, činnosťou všetkých zdravotníckych pracovníkov a zdravotníckych zariadení a poskytoval správe mesta rady o zavedení potrebných zdravotníckych opatrení.²² Dochádza k rozvoju nemocníc, tie sa vymaňujú spod vplyvu cirkvi, prechádzajú pod správu miest a na ich činnosti sa zúčastňujú rôzne mestské združenia, predovšetkým remeselnícke cechy. Vytvára sa nová skupina lekárov - nemocniční lekári, ktorí vykonávali lekársku prax výlučne v nemocniciach, aby mohla nemocnica poskytnúť lekársku pomoc v ktoromkoľvek čase.

Treba ešte spomenúť hospitály či špitály. Tieto spočiatku predstavovali menšie, skôr sociálne ako zdravotnícke zariadenia. Zakladali sa zväčša pri cestách a slúžili ako útulky pre pútnikov. Ich význam je v tom, že postupne začali vznikať aj pri osadách a dedinách, čo posunulo prítomnosť určitej sociálne-zdravotnej starostlivosti aj na vidiek.

²¹ Vojtová, M. a kol.: *Dějiny československého lékařství*. Praha: Avicenum, 1970, str. 171.

²² Junas, J., Bokesová-Uherová, M.: *Dejiny medicíny a zdravotnictva*. Martin: Osveta, 1985, str. 122.

V ďalšom vývoji s rozvojom kapitalistických spoločenských a ekonomických vzťahov, vplyvom myšlienok osvietenstva a akceleráciou medicínskych vedomostí postupne dochádza k zmenám aj v systéme starostlivosti o zdravie. Ich základom bola starostlivosť štátu o zdravie obyvateľstva, v mnohých zemiach už stanovená zákonom. Funkcia lekárov sa stala definitívne celospoločenskou, zmizli osobní lekári u nižšej šľachty. Činnosť lekárov sa dostávala pod kontrolu štátu, mnohé funkcie boli odmeňované priamo štátnym platom, pričom si lekár ponechával súčasne aj súkromnú prax. Miestami boli realizované prvé návrhy poistenia pre nemajetných chorých.²³

V štátnych fabrikách sa začalo uplatňovať nielen sociálne zabezpečenie, ale aj zdravotné zabezpečenie pre štátnych zamestnancov počas choroby. Tiež sa zakladali rôzne podporné spolky: tovarišské, živnostenské, banícke a podobne. Za kolísku poistenia sa považuje Nemecko., kde za cisára Wilhelma I. ríšsky kancelár Otto von Bismarck 17.11.1881 predniesol zásadný prejav – Kaiserliche Botschaft, ktorým stanovil základy budúceho sociálneho poistenia.²⁴ V 20. storočí sa následne vydiferencovalo niekoľko systémov, ktorých cieľom je zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti a prostredníctvom ktorých sa zabezpečuje úhrada za zdravotnú starostlivosť.

²³ Junas, J.: *Průkopníci medicíny*. Praha: Avicenum, 1977, str. 55.

²⁴ Kováč, E. a kol.: *Zdravotné poistenie*. Bratislava: Ekonóm, 2000, str. 37.

3 Financovanie zdravotnej starostlivosti na území Slovenskej republiky.

3.1 Obdobie Rakúska-Uhorska

Novodobé zdravotníctvo vzniká u nás v období osvietenského absolutizmu, za Márie Terézie a Jozefa II. Generálny zdravotný poriadok (Generale normativum sanitatis vydaný roku 1770), platný aj pre oblasť Slovenska, vytvoril niektoré predpoklady verejnej zdravotnej starostlivosti.²⁵ Mal dve časti, prvá sa zaoberala zdravotníckymi pracovníkmi, ich činnosťami a kvalifikáciou, osobitná pozornosť sa venovala lekárňam; druhá časť zákona obsahovala predpisy na zabezpečenie ochrany obyvateľstva pred nákazlivými chorobami. Dohľad nad činnosťou lekárov, ránhojičov, pôrodných báb a lekárni vykonávala Kráľovská zdravotnícka rada, ktorá bola zriadená už od roku 1739. V roku 1783, v súvislosti s reorganizáciou štátnej správy za panovania Jozefa II., vzniklo namiesto Zdravotníckej rady Zdravotnícke oddelenie v rámci miestodržiteľskej rady. To okrem toho, že pokračovalo v činnosti Zdravotníckej rady, ktorá mala hlavne dozornú, kontrolnú a evidenčnú funkciu, dbalo aj o to, aby župní lekári a chirurgovia boli dostatočne zásobení zdravotníckymi prístrojmi a pomôckami. V roku 1786 sa zriadil úrad krajinského protomedika, ktorý mal pomerne rozsiahle rozhodovacie i výkonné právomoci pri rozhodovaní o zdravotníckych záležitostiach.

Dôsledkom týchto zmien bolo, že už v prvej polovici 19. storočia bývali trvalo obsadené funkcie župných lekárov a chirurgov-ránhojičov. V bohatších a z hospodárskeho hľadiska významnejších mestách pôsobili popri úradných mestských lekároch aj viacerí lekári so súkromnou praxou. Od dvadsiatych rokov 19. storočia pristúpili

²⁵ Skrbková, E., Štepán, J. a kol.: *Náuka o zdravotníctve*. Martin: Osveta, 1969, str.9.

niektoré župy k zriadeniu menších župných nemocníc (1824 v Trnave, 1833 v Nitre, 1845 v Trenčíne).²⁶

Za účelom zaistiť určitý príjem počas choroby a zabezpečiť úhradu za zdravotnú starostlivosť (ak táto nebola poskytnutá charitatívnym spôsobom, prípadne zaplatená priamo na mieste) existovali rôzne nemocenské podporné, bratské, závodné a živnostenské pokladnice, ktoré vznikali podľa Spolkového zákona, Živnostenského poriadku alebo Banického zákona. Vplyvnejšou celouhorskou inštitúciou sa stala v roku 1870 Všeobecná robotnícka a invalidná pokladnica v Budapešti. Jej prvá pobočka vznikla roku 1873 v Bratislave, 1876 v Košiciach atď. Počet rôznych svojpomocných združení a pokladníc, najmä tzv. živnostenských spoločenstiev silne vzrástol po roku 1872 po zákonom zrušení cechov.²⁷

V roku 1876 bol prijatý zákonný článok č. XIV., ktorým sa upravuje verejné zdravotníctvo. Bol vypracovaný Krajinskou zdravotníckou komisiou pri ministerstve vnútra a s určitými novelizáciami platil až do roku 1951 (v rakúskej časti a teda aj v Čechách bol účinný obdobný zákon č. 68/1870 ř.z.). Mal dve časti, prvá hovorila hlavne o ochrane zdravia, organizácii zdravotníctva a epidemiologických opatreniach; druhá časť mala správny charakter, hovorila o povinnostiach obcí, miest a žúp. No najpodstatnejším z pohľadu poistenia bol zákonný článok XIV. prijatý r. 1891 o povinnom poistení remeselníckeho a priemyselného robotníctva (v rakúskej časti monarchie vstúpil do platnosti o tri roky skôr zákon č. 33/1888 ř.z. o povinnom nemocenskom a úrazovom poistení robotníkov). Výška poistného bola 3 až 5% zo mzdy a dve tretiny si platil poistenec. V roku 1900 bolo uzákonené úrazové poistenie poľnohospodárskych robotníkov. K ďalšej úprave a rozšíreniu nemocenského a úrazového poistenia v Uhorsku došlo zákonným článkom XIX. z roku 1907. Na druhej strane došlo tiež k

²⁶ Junas, J., Bokesová-Uherová, M.: *Dejiny medicíny a zdravotníctva*. Martin: Osveta, 1985, str. 416.

²⁷ Kováč, E. a kol.: *Zdravotné poistenie*. Bratislava: Ekonóm, 2000, str. 37.

zredukovaniu siete poisťovacích inštitúcií – popri baníckych pomocných pokladniciach to boli len okresné nemocenské a úrazové pokladnice a postupne zanikajúce závodné a živnostenské pokladnice.²⁸

3.2 Československá republika do r. 1948

Po vzniku samostatnej Československej republiky na základe zákona č. 11/1918 Sb. zostali platíť právne predpisy – v českej časti rakúske a v slovenskej uhorskej. Avšak už v roku 1919 dochádza k ďalším zmenám v sociálnom poistení a najmä k jeho postupnému zjednocovaniu. Zákon 268/1919 Sb. riešil nemocenské a úrazové poistenie všetkých osôb, ktoré vykonávali práce a služby na základe pracovného a služobného alebo učňovského pomeru. Na území dnešnej Českej republiky sa s ním viaže zánik veľkej časti rôznych malých závodných, podporných, živnostenských a iných pokladníc, a utvorili sa predpoklady na rýchlejší rozvoj a dominantné postavenie územných, okresných nemocenských pokladníc a vznik okresných poľnohospodárskych pokladníc. Platnosť uvedeného zákona bola vládny nariadením z 23.9.1919 (č. 516/1919 Sb.) rozšírená aj na Slovensko, kde sa zriadila nová Zemská úradovňa pre poisťovanie robotníkov na Slovensku v Bratislave. Tá prebrala v nemocenskom a úrazovom poistení funkcie Zemskej pokladnice bývalého Uhorska v Budapešti. Na Slovensku v tomto čase prakticky existovali už len okresné nemocenské pokladnice, ktoré zabezpečovali spoločne nemocenské aj úrazové poistenie. Ostatné nemocenské pokladnice sa likvidovali.²⁹ Takže podľa čl. VII. zákona 268/1919 Sb. nemocenské poistenie vykonávali:

²⁸ Kováč, E. a kol.: *Zdravotné poistenie*. Bratislava: Ekonóm, 2000, str. 37.

²⁹ Kováč, E. a kol.: *Zdravotné poistenie*. Bratislava: Ekonóm, 2000, str. 38.

1. *okresní pokladny nemocenské,*
2. *závodní pokladny nemocenské, zřízené podle §§ 43, 52 a 53 zákona 33/1888 ř.z.,*
3. *spoločenstevní pokladny nemocenské, které dne 31. prosince měli alespoň 400 členů,*
4. *bratrské pokladny,*
5. *spolkové pokladny nemocenské, které dne 31. prosince 1918 měli alespoň 1000 členů,*
6. *zapsané pokladny pomocné, kterým nebylo odňato osvědčení podle §7 ods.2. zákona č. 202/1892 ř.z. (článek XXI., ods.3).*

Tvoření nových společenstvenních pokladen a pokladen závodních, kromě pokladen jmenovaných v §§ 43, 52 a 53, se zakazuje.

V roku 1924 bol prijatý zákon č. 221/1924 Sb. o poistení zamestnancov pre prípad choroby, invalidity a staroby. Tento už pri zabezpečovaní nemocenského poistenia hovoril o nemocenských poisťovniach, ktorých bolo podobne ako pokladní viac druhov: okresné nemocenské poisťovne, poľnohospodárske nemocenské poisťovne, závodné nemocenské poisťovne, spolkové nemocenské poisťovne a napokon Ústredná sociálna poisťovňa. Poistenec mal 52 týždňov nárok na bezplatnú lekársku starostlivosť, lieky a iné liečebné pomôcky. Nemocenské dostával vyplácané od štvrtého dňa choroby, poistné predstavovalo zhruba 5% jeho priemernej mzdy a platil ho v rovnakom pomere tak poistenec ako aj jeho zamestnávateľ.³⁰ Nemocenské poistenie verejných zamestnancov bolo zavedené zákonom č. 221/1925 Sb. Pre prípad choroby boli poistení zamestnanci štátu, zemí, okresov a obcí, četníctvo, učitelia. Poistenec mal nárok na nemocenské ošetrovanie a ústavné zaopatrenie. Poistenie vykonával Liečebný fond verejných zamestnancov v Prahe.

³⁰ Kováč, E. a kol.: *Zdravotné poistenie*. Bratislava: Ekonóm, 2000, str. 38.

Prostriedky, ktorých bolo treba k úhrade poistných dávok, opatrovali sa poistným, ktoré činilo 2% zo stálych pôžitkov služebných, odpočívnych alebo zaopatrovacích. Z poistného hradil zamestnávateľ i zamestnanec po jednej polovici.³¹

Poistenie baníkov upravoval zákon č. 242/1922 Sb. o pojištění u báňských bratrských pokladen (pretrval do roku 1948), čo súviselo s vysokou rizikovosťou baníckeho povolania. Bratské pokladne vykonávali poistovanie baníkov pre prípad choroby, invalidity a staroby. Už z predchádzajúceho textu je zrejmé, že v začiatkoch poistenia pre prípad choroby obsahom pojmu nemocenské poistenie bolo nemocenské i zdravotné poistenie v dnešnom ponímaní. Bratské pokladne poistovali *proti chorobe a na províziu* a mali oddelenie nemocenské a provízne. Nemocenské oddelenia bratských poisťovní boli zlúčené v revírne bratské poisťovne pre obvod revírneho banského úradu. Provízne oddelenia boli zlúčené do Ústrednej bratskej pokladne ako nositeľa provízneho poistenia.³²

I napriek tomu, že celý sociálny systém bol dosť komplikovaný, zložitý a vo vývoji, podarilo sa mu prekonať hospodársku krízu začiatkom tridsiatych rokov a bol schopný na pomerne slušnej úrovni zabezpečovať sociálne zabezpečenie a financovanie zdravotnej starostlivosti počas choroby. Existovali štátni obvodní lekári a hoci Ministerstvo zdravotníctva a telesnej výchovy priamo ovplyvňovalo len malú časť zdravotníckych zariadení, poisťovne budovali vlastné zdravotnícke zariadenia. O zdravie obyvateľstva sa tiež starali dobrovoľné spolky zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Nemocenské poistenie sa za 20 rokov existencie prvej republiky rozrástlo v mohutnú sústavu, ktorá zahrňovala cez 3 milióny priamych poistencov. Sústava poistenia sa tak stala významným politickým i sociálnym faktorom.³³

³¹ Bujnák, P. a kol.: *Slovenský náučný slovník. Diel tretí*. Praha: Litevna, 1932, str. 200.

³² Bujnák, P. a kol.: *Slovenský náučný slovník. Diel prvý*. Praha: Litevna, 1932, str. 114.

³³ Gladkij, I.: *Propedeutika sociálního lékařství*. Olomouc, RUP, 1991, str. 16.

V období Slovenského štátu systém ochrany zdravia, jeho organizácia, štruktúra orgánov a inštitúcií v prevažnej miere pretrvali z obdobia prvej Československej republiky.³⁴

3.3 Obdobie reálneho socializmu

Aj po II. svetovej vojne pôvodný právny stav trval v podstate do roku 1948. Napriek politickému prevratu vo februári roku 1948 dochádza k určitým zmenám, ktoré sa dajú hodnotiť ako prospešné. Významnú pozitívnu zmenu priniesol zákon č. 99/1948 Zb. o národnom poistení. Tento dlho pripravovaný, komplexný a progresívny zákon zjednotil roztrieštené poistenie a odstránil rozdiely v nárokoch rôznych sociálnych skupín. Zabezpečil bezplatné poskytovanie preventívnej a liečebnej starostlivosti. Poistné predstavovalo u zamestnancov 6,8% vymeriavacieho základu a platil ho zamestnávateľ. V Prahe sa vytvorila Ústredná národná poisťovňa, v Bratislave Národná poisťovňa a v jednotlivých okresoch agendu zabezpečovali okresné národné poisťovne. Dňa 17.9.1948 uznesením Správnej komisie Ústrednej národnej poisťovne bol v súlade so zákonom schválený liečebný poriadok, ktorý upravil poskytovanie vecných aj peňažných dávok poistencom.³⁵ Nemocenské poistenie bolo stále „dvojjložkové“. Liečebný poriadok vymedzil *vecné dávky*, ktoré zahŕňali ošetrovanie v nemocnici alebo ambulantne, no tiež pomoc pri zmrzačení a telesných chybách; *peňažité dávky* predstavovali nemocenské, dávky v materstve prípadne podporu pri ústavnom ošetrovaní alebo výpomoc v rodine.

Zákon č. 49/1947 Sb. o poradenskej zdravotní péči ustanovil právo každého občana na ochranu zdravia, ktorá sa zaisťuje predovšetkým bezplatnou štátnou poradenskou zdravotnou starostlivosťou. Túto

³⁴ Šagát, T. a kol.: *Organizácia zdravotníctva*. Martin: Osveta, 2004, str. 30.

³⁵ Kováč, E. a kol.: *Zdravotné poistenie*. Bratislava, Ekonóm, 2000, str. 39.

organizovala a prevádzala štátna zdravotná správa v spolupráci s nositeľmi sociálneho poistenia. Naň nadväzovalo nariadenie vlády ČSR č. 219/1948 Sb. o ústavoch národného zdravia, na základe ktorého sa zriaďovali ústavy národného zdravia, ktoré boli financované z rozpočtovej kapitoly Ministerstva zdravotníctva. Ale už prijatie zákona č. 185/1948 Sb. o poštátnení liečebných a ošetrovacích ústavov a o organizácii štátnej ústavnej liečebnej starostlivosti, ktorý umožnil prechod zdravotníckych zariadení do vlastníctva štátu od 1. januára 1949, ukázalo, kam sa bude uberať ďalší vývoj. V roku 1951 sa zákonom č. 102/1951 o prebudovaní národného poistenia oddelilo nemocenské poistenie od dôchodkového poistenia a zákonom č. 103/1951 Sb. o jednotnej preventívnej a liečebnej starostlivosti došlo k derogácii viacerých dovtedy účinných a dôležitých zákonov (a ich vykonávacích predpisov): zákonného článku XIV/1876 o usporiadaní verejného zdravotníctva, zákona č. 68/1870 ř.z. o organizácii verejnej služby zdravotnej, zákona č. 49/1947 Sb. o poradenskej zdravotnej starostlivosti a tiež ustanovení zákona č. 99/1947 Sb. o národnom poistení. Zdravotníctvo tým stratilo všetky znaky poisťného systému a začalo mať znaky klasického socialistického rozpočtového modelu.

Objektívne právo vychádzajúce z Ústavy ČSSR, ústavný zákon č. 100/1960 Zb., o zdraví hovoril, že všetci pracujúci majú právo na ochranu zdravia a liečebnú starostlivosť a tieto práva sú zabezpečené starostlivosťou štátu a spoločenských organizácií o predchádzanie vzniku chorôb celou organizáciou zdravotníctva, sieťou liečebných zariadení a stále sa rozširujúcou bezplatnou liečebnou starostlivosťou.³⁶ Na základe toho bol v roku 1966 prijatý zákon č. 20/1966 Zb. o starostlivosti o zdravie ľudu a zákon č. 69/1967 Zb. o národných výboroch. Zákon č. 20/1966 Zb. bol platný a účinný, prirodzene s niekoľkými novelizáciami, až do roku 1994 (zákon č.

³⁶ Gecík, K., Michalíková, V.: *Starostlivosť o zdravie v právnych predpisoch I.* Martin: Osveta, 1988, str. 7.

69/1967 Zb. do roku 1990). V tretej časti *Zdravotníctvo* sa zaoberal zdravotníckymi službami, hlavne rôznymi spôsobmi liečebno-preventívnej starostlivosti, jednotnou zdravotníckou sústavou, či druhmi zdravotníckych zariadení. Zdravotnícke zariadenia boli riadené národnými výbormi s výnimkou kúpeľných liečební, ktoré boli súčasťou kúpeľných organizácií riadených Ministerstvom zdravotníctva. Zariadenia riadené okresnými a krajskými národnými výbormi boli začlenené do ústavov národného zdravia.³⁷ To znamená, že zdravotnícke zariadenia fungovali ako rozpočtové organizácie napojené na príslušný národný výbor (Okresný ústav národného zdravia na Okresný národný výbor a Krajský ústav národného zdravia na Krajský národný výbor), z čoho vyplýva, že od roku 1952 hlavným zdrojom financovania zdravotníctva bol štátny rozpočet. Národný výbor organizoval rozpočtový proces a vypracovával hospodárske plány, vyjadroval sa k návrhom rozpočtu a rozborom hospodárenia, predkladal odporúčania, vykonával kontrolu, vrátane mzdovej politiky. Materiálne zabezpečenie zdravotníckych služieb (dovoz liečiv, lekárskeho prístrojov a nástrojov, iných zdravotníckych potrieb) zabezpečovalo Ministerstvo zdravotníctva. Treba podotknúť, že aj v tomto zákone bolo ustanovenie o platení za niektoré zdravotnícke služby v §11: „Ministerstvo zdravotníctva môže ustanoviť, že výnimočne možno za poskytovanie niektorých zdravotníckych služieb, ktoré nie sú nevyhnutné, požadovať náhradu.“³⁸

³⁷ Madar, Z. a kol.: *Právnický slovník. II. díl*. Praha: Panorama, 1988, str. 617.

³⁸ Gecík, K., Michalíková, V.: *Starostlivosť o zdravie v právnych predpisoch*. Martin: Osveta, 1988, str.14.

3.4 Začiatky transformácie zdravotníctva po roku 1989

Politické zmeny v novembri 1989 nemohli neovplyvniť aj zdravotníctvo, vrátane formy jeho financovania. Centralistický socialistický systém sa v našich podmienkach neosvedčil, pretože počas jeho pôsobenia došlo k zhoršeniu zdravotného stavu obyvateľstva aj v merateľných ukazovateľoch, napr. poklesla stredná dĺžka života. Systém bol nepružný a demotivačný, zaostával technický pokrok. Na základe uvedených nedostatkov bol preto po novembri 1989 ustanovený tím odborníkov, ktorí pripravovali štúdie o variantoch modelov zdravotníctva. Tieto boli spracované v „Návrhu nového systému zdravotnej starostlivosti“.³⁹ Padlo rozhodnutie pre prechod od štátneho modelu k viac pluralitnému a decentralizovanému systému všeobecného zdravotného poistenia. Na území Slovenska došlo k prechodu na systém všeobecného zdravotného poistenia súčasne so vznikom samostatnej Slovenskej republiky, to znamená k 1. januáru 1993 nadobudnutím platnosti a účinnosti zákona č. 7/1993 o zriadení Národnej poisťovne a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia. V Českej republike nadobudol účinnosť zákon č. 551/1991 Zb. o Všeobecnej zdravotní pojišťovni České republiky o rok skôr.

³⁹ Bártlová, S.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005, str. 158.

4 Modely financovania zdravotnej starostlivosti

Už bolo uvedené, že zdravie patrí medzi najviac cenené ľudské hodnoty. Ak by sme ho vedeli jednoducho oceniť v peniazoch, vo veľkej miere by sa zjednodušila problematika financovania zdravotnej starostlivosti, čo je vlastne proces na dosiahnutie tejto ľudskej hodnoty. Dá sa povedať, že modely financovania zodpovedajú tomu, akým spôsobom je v danej sociokultúrnej komunite zdravie chápané, či už v zmysle jeho „hodnoty“ alebo ako „statku“, z pozície individua a spoločnosti.

Zdravie je na jednej strane prioritnou potrebou obyvateľov, podmienkou rozvoja a uplatnenia individua, na druhej strane sa výrazným spôsobom podieľa na ekonomickom potenciáli spoločnosti. Starostlivosť o zdravie sa teda nutne stáva záujmom a úlohou štátu.⁴⁰ Na opačnej strane názorového spektra stojí liberalistické vnímanie a zdravie je charakterizované ako individuálny statok. Podľa tohto názoru totiž nespĺňa dve základné podmienky charakterizujúce verejný statok – podmienku nevyhlúčiteľnosti a nedeliteľnosti, a preto za svoje zdravie musí každý jedinec zobrať vyššiu zodpovednosť a starať sa oň.⁴¹ Tu však vyvstáva legitímna otázka, či zdravie v zmysle jeho definície vôbec možno považovať za statok? Každopádne už z uvedených názorov vidno, že systém zdravotníctva z právneho, spoločenského aj ekonomického pohľadu nie je jednoliaty. Obsahuje v prvom rade výrazné sociálne a humánne aspekty, ale má aj znaky svedčiacie pre tvrdé obchodné prostredie; nájdeme tu výraznú reguláciu správnym právom, dôležité kontrolné mechanizmy, ale aj veľké množstvo inštitútov súkromno-právneho charakteru.

Ďalším dôležitým faktorom charakterizujúcim jednotlivé modely je výška nákladov na zdravotnú starostlivosť a potenciál vedeckého

⁴⁰ Stolínová, J.: *Občan, lekář a právo*. Praha: Avicenum, 1990, str.7.

⁴¹ Pažitný, P., Zajac, R.: *Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov*. Bratislava: Publicis Knut, 2004, str.. 22.

a technického rozvoja. Tu si treba uvedomiť, že zdravotnícky pracovník je vysoko špecializovaný pracovník s inštitucionalizovaným niekoľkoročným postgraduálnym vzdelaním. Zdravotnícka technika používaná pri zdravotníckych úkonoch je v dnešnej dobe už vysoko sofistikovaná a teda aj veľmi drahá a vývoj nových molekúl, ktoré sa používajú u pacientov najčastejšie ako lieky, vyžaduje mať k dispozícii dostatočný kapitál (a ten si žiada návratnosť investícií).

Takže z ekonomického, organizačného (ale aj historického) pohľadu môžeme modely zdravotnej starostlivosti rozdeliť na tri základné modely:

- 1) centralizovaný systém
- 2) pluralistický systém
- 3) systém poistenia.⁴²

Každý z týchto systémov má určité výhody a určité nevýhody. Ich hranice nie sú ostré, zvyknú používať pri svojich činnostiach aj obdobné inštitúty, i keď vo veľmi rôznej miere (štátne financovanie a štátna regulácia, súkromný kapitál, trhové mechanizmy, poistenie, hotovostné platby a pod.), takže za konkrétnych okolností môžu existovať rôzne prechodné a zmiešané formy zdravotníckych systémov.

4.1 Centralizovaný (štátny) systém

Čo sa týka centralizovaného systému, treba povedať, že v rámci tohto systému sa dajú vyčleniť dva poddruhy, ktoré niektorí autori považujú za úplne samostatné modely:

- a) Semaškov centralizovaný socialistický štátny rozpočtový systém,

⁴² Gladkij, I.: *Propedeutika sociálneho lékařství II*. Olomouc: RUP, 1992, str. 102.

b) Beveridgeov systém národnej zdravotníckej služby.⁴³

Výhodami centralizovaného systému sú: všeobecne dostupná starostlivosť, zameranie na prevenciu, možnosti cielenej racionalizácie zdravotníckych služieb, nadväznosť starostlivosti a nízke náklady. Hlavnými nevýhodami sú: vždy vznikajúca rozsiahla byrokratizácia, nízka výkonnosť systému z dôvodu ekonomických brzd a nedostatočná motivácia či už pacientov alebo zdravotníckych pracovníkov. Hlavným predstaviteľom modelu Národnej zdravotníckej služby (National Health System) je Veľká Británia, ale napr. aj Kanada (ten má aj znaky poistenia, Národné zdravotné poistenie – National Health Insurance, ktoré však spravuje štát). Centralizované systémy vykazujú spočiatku svojho uplatnenia dobrú možnosť zorganizovať zdravotnú starostlivosť pre všetko obyvateľstvo. Negatívnym rysom je však vznik rozsiahleho byrokratického aparátu, ktorého extenzívny rast v podstate brzdí rozvoj skutočných zdravotníckych služieb. Táto vlastnosť sa javí ako neodstrániteľná a vyvolala vo Veľkej Británii snahu po jeho demokratizácii, vrátane reprivatizačných opatrení.⁴⁴

Organizácia „socialistického systému“ bola už pojednávaná vyššie na príklade ČSSR a ako nakoniec dopadlo socialistické zdravotníctvo (a celý stredoeurópsky a východoeurópsky socializmus), je známe. Pre objektivitu však treba povedať, že na úrovni socialistického zdravotníctva jednoznačne participovala nedostatočná výkonnosť socialistickej ekonomiky, ktorá sa s britskou a kanadskou nedá porovnať. Na margo sa nedá nespomenúť tzv. „kubánsky paradox“. Stredná dĺžka života kubánskych mužov je vyššia ako v USA a podstatne vyššia ako v posttotalitných stredoeurópskych a východoeurópskych štátoch. Úmrtnosť detí je najnižšia v celej Latinskej Amerike, ba aj USA majú vyššiu úmrtnosť. Farmaceutický priemysel

⁴³ Kováč, E. a kol.: *Zdravotné poistenie*. Bratislava, Ekonóm, 2000, str. 33.

⁴⁴ Bártlová, S.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005, str. 158.

je na vysokej úrovni. Takže i keď sú na mieste výhrady voči niektorým praktikám kubánskej totalitnej vlády, treba uznať, že kubánsky systém starostlivosti o zdravie a jeho štruktúra je viac než dobrý. Jeho účinnosť limituje len ekonomika. Aj severoamerickí autori uznávajú kvality tohto systému a zdôrazňujú, že napríklad v boji s AIDS sa môže USA na Kube priučiť.⁴⁵

4.2 Pluralistický (liberalistický) systém

Na opačnom póle stojí pluralistický systém s prevahou liberalistických prvkov. Jeho typickým predstaviteľom sú USA. Základnými výhodami (aj nevýhodami) sú prirodzené dôsledky uplatňovaného trhového mechanizmu. Na jednej strane široký výber služieb, moderné postupy a technológie, na druhej strane nedostatočná dostupnosť pre menej majetných občanov. Ako podstatnou vlastnosťou „trhového zdravotníctva“ sa javí vysoká nákladovosť a rast cien a taktiež zvyšovanie nákladov na administratívu. Ak porovnáme financovanie zdravotníctva USA a Kanady, štátov s úplne odlišnými zdravotníckymi systémami, ale po stránke geografickej a kultúrnej pomerne príbuzných, vidíme výrazné rozdiely v ekonomických parametroch. Za najpodstatnejšiu pokladáme výšku celkových nákladov na pacienta – v USA 4000 \$ a v Kanade 1800 \$ per capita.⁴⁶ Podobná výška nákladov ako v Kanade je aj v krajinách Európskej únie, pohybuje sa približne od 1500 do 2500 \$ per capita a súvisí hlavne s ekonomickou a sociálnou vyspelosťou danej krajiny.

Postkomunistické krajiny strednej Európy dávajú na zdravotníctvo necelú polovicu v porovnaní so západnou Európou a východo-

⁴⁵ Ginter, E.: Socializmus a zdravotný stav obyvateľstva – kubánsky paradox. In: *Medicínsky monitor. Slovenská lekárska spoločnosť*. Číslo 5, 2004, str. 19. ISSN 1335-0951

⁴⁶ Adameová, A., Holotňáková, T.: *USA a Kanada. Financovanie zdravotníctva*. [online 18.10.2006] URL: <www.gsk.sk/Obr/akademia/prezentacia.ppt>

európske krajiny ešte menej. Závisí to hlavne od výšky hrubého domáceho produktu a percentuálneho podielu. Aj preto je relatívne veľký rozdiel vo výdavkoch na zdravotníctvo medzi Slovenskou a Českou republikou, skoro tretinový a zdá sa, že podobný rozdiel je už aj v úrovni zdravotníctva (pozn. autora) napriek tomu, že obe republiky majú model verejného zdravotného poistenia. Na druhej strane však existujú limity pre zvyšovanie nádeje na roky zdravého života zvyšovaním nákladov na zdravotníctvo. Keď náklady na zdravotníctvo dosiahnu 1000-1500 \$ na hlavu, nádej na roky zdravého života už ďalej nestúpa.⁴⁷

V USA nie je systém povinného všeobecného zdravotného poistenia, je tu systém individuálneho poistenia na komerčnej báze, hromadné poistenie zamestnancov (eventuálne aj rodinných príslušníkov) financované zamestnávateľmi (prípadne aj zamestnancami) prostredníctvom poistných dávok. V USA je viac ako 20% občanov nepoistených a tento počet stúpa. Títo musia platiť za zdravotné služby priamo, no vzhľadom na vysokú cenu to nie je vždy možné. Napriek tomu, že nepoistení Američania sú oproti poistenej časti populácie preukázateľne častejšie chorí, sú menej často hospitalizovaní a menej často navštevujú lekára, sú v priemere hospitalizovaní kratšiu dobu a podrobujú sa menej často nemocničným liečebným a diagnostickým procedúram, a to za vyššie ceny. Taktiež úmrtnosť behom hospitalizácie je u nepoistených vyššia než u poistených s rovnakou diagnózou.⁴⁸

Zdravotná starostlivosť pre sociálne limitovaných občanov je zabezpečovaná viacerými zdravotnícko-sociálnymi programami. Program *Medicare* je najväčší zdravotný federálny program napojený

⁴⁷ Ginter, E.: Je naše zdravotníctvo skutočne v horšom stave ako v Albánsku? In: *Medicínsky monitor. Slovenská lekárska spoločnosť*. Číslo 2, 2001, str.15. ISSN 1335-0951

⁴⁸ Blendon, J.,R., Edwards, J.,N., Hyams, A.,L.: Čakajú nás zásadné rozhodnutia. In: *JAMA – The Journal of the American Medical Association. České a slovenské vydání*. Nulté číslo, 1992, str.46. ISSN 0098-7484

na celonárodný systém dôchodkového zabezpečenia a iné druhy sociálneho poistenia. Má príjmy zo štátneho rozpočtu, od užívateľov programu aj povinné príspevky ekonomicky aktívnych obyvateľov, zamestnancov aj zamestnávateľov. Uhradza zdravotnú a sociálnu starostlivosť starých a chorých, ktorí nie sú poistení, alebo sú poistení len vo veľmi obmedzenom rozsahu. Program *Medicaid* pokrýva lekárske služby, akútnu a dlhotrvajúcu starostlivosť, vrátane prevencie. Je financovaný čiastočne z federálneho rozpočtu a čiastočne z rozpočtu jednotlivých štátov USA, no pacient musí spĺňať určité kritéria, aby mohol byť účastný tohto programu (napr. vek nad 65 rokov, invalidita, slepota a pod.).⁴⁹

Avšak ani takéto programy neriešia fundamentálny problém amerického zdravotníctva, a to zvyšovanie nákladov na zdravotnú starostlivosť pri – paradoxne – znižovaní jej dostupnosti (podotýkam, že nie znižovaní kvality v užšom slova zmysle). Nikde, ani v USA, ťažkosti v zdravotníctve nevznikli zo dňa na deň, ale vyvíjajú sa dlhodobo. Už začiatkom deväťdesiatych rokov existovali vyjadrenia, ktoré na daný stav a riziká upozorňovali: „Teraz sa ocitáme na pokraji niečoho, čo by som označil ako rozpad zdravotníctva 90. rokov. Interval, behom ktorého sa naše výdaje na zdravotníctvo zdvojnásobujú, sa teraz skrátil na menej než 5 rokov. Neverím, že naše hospodárstvo môže tieto nároky zniesť. Pokiaľ by došlo k najhoršiemu, Kongres spanikári a znárodní celé zdravotníctvo.“⁵⁰

⁴⁹ Pechová, M.: *Modely financovania zdravotnej starostlivosti*. [online 14.10.2006] URL: <[www.fes.sk/aktuality/07.11.05/Modely %20financovanie%20zdravotnej%20starostlivosti.ppt](http://www.fes.sk/aktuality/07.11.05/Modely%20financovanie%20zdravotnej%20starostlivosti.ppt)>

⁵⁰ Lundberg, G.,D.: Reforma národného systému zdravotnej starostlivosti. In: *JAMA – Journal of the American Medical Association. České a slovenské vydání*. Číslo 0, 1992, str.70. ISSN 0098-7484

4.3 Systém verejného zdravotného poistenia

V európskom geopolitickom a kultúrnom prostredí kontinentálnej Európy dominuje systém verejného povinného zdravotného poistenia (Bismarckov). Jeho základnou výhodou je vysoká dostupnosť a ako už bolo dokladované, jednoznačne nižšie náklady na zdravotnú starostlivosť. Hlavnú nevýhodu vidím v tom, že poisťovne svoje prípadné ekonomické ťažkosti riešia vždy na úkor poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, hoci akúkoľvek právnu zodpovednosť i ekonomické dôsledky znáša práve poskytovateľ a v konečnom dôsledku konkrétny zdravotnícky pracovník. Ďalšou nevýhodou je dôraz na liečebné a nie preventívne opatrenia. Toto generuje problémy aj v najvyspelejších krajinách západnej Európy, ako je napr. Spolková republika Nemecko, ktorá vydáva na zdravotníctvo snáď najvyššie percento hrubého domáceho produktu. Hlavné problémy nemeckého zdravotného poistenia sú nadmerné kapacity:

- *veľký nárast počtu lekárov, hlavne špecialistov,*
- *nárast počtu výkonov, ako lekárske, tak aj spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek,*
- *veľký počet akútnych nemocničných postelí*

a z toho rezultujúce finančné problémy:

- *rýchly nárast výdavkov na výkony,*
- *slabý rast miezd,*
- *zvyšovanie odvodov poisťného.*⁵¹

Ako bolo uvedené, každý z modelov zdravotnej starostlivosti a systémov úhrad za ňu má určité klady a zápory i potenciálne riziká. Je nevyhnutné povedať, že formálna úprava systému zdravotníctva nestačí na jeho efektívne a kvalitné fungovanie, ale participujú aj

⁵¹ Ambrušová, J.: Konferencia „Rozvoj zdravotného poistenia v krajinách strednej a východnej Európy v súvislosti s prípravou na vstup do Európskej únie. In: *Konzílium. Časopis Slovenskej lekárskej komory*. Ročník II., č.2, 2001, str.9.

mnohé iné faktory vo vzájomných súvislostiach: ekonomická vyspelosť krajiny, politická situácia, geografická poloha, historické a kultúrne súvislosti, štruktúra populácie a pod. (viď už vyššie uvedené vyspelé zdravotníctvo – čo sa týka výsledkov – v hospodársky zaostalej Kube, nedostupné zdravotníctvo v ekonomicky vyspelých USA, rastúca potreba prípadne až nedostatok finančných zdrojov v povinnom zdravotnom poistení).

5 Zdravotné poistenie v Slovenskej republike od roku 1993

5.1 Východiská a princípy

Právo na ochranu zdravia a na zdravotnú starostlivosť patrí spolu so sociálnymi právami medzi ľudské práva druhej generácie. Európska sociálna charta, ktorá obsahuje katalóg hospodárskych a sociálnych práv európskeho štandardu, bola prijatá r. 1961. Európska sociálna charta je založená na hospodárskom a sociálnom systéme trhovej ekonomiky európskych štátov. Cieľom sociálnej politiky členských štátov je podľa Charty usilovať sa všetkými vhodnými prostriedkami na národnej a medzinárodnej úrovni dosiahnuť podmienky, v ktorých môžu byť efektívne realizované práva a princípy uvedené v I. časti Charty. III. časť Sociálnej charty obsahuje ustanovenia, ktoré predpokladajú progresívne realizovanie siedmych práv.⁵² Medzi tieto práva patrí aj právo na sociálnu a lekársku starostlivosť.

Na druhej strane dlho neexistovala na úrovni spoločenstva zdravotná politika a každý štát sledoval svoj celkom vlastný smer v tejto oblasti. Až Maastrichtská zmluva zaviedla zdravotnú politiku ako osobitnú hlavu X Zmluvy o Európskych spoločenstvách (teraz je to hlava XIII). No zdravotná politika sa v podstate obmedzuje na podporovanie spolupráce medzi členskými štátmi v rôznych oblastiach. Zatiaľ čo toto prispieva zavedením pohnútkových opatrení k zlepšovaniu stavu verejného zdravia v spoločenstve, manažment systémov zdravotníctva a zdravotná starostlivosť zostali výhradne v rukách členských štátov.⁵³ Snaha Českej a Slovenskej federatívnej republiky etablovať sa medzi demokratické európske štáty

⁵² Strážnická, V., Šebesta, Š.: *Človek a jeho práva*. Bratislava: Jaga, 1994, str. 119 a nasl.

⁵³ Horváth, Z.: *Príručka Európskej únie*. Bratislava: Zastúpenie EK v SR, 2004, str.407.

predpokladala akceptovanie ich medzinárodných dohovorov týkajúcich sa zdravia a jeho ochrany, no v transformácii zdravotníctva ako systému mali obe republiky pomerne veľkú voľnosť.

Východným dokumentom bola Listina základných práv a slobôd. Táto bola prijatá ústavným zákonom č. 23/1991 Zb. Článok 31 Listiny základných práv a slobôd upravuje právo občanov na ochranu zdravia v rámci verejného poistenia a na bezplatnú zdravotnú starostlivosť za podmienok stanovených zákonom. Podľa právneho stavu sa zdravotná starostlivosť poskytuje občanom bez priamej úhrady, za čiastočnú úhradu a za plnú úhradu.⁵⁴

Systém povinného zdravotného poistenia začal v Slovenskej republike nadobudnutím účinnosti zákona č. 7/1993 o zriadení Národnej poisťovne a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia, ktorý nadväzoval na čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky č. 460/1992 Zb. Úlohou poistenia bolo zabezpečiť vyberanie, hromadenie a následne rozdeľovanie finančných prostriedkov na úhradu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Tento systém bol postavený na niekoľkých princípoch:

- solidarita* - jej zmyslom je vyrovnávanie rozdielov medzi zdravými a chorými, mladými a starými, ekonomicky aktívnymi a neaktívnymi a medzi bohatými a chudobnými;
- rovnosť* - táto neznamena zabezpečenie rovnakej zdravotnej starostlivosti, jej podstatou je umožniť rovnakú dostupnosť k potrebnej zdravotnej starostlivosti;
- kvalita* - týka sa hlavne poskytnutej zdravotnej starostlivosti a má dimenziu individuálneho vnímania a celospoločenských očakávaní;

⁵⁴ Červenková, I.: *Sociální a zdravotní pojištění*. Praha: RVŠE, 1994, str. 29.

hospodárnosť - je nevyhnutným princípom z dôvodu obmedzených zdrojov v zdravotníctve, dotýka sa hlavne zdravotných poisťovní;

efektívnosť - má ekonomický charakter a znamená vlastne vyvážený vzťah kvality, hospodárnosti a nákladov;

autonómnosť, verejnoprávnosť a kontrolná úloha štátu - štát systém ovplyvňuje takmer výlučne tvorbou legislatívy a plní predovšetkým kontrolnú úlohu;

zmluvnosť, pluralita a slobodná voľba - tieto princípy majú súkromnoprávny charakter a prinášajú do systému konkurenciu a trhovú mechanizmus;

neziskovosť - je jedným z najdôležitejších princípov, prípadné zisky (v skutočnosti úspory) sa reinvestujú do zdravotnej starostlivosti a do lepších služieb pre poisťencov.⁵⁵

Z uvedených princípov vidíme, že na problematiku zdravotného poistenia sa môžeme pozeráť z viacerých pohľadov. Pravdepodobne najvýznamnejším v našom kultúrnom a spoločenskom prostredí je pohľad sociálny, ktorý je v rovine princípov *rovnosť* a *solidarita*.

Ďalšou veľmi dôležitou súčasťou problematiky je ekonomické hľadisko. Ekonomika zdravotníctva sa zaoberá alternatívami rozmiestnenia nedostatočných zdrojov a ich použitím pri starostlivosti o chorých a na podporu, udržiavanie a upevňovanie zdravia; tiež skúma, akým spôsobom sa zdravotná starostlivosť, zdravotnícke služby, náklady na ne a výsledné plnenia rozdeľujú medzi jednotlivých konzumentov zdravotnej starostlivosti. V ekonomickej rovine sú princípy *hospodárnosti* a *efektívnosti*.

Princíp *kvality* obsahuje medicínsko-ošetrovateľskú rovinu a má dve zložky. V prvom rade objektívnu, ktorá je charakterizovaná postupom lekára (zdravotníka) *lege artis* a v druhom rade

⁵⁵ Kováč, E. a kol.: *Zdravotné poistenie*. Bratislava: Ekonóm, 2000, str.41.

subjektívnu, ktorá hovorí o spokojnosti pacienta. Problematika postupu „lege artis“ je veľmi závažná z dvoch hlavných dôvodov a tie sú:

- 1) riziko právnej zodpovednosti zdravotníckeho pracovníka pri postupe non lege artis (právny aspekt),
- 2) možnosť kalkulácie nákladov na diagnostiku a liečbu u pacienta pri postupe lege artis (ekonomický aspekt).

Žiaľ, jednoznačné vymedzenie pojmu „postup lege artis“ je veľmi obtiažne a v takej aplikovateľnej forme, akú vyžaduje zákon, asi aj nemožné. Za náznak legálnej definície možno považovať §11 ods.1 zákona č. 20/1966 Zb. o starostlivosti o zdravie ľudu: „Štát poskytuje zdravotnícke služby svojimi zariadeniami v súlade so súčasnými poznatkami lekárskej vedy.“ Táto sa následne transformovala do zákona č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, kde sa v §4 uvádza: „Zdravotnú starostlivosť poskytujú zdravotnícke zariadenia v súlade so súčasnými dostupnými poznatkami lekárskej vedy a inými biomedicínskymi vedami.“

Pokračovať s úvahami o požiadavke vykonávať lekárske povolanie lege artis sa nedá bez hľadania odpovede na tieto základné otázky:

- čo treba pokladať za súčasné poznatky lekárskej vedy,
- aké sú možnosti aplikácie súčasných poznatkov lekárskej vedy,
- ako je vymedzená právna povinnosť vykonávať povolanie lekára lege artis,
- čo možno v tejto súvislosti požadovať od lekára.

Pod pojmom „súčasný poznatky lekárskej vedy“ rozumieme všetko, čo sa v oblasti medicíny vôbec dosiahlo od jej začiatkov až po súčasnosť, ide teda o trvalý poznávací proces. Prívlastok „súčasný“ má svoj význam v tom, že nepripúšťa, aby sa pri poskytovaní zdravotníckych služieb aplikovalo to, čo je už vývojom poznania prekonané a v tom,

že rovnako nepripúšťa žiadať nepoznané.⁵⁶ Takéto negatívne vymedzenie je síce pomerne všeobecné, ale aspoň realizovateľné. Aj dnes platný zákon má tendenciu zadefinovať postup *lege artis*, ale dosť nešťastným spôsobom. V ustanovení §4 ods.3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov sa vyslovene ustanovuje povinnosť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, aby poskytoval zdravotnú starostlivosť správne (*lege artis*). V nadväznosti na nové znenie §3 zákona sa novo definuje, kedy je zdravotná starostlivosť poskytnutá správne.⁵⁷ V §4 ods.3 je uvedené: „Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné úkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.“ Realizácia tohto ustanovenia je už veľmi problematická. *Správne* poskytnutie zdravotnej starostlivosti sa bude právne veľmi ťažko posudzovať pri nedostatočnosti záväzných doporučení. A vykonanie *všetkých* zdravotných úkonov (zaujímavo naformulovaná kumulatívna podmienka) je nielen z právneho, ale aj ekonomického aspektu dosť pochybné. V §3 ods.10 sa síce uvádza, že Vláda Slovenskej republiky vydá Katalóg zdravotných výkonov, ktorý priradí zdravotné výkony k jednotlivým chorobám, ale jeho vytvorenie je v nedohľadne a pochybujem, že sa bude dať zrealizovať tak, ako predpokladá zákon.

Ďalším spôsobom nazerania na zdravotné poistenie je prostredníctvom práva. Princípy *autonómnosti*, *verejnoprávnosti* a *kontroly* majú verejnoprávny a správny charakter, kým princípy

⁵⁶ Gecík, K.: *Právna zodpovednosť v zdravotníctve a medicíne*. Martin: Osveta, 1984, str.180.

⁵⁷ Löldesová-Motajová, Z.: Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Novela zákona č. 350/2005 Z.z. s komentárom. In: *Poradca*. Číslo 1, 2006, str.114. ISSN 1335-1583

zmluvnosti, plurality a slobodnej voľby upravujú inštitúty súkromného práva.

Princíp *neziskovosti* sa týka verejného poistenia (i keď v dnešnej dobe to už nie je také jednoznačné), aktivity obchodného charakteru pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti uhrádzané priamo osobou alebo doplnkovým (komerčným, individuálnym) poistením sa, prirodzene, môžu vykonávať za účelom vytvorenia zisku.

5.2 Národná poisťovňa a zdravotné poistenie

Ako už bolo spomenuté, zdravotné poistenie v Slovenskej republike bolo zavedené zákonom č. 7/1993 Z.z. o zriadení Národnej poisťovne a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia (ďalej len zákon o zriadení Národnej poisťovne). Boli ustanovené samosprávne orgány poisťovne: zbor zástupcov, správna rada a dozorná rada, ktoré mali štvorročné funkčné obdobie. Výkonnými orgánmi boli: riaditeľstvo, Správa Fondu zdravotného poistenia, Správa fondu nemocenského poistenia, Správa Fondu dôchodkového poistenia a regionálne národné poisťovne. Na čele riaditeľstva bol generálny riaditeľ, ktorý bol štatutárom poisťovne a na čele regionálnych poisťovní boli riaditelia, menovaní a odvolávaní generálnym riaditeľom. Správy fondov boli právnickými osobami so sídlom v Bratislave. V ďalšom texte sa budem zaoberať už len oblasťou zdravotného poistenia.

Do Fondu zdravotného poistenia prispievali zamestnanci, zamestnávateľia, samostatne zárobkovo činné osoby, spolupracujúce osoby a štát, ktorý prispieval za zákonom vymedzené osoby v §18 ods.7. Pre zamestnanca to bolo vo výške 3,7%, zamestnávateľa 10,0%, samostatne zárobkovo činnú osobu 13,7% a štát platil spočiatku tiež 13,7% vymeriavacieho základu. Avšak novelou č. 325/1993 Z.z. došlo k zmene, teda štát platil poistné za svojich

poistencov vo výške určenej zákonom o štátnom rozpočte Slovenskej republiky (to v praxi znamenalo, že v nižšej). Takže už v začiatkoch zdravotného poistenia v Slovenskej republike boli dané podmienky generujúce deficitné hospodárenie v zdravotníctve. Správa Fondu zdravotného poistenia (vlastne všetkých fondov) vytvárala základný fond, rezervný fond, účelový fond a správny fond.

Z príjmov poisťovne bola financovaná potrebná zdravotná starostlivosť. Pod touto zákon v §4 ods.2 rozumel liečebno-preventívnu starostlivosť, zdravotnícku starostlivosť pri ťažkom zdravotnom postihnutí, pomoc pri poskytovaní osobitnej zdravotníckej starostlivosti a pomoc pri neplodnosti. Na zákon č. 7/1993 Z.z. o zriadení Národnej poisťovne nadväzoval zákon č. 9/1993 Z.z. o zdravotnom poistení a hospodárení s Fondom zdravotného poistenia. Tento definoval zdravotné poistenie ako poistenie, na základe ktorého sa poskytuje zdravotnícka starostlivosť pri predchádzaní alebo v prípade choroby alebo úrazu. V §7 boli uvedené práva poistenca, hlavne právo na výber lekára a bezplatnú zdravotnú starostlivosť, prípadne úhradu nákladov. Vzhľadom na to, že bola len jedna poisťovňa, v zákone nebola uvedená požiadavka formálneho zmluvného vzťahu medzi poistencom a poisťovňou. Na druhej strane, poisťovňa musela uzatvoriť písomnú zmluvu so zdravotníckym zariadením o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Bežná zdravotná starostlivosť bola uhrádzaná zo základného fondu.

V rámci poisťovne dochádzalo k prerozdeľovaniu 20% zaplateného poistného mesačne medzi regionálnymi zdravotnými fondmi. Poisťovňa mohla vynaložiť na svoju činnosť najviac 3% poistného, ktoré boli uhrádzané zo správneho fondu.

Už v začiatkoch zdravotného poistenia došlo k ústavno-právnym problémom. Subjektom, ktorému sa zverila právomoc vydať Liečebný poriadok, sa stala vláda Slovenskej republiky na základe ustanovenia zákona č. 7/1993 Z.z. o zriadení Národnej poisťovne, ktorý v §4 ods.4 určil: „Liečebný poriadok vydá vláda Slovenskej republiky

nariadením.“ Avšak z hľadiska princípov tvorby práva, ktoré platia v právnom štáte, je to neakceptovateľný návyk. Ústava totiž vytvára proporcie a hranice deľby moci medzi jednotlivými štátnymi orgánmi a jednostranné rozširovanie právomoci jednej zložky moci môže narušiť ústavou vytvorené vzťahy nielen medzi nimi, ale aj k občanom. Liečebným poriadkom sa vymedzovali hranice ústavného práva na ochranu zdravia. Generálny prokurátor Slovenskej republiky bol toho názoru, že určenie hraníc tohto práva vládou presahuje ústavnú právomoc vlády a že narúša ústavou vytvorené vzťahy štátneho mechanizmu občanovi. Preto vo februári 1994 podal návrh na preskúmanie súladu §4 ods.4 zákona č. 7/1993 Z.z. o zriadení Národnej poisťovne s Ústavou Slovenskej republiky. Konanie o tomto návrhu sa stalo všeobecne známe, ale nie náležite verejne vysvetlené. Hromadné informačné prostriedky v ňom videli iba vonkajší znak či technický detail. Uniklo im, že podstatou sporu nebola len forma prameňa práva, ktorým sa vydá Liečebný poriadok, ale že základ tkvel v otázke, či ústavné právo na zdravie môže vymedziť a obmedziť aj výkonná moc, či už vláda alebo ministerstvo, alebo či takú právomoc má jedine orgán zákonodarnej moci.⁵⁸ V Náleze Ústavného súdu PL. ÚS 5/94 zo dňa 19. októbra 1994 sa konštatovalo, že k atribútom právneho štátu patrí aj to, že právne vzťahy patriace do sféry základných práv a slobôd môže upravovať výlučne zákon. Preto právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky ako základné ľudské právo musí mať zákonnú úpravu. Právna úprava nižšej právnej sily než zákon porušuje Ústavu Slovenskej republiky. Na základe toho Ústavný súd rozhodol, že §4 ods.4 zákona 7/1993 Z.z. o zriadení Národnej poisťovne nie je v súlade s čl.13 ods.1 a 2 a s čl.40 Ústavy Slovenskej republiky, ako i s čl.31 ústavného zákona č. 23/1991 Z.z., ktorým sa uvádza Listina základných práv a slobôd.

⁵⁸ Drgonec, J.: *Ústavné práva a zdravotníctvo*. Bratislava: Archa, 1996, str. 75 a nasl.

S uvedeným nálezom logicky súvisia ďalšie nálezy (ktoré boli paradoxne prijaté o niekoľko dní skôr – 6. októbra 1994). V náleze PL. ÚS 7/94 Ústavný súd Slovenskej republiky rozhodol, že nariadenie vlády č. 220/1993 Z.z., ktorým sa vydáva Liečebný poriadok, nie je v súlade s čl.13 ods.1 a 2 a čl.40 Ústavy Slovenskej republiky, ako i s čl.4 ods.1 a 2 a čl.31 ústavného zákona č. 23/1991 Zb., ktorým sa uvádza Listina základných práv a slobôd. Taktiež rozhodol v náleze PL. ÚS 8/94, že vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 221/1993 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrad poisťovne za poskytnutú zdravotnú starostlivosť zmluvným zdravotníckym zariadeniam nie je v súlade s čl.13 ods.1 a 2 a s čl.40 druhá veta Ústavy SR a tiež s čl.123 druhou vetou Ústavy SR a rovnako aj s Listinou základných práv a slobôd v ustanoveniach, ako sú uvedené vyššie.

Ako vidno, bola nevyhnutná zmena zdravotníckej legislatívy. Bolo dobré, že už 24. augusta 1994 bola prijatá trojica zdravotníckych zákonov, ktoré boli účinné od 1. januára 1995:

- zákon č. 272/1994 Z.z. o ochrane zdravia ľudí,
- zákon č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní (ďalej iba zákon o zdravotnom poistení),
- zákon č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti.

5.3 Pluralita zdravotného poistenia

1. januárom 1995 začalo na Slovensku obdobie pluralitného zdravotného poistenia. Pluralita zdravotnej starostlivosti bola uzákonená už zákonom č. 9/1993 Z.z. o zdravotnom poistení a hospodárení s Fondom zdravotného poistenia, kde podľa §7 ods.1

mali poistenci právo na výber lekára, zdravotníckeho zariadenia, dopravnej služby a toto právo mohli uplatniť jedenkrát za šesť mesiacov.

Už bolo spomínané, že diskusia o najoptimálnejšom modeli zdravotníctva a jeho financovania začala pomerne skoro po zmenách v novembri 1989. Na základe historických a geopolitických súvislostí sa presadil systém verejného zdravotného poistenia, čo potom bolo aj legislatívne upravené vo fundamentálnych ústavných právnych normách. No výsledky činnosti Národnej poisťovne nenaplnili zámery a predstavy zákonodarcu a pochybnosti o vhodnosti vytvorenia Národnej poisťovne vykonávajúcej zdravotné, nemocenské aj dôchodkové poistenie spoločne prax potvrdila. Preto dochádzalo k tendenciám oddeliť financovanie sociálneho poistenia (nemocenského a dôchodkového zabezpečenia) od zdravotného poistenia. V Národnej poisťovni sa totiž najkritickejším javil problém finančných tokov medzi jednotlivými fondmi napriek tomu, že boli organizačne oddelené.

Ako som spomínal vyššie, od roku 1994 došlo k zníženiu výšky odvodov zo strany štátu. V zdravotníctve tak postupne vznikal nedostatok financií spôsobený predovšetkým tým, že štát nebol schopný v plnom rozsahu plniť povinnosti platiteľa poistného za veľkú skupinu ekonomicky nečinných občanov, čo pri nedostatku finančných zdrojov následne spôsobovalo problém nedostatočného financovania zdravotnej starostlivosti.⁵⁹ Preskupovanie prostriedkov problém neriešilo, skôr spôsobovalo problémy v ostatných fondoch. Ďalším závažným dôvodom k zmene zákona bol politický príklon k pluralizmu viacerých zdravotných poisťovní a s tým súvisiace zabezpečenie rovnocenného postavenia všetkých zdravotných poisťovní.

⁵⁹ Dôvodová správa k zákonu č. 273/1994 Z.z. In: Freund, M.: *Sociálne a zdravotné poistenie*. Bratislava: Eurounion, 1995, str. 48.

Zo zákona č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení podľa §28 bola zriadená Všeobecná zdravotná poisťovňa ako verejnoprávna inštitúcia. Bola právnickou osobou so sídlom v Bratislave a štát sa podieľal na zabezpečení jej platobnej neschopnosti až do výšky 100%. Podľa §29 zákona poistenie vykonávali aj rezortné, odvetvové, podnikové a občianske zdravotné poisťovne zriadené podľa tohto zákona a zdravotné poisťovne zriadené podľa osobitných zákonov.

Podľa osobitných zákonov vznikli Poisťovňa Ministerstva vnútra na základe zákona č. 276/1993 Z.z. o Poisťovni Ministerstva vnútra Slovenskej republiky a o financovaní poistenia, Vojenská zdravotná poisťovňa na základe zákona č. 92/1994 Z.z. a Železničiariska zdravotná poisťovňa podľa zákona č. 201/1994 Z.z. o zdravotnom poistení železničiarov a o Železničnej zdravotnej poisťovni. Tieto poisťovne boli tiež verejnoprávne inštitúcie, právnické osoby so sídlom v Bratislave. Vojenskú zdravotnú poisťovňu a Poisťovňu Ministerstva vnútra podobne ako Všeobecnú zdravotnú poisťovňu štát zabezpečoval do výšky 100% v prípade platobnej neschopnosti. Tieto tri poisťovne mali tri druhy poistencov:

- 1) *osoby povinne poistené,*
- 2) *osoby, ktoré je poisťovňa povinná poistiť, ak o to požiadajú,*
- 3) *osoby, ktoré poisťovňa môže poistiť.*

Zákon špecifikoval, ktoré osoby patrili do jednotlivých kategórií, záviselo to hlavne od terajšieho alebo minulého služobného prípadne zamestnaneckého pomeru, ale tiež mohla hrať úlohu rodinná príslušnosť. V ďalšom vývoji dochádza v roku 1997 hlavne z ekonomických dôvodov k zlúčeniu týchto poisťovní. Na základe zákona č. 280/1997 Z.z. vzniká Spoločná zdravotná poisťovňa. Osobný rozsah poistenia v novej poisťovni je vlastne súčtom pôvodných osobných rozsahov jednotlivých poisťovní.

Na základe zákona č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení a so súhlasom Ministerstva zdravotníctva zriaďovateľovi začali vznikať aj

súkromné zdravotné poisťovne. Tieto zdravotné poisťovne boli právnické osoby zapísané do obchodného registra a zriaďovateľom mohlo byť buď ministerstvo, podnikateľský subjekt alebo iná právnická osoba alebo fyzická osoba. Podmienky, ktoré musel žiadateľ splniť a doložiť na to, aby dostal súhlas Ministerstva zdravotníctva, boli explicitne vymenované v zákone. Takže už od roku 1995 vznikajú: Apollo – chemická zdravotná poisťovňa, Zdravotná poisťovňa Perspektíva, Družstevná zdravotná poisťovňa, Zdravotná poisťovňa Sidéria-Istota, Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera.

Bolo zrejmé, že iba zmena systému jednej poisťovne na pluralitný systém viacerých verejnoprávnych a súkromných poisťovní nevyrieši všetky problémy zdravotného poistenia. Vzhľadom na ekonomické možnosti nebolo možné v Slovenskej republike poskytovať všetku zdravotnú starostlivosť len z prostriedkov štátneho rozpočtu a z poistného osôb zdravotne poistených. Predložený zákon o zdravotnej starostlivosti počítal preto aj s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sčasti alebo plne hradenej tým, kto o starostlivosť požiadal, charitatívnymi inštitúciami alebo inými fyzickými osobami alebo právnickými osobami.⁶⁰

Pluralita poisťovní však k vzniku trhového a konkurenčného prostredia nevedla. Pri obmedzenom množstve finančných prostriedkov, pomerne vysokej nezamestnanosti v spoločnosti, čo zvyšovalo i počet ekonomicky neaktívnych poistencov, nedostatočnom navyšovaní platieb zo strany štátu a vlastne skoro totožných produktoch poisťovní a poskytovaných službách ani nemohla viesť. A ďalší súkromný kapitál sa do zdravotníctva nehrnul.

Problémom sa ukázalo i to, že z dôvodu rôznej štruktúry poistného kmeňa je aj finančné riziko jednotlivých poisťovní rôzne (najvyššie bolo u Všeobecnej zdravotnej poisťovne, pretože mala najväčšie množstvo pacientov vo vyššom veku). Systém povinného verejného

⁶⁰ Dôvodová správa k zákonu č. 277/1994 Z.z. In: Freund, M.: *Sociálne a zdravotné poistenie*. Bratislava: Eurounion, 1995, str. 202.

zdravotného poistenia s pluralitou zdravotných poisťovní a slobodným výberom poisťovne preto vyžadoval mechanizmus kompenzácie rizikovej štruktúry poistencov medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami.⁶¹ Na základe §55 zákona bola Všeobecná zdravotná poisťovňa povinná zriadiť osobitný účet povinného zdravotného poistenia na financovanie zdravotnej starostlivosti na základe prerozdelenia poistného podľa počtu poistencov vynásobeného koeficientom vekovej štruktúry poistencov. Upravil sa mechanizmus prerozdelenia tak, aby sa zabezpečilo relatívne spravodlivé prerozdelenie poistného.⁶² No percento prerozdelenia sa postupne zvyšovalo (v roku 1995 je to 60%, 2003 až 85%) a profitovala z toho hlavne Všeobecná zdravotná poisťovňa, ktorá „nevládala“ uhrádzať zdravotnú starostlivosť za svojich poistencov.

Aj ostatné poisťovne majú ekonomické problémy. Ako už bolo uvedené, dochádza k zlúčeniu troch poisťovní – Poisťovne Ministerstva vnútra, Vojenskej zdravotnej poisťovne a Železničiarskej zdravotnej poisťovne zákonom č. 280/1997 Z.z. do Spoločnej poisťovne. Taktiež dochádza k zlúčeniu Zdravotnej poisťovne Perspektíva a Družstevnej zdravotnej poisťovne, to však nemalo žiadúci ekonomický prínos, a tak v roku 1999 došlo k rozhodnutiu ministra o likvidácii Perspektívy – družstevnej zdravotnej poisťovne. Jej poistencov prevzala z väčšej časti Všeobecná zdravotná poisťovňa, ako to ukladal §34 ods.3 zákona č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení. Neuhradené záväzky v značnej miere ostali na pleciach poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. (Vysporiadanie majetku a záväzkov sa podľa §34 postupne ods.2, 3, 4 riadilo príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom: zákonom č. 328/1991 Zb. o konkurze a vyrovnaní v znení neskorších predpisov, prípadne Obchodným zákonníkom.)

⁶¹ Šagát, T. a kol.: *Organizácia zdravotníctva*. Martin: Osveta, 2004, str.162.

⁶² Freund, M.: *Sociálne a zdravotné poistenie*. Bratislava: Eurounion, 1995, str. 54

Zabezpečenie práva na zdravotnú starostlivosť na náklady zdravotnej poisťovne znamená vytvorenie právnych záruk, že zdravotná poisťovňa bude mať finančné prostriedky na potrebnú zdravotnú starostlivosť vo chvíli, keď ju poistenec bude potrebovať.⁶³ Toto právo súvisí tiež s §26 písm.c) a d) zákona 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení, kde sa uvádzalo, že poistenec má právo na úhradu nákladov spojených s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorá mu bola poskytnutá buď v zmluvnom zariadení za zákonných podmienok alebo v naliehavých prípadoch. Avšak v prípade, že poisťovňa nemá dostatočné finančné prostriedky a neuhradí náklady zdravotnej starostlivosti, dochádza k tomu, že bude síce porušené právo poistenca dané zákonom, ale ujmu pocíti ten, kto zdravotnú starostlivosť poskytol. Mám za to, že zákonom dané právo na úhradu nákladov spojených s poskytnutím zdravotnej starostlivosti by mal mať ten, kto poskytol zdravotnú starostlivosť a nie ten, komu bola zdravotná starostlivosť poskytnutá. Tomu prirodzene zostáva právo na poskytnutie zdravotnej starostlivosti dané zákonom.

Výška úhrady za zdravotnú starostlivosť sa v jednotlivom prípade určuje na základe zákona č. 98/1995 Z.z. o Liečebnom poriadku (§5, ktorý sa pôvodne v zákone nachádzal a zmocňoval vládu na jeho vydanie, bol zo zákona o zdravotnom poistení vypustený pre protiústavnosť). V prílohe č.1 zákona č. 98/1995 Z.z. bol zoznam zdravotníckych výkonov s určením bodovej hodnoty za každý výkon, ohodnotenie bodu určilo opatrenie Ministerstva zdravotníctva. Podľa §37 ods.1 písm.c) zákona č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení, poisťovňa uzatvárala zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s právnickými a fyzickými osobami (zmluvnými zdravotníckymi zariadeniami). A podľa §38 ods.3 poisťovňa poskytla zdravotníckym zariadeniam úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vo výške uvedenej v Zozname zdravotníckych výkonov.

⁶³ Drgonec, J.: *Ústavné práva a zdravotníctvo*. Bratislava: Archa, 1996, str. 70.

Napriek novej právnej úprave nedochádza k ekonomickej stabilizácii systému, presnejšie povedané, po krátkej stabilizácii dochádza opäť k destabilizácii. V roku 1995 bolo hospodárenie systému zdravotníctva mierne deficitné - 0,1% HDP pri príjmoch vo výške len 6,1% HDP, v roku 1996 bolo hospodárenie vyrovnané pri príjmoch 7,2% HDP. V ďalších rokoch dochádza k postupnému znižovaniu príjmov iba na 6,2% HDP v roku 2003.⁶⁴ Je logické, že od roku 1997 sa hospodárenie zdravotníctva opäť dostáva do deficitu, zdroje na obnovu a rozvoj nie sú a je len otázkou času, kedy nevyhnutne dôjde k destabilizácii profesijnej.

V rokoch 1998-2002 majú legislatívne zmeny v systéme zdravotníctva skôr administratívny, procesný, prípadne kvantitatívny charakter (zvýšenie prerozdelenia koeficientu, zvýšenie odvodov), precizuje sa problematika likvidácie a konkurzu poisťovne (kauza Perspektíva), dochádza k vylúčeniu zdravotníckych zariadení z exekúcie. Na okraj možno spomenúť ešte zákon č. 313/2001 Z.z. o verejnej službe, ktorý pravdepodobne pribrzdil a snáď aj trochu oddialil už spomínanú profesijnú a personálnu destabilizáciu zdravotníctva.

5.4 Začiatky „reformy“ zdravotníctva

Vláda, ktorá vznikla po voľbách v roku 2002 si predsavzala vysoký a náročný cieľ – zreformovať ponovembrové zdravotníctvo a urobiť z neho efektívny (rozumej kvalitný a lacný) systém. Sami autori reformy uvádzali: „Prvé kroky, ktoré sme urobili, boli kroky stabilizačné. Boli nevyhnutné a priniesli očakávaný efekt. Nielenže sa znížila nadbytočná spotreba, ale došlo aj k prelomeniu psychologickú bariéru nedotknuteľnosti článku 40 Ústavy. Jeho správny teologický

⁶⁴ Zdroj: Pažitný, P., Zajac, R.: *Ozdravené zdravotníctvo v rukách občanov*. Bratislava: Publicis Kunt, 2004, str.11.

(asi teleologický – pozn. autora) výklad, nie ortodoxne gramatický, nás viedol k odvahe pripraviť zavedenie poplatkov za služby spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, za stravovanie a ubytovanie v nemocnici, za recepty a dopravu.“⁶⁵

Dá sa povedať, že legislatívne zmeny zahájilo prijatie novely č. 138/2003 Z.z. Tieto sa museli v prvom rade dotknúť zákona č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti. Podľa dôvodovej správy novela definovala novým spôsobom pojem „zdravotná starostlivosť“, zadefinovala „služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti“ a taktiež upravila podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti vrátane liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín poskytovaných na základe povinného zdravotného poistenia, tzv. solidárny balík. Zároveň vymedzila rozsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej na základe zmluvného pripoistenia, tzv. doplnkovú zdravotnú starostlivosť s určením spôsobu jej poskytovania a financovania. Cieľom predloženého návrhu bolo zahájiť proces postupného vytvárania stabilných podmienok pre činnosť v zdravotníctve, zastaviť rast dlhu a zabezpečiť vyrovnanú bilanciu v zdravotníckom sektore.⁶⁶

Zdravotnú starostlivosť podľa §2 ods.1 zákona č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti poskytuje zdravotnícky pracovník. Od zdravotnej starostlivosti sa oddelili služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Vymedzila sa definícia týchto služieb, ktoré s účinnosťou od 1. júna 2003 nemožno považovať za zdravotné výkony, lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny a nemusel ich poskytovať zdravotnícky pracovník.⁶⁷ Úhrada za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa realizovala na základe § 2a ods.4 zákona č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti

⁶⁵ Pažitný, P., Zajac, R.: *Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov*. Bratislava: Publicis Kunt, 2004, str. 7

⁶⁶ Dôvodová správa k novele č. 138/2003 Z.z. zákona o zdravotnej starostlivosti. In: *Novelizované zákony s dôvodovými správami v úplnom znení*. Ročník II., č.11, 2003, str.73. ISSN 1335-9517

⁶⁷ Božiková, M.: Zákon o zdravotnej starostlivosti s komentárom. In: *Poradca*. Číslo 11-12, 2003, str.27.

a §3a zákona č. 98/1995 Z.z. o Liečebnom poriadku v znení neskorších predpisov (20 Sk za ambulantnú starostlivosť, 50 Sk za 1 deň ústavnej starostlivosti, 2 Sk za 1 km, existovalo ale množstvo výnimiek).

V zákone č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení považujem za najdôležitejšiu a dosť nešťastnú zmenu § 38 ods.2. Pôvodné znenie ustanovenia bolo: „Zmluvy sa uzatvárajú v rozsahu tých druhov výkonov, ktoré je zmluvné zdravotnícke zariadenie oprávnené poskytovať.“ To smerovalo k tomu, aby v zmluve medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením boli vyšpecifikované konkrétne druhy zdravotnej starostlivosti, ktoré je zdravotnícke zariadenie oprávnené poskytovať a ktoré bude poisťovňa preplácať, čo umožňovalo, aby poisťovňa naozaj „manažovala“ svojho poistenca a nedochádzalo k výraznejšej tvorbe tzv. nadlimitných výkonov, pretože konkrétnosť, no i flexibilita oboch strán tu bola pomerne veľká. Nové znenie ustanovilo, že zdravotná poisťovňa a zdravotnícke zariadenie si v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti okrem iných náležitostí musia dohodnúť aj rozsah zdravotných výkonov, liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín vrátane sankcií za nedodržanie dohodnutého rozsahu. Podmienkou tiež bolo, že dohoda o rozsahu musí vychádzať zo schváleného poistného rozpočtu, ktorého zásadou je vyrovnanosť a rozsah musí byť dohodnutý na kalendárny mesiac alebo štvrťrok.⁶⁸ Toto jednoznačne smerovalo k ďalšej tvorbe nadlimitných výkonov, pretože potreba akútnej zdravotnej starostlivosti kolíše, nedá sa napláňovať a musí sa vykonať (§6 ods.1 zákona č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti). Taktiež môžu kolísať náklady na zdravotnú starostlivosť u rôznych pacientov aj v prípadoch, že majú obdobnú základnú diagnózu.

Problém nadlimitných výkonov je zjavný, známy, avšak doteraz principiálne neriešený. „Tento problém tu stále pretrváva, zvýšené

⁶⁸ Dôvodová správa k novele č. 138/2003 Z.z. zákona o zdravotnom poistení. In: *Novelizované zákony s dôvodovými správami v úplnom znení*. Ročník II, č.12, 2003, str.63. ISSN 1335-9517

alebo neuhradené náklady ostávajú na bedrách zdravotníckych zariadení, hlavne nemocničných. Pokiaľ sa štát a jeho predstavitelia – vláda a parlament – nevysporiadajú s fenoménom nadlimitných výkonov, nie je možné pristúpiť zodpovedne k akejkoľvek reforme zdravotníctva a ani akákoľvek podoba razantnej reformy zdravotníctva nemôže byť úspešná.“⁶⁹

⁶⁹ Trechová, M.: Nadlimitné výkony a reforma zdravotníctva. In: *Konzilium. Časopis Slovenskej lekárskej komory*. Ročník III, č. 2, 2004, str.16.

6 Zdravotníctvo a zdravotné poistenie po 1. januári 2005

Od 1. januára 2005 je účinný „balík“ zákonov, podľa ktorého ide dnešné zdravotníctvo. Pomerne rozsiahle väzby a rozmanité vzájomné vzťahy sú roztrúsené do viacerých právnych noriem upravujúcich jednotlivé segmenty zdravotníckeho systému. Je potrebné zdôrazniť, že pomerne veľká časť právnych vzťahov vzniká v intenciách *leges generales* voči zdravotníckym zákonom ako napr. Obchodný zákonník, Zákonník práce, Správny poriadok a pod.

Zdravotné poistenie slúži na úhradu zdravotnej starostlivosti. Podľa predchádzajúcej právnej úpravy bola zdravotná starostlivosť starostlivosťou o ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia ľudí. Ako bolo v úvode spomínané, z nášho právneho poriadku prechodne vypadla legálna definícia zdravia a v podstate pojem „zdravie“ ako taký. Dnes má podľa ustanovenia zákona zdravotná starostlivosť za úlohu predĺženie života a zvýšenie jeho kvality u osoby, jednotlivca; zdravie sa má týkať budúcich generácií. Za pozitívum treba považovať, že zdravotnú starostlivosť môže vykonávať len zdravotnícky pracovník.

Na základe uvedeného môžeme hovoriť o niekoľkých subjektoch pri zdravotnom poistení a poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré vstupujú do vzájomných právnych vzťahov:

- A) zdravotná poisťovňa
- B) platiteľ poistného
- C) fyzická osoba – môže byť
 - 1) poistenec
 - 2) pacient
- D) poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
- E) zdravotnícky pracovník
- F) iné subjekty

Fyzická osoba môže byť aj platiteľom poistného, zdravotnícky pracovník môže byť totožný s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Medzi uvedenými subjektmi vznikajú vzájomné právne vzťahy. Predmetom týchto právnych vzťahov je hlavne:

- I) platba poistného (vzťah platca – poisťovňa)
- II) poskytnutie zdravotnej starostlivosti (vzťah poskytovateľ – poistenec/pacient)
- III) úhrada za zdravotnú starostlivosť (vzťah poisťovňa – poskytovateľ)
- IV) predmet vedľajších právnych vzťahov (napr. poskytovateľ – zdravotnícky pracovník, platca – poistenec, administratívno-právne vzťahy verejnej správy, pacient – zákonný zástupca a pod.)

6.1 Zdravotné poisťovne

Postavenie, činnosť, organizáciu a riadenie zdravotných poisťovní upravuje zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len zákon o zdravotných poisťovniach) a tiež 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 o zdravotnom poistení).

Zdravotná poisťovňa je právnická osoba, ktorá vykonáva verejné zdravotné poistenie na základe povolenia, musí mať formu akciovej spoločnosti a obchodné meno musí obsahovať „zdravotná poisťovňa a.s.“ Zdravotné poisťovne sa tým (do istej miery) stali subjektmi súkromného práva, čo je podstatná zmena oproti predchádzajúcemu stavu. To znamená, že zdravotné poisťovne spadajú (aj) pod režim Obchodného zákonníka (subsidiárna pôsobnosť Obchodného

zákonníka). Vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni a Spoločnej zdravotnej poisťovni sa stal 100%-ným akcionárom štát. Orgány akciovej spoločnosti sú valné zhromaždenie, predstavenstvo ako štatutárny orgán a dozorná rada. Na základe §3 ods.1 je poisťovňa povinná zriadiť útvar vnútornej kontroly, túto kontrolu efektívne vykonávať a v stanovách upraviť vzájomný vzťah predstavenstva, dozornej rady a útvaru vnútornej kontroly. Vnútorná kontrola sa zaoberá dodržiavaním zákonov a predpisov, kontrolou riadenia a činnosti zdravotnej poisťovne. Pre zdravotné poisťovne sa tým mali zaviesť tvrdé rozpočtové obmedzenia, prehľadné finančné vzťahy, finančná aj osobná zodpovednosť, transparentné účtovníctvo a povinnosť externého auditu. Výsledkom malo byť sprísnenie hospodárenia smerom dovnútra poisťovne a liberalizácia smerom von. Predpokladalo sa vytvorenie takého prostredia pre činnosť zdravotných poisťovní, v ktorom zdravotné poisťovne budú na základe kvality svojich poistných služieb súťažiť o poistencov formou nakupovania zdravotnej starostlivosti od poskytovateľov za zákonom daných podmienok. Autori reformy však išli vo svojich predpokladoch ešte ďalej: „Ak zdravotná poisťovňa bude hospodáriť tak, že dosiahne zisk podľa tohto zákona, bude s ním, po zohľadnení určitých špecifik (pacienti na čakacích zoznamoch) môcť nakladať v zmysle platných právnych predpisov ako každý podnikateľský subjekt.“⁷⁰

Táto konštrukcia je však čisto teoretická. Vzhľadom na neustály pokrok v medicíne, rastúce náklady na zdravotnú starostlivosť, starnutie populácie, tlak na mzdy zdravotníckych pracovníkov, rast energií a podobne je fikciou uvažovať o možnosti tvorby zisku (v zmysle dividend) pri verejnom povinnom zdravotnom poistení napriek tomu, že poisťovne idú (avšak len subsidiárne) v režime Obchodného zákonníka.

⁷⁰ Pažitný, P.: Komentár k zákonu č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou. In: *Poradca*. Číslo 7, 2005, str. 80-81.

Uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi je povinné v rozsahu minimálnej siete a v primárnom kontakte (všeobecná ambulancná starostlivosť a záchranná zdravotná služba). Poistovňa hodnotí personálne a materiálno-technické vybavenie poskytovateľov a indikátory kvality. Tieto vydáva vláda nariadením. Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa §7 musí obsahovať kritéria pre personálne, materiálno-technické vybavenie a indikátory kvality v zmysle dostupnosti, efektívnosti, účinnosti, primeranosti, výsledkov zdravotnej starostlivosti a jej vnímania pacientom. Taktiež jej obligatórnou súčasťou je určenie rozsahu zdravotnej starostlivosti, výška úhrady a splatnosť úhrady za poskytnutú starostlivosť. Výška úhrady nesmie byť vyššia ako maximálna cena ustanovená cenovým predpisom. Dôsledkom je, že sa účinky tvrdých rozpočtových pravidiel prenášajú na poskytovateľa. Limitované zdroje príjmov, či už zo zákona alebo zo zmlúv, bránia dôslednému napĺňaniu uvedených kritérií. A pri dosť obmedzenom množstve zdravotných poisťovní sa trhový mechanizmus (už spomínaná „súťaž o pacienta“), z ktorého by mohol profitovať aj poskytovateľ (a v konečnom dôsledku pacient), nemôže uplatniť.

Zdravotná poisťovňa predkladá Ministerstvu zdravotníctva a Ministerstvu financií polročnú správu a výročnú správu o hospodárení, plán činností na rozpočtový rok a návrh rozpočtu. Na riadny výkon verejného zdravotného poistenia a riadny výkon zdravotnej starostlivosti dohliada Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len úrad). V prípade insolventnosti zdravotnej poisťovne nastupuje ozdravný plán, ktorý musí byť schválený predstavenstvom a dozornou radou. Ak by v hospodárení zdravotnej poisťovne nastali také nedostatky, ktoré by mohli priamo ohroziť splnenie záväzkov zdravotnej poisťovne a tým i právo poistencov na zdravotnú starostlivosť, úrad môže zaviesť v poisťovni nútenú správu.

Jedným z opatrení úradu, ktorým sa zabezpečuje ochrana poistencov verejného zdravotného poistenia pri neplnení povinností

uložených zdravotnej poisťovni, je prevod poistného kmeňa. Podľa niektorých názorov, „keďže zdravotné poisťovne sú subjektmi poistného trhu, je možné, že poistný kmeň, ako súbor uzavretých platných poistných zmlúv, bude predmetom obchodu medzi zdravotnými poisťovňami.“ No aj v takomto prípade by podmienky a spôsob tohto prevodu nesmel poškodzovať oprávnené záujmy poistencov, a preto by bolo takýto prevod možné uskutočniť iba na základe súhlasného stanoviska úradu.⁷¹

6.2 Poistenec a platiteľ poistného

Poistenec je fyzická osoba, ktorá je povinne verejne zdravotne poistená alebo dobrovoľne verejne zdravotne poistená. Predchádzajúca právna úprava poznala len povinné zdravotné poistenie, terajšia už rozlišuje verejné zdravotné poistenie, ktoré môže byť povinné a dobrovoľné a individuálne zdravotné poistenie. Pokiaľ ide o povinné verejné zdravotné poistenie, toto vzniká zo zákona, ex lege, a k jeho vzniku sa nevyžaduje prejav vôle subjektu. Povinné verejné zdravotné poistenie je teda povinným, obligatórnym poistením, ktoré vzniká u taxatívne vymedzeného okruhu subjektov. K účasti na dobrovoľnom verejnom zdravotnom poistení sa vyžaduje prejav vôle jednotlivých subjektov. Dobrovoľne verejne zdravotne poistená môže byť osoba, ktorá nemá trvalý pobyt na území Slovenskej republiky. Individuálne zdravotné poistenie vzniká na základe vôle subjektov. Ide teda o zmluvný vzťah, ktorým sa zakladá dobrovoľné, fakultatívne zdravotné poistenie.⁷²

Hoci dobrovoľné verejné aj individuálne poistenie sú fakultatívne, rozdiel medzi nimi je v obsahu poistného vzťahu a rozsahu poistenia.

⁷¹ Pažitný, P.: Komentár k zákonu č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starsotlivosťou. In: *Poradca*. Číslo 7, 2005, str.99.

⁷² Matlák, J.: Zákon o zdravotnom poistení s komentárom. In: *Personálny a mzdový poradca podnikateľa*. Číslo 4, 2006, str. 5.

Rozsah zdravotnej starostlivosti na základe dobrovoľného verejného zdravotného poistenia určuje 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 (ďalej len zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti). Zo znenia §4 ods.2, kde sa uvádza, že dobrovoľné verejné zdravotné poistenie vzniká dňom prihlásenia do zdravotnej poisťovne, sa dá vyvodiť, že na vznik poistného vzťahu stačí jednostranný prejav vôle zo strany poistenca. Taktiež v §6 ods.9 sa uvádza, že poisťovňa odmietne potvrdenie prihlášky poistenca, len ak prihláška bola podaná v inej zdravotnej poisťovni.

V prípade individuálneho poistenia sa poistná zmluva zakladá podľa Občianskeho zákonníka a rozsah zdravotnej starostlivosti sa dohodne medzi stranami v zmluve. Taktiež zmluvne sa určí výška poistného. Na to je potrebný súhlasný prejav oboch strán.

Verejné zdravotné poistenie vzniká najčastejšie narodením, dňom získania trvalého pobytu či dňom prihlásenia sa do zdravotnej poisťovne. Poistenec je povinný podať prihlášku na verejné zdravotné poistenie do ôsmich dní odo dňa vzniku skutočnosti zakladajúcej vznik verejného poistenia. Môže to vykonať osobne alebo v zastúpení. Poisťovňa prijme a potvrdí prihlášku, oznámi to úradu a doručí poistencovi preukaz poistenca. Podľa §7 ods.2 môže poistenec zmeniť príslušnú poisťovňu len k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka, pričom prihlášku treba podať najneskôr do 30. septembra. Uvedená úprava poskytuje dostatočný časový priestor zdravotným poisťovňam, aby mohli do konca kalendárneho roka zrealizovať podané prihlášky a aby mali k 1. januáru každého kalendárneho roka presný prehľad o všetkých poistencoch vrátane poistencov, za ktorých platí poistné štát. Uvedená úprava súvisí aj s ročným zúčtovaním poistného – zdravotná poisťovňa pri ročnom zúčtovaní prikladá skutočný počet poistencov za predchádzajúci kalendárny

rok.⁷³ Na druhej strane treba podotknúť, že je to tiež veľmi významné obmedzenie proklamovaného trhového princípu.

Práva poistenca spočívajú v možnosti voľby poisťovne jedenkrát ročne. Príslušná zdravotná poisťovňa je povinná vydať poistencovi na jeho požiadanie európsky preukaz zdravotného poistenia. Taktiež má právo na informácie o zmluvných poskytovateľoch poisťovne. Má nárok na poskytnutie neodkladnej starostlivosti aj u nezmluvného poskytovateľa a na úhradu zdravotnej starostlivosti. Môže sa domáhať ochrany práv a právom chránených záujmov vyplývajúcich z verejného poistenia a môže sa podieľať na kontrole poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Poistenec je povinný uhradiť zdravotnej poisťovni zdravotnú starostlivosť, ak bola poskytnutá v dôsledku porušenia liečebného režimu alebo užitia návykovej látky. Toto ustanovenie je ale dosť problematické, pretože pacienti často nedodržiavajú liečebný režim (napr. po srdcovom infarkte pacient fajčí, hoci jeho liečba mohla stáť až niekoľko desaťtisíc korún, a to môže byť pre poistenca problém uhradiť). Poistenec je povinný podať ročné zúčtovanie a vrátiť preukaz poistenca, ak nastali relevantné skutočnosti (zánik poistenia, vydanie európskeho preukazu).

Verejné zdravotné poistenie zaniká smrťou alebo vyhlásením za mŕtveho. Tiež zaniká pri zániku skutočností, taxatívne uvedených v zákone, ktoré pôvodne viedli k vzniku verejného zdravotného poistenia. Dobrovoľné verejné poistenie zaniká odhlásením.

Od poistenca musíme odlíšiť platiteľa poistného. Platiteľ poistného môže byť s poistencom totožný, môžu byť viacerí platitelia poistného u jedného poistenca a môže byť iná osoba platiteľ poistného a iná osoba poistenec. Podľa zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení je povinný platiť poistné zamestnanec, samostatne zárobkovo činná osoba, zamestnávateľ a štát. Tiež je povinná platiť osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená a nie je ani zamestnancom, ani

⁷³ Martincová, V.: Komentár k zákonu č. 580/2004 o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve. In: *Poradca*. Číslo 7, 2005, str.29.

samostatne zárobkovo činnou osobou, ani za ňu neplatí štát. Medzi platiteľmi poistného sa vymedzuje pojem tzv. dobrovoľne nezamestnanej osoby, čím sa obmedzuje miera solidarity na tieto osoby. Filozofia zákona je, že za každého poistenca musí byť zaplatené poistné a tým je zároveň systém solidárny. To znamená, že štát platí za osoby, ktoré si nedokážu platiť za seba samé z dôvodu, že už (dôchodcovia) alebo ešte (deti) nie sú ekonomicky aktívne, alebo nemajú možnosť byť ekonomicky aktívne (nezamestnaní), alebo v určitých situáciách nemôžu byť ekonomicky aktívne (nemocenské, starostlivosť o blízku osobu atď.).⁷⁴

Sadzba poistného je spolu 14%. V prípade zamestnanca 4% platí zamestnanec a 10% zamestnávateľ. Samostatne zárobkovo činná osoba má sadzbu 14%, rovnako má zamestnanec, ak má aj iné príjmy podliehajúce dani z príjmov. V prípade osôb so zdravotným postihnutím sa sadza kráti na polovicu. Štát si stále ponecháva výhodu, za svojich poistencov odvádza 4% z vymeriavacieho základu, ktorý je 12-násobok priemernej mesačnej mzdy.

6.3 Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

Poskytovateľ je tretím obligatórnym prvkom v procese zdravotnej starostlivosti, zvyčajne napojený na verejné zdravotné poistenie. Jeho úlohou je v zmysle ekonomickom poskytnutie služby, príjemcom služby je pacient/poistenec, ale platí ju prostredníctvom zdravotnej poisťovne. Poskytovateľ môže a nemusí mať zmluvu z poisťovňou, avšak v prípade poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti aj nezmluvný poskytovateľ má právo na úhradu. Nás však zaujímajú zmluvní poskytovatelia.

⁷⁴ Löldesová-Motajová, Z.: Zákon o zdravotnom poistení s komentárom. In: *Poradca*. Číslo 1, 2006, str. 21.

Poskytovateľom je fyzická alebo právnická osoba, ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe povolenia, licencie alebo živnostenského oprávnenia. V prípade, že zdravotnú starostlivosť poskytuje fyzická osoba, musí byť táto osoba zdravotníckym pracovníkom, ak poskytuje zdravotnú starostlivosť osobne. V prípade právnických osôb a iných fyzických osôb tieto musia mať odborného zástupcu a zdravotníckych pracovníkov v pracovnoprávnom alebo obdobnom pracovnom vzťahu. Zdravotnícky pracovník musí byť spôsobilý na právne úkony, zdravotne aj odborne spôsobilý a bezúhonný. Jeho povinnosťou je kontinuálne vzdelávanie, ktoré je inštitucionalizované a samostatne upravené v §§45 a 46 zákona č. 131/2002 Z.z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov a tiež v ďalších podzákonných predpisoch.

Poskytovateľ poskytuje zdravotnú starostlivosť vo forme ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá môže byť všeobecná alebo špecializovaná, ústavnej zdravotnej starostlivosti a lekárenskej starostlivosti. Za vykonanú starostlivosť poskytovateľovi prináleží úhrada. Povinnosti zdravotnej poisťovne, ktoré sú jedným z predpokladov fungovania verejného zdravotného poistenia, zákon vymedzuje jednak z hľadiska všeobecného, ako aj vo vzťahu k poistencovi.⁷⁵ Evidentne chýba špecifické vymedzenie povinností vo vzťahu k poskytovateľovi. Ten má v zákone č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti určené, že na základe verejného zdravotného poistenia sa plne uhrádza neodkladná zdravotná starostlivosť, zdravotné výkony vedúce k zisteniu choroby a poskytnuté pri liečbe choroby uvedenej v zozname prioritných diagnóz. Vzhľadom na to, že poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti vyplýva z bezprostredného ohrozenia života alebo vážneho ohrozenia zdravia osoby, ustanovuje sa povinnosť bezodkladne poskytnúť neodkladnú zdravotnú starostlivosť každej

⁷⁵ Matlák, J.: Zákon o zdravotnom poistení s komentárom. In: *Personálny a mzdový poradca podnikateľa*. Číslo 4, 2006, str.48.

osobe a poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti aj povinnosť bez zbytočného odkladu prevziať osobu od poskytovateľa záchrannej zdravotnej služby. Povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vyžiadať si od zdravotnej poisťovne potvrdenie skutočnosti, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri jej poskytnutí, súvisí s ustanoveniami §9 ods.2 a 3 zákona 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení.⁷⁶ Ustanovenia o bezodkladnej zdravotnej starostlivosti majú svoj logický deficit. Zdravotnícky pracovník musí poskytnúť zdravotnú starostlivosť, ak je neodkladná, no tento záver môže vysloviť až po vyšetrení pacienta, t.j. po vykonaní zdravotníckeho výkonu uvedeného v zozname výkonov ako „komplexné vyšetrenie“. Ak zdravotná poisťovňa uzná, že zdravotná starostlivosť nebola neodkladná (a ona ani nemusela byť), nevykoná úhradu. V rámci praktickej aplikácie môže vzniknúť aj prípad, že zdravotná poisťovňa uzná neodkladnosť zdravotnej starostlivosti, avšak úhrada za výkon narazí na limit v zmluve medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom. I keď by mala byť táto zdravotná starostlivosť uhradená nad rámec zmluvy, prax je taká, že sa neuhradí iná zdravotná starostlivosť, ktorá síce nebola neodkladná, ale časovo predchádzala prípadnú bezodkladnú zdravotnú starostlivosť. Na túto prax doplácajú hlavne nemocnice, ktoré musia na základe §2 ods.21 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti poskytovať nepretržite ústavnú zdravotnú starostlivosť (na rozdiel od špecializovanej ambulantnej starostlivosti).

Uvedenú prax potvrdzuje § 40a zákona č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti v znení novely č. 347/2005 Z.z.: „Kategorizácia chorôb, liečiv, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín sa vykonáva tak, aby verejné prostriedky, s ktorými hospodária zdravotné poisťovne, postačovali na úhradu zdravotnej

⁷⁶ Martincová, V.: Komentár k zákonu č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve. In: *Poradca*. Číslo 7, 2005, str. 62.

starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia v súlade s týmto zákonom.“ Doplnením tohto ustanovenia sa malo zabezpečiť, aby výška úhrad zdravotných poisťovní a výška zdrojov v systéme zdravotného poistenia bola v rovnováhe tak, aby nebola obmedzená dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poistencov. Systém verejného zdravotného poistenia je založený na hospodárení s obmedzeným množstvom zdrojov, ktoré neurčujú poisťovne, ale štát svojim rozhodnutím vyjadreným zákonom o zdravotnom poistení. Zároveň výška disponibilných zdrojov závisí aj od vývoja makroekonomických parametrov, ktoré zdravotné poisťovne rovnako nemôžu ovplyvniť (nominálne príjmy obyvateľstva, priemerná mzda v národnom hospodárstve, minimálna mzda). Štát súčasne určuje rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorý je uhrádzaný z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Doplnením §40a sa zdôrazňuje prepojenosť objemu zdrojov plynúcich z výberu poistného a objemom nákupu zdravotnej starostlivosti zdravotnými poisťovňami uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia.⁷⁷ Zdá sa, že mikroekonomické a makroekonomické ukazovatele sa poskytovateľov netýkajú, že sa dotýkajú len zdravotných poisťovní.

⁷⁷ Lacová, M.: 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. Novela zákon č. 347/2005 Z.z. s komentárom. In: *Poradca*. Číslo 1, 2006, str.131.

7 Záver

Starostlivosť o zdravie a pomoc v chorobe mali v celej ére ľudstva charakter poslania. Na druhej strane zdravotníckej činnosti boli pre lekárov a iné osoby zaoberajúce sa liečbou zdrojom príjmu a obživy. Už z histórie vidíme, že spôsoby úhrad za zdravotnú starostlivosť boli rôzne. Či to boli priame platby a dary pre lekárov, liečiteľov a kňazov, alebo to boli platby z verejných prostriedkov štátu alebo mesta, vždy existoval okrem humánneho rozmeru aj rozmer ekonomický.

System verejného zdravotného poistenia je vlastne najmladší. V našich podmienkach sa rozvíja z dôvodov historickej continuity a tradície. S centralizovaným riadením máme svoje skúsenosti a liberalizmus v podobe, aká je v USA, asi príliš nevyhovuje európskemu naturelu. Zdravotníctvo podobne ako ostatné mikrosystémy spoločnosti odzrkadľuje konkrétnu spoločnosť, v ktorej existuje. Na základe divergentných tendencií vznikajú odlišnosti aj medzi inak podobnými systémami, ktoré sú potom pre ne charakteristické. Dnes sa zdá, že začínajú prevládať konvergentné tendencie, takže jednotlivé systémy sa snažia navzájom preberať veci, postupy, spôsoby financovania, metódy riadenia, ktoré sa zdajú optimálne. Najlepšie by bolo nájsť takú formu organizácie a financovania zdravotníctva, pri ktorej by sa využili výhody centrálného riadenia (zdravie ako verejný záujem), silné súkromné zdravotníctvo (zdravie ako súkromný záujem) aj poisťný systém (solidarita).

Na Slovensku došlo v zdravotníctve k výrazným zmenám. Treba však povedať, že reforma zdravotníctva nezačala v roku 2002, transformácia spoločnosti sa začala od roku 1989 a k reforme zdravotníctva popravde došlo účinnosťou zákonov č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení, č. 272/1994 Z.z. o ochrane zdravia ľudí od 1. januára 1995 a schválením zákona č. 98/1995 o Liečebnom poriadku. Už pred rokom

2002 existoval pluralitný systém zdravotného poistenia, vo veľkej miere sprivatizovaná ambulantná sféra, zoznam výkonov a ich bodové hodnoty, neštátne (súkromné) nemocnice aj zdravotné poisťovne, tiež zdravotnícke zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť na priamu platbu.

Začiatok „novej reformy“ bol veľmi pompézny. Lajos Bokros, riaditeľ služieb finančného poradenstva Svetovej banky sa mal vyjadriť: „Môžem len definitívne konštatovať, že ide o najodvážnejšiu zdravotnícku reformu, aká sa kedy vôbec v strednej a východnej Európe uskutočnila“. Mukesh Chawla, hlavný ekonóm pre ľudský rozvoj pre región Európy a Strednej Ázie vo Svetovej banke mal povedať: „Neexistuje porovnateľná krajina, ktorá do takej hĺbky a tak komplexne mení zdravotníctvo ako Slovensko.“⁷⁸ Prirodzene existovali relevantné osoby aj s inými názormi, ale tie buď vyčkávali, ako to dopadne (čo keby to náhodou vyšlo?), alebo radšej mlčali, aby neboli obvinené zo spiatočníctva alebo nekompetentnosti. Niektorí sa aj jasne vyjadrili, ako bývalí premiéri Českej republiky (t.j. „len“ politici) Miloš Zeman a Jiří Paroubek, že – parafrázujem – v ich krajine sa experimentovať na ľuďoch nebude.

Myslím, že dnes už možno aspoň čiastočne hodnotiť. Budem parafrázovať základnú tézu pravicovej vlády: „Štát je zlý vlastník a manažér, problémy vyrieši trh“. Ono to môže platiť pri štandardnom peňažno-tovarovom vzťahu, ale asi problematicky v systéme s výrazným sociálnym akcentom. Vyššie bol popísaný liberalistický systém, ktorý je síce technicky veľmi vyspelý, ale po humánnej stránke príliš zaostáva; a súčasne je veľmi drahý. Reforma sa snažila obmedziť funkcie štátu. Úlohy štátu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti boli pôvodne zakotvené v §3 zákona č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti tak, že štát mal utvárať podmienky na to, aby sa zdravotná starostlivosť poskytovala na odbornej úrovni,

⁷⁸ Pažitný, P., Zajac, R.: *Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov*. Bratislava: Publicis Knut, 2004, str. 136.

plynulo, sústavne a aby bola dostupná. Od 1. januára 2005 bol §3 upravujúci úlohy štátu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti z textu platného zákona celkom vypustený! Ostáva teda nezodpovedanou otázkou, ktorý subjekt v súčasne platných legislatívnych podmienkach bude mať za povinnosť občanom zabezpečovať to, čo mal pre nich predtým zabezpečovať štát?!⁷⁹ Ťažko povedať, či vypustený §3 nahradí §25 ods.2 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení, v ktorom je uvedené, že príslušná zdravotná poisťovňa je povinná zabezpečiť poistencovi zdravotnú starostlivosť v rozsahu ustanovenom v osobitnom predpise. Novovzniknutý orgán, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, nemá túto pozitívnu kompetenciu, má skôr kontrolný a sankčný charakter.

Jednoznačne mylnou bola myšlienka, že v podstate formálna zmena poisťovní na akciové spoločnosti výraznejšie ovplyvní chod zdravotníctva vďaka prechodu zdravotných poisťovní pod režim Obchodného zákonníka. Aj akciová spoločnosť môže ísť do konkurzu, niektoré išli aj do roku 2002 a následky by znášal tak či tak štát alebo iná poisťovňa. V prípade nemocníc ako subjektov súkromného práva problém prípadného konkurzu by nebol taký horúci, problém bol v tom, že konkurzy hrozili a hrozia najväčším a vrcholovým nemocniciam. Tieto opatrenia nezabránili ďalšiemu narastaniu dlhu, poisťovne síce musia dodržiavať prísne rozpočtové pravidlá, ale nemocnice prekračujú limity zazmluvnenej zdravotnej starostlivosti, redukcia nákladov má tiež svoje hranice, takže sa ďalej zadlžujú. Veľká časť zdravotnej starostlivosti totiž nie je neodkladná, ale je viac menej akútne. To znamená, že v dohľadnom čase je potrebné túto starostlivosť poskytnúť. Pacienta (klienta) s rakovinou žalúdka treba operovať, netreba ihneď, ale za mesiac-dva môže byť už neskoro. Nejedná sa o neodkladnú zdravotnú starostlivosť, ale výkon nie je dlhodobo odložiteľný.

⁷⁹ Takáčová, V.: Práva a povinnosti pacientov v Slovenskej republike. In: *Medicínsky monitor. Slovenská lekárska spoločnosť*. Číslo 4, 2005, str.12. ISSN 1335-0951

Aj pre trh práce platia (by mali platiť – pozn. autora) zákonitosti pôsobiace na ostatných trhoch.⁸⁰ Začiatky reformy boli charakteristické vyčlenením väčšiny zdravotníckych pracovníkov (ich odmeňovania) spod režimu zrušeného zákona č. 313/2001 Z.z. o verejnej službe pod novelizovaný Zákonník práce. To malo za následok úpravu miezd na úroveň minimálnych mzdových taríf. Exodus zdravotníckych pracovníkov, ktorý to spustilo, ide nezmenenou intenzitou a nezdá sa, že by sa šiel aspoň spomaliť. Dopyt po práci zdravotníckeho pracovníka stúpa, ponuka klesá, no cena práce, ktorá by mala byť výsledkom fungovania trhu, reaguje len na zákonom daný rast minimálnej mzdy. Čakali sme na zdravotné sestry a lekárov z Ukrajiny, no žiaľ neprišli, teraz čakáme z Bulharska. Väčšina zdravotníckych zariadení už nespĺňa personálne normatívy na oddeleniach, a to nehovorím o vysokých množstvách odrobených hodín (len sa to nevolá nadčas ale pohotovosť).

Jedno základné pozitívum reformy treba spomenúť. Privatizácia záchranných zdravotných služieb (aj iných súčastí všeobecných nemocníc) jasne ukázala, kam musí v prvom rade smerovať reforma zdravotníctva na Slovensku. Musíme priznať, že už teraz súkromní prevádzkovatelia záchranej zdravotnej služby pracujú tak, že nevytvárajú stratu, ale dokonca zisk. Vedia si oceniť svojich zdravotníckych pracovníkov (aspoň pri náboře), zdravotnícki pracovníci v záchranných zdravotných službách dosahovali niekedy jedenaplnásobný až dvojnásobný zárobok ako pracovníci v nemocniciach. Lenže k tomu „A“ treba dodať aj „B“. Totiž kým záchrannú zdravotnú službu prevádzkovala všeobecná nemocnica, tak príjem od zdravotnej poisťovne bol *cca pol milióna korún* na určený región. Súkromná firma, ktorá ju prevádzkuje o rok neskôr, dostane od zdravotnej poisťovne *približne milión korún*. Takže reforma

⁸⁰ Hontyová, K., Lisý, J., Satková, B.: *Základy ekonómie a ekonomiky*. Bratislava: Ekonóm, 1999, str. 55.

ukázala, že efektívnosť zdravotníctva úzko súvisí aj z množstvom finančných prostriedkov, ktoré prídu do systému.

Model verejného zdravotného poistenia má svoje nespochybniteľné pozitíva, ale aj negatíva. Avšak úroveň zdravotníctva súvisí aj s mnohými inými spoločenskými faktormi. V čase ekonomickej konjunktúry v osemdesiatych rokoch výborne fungoval aj americký liberalistický systém aj britský centralizovaný systém. Avšak v situácii, keď ekonomika nie je dostatočne výkonná, vidím jediné riešenie v určitom obmedzení rozsahu zdravotnej starostlivosti, presnom zafinovaní, čo je bezplatné (doslova), čo plne hrazené pacientom a čo sa uhrádza čiastočne z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Pri takom množstve prioritných diagnóz, aké je teraz, je stav neudržateľný. Tu reforma neurobila prakticky nič. Zdravotné poistenie je len nástroj, ktorý má v popredí sociálny a solidárny charakter a pomocou ktorého má byť spoluzabezpečovaná primeraná zdravotná starostlivosť.

Bibliografia

1. Gladkij, I.: *Propedeutika sociálneho lékařství*. 1. vyd. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého, 1991. ISBN 80-7067-057-8
2. Makovický, E. a kol.: *Sociálne lekárstvo a organizácia zdravotníctva*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1981.
3. Junas, J., Bokesová-Uherová, M.: *Dejiny medicíny a zdravotníctva*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1985.
4. Pechová, M. a kol.: *Sociálna politika*. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2004. ISBN 80-225-1859-X
5. Skrbková, E., Štepán, J. a kol.: *Náuka o zdravotníctve*. 3. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1969.
6. Vojtová, M. a kol.: *Dějiny československého lékařství*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1970.
7. Junas, J.: *Průkopníci medicíny*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1977.
8. Nuland, S.B.: *Lékařství v průběhu staletí*. 1. vyd. Praha: Euromedia group, Knižní klub a Columbus, 2000. ISBN 80-242-0205-0
9. Kováč, E. a kol.: *Zdravotné poistenie*. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2000. ISBN 80-225-1332-6
10. Bujnák, P. a kol.: *Slovenský náučný slovník. Diel tretí*. 1. vyd. Praha: Litevna, literárne a vedecké nakladateľstvo, 1932.
11. Bujnák, P. a kol.: *Slovenský náučný slovník. Diel prvý*. 1. vyd. Praha: Litevna, literárne a vedecké nakladateľstvo, 1932.
12. Šagát, T. a kol.: *Organizácia zdravotníctva*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2004. ISBN 80-8063-143-3
13. Gecík, K., Michalíková, V.: *Starostlivosť o zdravie v právnych predpisoch I*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1988.
14. Madar, Z. a kol.: *Právnický slovník. II. díl*. 5. vydání. Praha: Nakladatelství Panorama, 1988.

15. Bártlová, S.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4
16. Stolínová, J.: *Občan, lékař a právo*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1990.
17. Gladkij, I.: *Propedeutika sociálního lékařství II*. 1. vyd. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého, 1992. ISBN 80-7067-134-3
18. Strážnická, V., Šebesta, Š.: *Človek a jeho práva. Medzinárodná úprava ochrany ľudských práv*. Bratislava: Juga, 1993. ISBN 80-85506-30-0
19. Horváth, Z.: *Príručka Európskej únie*. 1. slov. vyd. Bratislava: Zastúpenie Európskej komisie v SR, 2004. Prekl. z angl. orig.: Handbook on the European Union. ISBN 80-89102-09-3
20. Červenková, I.: *Sociální a zdravotní pojištění*. 1. vyd. Praha: Rektorát Vysoké školy ekonomické, 1994. ISBN 80-7079-940-4
21. Gecík, K.: *Právna zodpovednosť v zdravotníctve a medicíne*. 2. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta n.p., 1984
22. Drgonec, J.: *Ústavné práva a zdravotníctvo*. Bratislava: Archa s.r.o., 1996. ISBN 80-7115-114-9
23. Freund, M.: *Sociálne a zdravotné poistenie*. Bratislava: Eurounion, s.r.o., 1995. ISBN 80-85568-13-6
24. Pažitný, P., Zajac, R.: *Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov*. Bratislava: Publicis Kunt, 2004. ISBN 80-969201-2-X
25. *Poradca 2003/11-12*. Žilina: Poradca s.r.o., 2003. ISSN 1335-1583
26. *Poradca 2005/7*. Žilina: Poradca s.r.o., 2005. ISSN 1335-1583
27. *Personálny a mzdový poradca podnikateľa 4/2006*. Žilina: Poradca podnikateľa s.r.o., 2006. ISSN 1335-1508
28. *Poradca 2006/1*, Žilina: Poradca s.r.o., 2006. ISSN 1335-1583
29. Hontyová, K., Lisý, J., Satková, B.: *Základy ekonómie a ekonomiky*. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 1999. ISBN 80-225-1105-6