

**Poplatky v zdravotníctve a novela zákona č. 577/2004 Z. z.  
o rozsahu zdravotnej starostlivosti  
uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia  
a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti**

**Úvod**

Ministerstvo zdravotníctva SR (ďalej len ministerstvo) predložilo do Národnej rady SR (ďalej len zákonodarca) na schválenie návrh novely zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti“), ktorým sa súčasne novelizujú aj zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o poskytovateľoch“) a zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnej starostlivosti“). Účelom predmetného návrhu novely (ďalej len „novela“) je podľa dôvodovej správy precizovanie ustanovení v súvislosti s vyberaním poplatkov a doplatkov zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) od občana, teda fyzickej osoby v právnom postavení poistenca/pacienta/klienta/spotrebiteľa (ďalej len pacient) na základe aplikačnej praxe. [1] Zákonodarca novelu schválil dňa 12.2.2015 a treba povedať, že oproti vládnemu návrhu s dosť podstatnými zmenami. Účinnosť novely sa predpokladá od 1. apríla 2015, ak ju podpíše prezident SR. V tomto príspevku sa pokúsime analyzovať problematiku „poplatkov“ v zdravotníctve, a to aj vo vzťahu k najpodstatnejším ustanoveniam novely.

**Ustanovenia novely**

Podstatou vládneho návrhu bolo, že sa jednoznačne určujú súčasti zdravotného výkonu, zakazuje sa podmieňovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti akoukoľvek úhradou nad rozsah spoluúčasti poistenca a upravuje sa prednostné vyšetrenie. (Pozn.: prednostné poskytnutie zdravotnej starostlivosti v rámci vyhradených ordinačných hodín bolo zákonodarcom z novely vypustené, čo následne vyvolalo v nielen zdravotníckej verejnosti pomerne značnú polemiku.)

V zákone o rozsahu zdravotnej starostlivosti sa schválenou novelou doplnil § 3 ods. 4, ktorý ustanovuje súčasti zdravotného výkonu:

- a) objednanie poistenca na vyšetrenie vrátane objednania na konkrétny čas,
- b) vypísanie lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu,
- c) vypísanie odporúčania na poskytnutie špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo na poskytnutie ústavnej starostlivosti,
- d) vypísanie návrhu na kúpeľnú liečbu,
- e) potvrdenie o návšteve lekára alebo iného zdravotníckeho pracovníka.

Schválená novela ďalej precizuje § 44 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, ktorý v ods. 1 – 4 ustanovuje (z priestorových dôvodov v zjednodušenom znení):

Ods. 1: Poskytovateľ, s ktorým má zdravotná poisťovňa poistenca uzatvorenú zmluvu (ďalej len „zmluvný poskytovateľ“) nesmie požadovať od poistenca úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá sa plne uhrádza na základe verejného zdravotného poistenia podľa tohto zákona.

Ods. 2: Poskytovateľ nesmie podmieňovať poskytnutie zdravotnej starostlivosti úhradou nad určenú spoluúčasť poistenca podľa tohto zákona a predpisov vydaných na jeho vykonanie, ani iným plnením (napríklad darovacou zmluvou podľa Občianskeho zákonníka, ďalej len „OZ“).

Ods. 3: Zmluvný poskytovateľ môže požadovať úhradu za zdravotnú starostlivosť (a) za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou“) najviac vo výške rozsahu spoluúčasti poistenca podľa tohto zákona a predpisov vydaných na jeho vykonanie. Zdravotné výkony poskytované pri chorobe uvedenej v zozname chorôb a služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, ktoré poskytovateľ poskytuje a pri ktorých môže poskytovateľ požadovať úhradu, kontroluje vyšší územný celok (ďalej len „samosprávny kraj“) príslušný podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia (ďalej len „príslušný“).

Ods. 4: Zmluvný poskytovateľ môže požadovať od poistenca úhradu za nadštandardný pobyt v zdravotníckom zariadení ústavnej starostlivosti, ak poistenec o nadštandardný pobyt písomne požiada.

V zákone o poskytovateľoch sa v § 79 ods. 1 dopĺňajú písm. zu), zv) a zw), kde je ustanovené, že zmluvný poskytovateľ je povinný dodržiavať zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu, ako aj ich cenník, ktoré musí bezodkladne a preukázateľne zaslať vrátane každej jeho zmeny príslušnému samosprávnemu kraju; a umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste vo vstupných priestoroch alebo v priestoroch čakárne zoznam zdravotných výkonov, pri ktorých môže požadovať úhradu podľa osobitných predpisov. Stojí za povšimnutie, že z novely zákona o zdravotnej starostlivosti bolo **vypustené**, že samosprávny kraj **schvaľuje** poskytovateľovi zdravotné výkony poskytované pri chorobe uvedenej v zozname chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony plne uhrádzajú alebo čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia a služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, pri ktorých môže poskytovateľ požadovať úhradu.

V zákone o poskytovateľoch sa ďalej dopĺňa §82 ods.9, kde za porušenie povinností uložených v §79 ods.1 písm. za) (schválenie ordinačných hodín), zu), zv) ako i g) (zverejnenie cenníka všetkých výkonov) samosprávny kraj uloží pokutu až do 3319 €.

Podľa prechodných ustanovení novely je poskytovateľ povinný najneskôr do 31. mája 2015 preukázateľne zaslať príslušnému samosprávnemu kraju cenník všetkých zdravotných výkonov podľa § 79 ods. 1 písm. g) a zoznam zdravotných

výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu podľa § 79 ods. 1 písm. zv). Poskytovateľ, ktorého ordinačné hodiny nie sú v súlade s novelou, je povinný požiadať samosprávny kraj o schválenie a potvrdenie ordinačných hodín najneskôr do 30. apríla 2015. Takýto poskytovateľ je oprávnený prednostne poskytovať zdravotnú starostlivosť vo vyhradených ordinačných hodinách, najneskôr do 30. júna 2015. [2]

### **Historická poznámka**

Hoci určité priame platby od pacientov za niektoré výkony či úkony poskytovateľov tu v istom rozsahu existovali aj v minulosti (zvyčajne išlo o spoplatnenie určitých administratívnych výkonov, prípadne uplatnenie rôznych príplatkov či úhrad nad rámec verejného zdravotného poistenia – napr. nadštandard v zmysle ustanovení dnes už neplatného zákona č. 98/1995 Z. z. o Liečebnom poriadku, ďalej len „Liečebný poriadok“), poplatkové a doplatkové povinnosti pre pacientov boli plošne zavedené novelou č. 138/2003 Z. z., ktorá v predchádzajúcom zákone č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti odčlenila od zdravotnej starostlivosti tzv. služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, za ktoré v ustanovení §3a Liečebného poriadku uložila pacientom (či iným osobám) povinnosť uhradiť platby (20 Sk a 50 Sk).

Také rozsiahle spoplatnenie prístupu pacientov ku zdravotnej starostlivosti sa stretlo s rozporuplnými reakciami a tak sa právna úprava týchto úhrad stala aj predmetom konania na Ústavnom súde SR (ďalej len ÚS SR) (PL. ÚS 38/03). ÚS SR v podstate odobril uvedené platby ako ústavne konformné, no z hľadiska dnešného právneho nazerania na vzťah poskytovateľ – pacient je potrebné uviesť odlišné stanovisko sudcov Ľ. Gajdošíkovej a E. Barányho, v ktorom sa tiež uvádza: „ ... nemalo by dochádzať k situáciám, aby prístup k využitiu práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť bol limitovaný splnením síce zákonom ustanovenej podmienky, pri ktorej však absentuje väzba na samotné zdravotné poistenie.“ [3] Zjednodušene, títo sudcovia ÚS SR vnímali, že v predmetnej právnej úprave ide o vymáhanie úhrad za služby (súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, o ktoré však pacient vôbec nemusí mať záujem – napr. strava v nemocnici) pod hrozbou neposkytnutia inej služby, na ktorú však pacient nárok má a chce/potrebuje ju (zdravotná starostlivosť poskytnutá na základe verejného zdravotného poistenia). Z dnešného pohľadu ide o stanovisko plne konformné s významom § 4 ods. 3 zákona 250/2007 Z. z. o ochrane spotrebiteľa: **„Poskytnutie jednej služby nesmie byť viazané na poskytnutie inej služby.“** A tu vidíme vo vzťahu poskytovateľa k pacientovi podľa nášho názoru ten najpodstatnejší problém tzv. „poplatkov“ v zdravotníctve – **ak sa bez zaplatenia „poplatku“ úplne odoprie zdravotná starostlivosť inak uhradená pacientovi z verejného zdravotného poistenia.** Avšak ponechaním formalistického inštitútu služieb súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou v nezmenenej podobe v zákone táto systémová vada právnej úpravy ostáva.

## **Právny vzťah poskytovateľ – pacient**

**Právny vzťah medzi poskytovateľom a pacientom vzniká na základe (zvyčajne neformálnej) dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti** (§ 12 zákona o zdravotnej starostlivosti) alebo inej dohody, ktoré jednoznačne spadajú do oblasti spotrebiteľských zmlúv (§ 52 a nasl. OZ), a zvyčajne majú znaky zmluvy príkaznej podľa § 724 a nasl. OZ, prípadne i iných typov zmlúv (napr. kúpnej podľa § 588 a nasl., zmluvy o dielo podľa § 631 a nasl. OZ; ale očividne nie zmluvy darovacej podľa § 628 a nasl. OZ). **Uvedené dohody/zmluvy teda majú v zásade odplatný charakter.** Buď hradí pacient poskytovateľovi „zo svojho“ alebo pacientovi zdravotnú starostlivosť uhradí jeho zdravotná poisťovňa – a to priamo, na základe ním predložených dokladov alebo nepriamo, na bankový účet zmluvného poskytovateľa na základe vykázaných výkonov, liekov a materiálov (k podstate platobných vzťahov podrobnejšie pozri ďalej).

Podľa dôvodovej správy je návrh novely v súlade s Ústavou SR. Ak sa pozrieme na ústavný rámec právnej úpravy platobných vzťahov medzi poskytovateľom a pacientom (čl. 2 ods. 3, čl. 13 ods. 1 písm.a), čl. 20 ods. 1, čl. 35 ods. 1 a 2, čl. 40, čl. 59 ods. 1 a 2 Ústavy SR), môžeme vyvodiť, že poskytovateľ môže konať, čo nie je zákonom zakázané, má právo podnikáť a uskutočňovať zárobkovú činnosť. Pacient má nárok na bezplatnú (nie bezodplatnú) zdravotnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia za podmienok, ktoré ustanoví zákon. A má (podobne ako poskytovateľ) aj nárok na ochranu svojho majetku, teda aby bol povinný peňažne plniť (zmenšovať svoj majetok) len v súlade s právnym poriadkom a svojou slobodnou vôľou. Pacienta teda nemožno nútiť konať niečo, čo zákon neukladá, ale tiež môže konať, čo nie je zákonom zakázané.

V zmysle platnej právnej úpravy nebudeme používať pojem „poplatok“, ale legálny pojem podľa zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, a to „úhrada“. Ak budeme vychádzať nielen z právnych predpisov, ale najmä z faktického stavu, môžeme úhrady rozdeliť na štyri skupiny:

- 1) úhrada za poskytnutú **základnú zdravotnú starostlivosť**,
- 2) úhrada za poskytnutú **nadštandardnú zdravotnú starostlivosť**,
- 3) úhrada za **služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou** a
- 4) úhrada za **služby priamo nesúvisiace so zdravotnou starostlivosťou**.

Rozsah zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia pre potreby interpretácie § 44 ods.1 novely, ale aj úhrady od pacientov a iných osôb za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, sú upravené v zákone o rozsahu zdravotnej starostlivosti. Ustanovenie § 1 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti uvádza: „Účelom tohto zákona je ustanoviť rozsah zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia za podmienok ustanovených osobitnými predpismi a úhrady za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.“ Vykonávací predpis, teda nariadenie vlády č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, však neuvádza žiadne čiastočne hradené

výkony, čo je v istom rozpore vyššie uvedeným §44 ods. 2 novely; uvádza len výkony so 100 % spoluúčasťou alebo s 0 % spoluúčasťou pacienta.

Ale je tu aj § 22 ods. 1 písm. b), v kontexte s § 9 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov: „Poistenec má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti za podmienok ustanovených týmto zákonom v rozsahu ustanovenom zákonom o rozsahu zdravotnej starostlivosti, ak v tomto zákone nie je ustanovené inak.“

Z uvedeného je zrejmé, že s ohľadom na citované ustanovenie je bankový účet (zmluvného) poskytovateľa iba platobným miestom pre úhradu zdravotnej starostlivosti pacientovi (je to pacient, nie poskytovateľ, kto má zákonné právo na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia). Avšak čo ak sa pacientovi určitý rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti priamo z verejného zdravotného poistenia neuhrádza? Máme za to, že ústavne konformným výkladom nemôžeme dôjsť k inému záveru ako k takému, že aj zmluvný **poskytovateľ je oprávnený na úhradu priamo od pacienta, ak sa pacientovi plne neuhrádza poskytovaná zdravotná starostlivosť na základe verejného zdravotného poistenia jeho zdravotnou poisťovňou** podľa tohto zákona. Prirodzene, to **neplatí, ak sa poskytovateľovi iba „nepáči“ cena za zdravotný výkon a chce ju od pacienta „doplatiť“**, pretože cenu dohodujú poskytovateľ (nie pacient) a zdravotná poisťovňa za celý zdravotný výkon (zvyčajne ide o kombináciu ceny bodu a výšky bodového ohodnotenia za daný výkon) v zmysle §8 ods.1 zákona 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

### ***Základná a nadštandardná zdravotná starostlivosť***

Problém pri určovaní nadštandardnej zdravotnej starostlivosti vzniká z dôvodu, že zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti výslovne upravuje nadštandardné služby len pre ústavné zdravotnícke zariadenia a pre ambulancie len v stomatologickej praxi (§ 44 ods. 4 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti – nadštandardný pobyt v nemocnici a § 3 ods. 5 – nadštandardné stomatologické výkony a výrobky), a novela s týmto nič nevykonala. Skôr naopak, v zmysle § 44 ods. 2 a 3 akoby znemožňovala v iných ambulanciách ako stomatologických požadovať nadštandardné zdravotné výkony a zdravotnícke výrobky (materiály a pod.). Avšak pre takýto selektívny prístup vo výklade by sa len ťažko hľadali relevantné dôvody. Iba si treba uvedomiť, že prvotným cieľom týchto ustanovení je chrániť pacientov pred vymáhaním rôznych dubióznych platieb poskytovateľmi pod hrozbou odmietnutia poskytnúť im pri nezaplatení základnú zdravotnú starostlivosť, ktorá sa pritom uhradí na základe verejného zdravotného poistenia. Na druhej strane, práve neriešenie podstaty nadštandardnej zdravotnej starostlivosti všeobecne, ktorá pritom evidentne existuje aj inde ako v stomatológii a pri hospitalizácii, dávalo najväčší priestor pre „kreativitu“ poskytovateľov (spoplatnená klimatizácia v ambulancii, vyberané poplatky za

bližšie neurčený nadštandard pri vstupe do súkromných polikliník, platba za upratovanie v nemocnici, čo zjavne nepredstavujú nadštandard v zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou). Pritom jednoduchým riešením nadštandardnej starostlivosti by bolo, že zmluvný **poskytovateľ je bezpodmienečne povinný poskytnúť štandardnú zdravotnú starostlivosť** (teda takú, aká je/bude pacientovi uhradená na základe verejného zdravotného poistenia), **ak pacient nadštandardnú nepožaduje**; a z cenníka musí byť jasný rozdiel medzi bežným a nadštandardným výkonom, postupom alebo použitým zdravotníckym materiálom, pričom oba, bežný aj nadštandardný, musia byť „lege artis“.

Nadštandard pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti spočíva skôr v použitých materiáloch či výrobkoch, menej v nejakých zdravotných výkonoch. Preto máme za to, že aj v zmysle dikcie § 44 ods. 2 – „nesmie podmieňovať“ – v kontexte s § 26 ods. 1 písm. a) zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov – „ak je na trhu dostupných viacero navzájom funkčne zameniteľných zdravotníckych pomôcok, poskytnutá zdravotnícka pomôcka sa na základe verejného zdravotného poistenia uhrádza len do výšky ceny najlacnejšej z nich“ – pri zachovaní slobody vôle pacienta a ponechaní mu možnosti výberu, je **v zásade možné a súčasne zákonné spoplatniť jasne zadefinovanú nadštandardnú zdravotnú starostlivosť**.

### ***Služby súvisiace a nesúvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti***

Ako bolo spomínané, zo zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti sa principiálne neodstránila možnosť podmieňovať odobratie jednej služby (zdravotnej starostlivosti) povinnosťou odobrať druhú službu (súvisiacu so zdravotnou starostlivosťou). To považujeme za významný nedostatok novely, keďže v zákone o rozsahu zdravotnej starostlivosti naďalej ostal prostriedok nátlaku na pacienta, hoci aj daný právnym predpisom, aby zaplatil, ak chce byť ošetrovaný. Na uvedenom vo svojej podstate nič nemení skutočnosť, že nariadenie vlády SR č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou od 1. septembra 2006 určilo sumu za návštevu ambulancie či za jeden deň ústavnej starostlivosti na 0 (nula) Sk (teda len formalisticky sa zrušili „poplatky“ 20 Sk a 50 Sk). Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a ich maximálnu cenu stále ustanovujú § 38 až § 38a zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, kde sú zahrnuté tieto služby: stravovanie a pobyt na lôžku počas poskytovania ústavnej starostlivosti, spracúvanie údajov zistených pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti, štatistické spracúvanie lekárskeho predpisu súvisiace s vydaním liekov alebo lekárskeho poukazu s vydaním zdravotníckych pomôcok, pobyt sprievodcu v ústavnej starostlivosti, dopravu, vypracovanie lekárskeho posudku a poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie. Vzhľadom na aktuálny právny stav sú služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou pre ambulantných poskytovateľov (okrem

lekárskeho posudku a výpisu zo zdravotnej dokumentácie, max. cena v r. 2015 činí 5,94 € za výkon) v podstate nepoužiteľné.

I keď sa nejednakrát **podmieňuje** poskytnutie zdravotnej starostlivosti dokonca úhradou služieb priamo nesúvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (napr. úhradou za už spomínanú klimatizáciu), tomuto by mala novela pri normálnej činnosti orgánov dozoru naozaj zabrániť, takže bližšie sa s nimi zaoberať nebudeme. [4]

### **Súčasti zdravotného výkonu a „vyriešený“ problém prednostných vyšetrení**

Ako už bolo uvádzané, § 3 ods.4 novely ustanovil súčasti zdravotného výkonu, ktoré boli doteraz nejednakrát považované za samostatné výkony (či už základné, nadštandardné, súvisiace alebo nesúvisiace so zdravotnou starostlivosťou) a mnohými poskytovateľmi i spoplatnené. Problémy však môžu ostať, ak pacient bude požadovať len „súčasť“ zdravotného výkonu a žiaden iný samostatný zdravotný výkon.

Bod a), objednanie pacienta, sa dá akceptovať, pretože ide o riadenie si vlastných prevádzkových činností zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa. Na druhej strane, ak sa **termín dá vyslovene podľa požiadaviek pacienta, nemožno to považovať za bežný štandard.** K bodu b), vypísanie lekárskeho predpisu, treba povedať, že podľa nariadenia vlády 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov (ďalej len „Katalóg výkonov“), vypísanie receptu bolo súčasťou zdravotného výkonu aj doteraz. Otázkou ostáva, ako vyriešiť predpis lieku ako úplne samostatný úkon (do 31.12.2004 to bolo možné pod výkonom č. 70 podľa Liečebného poriadku, teraz by mu mal vždy predchádzať nejaký iný zdravotný výkon). Bod c), vystavenie návrhu na kúpeľnú liečbu, je do značnej miery zmätočný, pretože vystavenie návrhu na kúpeľnú liečbu je podľa Katalógu výkonov výkon č.75a a to, **že poskytovatelia vybrali úhradu od pacientov súvisí najskôr s tým, že úhradu tohto výkonu zdravotné poisťovne neuhrádzali na základe verejného zdravotného poistenia.** Bod d), potvrdenie o návšteve lekára, je diskutabilný; na jednej strane sa môže javiť nenáležitým, aby sa za jednoduché potvrdenie (obdobné napr. opečiatkovaniu záručného listu) ohľadom vykonanej služby či tovaru vyžadovala samostatná platba. Na druhej strane tento výkon je priamo uvedený pod č. 71 v Katalógu výkonov a teda jeho spoplatnenie bolo naprosto legálne. Bod e), vypísanie odporúčania, je v súlade aj s doterajším znením Katalógu výkonov, časť IV.

Právnu úpravu prednostných vyšetrení zákonodarca na základe poslaneckého návrhu z novely úplne odstránil z dôvodov problémov v aplikačnej praxi. [5] Podľa nášho názoru problémy prednostných vyšetrení v praxi (tak ako boli pôvodne upravené v zákone i v novele) vyplývajú priamo z ich podstaty, keďže v zásade majú diskriminačný charakter (teda ak ide o výkony uhrádzané z verejného zdravotného poistenia). Podľa § 11 ods. 2 zákona o zdravotnej starostlivosti sa zakazuje diskriminácia aj z dôvodov sociálneho pôvodu, zdravotného postihnutia,

majetku alebo iného postavenia. Spoplatnenie prednostného vyšetrenia má zásah do majetkovej sféry a nie každý pacient si ho môže dovoliť. To má za následok, že títo pacienti sú pri čakaní na zdravotnú starostlivosť „predbiehaní“ a uprednostňovaní sú tí, ktorí si zaplatia. Tým naozaj môže dochádzať k diskriminácii z dôvodov sociálnych a majetkových, najmä ak **ten, kto nezaplatí, sa na vyšetrenie počas ordinačných hodín ani nedostane** (čo sa údajne aj mnohokrát dialo). Avšak ako sa javí, ich úplné zrušenie sa nestretlo ani u pacientov so všeobecným súhlasom. Podľa nášho názoru aplikačný problém tzv. prednostných vyšetrení (v podstate išlo o nadštandard) sa mal riešiť spôsobom, aby tieto boli uskutočňované mimo štandardných ordinačných hodín tak, aby nezasahovali do riadnej prevádzky zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa určenej pre „bežných“ ľudí.

### **Štátna správa a cenníky**

Podľa novely samosprávny kraj už nemal poskytovateľovi schvaľovať výšku úhrad od pacienta. To má logiku, keďže cenovým orgánom v zdravotníctve nie je samosprávny kraj, ale podľa § 20 ods.3 zákona č. 18/1996 Z. z. o cenách je to ministerstvo zdravotníctva. Avšak zákonodarca išiel ešte ďalej a z novely úplne **odstránil aj schvaľovanie zdravotných výkonov samosprávnymi kraji**. Len uložil povinnosť poskytovateľovi (a to zjavne zmluvnému aj nezmluvnému) bezodkladne a preukázateľne zaslať cenník všetkých poskytovaných výkonov, vrátane každej jeho zmeny príslušnému samosprávnemu kraju. Toto bolo v poslaneckom návrhu argumentované tým, že v právnej úprave sú taxatívne vymedzené výkony, pri ktorých možno požadovať úhradu a teda je diskutabilné, čo vlastne by mal schvaľovať samosprávny kraj.

Požiadavka na vyvesenie cenníka všetkých výkonov vo verejne dostupných priestoroch podľa § 79 ods.1 písm. zv) novely inak vyplýva aj z doterajšej legislatívy (§ 79 ods. 1 písm. g) zákona o poskytovateľoch). Takže už aj dnes je nezákonné mať v čakárni uvedené len: „Cenník výkonov je k nahliadnutiu v ambulancii.“

### **Záver**

Mnohí poskytovatelia si hotovostnými úhradami v podstate len vyrovnávajú ekonomickú situáciu v prípade, že kontrakty so zdravotnými poisťovňami nestačia na bezproblémovú prevádzku zdravotníckeho zariadenia, prípadne keď zdravotné poisťovne časť zrealizovaných výkonov pacientom vôbec neuhrádzajú. Na druhej strane, podľa medializovaných informácií má vyberanie platieb v zdravotníctve niekedy až koristnícky charakter a zabezpečujú sa v podstate priamym nátlakom na pacienta pod hrozbou neposkytnutia zdravotnej starostlivosti, pričom sama podstata niektorých „poplatkov“ je nanajvýš sporná. Mimochodom, takéto postupy boli nezákonné aj doteraz!

Aká bude aplikačná prax zo strany samosprávnych krajov a ako sa s touto novelou vyrovnajú poskytovatelia, ukáže neďaleká budúcnosť. Principiálnym



nedostatkom schválenej novely je najmä to, že novela vôbec neupravuje úhrady komplexne (absolútne opomína záležitosti zo zákona povinných úhrad zdravotných poisťovní) a ponechala v zákone (hoci latentné) systémové vady. No vylúčenie schvaľovacej kompetencie samosprávnych krajov a ponechanie len dozornej funkcie môže, paradoxne, viesť k posilneniu súkromnoprávneho (zmluvného) vzťahu medzi poskytovateľom a pacientom, ako ho dnes právna teória jasne preferuje a zásadne zvýšiť záujem pacienta o jeho verejné zdravotné poistenie. [6]

### **Odkazy:**

- [1] Rokovanie vlády SR: *Dôvodová správa*. Dostupné na internete:  
<[www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=24013](http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=24013)>
- [2] Národná rada SR: *Národná rada SR sa uzniesla na zákone z 12. februára 2015, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony*. Dostupné na internete: <[www.nrsr.sk/web/Dynamic/Download.aspx?DocID=410941](http://www.nrsr.sk/web/Dynamic/Download.aspx?DocID=410941)>
- [3] Ústavný súd SR: *Odlišné stanovisko sudkyne Ľudmily Gajdošíkovej a sudcu Eduarda Barányu vo veci PL. ÚS 38/03*. Dostupné na internete:  
<[portal.concourt.sk/pages/viewpage.action?pageId=1277961](http://portal.concourt.sk/pages/viewpage.action?pageId=1277961)>
- [4] Ministerstvo zdravotníctva SR: *Poriadok v poplatkoch - nové pravidlá a pozitívna zmena*. Dostupné na internete:  
<[www.health.gov.sk/Clanok?poplatky-nove-pravidla-2015](http://www.health.gov.sk/Clanok?poplatky-nove-pravidla-2015)>
- [5] Národná rada SR: *Pozmeňujúci a dopĺňujúci návrh poslancov Národnej rady SR Juraja Blanára, Jaroslava Bašku, Milana Panáčka, Jána Podmanického a Dušana Bublavého*. Dostupné na internete:  
<[www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/zakon&ZakZborID=13&CisObdobia=6&CPT=1288](http://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/zakon&ZakZborID=13&CisObdobia=6&CPT=1288)>
- [6] Zoláková, Z.: *Vzťah lekára a pacienta: Niekoľko úvah nad právnou úpravou dohody poskytovaní zdravotnej starostlivosti*. In: *Časopis zdravotníckeho práva a bioetiky*, č.2, 2014. Dostupné na internete:  
<[www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/70](http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/article/view/70)>

Miroslav Pavlák, uverejnené: *Právo a manažment v zdravotníctve* č. 3/2015, uverejnené pod názvom: *Poplatky v zdravotníctve a novela zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti*.