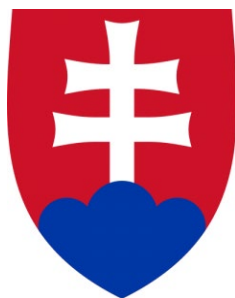


## **VEREJNÝ OCHRANCA PRÁV**



**Mimoriadna správa verejného ochrancu práv o skutočnostiach  
nasvedčujúcich závažnému porušeniu základných práv a slobôd v oblasti  
priamych úhrad v zdravotníctve a súvisiacej dozornej činnosti**

Národnej rade Slovenskej republiky  
predkladá:

Róbert Dobrovodský  
verejný ochranca práv

Bratislava apríl 2026

## PREDLOŽENIE

Využívajúc právo ustanovené v zákone o verejnom ochrancovi práv Národnej rade Slovenskej republiky týmto

### **predkladám**

podľa § 24 zákona o verejnom ochrancovi práv mimoriadnu správu verejného ochrancu práv o skutočnostiach nasvedčujúcich závažnému porušeniu základných práv a slobôd, ktoré sa týka väčšieho počtu osôb spojenú s návrhom, aby bola prerokovaná na najbližšej schôdzi Národnej rady Slovenskej republiky. Podľa § 24 zákona o verejnom ochrancovi práv *„Ak verejný ochranca práv zistí skutočnosti nasvedčujúce, že porušenie základného práva alebo slobody je závažné alebo sa týka väčšieho počtu osôb, môže predložiť národnej rade mimoriadnu správu.“* Zistil som skutočnosti nasvedčujúce tomu, že v dôsledku nedostatkov právnej úpravy a jej uplatňovania v oblasti priamych úhrad v zdravotníctve dochádza k závažnému porušovaniu základného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia, a to vo vzťahu k väčšiemu počtu osôb. To ma viedlo k vypracovaniu tejto mimoriadnej správy pre Národnú radu Slovenskej republiky.

**Mimoriadna správa verejného ochrancu práv o skutočnostiach  
nasvedčujúcich závažnému porušeniu základných práv a slobôd v oblasti  
priamych úhrad v zdravotníctve a súvisiacej dozornej činnosti, spojená  
s návrhom na jej prerokovanie na najbližšej schôdzi Národnej rady  
Slovenskej republiky**

# OBSAH

<b>Návrh na prerokovanie mimoriadnej správy na najbližšej schôdzi Národnej rady .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Dôvody začatia prieskumu z vlastnej iniciatívy a jeho ciele .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Ústavnoprávne a zákonné východiská priamych úhrad v zdravotníctve .....</b>	<b>12</b>
2.1 K bezplatnosti zdravotnej starostlivosti na základe zdravotného poistenia .....	12
2.2 Voľná úvaha zákonodarcu pri napĺňaní obsahu základného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť .....	13
2.3 Zákonná a podzákonná právna úprava .....	14
2.3.1 <i>Právna regulácia úhrad zdravotnej starostlivosti a jej súdny výklad .....</i>	<i>15</i>
2.3.2 <i>Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a právna regulácia ich úhrady.....</i>	<i>17</i>
2.4 Zistené nedostatky platnej právnej úpravy a ich prejavy v aplikačnej praxi .....	18
<b>3 Výkon dozornej činnosti v oblasti priamych úhrad v zdravotníctve .....</b>	<b>25</b>
3.1 Inštitucionálny rámec dozornej činnosti .....	26
3.2 Systémové prekážky výkonu dozoru samosprávnymi krajinami.....	26
3.3 Dozorná činnosť samosprávneho kraja a jej limity v praxi.....	32
3.3.1 <i>Preventívna kontrola dokumentácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – cenník všetkých zdravotných výkonov a zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu.....</i>	<i>37</i>
3.4 Správne konanie o porušení povinností pri úhradách a jeho aplikačné problémy .....	41
<b>4 Závery prieskumu a odporúčania .....</b>	<b>45</b>
4.1 Návrh zmeny právnej úpravy .....	45
4.2 Systémové nedostatky dozornej činnosti a návrhy opatrení .....	47

## Použité skratky:

zákon o verejnom ochrancovi práv	zákon č. 564/2001 Z. z. o verejnom ochrancovi práv v znení neskorších predpisov
zákon o zdravotnej starostlivosti	zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti	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
zákon o poskytovateľoch ZS	zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
Národná rada	Národná rada Slovenskej republiky
Ústavný súd	Ústavný súd Slovenskej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
Ústava	Ústava Slovenskej republiky
Najvyšší súd	Najvyšší súd Slovenskej republiky
finančná správa	Finančná správa Slovenskej republiky
Zákon o kontrole v štátnej správe	zákon č. 10/1996 Z. z. o kontrole v štátnej správe v znení neskorších predpisov

## Návrh na prerokovanie mimoriadnej správy na najbližšej schôdzi Národnej rady

Týmto predkladám podľa § 24 zákona o verejnom ochrancovi práv

### **n á v r h ,**

aby mimoriadnu správu, ktorej súčasťou je aj tento návrh, Národná rada prerokovala na svojej najbližšej schôdzi. Podľa § 24 zákona o verejnom ochrancovi práv *„Ak verejný ochranca práv zistí skutočnosti nasvedčujúce, že porušenie základného práva alebo slobody je závažné alebo sa týka väčšieho počtu osôb, môže predložiť národnej rade mimoriadnu správu. Súčasťou mimoriadnej správy môže byť aj návrh, aby bola prerokovaná na najbližšej schôdzi národnej rady.“* Dôvodom môjho návrhu, aby Národná rada mimoriadnu správu prerokovala na najbližšej schôdzi je, že som zistil skutočnosti, ktoré nasvedčujú tomu, že porušenie základného práva alebo slobody je jednak závažné, a zároveň sa týka väčšieho počtu osôb. Považujem za potrebné, aby bola správa prerokovaná na najbližšej schôdzi Národnej rady aj z dôvodu závažnosti zistení a aj preto, aby sa mohli bez zbytočného odkladu začať realizovať opatrenia smerujúce k odstráneniu systémových nedostatkov, ktoré bránia náležitému napĺňaniu základného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia.

Bratislava 27. apríla 2026

JUDr. Róbert Dobrovodský, PhD., LL.M. (Tübingen)  
verejný ochranca práv

# 1 Dôvody začatia prieskumu z vlastnej iniciatívy a jeho ciele

Dňa 1. októbra 2025 som v súlade s § 13 ods. 1 zákona o verejnom ochrancovi práv začal z vlastnej iniciatívy **prieskum zameraný na posúdenie právnej úpravy** problematiky priamych úhrad pacientov v zdravotníctve a súvisiaceho dozoru nad poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

K rozhodnutiu začať prieskum ma viedla postupne sa prehĺbujúca disproporcía medzi ústavnou garanciou práva občana na bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia za podmienok ustanovených zákonom<sup>1</sup> a praktickou skúsenosťou pacientov pri uplatňovaní tohto práva. Pri porovnaní obsahu podnetov, s ktorými sa na mňa podávatelia obracali, s platnou právnou úpravou, som sa stretával s tým, že **poskytovatelia zdravotnej starostlivosti požadovali od pacientov – poistencov priame úhrady bez opory v právnej úprave**, za položky obsahovo nejasné, nejednotne označené alebo také, ktoré sa prekrývali s výkonmi a službami už hrazenými z verejného zdravotného poistenia. Problematika priamych úhrad v zdravotníctve sa v podnetovej činnosti Kancelárie verejného ochrancu práv čoraz zreteľnejšie ukazovala ako systémový problém, ktorý **nemožno redukovať na jednotlivé excesy** poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo na izolované aplikačné pochybenia.

Naopak, išlo o **opakovane sa vyskytujúci jav**, ktorý svojou povahou signalizoval možné zlyhávanie normatívneho rámca, nejednotnosť jeho výkladu a nedostatočnú účinnosť kontrolných mechanizmov verejnej moci.

## *Stúpajúce počty podnetov*

Len v roku 2025 sa na mňa písomne obrátilo viac ako 30 podávateľov s podaniami opisujúcimi rôzne formy požadovania priamych úhrad pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, a to napriek tomu, že do mojej pôsobnosti nepatrí preskúmavanie konania poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k pacientovi. Tento počet nebol v porovnaní s nápadom podnetov v iných oblastiach mojej pôsobnosti malý. Navyiac, v spojení s množstvom podnetov evidovaných samosprávnymi krajmi, presahujúcim počet 500 podnetov za obdobie necelých dvoch rokov,<sup>2</sup> predstavoval relevantný indikátor toho, že nejde o ojedinelé zmluvné alebo o komunikačné spory medzi pacientom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ale o jav, ktorý je spôsobilý zasahovať do výkonu základného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia.

---

<sup>1</sup> Podľa čl. 40 Ústavy má každý právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.

<sup>2</sup> Počty podnetov som si vyžiadal od samosprávnych krajov v októbri 2025 za obdobie ukončeného roku 2024 a neukončeného roku 2025, t. j. do dňa doručenia mojej žiadosti o poskytnutie písomného stanoviska. Považujem za potrebné zdôrazniť, že niektoré zo samosprávnych krajov poukazovali na nespočetné množstvo telefonických a emailových dopytov pacientov, ktoré nie sú zahrnuté do evidencie, z ktorej mi poskytli údaje o počte podnetov.

## Problémy identifikovali aj iné orgány

Na problematické aspekty spojené s poplatkami v zdravotníctve som pritom v ostatnom období nepoukazoval len ja. **Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou** vo svojom prieskume konštatoval vysokú mieru priamych platieb pacientov v rôznych segmentoch zdravotnej starostlivosti.<sup>3</sup>

**Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky** upozornil, že viaceré poplatky nie sú zákonom upravené a môžu významne obmedziť prístup pacienta k potrebnej zdravotnej starostlivosti.<sup>4</sup>

Téma poplatkov sa stala v posledných rokoch predmetom niekoľkých analýz a publikácií.<sup>5</sup> A hoci som v minulom roku pozoroval snahu o riešenie tejto problematiky aj zo strany regulátora,<sup>6</sup> počet osôb obracujúcich sa na mňa v tejto veci neklesal. Naopak, podnetová agenda naznačovala pretrvávanie, ba až **zosilňovanie právnej neistoty pacientov**.

Podávateľia v podnetoch opisovali situácie, v ktorých priama úhrada fakticky obmedzila prístup k zdravotnej starostlivosti (napr. keď pacientovi nebola zdravotná starostlivosť poskytnutá preto, že odmietol uhradiť požadovaný poplatok ešte pred jej poskytnutím, pričom termín jeho vyšetrenia bol posunutý, prípadne mu bolo odporúčané vyhľadať iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti) alebo ho mohla obmedziť (napr. pacient zdravotnú starostlivosť z dôvodu očakávanej platby odkladal do času, keď si jej úhradu bude môcť dovoliť).

*„Bola som objednaná na vyšetrenie ... Na dverách mali oznam o úhrade administratívneho poplatku ... Ja som nemala hotovosť, oni nemali terminál, nebolo možné sa dohodnúť o platbe pri ďalšom vyšetrení a tak ma lekárka, ktorá nariadila nevyšetriť pacienta bez zaplatenia poplatku, odmietla vyšetriť a objednali ma na nový termín.“*

*podnet z mája 2025*

<sup>3</sup> Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou: *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2024*. 31. august 2025. Dostupné na: <https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2025/08/Vestnik-c.-15-Sprava-o-stave-vykonavania-verejneho-zdravotneho-poistenia-za-rok-2024.pdf>, navštívené dňa 21. apríla 2026.

<sup>4</sup> Tlačová správa Najvyššieho kontrolného úradu Slovenskej republiky zo dňa 30. apríla 2025: *Nespravodlivý systém a záujmové skupiny urobili z pacienta rukojemníka*. Dostupné na: <https://www.nku.gov.sk/-/nespravodlivy-system-a-zaujmove-skupiny-urobili-z-pacienta-rukojemnika>, navštívené dňa 21. apríla 2026.

<sup>5</sup> KUBIŠOVÁ, Katarína: *Poplatky v zdravotníctve*. Bratislava: Kancelária Národnej rady Slovenskej republiky, Odbor Parlamentný inštitút, Edícia Porovnávacie analýzy, 5/2024, apríl 2024; TULEJOVÁ, Henrieta, ŠEBOVÁ, Dominika: *Kolko platia pacienti v bezplatnom zdravotníctve a aké riešenia preferujú?* Advance Institute, október 2023.; TULEJOVÁ, Henrieta, ŠEBOVÁ, Dominika, HOUBIERS BAHBOUHOVÁ, Johanka: *Pacienti platia v ambulanciách stále viac a chcú poplatky upratať*. Advance Institute, 2025; PAŽITNÝ, Peter, KANDILAKI, Daniela, LÖFFLER, Ľubica, MARKOVÁ, Karolína, POUROVÁ, Mária, HERIBAN, Vladimír, ZAJAC, Rudolf: *Férové poplatky a spoluúčasť v slovenskom zdravotníctve*. 2024. ISBN 978-80-974794-6-6.; PAŽITNÝ, Peter, KANDILAKI, Daniela, MACKO-FORGÁČOVÁ, Noemi, LÖFFLER, Ľubica, ZAJAC, Rudolf: *Priame platby u špecialistov*. 2025. ISBN 978-80-974794-8-0.; MZ SR: *Projekt „Konečne poriadok v poplatkoch v zdravotníctve“*.

<sup>6</sup> MZ SR v júni 2025 ukončilo Audit poplatkov a doplatkov a následne si v spolupráci so Zväzom ambulantných poskytovateľov stanovilo ciele smerujúce k systémovým opatreniam: <https://zapsk.sk/mz-sr-a-zap-podpisali-memorandum-o-spolupraci/>.

Obsah podnetov okrem toho naznačoval, že právny poriadok **neposkytuje dostatočne účinnú a predvídateľnú ochranu** tým skupinám pacientov, ktoré sú vo vzťahu k priamym úhradám najzraniteľnejšie. Finančné bariéry totiž nedopadajú na všetkých rovnako. Ich skutočný účinok je intenzívnejší vo vzťahu k osobám s nízkym príjmom, starším ľuďom, chronicky chorým pacientom a pod. Aj verejne dostupné prieskumy<sup>7</sup> potvrdili, že práve **zraniteľné skupiny** sú finančnými bariérami pri využívaní zdravotnej starostlivosti dotknuté najvýraznejšie a že výber poplatkov nepodlieha ochrannému limitu.

*„Moja penzia je 760 eur ... 112 eur poplatky u lekára ... To si podľa dôchodku nemôžem dovoliť.“*

*podnet z októbra 2025*

Okrem uvedených skutočností ma znepokojoval aj obsah podnetov, ktoré naznačovali, že požadovanie úhrady za zdravotnú starostlivosť alebo za služby s ňou súvisiace mohlo viesť k **obmedzeniu alebo k zmareniu preventívnej zdravotnej starostlivosti**.

*„dňa ... som sa pokúsila absolvovať preventívnu gynekologickú prehliadku v ambulancii ..., ku ktorej patrím podľa adresy môjho trvalého pobytu. Pri elektronickej komunikácii a na mieste mi však bola oznámená povinnosť zaplatiť jednorazový registračný poplatok vo výške 39 eur a poplatok 15 eur za presný termín vyšetrenia. ...V dôsledku neprijatia mojej osoby do vyšetrenia z dôvodu nezaplatenia týchto poplatkov som neabsolvovala povinnú preventívnu prehliadku...“*

*podnet z augusta 2025*

*„Minulý mesiac som bola ... na preventívnej prehliadke a vypýtal si odo mňa aj ročný administratívny poplatok v hodnote 30 €. Doteraz som tento poplatok neplatila a zrazu som musela, pričom žiadny iný úkon mi nevykonali.“*

*podnet z novembra 2025*

---

<sup>7</sup> Napr. Audit poplatkov a doplatkov MZ SR z júna 2025, strana 10 (Priemerný ročný finančný dopad na vybrané kategórie pacientov).

### *Efekt odkladania preventívnych opatrení*

V opísaných situáciách je už samotná existencia očakávanej platby, bez ohľadu na jej prípadnú realizáciu, spôsobilá odradiť pacienta od využitia preventívneho zdravotného výkonu. Tento aspekt považujem za osobitne závažný, pretože pri preventívnej zdravotnej starostlivosti nejde len o individuálny záujem konkrétneho pacienta, ale aj o širší záujem na včasnom záchytení ochorení, a to tak z hľadiska ochrany verejného zdravia, ako aj hľadiska finančných dôsledkov, keďže zachytenie prípadných ochorení v skorších štádiách má v mnohých prípadoch výrazne nižší dopad na nákladnosť potrebnej liečby.

Súhrnne možno povedať, že informácie zistené pri podnetovej činnosti signalizovali, že zdravotná starostlivosť alebo služby so zdravotnou starostlivosťou bezprostredne súvisiace, ktoré majú byť za splnenia zákonných podmienok hrazené z verejného zdravotného poistenia, sú v praxi aspoň sčasti prenášané na pacienta. **Podstatou problému** však nebola len samotná existencia peňažného plnenia zo strany pacienta, ale najmä **neistota, či je toto plnenie požadované na základe dostatočne určitého, zrozumiteľného a zákonného základu.**

### *Pochybnosti vo vzťahu k regulácii a dozoru*

Za rozhodujúce dôvody začatia prieskumu som preto považoval vážne pochybnosti o:

- **kvalite právnej regulácie priamych úhrad v zdravotníctve a**
- **účinnosti súvisiacej dozornej činnosti.**

Vzhľadom na rozsah pôsobnosti verejného ochrancu práv som sa nemohol v rámci preskúmania týchto dvoch oblastí zamerať na posúdenie individuálnych vzťahov medzi pacientom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. V súlade s mojou pôsobnosťou<sup>8</sup> som **preskúmať konanie a rozhodovanie orgánov verejnej moci**, ktoré v tejto oblasti vykonávajú dozor a aktuálnu právnu úpravu týkajúcu sa poplatkov v zdravotníctve. Tam, kde stav právnej neistoty nevzniká len nesprávnou aplikáciou práva, ale už jeho normatívnym nastavením, totiž disponujem oprávnením navrhnúť zákonodarcovi zmenu právnej úpravy, príp. navrhnúť Ústavnému súdu posúdenie ústavnej súladnosti podústavnej normy.

### *Skúmanie záruk ochrany základného práva*

Prieskum som preto realizoval s cieľom posúdiť, či právna úprava úhrad za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s jej poskytovaním, ako aj právna úprava dozornej činnosti a aktuálna aplikačná prax dozorných orgánov, poskytujú **dostatočné záruky ochrany základného práva** podľa čl. 40 druhej vety Ústavy.

---

<sup>8</sup> Podľa § 3 ods. 1 zákona o verejnom ochrancovi práv sa pôsobnosť verejného ochrancu práv vzťahuje len na orgány štátnej správy, orgány územnej samosprávy a právnické osoby a fyzické osoby, ktoré podľa osobitného zákona rozhodujú o právach a povinnostiach fyzických osôb a právnických osôb v oblasti verejnej správy, alebo do práv a povinností fyzických osôb a právnických osôb v oblasti verejnej správy inak zasahujú.

Osobitne som sa zameril na to, či sú normy upravujúce úhrady pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti formulované dostatočne určito, či nevytvárajú priestor na dvojaký výklad, či nevystavujú pacienta neprimeranej informačnej a ekonomickej neistote a či zabezpečujú reálnu, a nie iba deklarovanú, ochranu pred neoprávneným spoplatňovaním služieb hrađených z verejného zdravotného poistenia (prostredníctvom dozornej činnosti orgánov verejnej moci).

Takto vymedzené východiská prieskumu zároveň určujú aj ďalšiu štruktúru tejto správy. V nasledujúcej časti sa preto zameriavam na právnu úpravu úhrad za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s jej poskytovaním, osobitne na jej určitosť, vnútornú konzistentnosť a schopnosť poskytovať predvídateľnú odpoveď na otázku, ktoré plnenia majú poistenci uhrádzať z verejného zdravotného poistenia a ktoré možno preniesť do režimu priamej úhrady.

Následne sa venujem právnej úprave a praxi dozornej činnosti orgánov verejnej moci, keďže aj formálne existujúci nárok na bezplatnú zdravotnú starostlivosť môže zostať bez reálnej ochrany, ak právny poriadok nevytvára účinný mechanizmus kontroly a nápravy.

## 2 Ústavnoprávne a zákonné východiská priamych úhrad v zdravotníctve

### 2.1 K bezplatnosti zdravotnej starostlivosti na základe zdravotného poistenia

V podnetovej agende som sa niekoľkokrát stretol s námietkou podávateľov smerujúcou k tomu, ako je možné, že lekár od nich žiada platbu, keď má byť zdravotná starostlivosť bezplatná. Žiadali o vysvetlenie z akého dôvodu platia poistné na verejné zdravotné poistenie, keď za vyšetrenie aj tak musia platiť poplatok. Obdobné vnímanie bezplatnosti zdravotnej starostlivosti u mnohých poistencov mi v rámci prieskumu komunikovali aj samosprávne kraje. Z toho dôvodu som považoval za potrebné ozrejmiť, ako je to vlastne s bezplatnosťou zdravotnej starostlivosti.

Východiskom právneho posúdenia problematiky priamych úhrad v zdravotníctve je **druhá veta čl. 40 Ústavy**, podľa ktorej majú občania na základe zdravotného poistenia právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Už zo samotnej textácie tohto ustanovenia vyplýva, že **Ústava negarantuje bez ďalších podmienok** a v absolútnom rozsahu bezplatnosť všetkých plnení, ktoré sa v prostredí zdravotníctva vyskytujú. Ústavná garancia sa viaže na zdravotnú starostlivosť poskytovanú na základe verejného zdravotného poistenia a zároveň výslovne predpokladá zákonnú konkretizáciu podmienok jej poskytovania a úhrady.

To, že Ústava negarantuje v absolútnom rozsahu bezplatnosť všetkých plnení, ktoré sa v prostredí zdravotníctva vyskytujú, potvrdil vo svojej doterajšej judikatúre Ústavný súd. Výslovne uviedol, že pojem „bezplatná zdravotná starostlivosť“, tak ako ho používa Ústava, nemožno vykladať absolútne, keďže už samotný princíp poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe zdravotného poistenia takúto interpretáciu vylučuje. Zároveň zdôraznil, že *„ústava vytvára priestor pre spoplatnenie určitej časti poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorá prekračuje rozsah a obsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej na základe zdravotného poistenia, ako aj úkonov a činností, ktoré síce so zdravotnou starostlivosťou poskytovanou na základe zdravotného poistenia úzko súvisia, ale netvoria jej bezprostrednú súčasť (v súčasnom právnom vymedzení ide o služby spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti), pretože ústava garantuje len právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú na základe zdravotného poistenia, pričom na úpravu podmienok jej poskytovania, t. j. na reálne naplnenie obsahu tohto základného práva, splnomocňuje zákon.“*<sup>9</sup>

Inak povedané, z výkladu Ústavného súdu vyplýva, že nie každé plnenie požadované od pacienta pri kontakte so zdravotníckym zariadením musí byť automaticky neprípustné. **Je na rozhodnutí zákonodarcu**, akú časť zdravotnej starostlivosti a služieb s ňou súvisiacich zákonom podradí pod krytie hrazené zo zdravotného poistenia, a akú časť ponechá na priamu úhradu poistencom.

---

<sup>9</sup> Nález Ústavného súdu z 17. mája 2004, sp. zn. PL. ÚS 38/03.

Ústavný súd sa vyjadril aj k oprávneniu zákonodarcu určiť obsah základného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť, keď uviedol, že ústavodarca v čl. 40 druhej vete Ústavy ponechal úpravu podmienok poskytovania bezplatnej zdravotnej starostlivosti na zákon a toto splnomocnenie nemožno samo osebe považovať za bezprostredné obmedzenie základného práva.<sup>9</sup> Následne však zdôraznil, že zákonodarca musí pri úprave podmienok poskytovania bezplatnej zdravotnej starostlivosti dodržiavať ústavné limity. Práve v tejto dvojitej konštrukcii sa sústreďuje **základné napätie celej problematiky**:

- a) na jednej strane Ústava ponecháva zákonodarcovi priestor na určenie rozsahu a podmienok bezplatnosti,
- b) na druhej strane mu **neumožňuje normatívne vyprázdniť** samotný obsah základného práva.

#### *Domnienky medzi absolútnou bezplatnosťou a úplnou liberalizáciou priamych úhrad*

Aby som sa zjednodušene vyjadril k žiadostiam o vysvetlenie, ktoré sú popisované v úvode tejto časti, konštatujem, že časť verejnosti, ktorá sa domnieva, že všetko, čo sa týka zdravotnej starostlivosti, musí byť bez ďalších podmienok hradené z verejného zdravotného poistenia, vychádza z ústavne nesprávneho výkladu.

Oprávnenie zákonodarcu rozhodovať o tom, aká časť zdravotnej starostlivosti bude bezplatná (hradená zo zdravotného poistenia) neznamená, že jeho úvaha je bezhraničná. Ústavná rovnováha sa však v tejto oblasti nenachádza medzi **absolútnou bezplatnosťou a úplnou liberalizáciou priamych úhrad**, ale medzi povinnosťou chrániť dostupnú zdravotnú starostlivosť a povinnosťou zachovať udržateľnosť jej financovania.

## **2.2 Voľná úvaha zákonodarcu pri napĺňaní obsahu základného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť**

Skutočnosť, že čl. 40 druhá veta Ústavy zveruje zákonodarcovi určenie podmienok bezplatnej zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia nepochybne znamená, že zákonodarca disponuje v tejto oblasti širokou mierou voľnej úvahy. Táto úvaha sa v aktuálnej právnej úprave prejavuje pri určení rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia, pri konštrukcii systému spoluúčasti poistenca, pri definovaní jednotlivých legálnych pojmov, aj pri nastavovaní hraníc medzi zdravotnou starostlivosťou a inými plneniami, ktoré sa v zdravotníctve vyskytujú.

#### *Príliš široký priestor na rozporný výklad je problém*

Voľná úvaha zákonodarcu v oblasti čl. 40 druhej vety Ústavy je široká, **ale nie neobmedzená**. Jej hranicou je zákaz vyprázdniť obsah základného práva, zákaz ohroziť dostupnosť zdravotnej starostlivosti, požiadavka zachovať solidaritu systému verejného zdravotného poistenia a povinnosť vytvoriť dostatočne určitý, predvídateľný a vnútorne konzistentný právny rámec. Ak právna úprava

v týchto parametroch zlyháva, alebo ak ponecháva príliš široký priestor na rozporný výklad, nejde už len o otázku politickej voľby zákonodarcu, ale o otázku kvality právnej regulácie.

Preto zastávam názor, že miera voľnej úvahy zákonodarcu v oblasti priamych úhrad pacientov v zdravotníctve nesmie byť vykladaná ako oprávnenie ponechať rozhodujúce otázky iba na následný výklad poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo dozorných orgánov. Voľná úvaha zákonodarcu sa nekončí prijatím právnej úpravy.

#### *Preukázaná potreba precizovania právnej úpravy*

Voľná úvaha zákonodarcu v sebe zahŕňa aj povinnosť priebežne vyhodnocovať fungovanie právnej úpravy a reagovať na zistené aplikačné deficity. Ak sa ukazuje, že právna úprava umožňuje dvojaký výklad, že sa v praxi opakovane objavujú otázky, či konkrétne plnenie patrí do rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia, že rovnaké alebo obdobné prípady sú správnymi orgánmi posudzované rozdielne, že pacienti nedokážu vopred rozpoznať svoje právne postavenie a že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nachádzajú priestor pre „tvorivé“ spolplatňovanie plnení stojacich na hrane zákona, ide o signál, **že zákonný rámec si vyžaduje precizovanie.**

Ak zákonodarca raz využije svoje ústavné zmocnenie a vytvorí určitý model úhrad, spoluúčasti a legálnych definícií, je povinný niest **aj zodpovednosť za jeho zrozumiteľnosť, vnútornú konzistentnosť a praktickú aplikovateľnosť.** Voľná úvaha v normotvorbe neznamená voľnosť ponechať adresátov práva v stave neistoty. Práve naopak, čím väčší priestor Ústava zákonodarcovi zveruje, tým intenzívnejšia je požiadavka, aby tento priestor využíval spôsobom zodpovedajúcim princípom materiálneho právneho štátu, osobitne princípu právnej istoty, princípu ochrany dôvery v právo a zákazu svojvôle.

V takej situácii je zákonodarca **povinný reagovať** na podnety z prostredia uplatňovania práva a právnu úpravu precizovať, či už doplnením ďalších definičných znakov, korekciou existujúcich vymedzení alebo výslovným pomenovaním typov plnení, ktoré sa v praxi ukazujú ako sporné.

### **2.3 Zákonná a podzákonná právna úprava**

Právna úprava priamych úhrad poistencov v zdravotníctve sa uplatňuje a za určitých okolností je prípustná tak v rámci kategórie zdravotnej starostlivosti, ako aj v rámci kategórie služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Zákonodarca vo vzťahu k obom týmto kategóriám určuje či ide o plnenie uhrádzané z verejného zdravotného poistenia, o plnenie, pri ktorom je prípustná spoluúčasť poistenca, alebo ide o plnenie, ktoré možno preniesť do režimu úplnej priamej úhrady.

Samotná existencia legálnych definícií a základných zákazov nemusí vždy znamenať, že právna úprava určitej problematiky je spôsobilá bez pochybností usmerniť všetky relevantné situácie. Napriek tomu je na mieste očakávanie, že bude kreovaná a v čase precizovaná tak, aby prinášala záruku právnej istoty

a ochrany sledovaného spoločenského záujmu. Za jednu z podstatných súčastí môjho prieskumu som preto považoval posúdenie, či väzby medzi uvedenými kategóriami zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (a prístupmi k ich úhrade) v praxi vytvárajú vždy dostatočne uzavretý a bezrozporný systém, a či právna úprava poskytuje dostatočne určité kritériá na riešenie hraničných prípadov, ktoré prináša súčasná prax.

Relevantná právna úprava je obsiahnutá predovšetkým v zákone o rozsahu zdravotnej starostlivosti (v jeho § 3, § 8, § 38, § 38a a § 44), ako aj v zákone o zdravotnej starostlivosti (v jeho § 2 a § 13).

### **2.3.1 Právna regulácia úhrad zdravotnej starostlivosti a jej súdny výklad**

Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti vychádza z toho, že zdravotná starostlivosť uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia sa realizuje prostredníctvom zdravotných výkonov.<sup>10</sup> Podľa § 3 ods. 2 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti sa na základe verejného zdravotného poistenia plne uhrádzajú zdravotné výkony vedúce k zisteniu choroby a zdravotné výkony poskytnuté pri liečbe choroby uvedenej v zozname chorôb, a to za podmienok ustanovených zákonom<sup>11</sup> a vykonávacími predpismi. Na tento systém nadväzuje kategorizácia chorôb a podzákonná úprava spoluúčasti poistenca.<sup>12</sup>

#### *Vymedzenie zdravotného výkonu*

Pri definovaní toho, aká časť zdravotnej starostlivosti sa uhrádza zo zdravotného poistenia, má osobitný výzvam ustanovenie § 3 ods. 4 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, v ktorom zákonodarca výslovne ustanovil, ktoré činnosti považuje za súčasť zdravotného výkonu. Medzi tieto činnosti zaradil aj objednanie poistenca na vyšetrenie vrátane objednania na konkrétny čas, vypísanie lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, vypísanie odporúčania na špecializovanú ambulatnú starostlivosť alebo ústavnú starostlivosť, vypísanie návrhu na kúpeľnú liečbu a potvrdenie o návšteve lekára alebo iného zdravotníckeho pracovníka. Za zmienku na tomto mieste stojí aj skutočnosť, že podľa platnej právnej úpravy sa za zdravotný výkon považujú aj činnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poskytované formou telemedicíny.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Podľa § 2 ods. 2 prvá veta zákona o zdravotnej starostlivosti je zdravotný výkon ucelená činnosť zdravotníckeho pracovníka, ktorá predstavuje základnú jednotku poskytovania zdravotnej starostlivosti.

<sup>11</sup> V § 3 ods. 3 zákona o zdravotnej starostlivosti zákonodarca konkretizuje definíciu zdravotných výkonov poskytnutých pri liečbe choroby uvedenej v zozname chorôb, ktorými sú zdravotné výkony, ktoré vedú k záchrane života, vyliečeniu choroby, zabráneniu vzniku závažných zdravotných komplikácií, zabráneniu zhoršenia závažnosti choroby alebo jej prechodu do chronického štádia, zmierneniu prejavov choroby a k účinnej prevencii vrátane podania očkovacej látky pri povinnom očkovaní.

<sup>12</sup> Najmä nariadenie vlády Slovenskej republiky 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 účinné do 31. decembra 2026.

<sup>13</sup> Telemedicina je definovaná v § 2 ods. 46 zákona zdravotnej starostlivosti.

## Zákonné zákazy

Na definíciu zdravotného výkonu, ako základnej jednotky zdravotnej starostlivosti, nadväzujú zákazy podľa § 44 ods. 1 až 3 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti,<sup>14</sup> v zmysle ktorých zmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nesmie:

- požadovať od poistenca úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá sa plne uhradza na základe verejného zdravotného poistenia, ak zákon neustanovuje inak;
- podmieňovať poskytnutie zdravotnej starostlivosti úhradou nad určenú spoluúčasť poistenca podľa zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti a predpisov vydaných na jeho vykonanie, ani iným plnením;<sup>15</sup>
- požadovať od poistenca úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri chorobe uvedenej v zozname chorôb nad výšku spoluúčasti poistenca podľa tohto zákona a predpisov vydaných na jeho vykonanie.

Zákaz podmieňovať úhradou položky uvedené v § 3 ods. 4 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti potvrdila judikatúra súdov Slovenskej republiky. Ústavný súd zdôraznil,<sup>16</sup> že tieto položky nemožno účtovať ako osobitné úhradové položky, keďže ich zákonodarca zadefinoval ako neoddeliteľnú súčasť zdravotného výkonu. Z posúdenia Ústavným súdom zároveň možno vyvodiť záver o tom, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemôže z plnenia, ktoré zákon materiálne považuje za súčasť zdravotnej starostlivosti, vytvoriť samostatne spoplatniteľnú položku len prostredníctvom odlišného označenia alebo organizačného vyčlenenia v rámci vlastnej prevádzky.

Ďalšia judikatúra týkajúca sa priamych úhrad za zdravotnú starostlivosť poskytnutú u zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nie je rozsiahla. Z pohľadu výkladu zákonných ustanovení vnímam ako významný najmä rozsudok Najvyššieho súdu z 25. augusta 2011, sp. zn. 7 Sžo 3/2011. Najvyšší súd v ňom vychádzal z toho, že čl. 40 Ústavy a zákonná úprava verejného zdravotného poistenia vytvárajú komplexný a kogentný verejnoprávny rámec poskytovania zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia. Z tohto východiska vyvodil, že vyberanie ďalšej úhrady za zdravotnú starostlivosť **nad rozsah zákonom** dovolenej spoluúčasti je v rozpore s § 44 ods. 1 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti a že takúto úhradu nemožno založiť ani na nepomenovanom zmluvnom vzťahu podľa Občianskeho zákonníka s odvolaním sa na zmluvnú voľnosť. Tento záver je pre účely prieskumu mimoriadne významný.

---

<sup>14</sup> Predmetné ustanovenia boli do právnej úpravy vložené s účinnosťou od 1. januára 2015 zákonom č. 53/2015 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony.

<sup>15</sup> S odkazom príkladmo na právnu úpravu darovacej zmluvy § 628 až 630 Občianskeho zákonníka.

<sup>16</sup> Nález Ústavného súdu z 15. novembra 2017, sp. zn. PL. ÚS 49/2015, bod 80.

### *Zmluvné obchádzanie zákona naráža na zákonný imperatív*

Záver Najvyššieho súdu totiž hovorí, že v priestore zdravotnej starostlivosti hradenej na základe verejného zdravotného poistenia **nie je prípustné vytvárať paralelný zmluvný režim, prostredníctvom ktorého by zákonné limity úhrad bolo možné obchádzať dohodou medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a pacientom.**

Z hľadiska predmetu tejto správy má rozsudok, na ktorý odkazujem, ešte jeden dôležitý rozmer. Najvyšší súd v ňom odmietol argumentáciu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, podľa ktorej možno k položke zdravotného výkonu (ako aj k službe súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti) pripojiť ďalšiu položku označenú napríklad ako „príplatok za komfort“ alebo „sankčný poplatok“, ak takáto platba nemá oporu v zákonom rámci. V odôvodnení rozsudku sa vyjadril, že pokiaľ ide o poskytovateľa zdravotnej starostlivosti poskytujúceho zdravotnú starostlivosť na základe verejného zdravotného poistenia, **nemožno jeho výkony oddeľovať od kvality poskytovanej služby a nemožno k nim pripájať ďalšie platby len na základe vlastnej cenníkovej konštrukcie.**

Uvedená argumentácia Najvyššieho súdu potvrdzuje záver, podľa ktorého je neprípustné nielen priame spolplatnenie samotného zdravotného výkonu nad rozsahom zákonom dovolenej spoluúčasti, ale aj spolplatnenie takých kvalitatívnych, organizačných alebo prevádzkových aspektov zdravotného výkonu, ktoré sú neoddeliteľne späté s jeho poskytnutím.

### **2.3.2 Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a právna regulácia ich úhrady**

Druhou základnou kategóriou úhrad pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sú služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Tie sú v § 13 zákona o zdravotnej starostlivosti vymedzené taxatívne. Sú nimi poskytovanie stravovania počas poskytovania ústavnej starostlivosti, poskytovanie pobytu na lôžku počas poskytovania ústavnej starostlivosti, spracúvanie údajov zistených pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v elektronickej forme na účely zdravotného poistenia, pobyt sprievodcu osoby v ústavnej starostlivosti, vypracovanie lekárskeho posudku a psychologického posudku a poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie. Úhrada týchto služieb je následne upravená v § 38 a v § 38a zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti.

Z hľadiska systematiky právnej úpravy ide o kategóriu osobitnú a výnimočnú, ktorá slúži na to, aby sa od samotnej zdravotnej starostlivosti oddelili tie plnenia, ktoré ju síce sprevádzajú, ale nie sú jej jadrom. Osobitnú pozornosť si zasluhuje aj samotná vnútorná štruktúra tejto kategórie. Niektoré zo zákonom vymedzených služieb majú zjavne osobitný charakter, ktorý **ich odlišuje od jadra zdravotnej starostlivosti**, ako napríklad pobyt sprievodcu osoby v ústavnej starostlivosti, strava alebo pobyt na lôžku v ústavnej starostlivosti. Iné služby, najmä spracúvanie údajov zistených pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v elektronickej forme na účely zdravotného poistenia, už svojou povahou stoja bližšie k organizačno-administratívnejmu zabezpečeniu systému.

### *Taxatívny výpočet služieb má chrániť pacienta*

Zásadný význam z pohľadu ochrany poistenca má taxatívny výpočet služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, pretože obmedzuje priestor pre extenzívny výklad a bráni tomu, aby sa za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti považovali aj také plnenia, ktoré zákonodarca do tejto kategórie nezaradil.

Z uvedeného konštatovania vyplýva, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti **nemôže len na základe vlastného označenia alebo na základe cenníkovej formulácie** zaradiť do tejto kategórie akékoľvek plnenie, ktoré považuje za samostatne spoľahlivé. Ak zákon ako služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti vymenúva iba určitý uzavretý okruh plnení, **nemožno bez výslovnej zmeny zákona** rozšíriť tento zoznam o ďalšie administratívne, organizačné, technické alebo komfortné prvky.<sup>17</sup>

## **2.4 Zistené nedostatky platnej právnej úpravy a ich prejavy v aplikačnej praxi**

V úvode tejto kapitoly som sa zamýšľal, či právna úprava úhrad pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v praxi vytvára dostatočne uzavretý a bezrozporný systém, najmä či poskytuje dostatočne určité kritériá na riešenie hraničných prípadov, ktoré prináša súčasná prax.

### *Sivá zóna: medzi zdravotným výkonom a súvisiacimi službami*

Môžem konštatovať, že zákon pomerne jednoznačne rieši situácie, ktoré patria do jadra jednej alebo druhej kategórie (zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti), no **menej presvedčivo** rieši tie plnenia, ktoré stoja na ich rozhraní. Ide o úkony a činnosti, ktoré nepredstavujú súčasť zdravotného výkonu, resp. zdravotnej starostlivosti v pravom zmysle slova, a zároveň ich nemožno podradiť pod taxatívny výpočet služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Práve v tomto normatívnom medzipriestore sa dnes v praxi **rodí značná časť sporných poplatkov**.

Nasvedčujú tomu aj poznatky získané z podnetov a od samosprávnych krajov. V rámci prieskumu poukázali, že hoci právna úprava formálne rozlišuje medzi zdravotnou starostlivosťou a službami súvisiacimi s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v mnohých prípadoch sa otvára otázka, do ktorej z týchto kategórií konkrétne plnenie patrí, príp. či existuje ďalšia kategória činností v rámci vzťahu poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a pacient, a teda aký právny režim sa na dané plnenie vzťahuje.

Tieto medzery sa prejavujú najmä, nie však výlučne, v súvislosti s technologickým a organizačným vývojom ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Právna úprava vznikala v čase, keď mnohé dnešné

---

<sup>17</sup> Potvrďuje to aj Rozsudok Najvyššieho súdu, sp. zn. 7 Sžso 3/2011 z 25. augusta 2011, z ktorého vyplýva, že neexistencia zákonného základu je dôvodom, pre ktorý takúto platbu nesmie poskytovateľ zdravotnej starostlivosti od pacienta požadovať ani ako službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

formy diagnostiky, liečby a digitálneho riadenia toku pacientov nepredstavovali tak významnú súčasť faktického prístupu k zdravotnej starostlivosti ako dnes. Zákonodarca preto pri svojej pôvodnej konštrukcii logicky nepredvídal všetky dnešné technické a organizačné modely. V súčasnosti sa preto opakovane objavuje otázka, či technické a administratívne prvky spojené s objednávaním pacientov, komunikáciou s pacientom, digitálnou správou termínov, prevádzkou elektronických systémov alebo s inými modernými formami poskytovania zdravotnej starostlivosti predstavujú ešte súčasť zdravotného výkonu, alebo už plnenie stojace mimo jeho rámca.

Z odpovedí samosprávnych krajov v rámci prieskumu vyplynulo, že v aktuálnej praxi **vznikajú nové poplatkové konštrukcie**, ktoré právna úprava výslovne nepozná a nereguluje.

#### *Evidované podnety samosprávnych krajov*

Samosprávne kraje evidujú podnety týkajúce sa ročných poplatkov, vstupných poplatkov, balíkov služieb, manažmentu pacienta, manipulačných, kompenzačných a režijných poplatkov, poplatkov na chod ambulancie, poplatkov za technické a administratívne zabezpečenie prevádzky alebo za rôzne formy „komfortu“ a rôzne druhy nadštandardných poplatkov.

Neskorší normatívny vývoj tieto situácie sa nedoriedil spôsobom, ktorý by umožnil ich jednotné právne posúdenie. Dôsledkom je stav, v ktorom rovnaké alebo obdobné plnenia môžu byť jedným poskytovateľom považované **za súčasť zdravotného výkonu a iným za samostatný nadštandardný, administratívny alebo technický produkt**. Takýto stav je z pohľadu právnej istoty neprijateľný. Ak totiž právna úprava neumožňuje s primeranou istotou určiť do akej kategórie konkrétne plnenie patrí, znižuje sa aj schopnosť adresátov práva predvídať, aké úhrady sú prípustné a aké už nie.

#### *Povinnosť zakročiť legislatívne proti prenášaní nákladov*

Je zrejmé, že zákonodarca nemôže dopredu normatívne opísať všetky budúce technické a organizačné modely poskytovania zdravotnej starostlivosti. To ho však nezbavuje povinnosti vytvoriť také materiálne kritériá a také normatívne mantinely, ktoré zabránia tomu, aby sa medicínsky a technologický vývoj stal zámienkou na neprehľadné prenášanie nákladov na pacienta.

V dôsledku nedostatočne presného normatívneho rámca vzniká priestor na **tzv. tvorivé spoplatňovanie**. Ak právna úprava neponúka dostatočne presné materiálne kritériá, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže určité plnenie formulovať tak, aby sa formálne vyhol zákonnému zákazu úhrady za zdravotný výkon, aj taxatívne režimu služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Môže tvrdiť, že nejde ani o jedno, ani o druhé, ale o osobitný balík, servis, manažment, komfortný prvok alebo technicko-organizačné zabezpečenie. Takáto argumentácia neodhaľuje len invenciu konkrétneho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Odhaľuje aj to, že právna úprava na niektorých miestach neuzatvára normatívny priestor dostatočne pevne.

Tomu zodpovedajú aj **konkrétne zistenia samosprávnych krajov**. V podkladoch sa opakovane objavujú prípady, v ktorých poskytovateľ zdravotnej starostlivosti obhajoval určitý poplatok tvrdením, že nejde ani o zdravotný výkon, ani o službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ale o samostatné plnenie, ktoré nie je zakázané spájať s priamou úhradou pacienta.

Aplikačná neistota sa potom neprejavuje len u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale aj u poisťencov a u orgánov verejnej moci, ktoré vykonávajú dozor nad dodržiavaním právnej úpravy.

#### *Problém kritéria dobrovoľnosti v ponímaní chorého pacienta*

Samosprávne kraje v tejto súvislosti výslovne uviedli, že v praxi **chýba jednoznačné určenie** za čo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže a za čo nemôže vyberať poplatky. Na problém pri posudzovaní ich zákonnosti narážajú v situáciách, keď je poplatok uvedený v cenníku všetkých zdravotných výkonov a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti argumentuje predchádzajúcim informovaním pacienta o výške úhrady alebo tvrdením o dobrovoľnosti úhrady. Na posúdenie oprávnenosti vyžadovania takejto úhrady niektoré samosprávne kraje považujú za rozhodujúce, či pacient mal **reálnu a prakticky dostupnú možnosť** využiť zdravotnú starostlivosť aj bez takejto úhrady, alebo či bola platba fakticky podmienkou prístupu k starostlivosti, k objednaní, k pokračovaniu v sledovaní alebo k využitiu bežných komunikačných a organizačných mechanizmov ambulancie. Dôvodom je argumentácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v tom zmysle, **že zakázané je len podmieňovanie zdravotnej starostlivosti úhradou, nie poskytovanie iných služieb**.

Z podkladov samosprávnych krajov tiež vyplynulo aj to, že k právnej neistote osobitne prispieva nejasné vymedzenie (nad)štandardu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V stanoviskách niektorých samosprávnych krajov sa objavuje názor, že pri absencii legislatívnej úpravy nadštandardu možno nadštandardný poplatok akceptovať, ak je založený na dobrovoľnej báze, pacient je o ňom vopred informovaný a jeho uhradením nie je podmienené samotné poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Z vyjadrení niektorých samosprávnych krajov som pozoroval aj to, že nadštandard poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nespájajú len s komfortom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ale v niektorých prípadoch aj s kvalitou samotného zdravotného výkonu, napr. s kvalitnejším prístrojovým vybavením, doplňujúcim vzdelaním zdravotníckeho pracovníka a pod.

Posudzovanie oprávnenosti poplatku podľa toho, či mal pacient „reálnu možnosť“ využiť zdravotnú starostlivosť aj bez úhrady, **nepovažujem za správne hodnotiace kritérium**. Problematickosť takéhoto prístupu - okrem chýbajúceho právneho základu na spoplatňovanie takýchto služieb - vnímam aj v tom, že **redukuje právne posúdenie na formálne znaky súhlasu**, pričom opomína materiálnu stránku vzťahu medzi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a pacientom. Dobrovoľnosť v prostredí, kde pacient čelí zdravotným ťažkostiam, časovému tlaku alebo obmedzenej dostupnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, nemá rovnaký význam ako v bežných zmluvných vzťahoch. Takéto posudzovanie sa nejaví ako dôsledné uplatňovanie dozorných právomocí.

MZ SR na svojej internetovej stránke usmerňuje pacientov takto:

*„Ročný registračný poplatok nie je poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ani službou súvisiacou s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemôže požadovať úhradu takéhoto poplatku. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemôže takouto úhradou ani podmieňovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti.“*

*„Profesionálny manažment pacienta nie je zdravotným výkonom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ani službou súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Za takýto úkon by poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemal vyberať úhradu.“*

*„Zmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže požadovať úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri chorobe uvedenej v zozname chorôb najviac vo výške spoluúčasti poistenca podľa zákona č. 577/2004 Z. z. a nariadenia vlády SR č. 777/2004 Z. z. Službou súvisiacou s poskytovaním zdravotnej starostlivosti môže byť iba to, čo ustanovil § 13 zákona č. 576/2004 Z. z. a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti za ne môže požadovať úhradu najviac vo výške spoluúčasti poistenca podľa zákona č. 577/2004 Z. z. a nariadenia vlády SR č. 722/2004 Z. z. Úhradu od pacienta za „klimatizovanú čakáreň“ a podobné „poplatky“ nemožno požadovať.“*

*„Poplatok za poskytnutie mobilného čísla lekára, poplatok za nadštandard – nie sú úkony, za ktoré by právne predpisy v súvislosti so zdravotným poistením umožňovali vyberať úhradu.“<sup>18</sup>*

Dobrovoľnú úhradu zdravotného výkonu pripúšťa len v prípade, že pacientom požadovaný zdravotný výkon nebol indikovaný ošetrojúcim lekárom:

*„Pokiaľ je vyšetrenie CRP realizované na vlastnú žiadosť pacienta, teda ak nie je indikované lekárom, pacient sa dohodne na vykonaní vyšetrenia a prípadná platba v zmysle cenníka je považovaná za dobrovoľnú úhradu na základe dohody, napríklad písomného súhlasu pacienta zaznamenaného v zdravotnej dokumentácii.“*

*Normy narúšajú princíp rovnosti a princíp právnej istoty*

Už samotná existencia takýchto rozdielnych interpretačných prístupov medzi orgánmi verejnej moci ukazuje, že právna **úprava neplní dostatočne svoju zjednocujúcu a ochrannú funkciu**. Z ústavnoprávneho hľadiska považujem za obzvlášť závažné, že uvedené medzery nemajú len teoretický význam. Ich dôsledkom môže byť stav, v ktorom pacient nie je schopný vopred rozpoznať, aké plnenia je povinný znášať a aké nie, poskytovateľ nevie s dostatočnou mierou istoty predvídať hranice prípustnej cenníkovej politiky a dozorný orgán nemá k dispozícii dostatočne ostré normatívne kritériá na jednotný výkon dozoru. Takýto stav nie je problémom len z pohľadu techniky legislatívy; **je**

---

<sup>18</sup> Poučenia MZ SR k téme Poplatky v zdravotníctve, dostupné na: <https://www.health.gov.sk/?poplatky-v-zdravotnictve>, navštívené dňa 15. apríla 2026.

**problémom z pohľadu ochrany základného práva podľa čl. 40 druhej vety Ústavy, princípu rovnosti a princípu právnej istoty.**

*Právna úprava je nedostatočne uzavretá a interpretačne nestabilná*

Nielen od samosprávnych krajov v súčasnosti výslovne zaznieva požiadavka, aby zákonodarca buď taxatívne vymedzil poplatky, ktoré sa v praxi vyberané byť môžu, alebo ich výber explicitne zakázal a vymenoval, ktoré poplatky poskytovatelia vyberať nesmú. Z pohľadu tejto správy je ich požiadavka významná najmä preto, že nejde len o návrh na legislatívne doplnenie, ale o potvrdenie, že súčasná právna úprava je z pohľadu aplikačnej praxe pocitovaná ako nedostatočne uzavretá a interpretačne nestabilná.

Pri hodnotení nedostatkov právnej úpravy nemôžem odhliadnuť od skutočnosti, že k úhrade zdravotnej starostlivosti vykonanej jej poskytovateľom dochádza na základe zmluvného vzťahu so zdravotnou poisťovňou. Zdravotné poisťovne uhrádzajú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti z prostriedkov verejného zdravotného poistenia výkony na základe zmlúv, ktoré určujú rozsah zdravotnej starostlivosti a výšku úhrady za ňu.<sup>19</sup> Niektoré výkony alebo činnosti tak nemusia byť v konkrétnom prípade zazmluvnené, prípadne nemusia byť zazmluvnené za takých ekonomických podmienok, ktoré by poskytovateľ zdravotnej starostlivosti považoval za dostatočné.

Na nedostatočné zazmluvnenie poukazujú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti všetkých špecializácií. Ako príklad uvádzam otázku poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zverejnenú na webovom sídle MZ SR: „...vyšetrenie CRP síce čiastočne platia poisťovne, každá inou sumou, ale skutočná suma za vyšetrenie, materiál, kúpu a amortizáciu prístroja, chemikálie a príslušenstvo potrebné na vyšetrenie a pravidelnú kontrolu a kalibráciu prístroja, je vyššia. Je možné vyberať príslušný doplatok, podľa jednotlivých poisťovní vzhľadom na ich úhradu, aj naďalej?“ MZ SR poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti nepotvrdilo oprávnenie navrhovaným spôsobom konať a odporučilo ho na rokovanie so zdravotnou poisťovňou.<sup>20</sup>

*Vyberané poplatky ako možná reakcia na podfinancované zdravotné výkony*

Tomu, že jedným z faktorov stojacich za vyberaním poplatkov od pacientov môže byť aj nedostatočnosť úhrad pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotných poisťovní, nenasvedčujú len izolované vyjadrenia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zástupcovia ambulantného sektora v odbornej diskusii otvorene uvádzajú, že poplatky v ambulanciách slúžia na pokrytie administratívnych, technických a prevádzkových služieb, ktoré nie sú hradené, a zároveň dorovnávajú **chronicky podfinancované zdravotné výkony.**

---

<sup>19</sup> § 7 ods. 2, 4 a 14 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

<sup>20</sup> Poučenia MZ SR k téme Poplatky v zdravotníctve, dostupné na: <https://www.health.gov.sk/?poplatky-v-zdravotnictve>, navštívené dňa 15. apríla 2026.

V tejto súvislosti sa v minulosti vyjadroval aj Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý odporučil nastaviť minimálne ceny výkonov tak, aby postačovali na pokrytie primeraných mzdových a prevádzkových nákladov ambulancie.<sup>21</sup> Hoci bez konkrétnej dokumentácie nemožno bezvýhradne tvrdiť, že každý prípad „odzmluvnenia“ alebo požadovania priamej úhrady je motivovaný práve týmto dôvodom, ide o verejne artikulovanú a z hľadiska systémového hodnotenia právnej úpravy relevantnú okolnosť.

#### *MZ SR vidí za dôvodmi výberu poplatkov aj iné príčiny*

MZ SR v písomnom stanovisku **tiež pripustilo**, že výber neoprávnených poplatkov poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti ako dôsledok nedofinancovania zdravotných výkonov zo strany zdravotných poisťovní môže byť jedným z faktorov, ktoré ovplyvňujú ekonomické správanie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V ďalšej vete ale poukázalo na to, že neoprávnené poplatky však nemožno automaticky pripisovať výlučne úhradovým mechanizmom, keďže ich vznik môže súvisieť aj s inými faktormi, ako napríklad s nesprávnym výkladom právnych predpisov, nedostatočnou informovanosťou alebo s individuálnym postupom konkrétnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zároveň zdôraznilo, že zmluvné vzťahy medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti sú autonómne a MZ SR do nich nemá kompetenciu priamo zasahovať.

#### *Spoluúčasť pacienta je legálna, avšak mala by mať ochranné prvky*

S problematikou financovania zdravotnej starostlivosti úzko súvisí aj spoluúčasť pacienta. Spoluúčasť pacienta je v súčasnosti v Slovenskej republike pri väčšine zdravotných výkonov nulová. Najčastejšie sa s ňou možno stretnúť v stomatológii. Sama osebe nie je v rozpore s ústavným rámcom, keďže čl. 40 druhá veta Ústavy umožňuje zákonodarcovi určiť podmienky, za ktorých sa zdravotná starostlivosť poskytuje a uhrádza.

Za problém však považujem skutočnosť, že výška spoluúčasti poistenca nie je v súčasnosti systémovo limitovaná a právny poriadok neobsahuje žiadny ochranný mechanizmus, ktorý by bránil jej kumulatívne dopadu na poistenca. Osobitne to platí vo vzťahu **k zraniteľným skupinám obyvateľstva**, pre ktoré môže aj zákonom dovolená spoluúčasť predstavovať reálnu bariéru prístupu k zdravotnej starostlivosti. Ochranný limit, ktorý by zohľadňoval celkové finančné zaťaženie poistenca (obdobne ako je to napr. pri liekoch), v slovenskom právnom poriadku absentuje.

Takýto stav by v kontexte súčasného nastavenia systému nebol problematický, ak by v každom prípade existovala reálne dostupná alternatíva zdravotnej starostlivosti plne hradenej z verejného zdravotného poistenia. Z poznatkov získaných v rámci prieskumu však vyplýva, že tomu tak v aplikačnej praxi vždy nie je. Ilustratívnym príkladom je oblasť stomatologickej starostlivosti. Právna úprava síce predpokladá

---

<sup>21</sup> Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou: *Odporúčanie č. 4/2023 k stanoveniu cien úhradových mechanizmov pri úhradách za zdravotnú starostlivosť*, dostupné na: [https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2023/03/VE\\_4\\_2023.pdf](https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2023/03/VE_4_2023.pdf), navštívené dňa 21. apríla 2026.

existenciu základného ošetrenia zubného kazu, vrátane štandardnej dentálnej výplne hradenej z verejného zdravotného poistenia, avšak v praxi pacient často naráža na situáciu dostupnosti takéhoto ošetrenia len v obmedzenom rozsahu. Skúsenosti pacientov poukazujú na to, že u viacerých zmluvných stomatológov je bezplatná alternatíva buď absentujúca, alebo spojená s praktickými obmedzeniami.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Správa o činnosti verejného ochrancu práv za rok 2023, Bezplatné ošetrenie zubného kazu, str. 121; Správa o činnosti verejného ochrancu práv za rok 2024, Dostupnosť bezplatných zdravotných výkonov v stomatológii, str. 115; Správa o činnosti verejného ochrancu práv za rok 2025, Zdravotná starostlivosť, str. 92.

V tejto súvislosti som zároveň verejnosť upovedomil o právach poistencov verejného zdravotného poistenia:

<https://vop.gov.sk/wp-content/uploads/2025/07/Tlacova-sprava-VOP-09.-07.-2025.pdf>;

<https://vop.gov.sk/rontgenove-snimky-u-zubara/>;<https://vop.gov.sk/wp-content/uploads/2025/07/Tlacova-spravaVOP-23.-07.-2025.pdf>.

### 3 Výkon dozornej činnosti v oblasti priamych úhrad v zdravotníctve

Jednou z podstatných výčítiek, s ktorými som sa stretol vo vzťahu k priamym úhradám v zdravotníctve nielen zo strany podávateľov podnetov, ale aj zo strany ďalších dotknutých subjektov, bola neefektivita dozornej činnosti. V niektorých podnetoch a vo verejných vyjadreniach<sup>23</sup> sa dokonca objavovalo tvrdenie, že orgány dozoru aktuálny stav fakticky tolerujú ako nevyhnutný dôsledok ekonomického nastavenia systému zdravotníctva *de facto* ako nevyhnutný zdroj financovania.

*Podozrenie z „tichej tolerancie“ výberu poplatkov nevyslovujem. Avšak signály o deficite ochranného mechanizmu sú závažné*

Takto formulovanú výhradu nemožno bez ďalších krokov prijať ako preukázaný skutkový záver, no nemožno ju ani zľahčovať. Ak sa v aplikačnej praxi vytvára presvedčenie, že existujúce kontrolné mechanizmy nie sú spôsobilé účinne reagovať na neoprávnené poplatky alebo od ich výberu odrádzať, ide už samo osebe o **závažný signál deficitu ochranného mechanizmu**, ktorého funkciou je chrániť právo podľa čl. 40 druhej vety Ústavy.

Práve z tohto dôvodu som považoval za potrebné preskúmať nielen hmotnoprávnu úpravu priamych úhrad, ale aj **právnú úpravu a praktické fungovanie dozoru** nad neoprávneným výberom poplatkov zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

*Povinnosť štátu zabezpečiť ochranu pred svojvoľným alebo neprehľadným prenášaním nákladov na pacienta*

Poistenec realizuje svoje práva vyplývajúce z účasti na verejnom zdravotnom poistení, okrem iného, prostredníctvom úhrady zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotnej poisťovne v rozsahu a za podmienok ustanovených zákonom. Tomu zodpovedá pozitívny záväzok štátu vytvoriť taký právny a inštitucionálny rámec, ktorý zabezpečí nielen formálnu existenciu nároku na úhradu zdravotnej starostlivosti, ale aj jeho praktickú vymožitelnosť a ochranu pred svojvoľným alebo neprehľadným prenášaním nákladov na pacienta. Súčasťou tohto záväzku je nepochybne výkon dozoru nad tým, aby poskytovanie zdravotnej starostlivosti nebolo podmieňované priamou úhradou pacienta v prípadoch, v ktorých zákon takúto úhradu nepredpokladá, alebo ju neumožňuje vyžadovať spôsobom, ktorý by obmedzoval prístup k zdravotnej starostlivosti. Ak dozorná činnosť nefunguje alebo je oslabená normatívnou neurčitou, nejasným rozdelením kompetencií a i., ide o stav, ktorý môže mať závažné dôsledky na uplatňovanie základného práva rovnako, ako samotná nejasnosť hmotnoprávnej úpravy.

---

<sup>23</sup> Napr. KEKELÁK, Lukáš: *Šéf zdravotníctva banskobystrickej župy: Pri poplatkoch sme ako vyšetrovatelia, ministerstvu však nestačí ani päť svedkov*, Postoj, dostupné na: <https://www.postoj.sk/192843/martin-caudt-pri-poplatkoch-sme-ako-vysetrovatelia-ministerstvu-vsak-nestaci-ani-pat-svedkov#:~:text=%E2%80%9EMY%20nie%20sme%20t%C3%AD%20ktor%C3%AD%20poplatky%20ticho,podp%C3%ADsa n%C3%BDch%20svedeck%C3%BDch%20v%C3%BDpoved%C3%AD%2C%20C5%BEe%20poskytovate%C4%BE%20podmie%C5%88uje%20vy%C5%A1etrenie>, navštívené dňa 21. apríla 2026.

### 3.1 Inštitucionálny rámec dozornej činnosti

Vo vzťahu k neoprávneným úhradám pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je v rámci preneseného výkonu štátnej správy rozhodujúca pôsobnosť samosprávnych krajov. Podľa § 44 ods. 3 posledná veta zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti kontroluje zdravotné výkony poskytované pri chorobe uvedenej v zozname chorôb a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytovateľ poskytuje a pri ktorých môže požadovať úhradu, vyšší územný celok príslušný podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia výkonom dozoru podľa zákona o poskytovateľoch ZS.<sup>24</sup> Samosprávne kraje pritom vo svojich stanoviskách zhodne potvrdili, že dozor vykonávajú buď na základe podnetov občanov, alebo z vlastnej iniciatívy podľa plánu kontrolnej činnosti.

V súvislosti s úhradami pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti považujem za rozhodujúci najmä dozor nad plnením týchto povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste cenník všetkých zdravotných výkonov, dodržiavať tento cenník, zverejniť a dodržiavať zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu, a pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti dodržiavať osobitné predpisy o úhradách.<sup>25</sup> V aplikačnej rovine ide o povinnosti, ktoré majú chrániť pacienta pred neprehľadným a svojvoľným spoplatňovaním, a tým naplňať ústavnú požiadavku chrániť dostupnosť zdravotnej starostlivosti financovanej zo solidárneho systému zdravotného poistenia.

### 3.2 Systémové prekážky výkonu dozoru samosprávnymi krajinami

V úvode tejto časti považujem za dôležité uviesť, že prieskumná skupina sa u všetkých samosprávnych krajov stretla s výraznou mierou frustrácie nad doterajším nevypočutím ich pripomienok a výhrad, ktoré v snahe o zabezpečenie čo najefektívnejšieho výkonu dozornej činnosti dlhodobo adresujú MZ SR, ako ústrednému orgánu štátnej správy. Napriek prekážkam, s ktorými sa pri svojej činnosti stretávajú, prieskumná skupina vnímala **rešpekt samosprávnych krajov k im uloženej povinnosti vykonávať** dozornú činnosť. Z ich písomných stanovísk, ako aj z výsledkov osobného prieskumu je zrejmé, že samosprávne kraje na svoju dozornú úlohu nerezignovali. Naopak, vytvárajú a realizujú plány kontrolnej činnosti a preskúmajú podnety, a to aj pri veľmi obmedzených personálnych a materiálo-technických možnostiach.

#### **(Ne)financovanie preneseného výkonu štátnej správy**

Dôvodom obmedzených zdrojov a jedným zo zásadných problémov, ktoré verbalizovali všetky samosprávne kraje je skutočnosť, že **prenesený výkon štátnej správy štát nijakým spôsobom**

---

<sup>24</sup> § 81 ods. 1 písm. g) ods. 1 zákona o poskytovateľoch ZS.

<sup>25</sup> § 79 ods. 1 písm. g), zo) až zq), ab) zákona o poskytovateľoch ZS.

**od vzniku samosprávnych krajov neuhrádza.**<sup>26</sup> V zmysle Ústavy by mal štát za prenesený výkon štátnej správy samospráve platiť náklady spojené s touto činnosťou,<sup>27</sup> čo sa nielen v súčasnosti, ale ani posledných viac ako 20 rokov nerealizuje. Pritom poskytovatelia zdravotnej a lekárenskej starostlivosti na území jedného samosprávneho kraja sa počítajú v aj tisíckach.<sup>28</sup>

Z ústavnoprávneho pohľadu považujem za legitímnu otázku, ako má samosprávny kraj efektívne vykonávať túto činnosť bez samostatne vyčlenených finančných prostriedkov a prečo má financovať prenesený výkon štátnej správy zo zdrojov samosprávy, ktoré sú určené na financovanie úplne iných oblastí.

Právna teória chápe prenesenú (delegovanú) pôsobnosť ako pôsobnosť, ktorú na územné samosprávne celky delegoval štát. Predstavuje okruh tých záležitostí, ktoré **vykonávajú územné samosprávne celky v mene štátu. Za kvalitu výkonu tejto pôsobnosti nesie zodpovednosť v plnom rozsahu štát.** Vzhľadom na skutočnosť, že pri výkone prenesenej pôsobnosti ide o výkon úloh štátnej správy, ktorú by inak musel zabezpečovať štát prostredníctvom štátnych orgánov, ústavodarca zakotvil **v čl. 71 ods. 1 Ústavy povinnosť štátu poskytnúť** samosprávnym krajom potrebné finančné a iné materiálne prostriedky na zabezpečenie riadneho výkonu úloh delegovanej štátnej správy.

#### *Úhrady z vlastného majetku*

Vzhľadom na skutočnosť, že plnenie úloh delegovanej štátnej správy je uložené ako povinnosť, samosprávne kraje nemajú na výber a náklady preneseného výkonu štátnej správy uhrádzajú z vlastného majetku, resp. z vlastných finančných príjmov, ktoré sú určené na výkon samosprávnych úloh. Z minulosti je známy prípad, keď sa obec pokúsila domáhať ochrany svojho práva na úhradu oprávnených nákladov, ktoré jej vznikli v súvislosti s výkonom zverených úloh štátu, podaním ústavnej komunálnej sťažnosti podľa čl. 127a Ústavy. Namietala porušenie jej práva podľa čl. 71 ods. 1 Ústavy v spojení s ústavným právom za podmienok ustanovených zákonom na samostatné hospodárenie s vlastným majetkom a so svojimi príjmami, avšak bez úspechu. Ústavný súd sťažnosť odmietol s poukazom, že právo na úhradu nákladov preneseného výkonu štátnej správy nie je predmetom ochrany podľa čl. 127a Ústavy, keďže patrí do veci prenesenej pôsobnosti, inak povedané, nejde o „veci

---

<sup>26</sup> Na túto skutočnosť už v minulosti poukázal aj Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky: Štát samosprávam neuhrádza všetky náklady spojené s výkonom prenesených kompetencií, dostupné tu: [https://www.nku.gov.sk/aktuality/-/asset\\_publisher/OkVQsC5cs53F/content/stat-samospravam-neuhradza-vsetky-naklady-spojene-s-vykonom-prenesenych-kompetencii-duplikat-1](https://www.nku.gov.sk/aktuality/-/asset_publisher/OkVQsC5cs53F/content/stat-samospravam-neuhradza-vsetky-naklady-spojene-s-vykonom-prenesenych-kompetencii-duplikat-1), navštívené dňa 21. apríla 2026.

<sup>27</sup> Podľa čl. 71 ods. 1 a 2 Ústavy možno na obec a vyšší územný celok zákonom preniesť výkon určených úloh miestnej štátnej správy. Náklady takto preneseného výkonu štátnej správy uhrádza štát. Pri výkone štátnej správy môže obec a vyšší územný celok vydávať v rámci svojej územnej pôsobnosti na základe splnomocnenia v zákone a v jeho medziach všeobecne záväzné nariadenia. Výkon štátnej správy prenesený na obec alebo na vyšší územný celok zákonom riadi a kontroluje vláda. Podrobnosti ustanoví zákon.

<sup>28</sup> Na ilustráciu uvádzam, že napr. Banskobystrický samosprávny kraj vykonáva dozornú činnosť vo vzťahu k takmer 2 000 poskytovateľom zdravotnej a lekárenskej starostlivosti.

územnej samosprávy“<sup>29</sup> <sup>30</sup> Ako má teda samosprávny kraj postupovať, ak mu štát neuhradí v potrebnom, resp. v zákonom rozsahu náklady? Aký je účinný právny prostriedok na vynútenie si ústavného práva na úhradu oprávnených nákladov preneseného výkonu štátnej správy?

#### *Príjem z pokút nie je legitímny zdroj*

Samosprávne kraje mi v rámci prieskumu uviedli, že v komunikácii s MZ SR v tejto súvislosti zaznieva argument, že príjem z vybratých pokút v správnom konaní po zistení neoprávnene vybraného poplatku patrí samosprávnym krajom a týmto spôsobom je zabezpečené financovanie tohto preneseného výkonu štátnej správy. Tento spôsob realizácie ústavnej povinnosti štátu **nemôžem považovať za dostatočný**.

MZ SR mi v písomnom stanovisku potvrdilo, že otázka financovania preneseného výkonu štátnej správy v oblasti dozoru nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti je zo strany samosprávnych krajov dlhodobo komunikovaná, a to aj prostredníctvom platformy SK8, ktorá opakovane poukazuje na nedostatočné finančné zabezpečenie tejto agendy. Zároveň sa vyjadrilo, že túto problematiku eviduje a vníma jej význam z pohľadu zabezpečenia efektívneho a kvalitného výkonu dozoru štátnej správy, no v súčasnosti otázka financovania preneseného výkonu štátnej správy presahuje rámec pôsobnosti samotného MZ SR a je predmetom širších rozpočtových a kompetenčných mechanizmov na úrovni štátnej správy.

#### *Samosprávne kraje nezlyhávajú v dozornej činnosti*

Napriek obmedzeným zdrojom nemôžem uviesť, že samosprávne kraje svoju úlohu zanedbávajú. Naopak, môj prieskum som vo vzťahu k tejto otázke uzavrel konštatovaním, že samosprávne kraje **dozornú činnosť realizujú a realizujú ju systematicky**. Samosprávne kraje spolu za obdobie necelých dvoch rokov<sup>31</sup> vykonali viac ako 900 kontrol poskytovateľov zdravotnej starostlivosti so zameraním aj na povinnosti podľa § 79 ods. 1 písm. g), zo) až zq), ab) zákona o poskytovateľoch ZS. Z toho významnú časť realizovali z vlastnej iniciatívy, na podklade plánu kontrolnej činnosti. Samosprávne kraje mi zároveň podrobne popísali spôsoby, ktorými sa snažia zabezpečiť čo najvyššiu efektívnosť dozornej činnosti. Z ich vyjadrení a z predložených podkladov vyplýva, že si vytvorili **vlastné interné metodiky** - v rámci kontrolnej činnosti podľa okolností vhodne volia dozor na mieste alebo dozor na diaľku a prihliadajú na špecifiká ich regiónu, skladbu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a na potreby obyvateľstva. Pri výbere kontrolovaných subjektov sa snažia kombinovať plánované kontroly s kontrolami iniciovanými podnetmi, zohľadňujú informácie od obyvateľov, ktoré nemali podstatné náležitosti podnetu a z vlastnej iniciatívy preskúmajú aj prípady, o ktorých sa dozvedeli napr. z médií.

---

<sup>29</sup> Uznesenie Ústavného súdu sp. zn. II. ÚS 23/04 z 28. januára 2004.

<sup>30</sup> OROSZ, L. – SVÁK, J. a kol.: *Ústava Slovenskej republiky*. Komentár. Zväzok I. Bratislava: Wolters Kluwer SR, 2021.

<sup>31</sup> Počty vykonaných kontrol som si vyžiadal od samosprávnych krajov v októbri 2025 za obdobie ukončeného roku 2024 a neukončeného roku 2025, t. j. do dňa doručenia mojej žiadosti o poskytnutie písomného stanoviska.

Zároveň sa usilujú, aby pri výjazde do terénu vykonali dozor u viacerých poskytovateľov naraz, v rôznych lekárskejších špecializáciách a súčasne aby preverili širší okruh zákonných povinností, nielen poplatkové. Z podkladov, ktoré mi samosprávne kraje poskytli je zrejmé, že ich dozorná činnosť nemá len represívny rozmer, **ale tiež výchovný a preventívny**, okrem iného aj vtedy, keď samosprávne kraje usmerňujú nových poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.<sup>32</sup>

Niektoré samosprávne kraje dokonca **písomne upozorňujú** poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na nezrovnalosti v cenníkoch všetkých zdravotných výkonov a vyzývajú ich na odstránenie možných rozporov.

### **Úloha zabezpečovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti – „konflikt lojality“**

Ako som už naznačil, za problematickú považujem aj ďalšiu rovinu, ktorú samosprávne kraje v rámci prieskumu zdôrazňovali, konkrétne napätie medzi výkonom dozoru v rámci preneseného výkonu štátnej správy a samosprávnou úlohou zabezpečovať v rámci potrieb svojich obyvateľov dostupnosť zdravotnej starostlivosti na území samosprávneho kraja. Samosprávne kraje opakovane poukázali na **nedostatok ambulantných lekárov v niektorých odboroch** a regiónoch, ako aj na problémy, s ktorými sa na nich obracajú existujúci poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (napr. neúnosná administratívna záťaž ambulancií, nedostatočné finančné ohodnotenie ambulantného sektora v porovnaní s ústavnou zdravotnou starostlivosťou). Samosprávne kraje predpokladajú, že vyberanie poplatkov v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti je spôsobené (aj) nedostatočným financovaním zo strany zdravotných poisťovní a zavedeným platovým automatom zamestnancov v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Z osobného prieskumu vyplynuli aj postrehy samosprávnych krajov o tom, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v kontexte naznačených prekážok výkonu činnosti uvažujú o prechode do ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo o poskytovaní zdravotnej starostlivosti mimo zmluvného vzťahu so zdravotnou poisťovňou, t. j. mimo systému verejného zdravotného poistenia, za plnú úhradu pacienta.

#### *Zhovievavosť k lekárovi nemá v právnom štáte miesto*

Voľbu miernejších opatrení pri zistení porušenia zákonných povinností v rámci dozornej činnosti (napr. upozornenie) nemožno považovať za akceptovateľnú len preto, že ambulantný sektor čelí ekonomickému a personálnemu tlaku. Na druhej strane však nemožno abstrahovať od toho, že výkon dozoru sa v praxi odohráva v prostredí, v ktorom samosprávny kraj **súčasne vníma vlastnú zodpovednosť za zabezpečovanie dostupnosti** zdravotnej starostlivosti na svojom území. V situácii,

---

<sup>32</sup> Takmer všetky samosprávne kraje mi popísali prax spočívajúcu vo vykonaní kontroly u novovzniknutého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti do troch až šiestich mesiacov od začatia prevádzkovania ambulancie, s cieľom zabezpečiť dôsledné dodržiavanie všetkých jeho povinností do budúcnosti a v potrebných prípadoch poučiť o nedostatkoch pri ich dodržiavaní. Zdieľali skúsenosť, že práve v tomto období dochádza najčastejšie k neplneniu niektorých povinností, mnohokrát z nevedomosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti o tej-ktorej zákonnej povinnosti.

keď lekárske kapacity v niektorých odboroch chýbajú a časť samosprávnych krajov dokonca sama zriaďuje alebo dofinancúva ambulancie, nemožno ignorovať, že represívne opatrenia voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sú vnímané aj **cez ich možný dopad na dostupnosť zdravotnej starostlivosti**. To však neznamená, že sa môže ochrana pacienta obetovať v prospech faktickej tolerancie nezákonných poplatkov. Znamená to skôr, že štát nemôže prenášať riešenie systémového nedostatku ambulantnej siete a úhradového nastavenia na samosprávny kraj a následne od neho očakávať, že tento rozpor vyrieši iba sankčným dozorom.

### **Negatívne kompetenčné konflikty orgánov verejnej moci pri výkone kontroly**

Ďalšou skutočnosťou, ktorú považujem za nepriaznivo vplyvajúcu sa výkon dozornej činnosti sú kompetenčné konflikty medzi orgánmi kontroly v zdravotníctve. Na problémy, ktoré vznikajú vplyvom rozdrobenosti kontrolnej pôsobnosti v zdravotníctve som už viackrát v minulosti upozorňoval MZ SR.<sup>33</sup> Poukázal som predovšetkým na to, že vplyvom rozdelenia pôsobnosti medzi množstvo orgánov, tak pacienti, ako aj samotné orgány v mnohých prípadoch **nevedia identifikovať, ktorý orgán je vo vzťahu ku konkrétnej situácii príslušný konať**. Tento problém sa prejavuje aj pri poplatkoch v zdravotníctve. V rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti sa nezriedka prelína pôsobnosť samosprávnych krajov, zdravotných poisťovní, MZ SR, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, profesijných komôr a v niektorých prípadoch aj ďalších subjektov,<sup>34</sup> pričom ich právomoci nie sú vždy vymedzené tak, aby vytvárali pre pacienta prehľadný a funkčný ochranný systém. Aj z niektorých stanovísk samosprávnych krajov výslovne vyplynulo, že v zdravotníctve **je extrémne veľa subjektov**, ktorých právomoci sa prelínajú, a pritom nikto nemá generálnu zodpovednosť.

#### *Bezbrannosť človeka bez poskytnutej zdravotnej starostlivosti*

Vo vzťahu k poplatkom ide napríklad o situáciu, keď pacientovi nie je poskytnutá zdravotná starostlivosť z dôvodu odmietnutia úhradenia poplatku. Tu vzniká otázka, či takýto skutkový stav má preskúmať samosprávny kraj v rámci dozoru nad povinnosťou poskytovateľov zdravotnej starostlivosti dodržiavať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobitné predpisy o úhradách, alebo má nastúpiť pôsobnosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v rámci dohľadu nad správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

V praxi som sa stretol a aj som s niektorými samosprávnymi kraji polemizoval o tom, do koho pôsobnosti patrí skutkový stav, ktorého podstatou je situácia, keď poskytovateľ zdravotnej starostlivosti **viaže poskytnutie zdravotného výkonu plne hradeného** z verejného zdravotného

---

<sup>33</sup> Napr. Správa o činnosti verejného ochrancu práv za rok 2023, Ochrana zdravia a zdravotná starostlivosť, str. 115; listy zo dňa 23. januára 2024 a 12. marca 2024 adresované MZ SR v rámci preskúmania podnetu č. 1939/2022/VOP; list ministrovi zdravotníctva zo dňa 10. januára 2025, sp. zn. 4851/2024/KVOP, na ktorý nadviazalo spoločné stretnutie verejného ochrancu práv a ministra zdravotníctva dňa 20. januára 2025, bližšie informácie zverejnené tu: <https://vop.gov.sk/stretnutie-s-vedenim-rezortu-zdravotnictva-k-aktualnym-ludskopravnym-otazkam/>.

<sup>34</sup> Napríklad regionálne úrady verejného zdravotníctva.

poistenia na absolvovanie iného, samostatne spoplatneného výkonu. Ide teda o prípady, keď je pacientovi poskytnutie zdravotnej starostlivosti podmienené úhradou ďalšieho výkonu, ktorý nie je súčasťou štandardne hrazeného výkonu.

#### *Príklad preventívnej stomatologickej prehliadky*

Konkrétnym príkladom, s ktorým som sa pri svojej činnosti stretol, je podmieňovanie vykonania **preventívnej stomatologickej prehliadky** vykonaním zubného röntgenu, ktorý poskytovateľ zdravotnej starostlivosti spoplatnil.<sup>35</sup> Vo vzťahu k opísanému skutkovému vzťahu považujem hodnotenie potreby zubného röntgenu na účely preventívnej prehliadky za posudzovanie správnosti zdravotnej starostlivosti. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na moje usmernenie bezodkladne reagoval poukázaním na to, že nemá zákonnú právomoc vybaviť podania poistencov, ktoré upozorňujú na podmieňovanie poskytnutia zdravotnej starostlivosti úhradou.<sup>36</sup>

#### *Pacient medzi zdravotnou poisťovňou a samosprávnym krajom*

V praktickom fungovaní zdravotného systému zohrávajú významnú úlohu aj zdravotné poisťovne, ktoré uzatvárajú s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti zmluvy o úhrade zdravotnej starostlivosti a nesú zákonnú zodpovednosť za zabezpečenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre svojich poistencov.<sup>37</sup> Práve tu sa však, podľa zistení prieskumu, objavuje **ďalší paradox systému**. Pacient, ktorý je povinný uhrádzať verejné zdravotné poistenie, prirodzene očakáva, že zdravotná poisťovňa bude konať tak, aby mu **reálne zabezpečila dostupnosť** potrebnej zdravotnej starostlivosti. Hoci zdravotné poisťovne majú zásadný dosah na ekonomické podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti a zároveň majú aj zákonnú povinnosť zabezpečovať dostupnosť starostlivosti, **praktické riešenie dôsledkov zlyhania dostupnosti alebo zlyhania úhradového nastavenia často dopadá na samosprávne kraje**. Na tie sa pacienti obracajú s požiadavkou zabezpečiť im poskytovateľa zdravotnej starostlivosti potrebnej špecializácie. Z vyjadrení samosprávnych krajov vyplýva, že sa nezriedka stáva aj to, že sa na nich poistenci obracajú na základe odporúčania zdravotnej poisťovne. Odkazovanie pacienta na samosprávny kraj má pravdepodobne základ v úlohe samosprávneho kraja podľa § 12 ods. 12 zákona o zdravotnej starostlivosti týkajúcej sa preskúmania oprávnenia poskytovateľa zdravotnej starostlivosti odmietnuť pacienta. V praxi vzniká otázka, kde sa nachádza **deliaca čiara medzi týmito dvomi zákonnými povinnosťami**. V ktorých situáciách je povinná konať zdravotná poisťovňa a v ktorých samosprávny kraj a ako má vyzeráť praktická realizácia povinností?

---

<sup>35</sup> Na podklade zistených skutočností z podnetovej činnosti som zverejnil usmernenie: *Dôležité informácie k preventívnym zubným prehliadkam a RTG snímkam – chráňte svoje práva*, dostupné tu: <https://vop.gov.sk/dolezite-informacie-k-preventivnym-zubnym-prehliadkam-a-rtg-snimkam-chrante-svoje-prava/>.

<sup>36</sup> Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou listom zo dňa 25. júla 2025 zaevidovaným pod sp. zn. 4851/2024/KVOP reagoval na moje usmernenie.

<sup>37</sup> § 7 a 15 ods. 1 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Negatívne dôsledky prípadov, keď sa ani jeden z uvedených orgánov verejnej moci necíti byť príslušný vec vybaviť, dopadajú opäť na pacienta v podobe nedostupnosti zdravotnej starostlivosti.

Okrem potreby usmerňovania negatívnych kompetenčných konfliktov považujem za nevyhnutnú aj efektívnu súčinnosť s inými subjektami. Samosprávne kraje - vo vzťahu k neoprávnenému podmieňovaniu zdravotnej starostlivosti úhradou - využívajú v prípade podozrenia na nezdanenie príjmu z priamej úhrady (napr. tvrdenie sťažovateľa o nevydaní pokladničného dokladu) aj oprávnenie informovať o tejto skutočnosti finančnú správu. Ako vybavila finančná správa oznámenie samosprávneho kraja, sa však samosprávne kraje spätne **nedozvedajú**. Rovnako ich finančná správa neinformuje o výsledku prípadnej daňovej kontroly. Pritom, aj s ohľadom na oprávnenia finančnej správy v rámci kontrolnej činnosti, by nimi zistené skutočnosti mohli byť podstatné na formulovanie záverov o tom, či u tohto poskytovateľa zdravotnej starostlivosti dochádza k neoprávnenému podmieňovaniu zdravotnej starostlivosti úhradou.

### *Zdaňovanie príjmov*

Finančné riaditeľstvo Slovenskej republiky som v rámci prieskumu požiadal o súčinnosť, konkrétne o poskytnutie informácií o konaní finančnej správy po oznámení samosprávneho kraja o podozrení na nezdanenie príjmu. Žiadal som aj o poskytnutie informácie, ako bolo doposiaľ sledované riziko novej straty verejných príjmov v dôsledku nezdaňovania poplatkov vyberaných poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti od pacientov. Finančné riaditeľstvo Slovenskej republiky mi doposiaľ na žiadosť o poskytnutie súčinnosti nereagovalo. Dňa 21. apríla 2026 som **urgoval poskytnutie súčinnosti**.

### **3.3 Dozorná činnosť samosprávneho kraja a jej limity v praxi**

Základným princípom právneho štátu je, že ak zákon ukladá povinnosti alebo niečo zakazuje, musí existovať mechanizmus na overovanie dodržiavania týchto povinností a zákazov. Kontrola zo strany štátnych orgánov je preto nevyhnutná pre zabezpečenie účinnosti právnych noriem a vyvedenie zodpovednosti pri ich porušení. Zároveň však platí, že výkon kontroly musí byť realizovaný v súlade s pravidlami, ktoré zabraňujú svojvoľnému zásahu štátu a zároveň chránia práva kontrolovaných subjektov.

Kontrolná časť preneseného výkonu štátnej správy v oblasti dozoru nad poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti je upravená všeobecnou právnou úpravou kontroly v štátnej správe podľa zákona o kontrole v štátnej správe. Táto všeobecná úprava je však, podľa samosprávnych krajov, pre efektívny výkon kontroly v oblasti poplatkov limitujúca.

V kontrolnej dozornej činnosti samosprávnych krajov sa zisťuje skutkový stav, preverujú sa tvrdenia podávateľov a obstarávajú sa podklady pre ďalší postup samosprávneho kraja. Práve na úrovni kontroly sa však, podľa zistení prieskumu, sústreďuje značná **časť praktických problémov, ktoré oslabujú účinnosť celého dozorného mechanizmu**. Nejde pritom len o otázku personálnych alebo

finančných kapacít, ale aj o samotné zákonné nastavenie oprávnení a povinností pracovníkov kontroly, ktoré v mnohých prípadoch nezodpovedá povahe preverovaných porušení.

Z platného právneho rámca vyplýva, že pracovníci samosprávnych krajov sa pri výkone kontroly musia preukázať písomným poverením. Len ak by predchádzajúce oznámenie mohlo zmať účel kontroly, možno oznámenie vykonať najneskôr - pri jej začatí. Kontrolóri môžu vstupovať do priestorov ambulancie a na pozemky súvisiace s predmetom kontroly, vyžadovať predloženie dokladov, písomností, vyjadrení a ďalších informácií potrebných na kontrolu, vyhotovovať fotokópie, v odôvodnených prípadoch odoberať originály dokladov na zabezpečenie dôkazov, vyžadovať súčinnosť od kontrolovaného subjektu aj od ďalších orgánov štátnej správy a požadovať prijatie alebo prepracovanie opatrení na odstránenie zistených nedostatkov. Zároveň však samosprávne kraje poukázali na to, že nedisponujú oprávnením uložiť pokutu na mieste, tiež vykonanie **dozoru formou mystery shopping-u**<sup>38</sup> nemá oporu v existujúcej právnej úprave a svedecké výpovede, či uvedenie poplatku v cenníku všetkých zdravotných výkonov nie sú bez potvrdenia o úhrade (bločku) dostatočným a preukazným podkladom neoprávneného požadovania úhrad od pacientov. Práve tieto limity sa v oblasti poplatkov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti ukazujú ako mimoriadne významné.

#### *Bežný právny režim kontroly nestačí na špecifikum výberu poplatkov*

Aktuálny zákonný rámec kontrolórom poskytuje oprávnenia typické pre všeobecnú kontrolu v štátnej správe, no zároveň ich viaže procesnými požiadavkami, ktoré majú chrániť práva kontrolovaného subjektu. Samy osebe tieto pravidlá nie sú sporné. Problém nastáva vtedy, keď sa majú uplatniť na oblasť, v ktorej je rozhodujúca komunikácia medzi pacientom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, faktické úkony podmieňujúce prístup k zdravotnej starostlivosti a priebeh udalostí, ktoré spravidla nezanechávajú úplnú a jednoznačnú listinnú stopu. V týchto situáciách sa ukazuje, že všeobecný režim kontroly nemusí poskytovať dostatočne účinné nástroje na overenie toho, či bol poplatok len deklarovaný, či bol reálne vybratý, alebo či jeho požadovanie fakticky podmienilo prístup pacienta k zdravotnej starostlivosti.

Problematické je najmä **preukazovanie neoprávneného požadovania a výberu poplatku**. Zo skúseností samosprávnych krajov vyplýva, že v mnohých prípadoch je dôkazná situácia na úrovni tvrdenia proti tvrdeniu. V praxi ide často o situácie, keď pacient tvrdí, že bez úhrady nebol vyšetrený, nebol mu daný termín vyšetrenia, nebolo mu umožnené pokračovať v starostlivosti, alebo mu bol inak znemožnený reálny prístup k zdravotnej starostlivosti, zatiaľ čo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti to popiera, príp. sa odvoláva na iný účel platby a jej dobrovoľnosť. V takýchto prípadoch dôkazná situácia často neumožňuje vytvoriť dostatočne presvedčivý skutkový základ len na podklade listinných

---

<sup>38</sup> Metóda výkonu dozoru, pri ktorej osoba poverená na výkon dozoru vystupuje navonok ako bežný pacient alebo záujemca o zdravotnú starostlivosť, bez predchádzajúceho odhalenia svojej pozície kontrolóra, s cieľom preveriť skutočný spôsob plnenia povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a zadokumentovať prípadné nedostatky. Na označenie tejto metódy sa využívajú aj pojmy „kontrolný nákup“ alebo vystupovanie „pod utajenou identitou“.

dôkazov. Ak pacient poplatok nezaplatil a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti mu následne odmietol poskytnúť termín alebo ďalší kontakt s ambulanciou, dôsledok spočíva v obmedzení dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Keďže je tento skutkový stav procesne najťažšie uchopiteľný, väčšina samosprávnych krajov (aj na základe predchádzajúcej skúsenosti s výsledkami správnych a súdnych konaní) v takýchto prípadoch nepovažuje za možné preukázať neoprávnenosť poplatku spôsobom zakladajúcim právne následky.

*V dôkaznej núdzi sú pacienti bez peňazí na poplatok*

Právna ochrana sa tým paradoxne oslabuje práve v prípadoch, keď **pacient poplatok nezaplatí preto, že si ho nemôže dovoliť**, alebo preto, že si je vedomý jeho problematikosti, avšak jeho vyberanie namieta samosprávnemu kraju. V takýchto situáciách totiž nevzniká listinný dôkaz, o ktorý by sa kontrola mohla oprieť, hoci zásah do práv pacienta môže byť z materiálneho hľadiska rovnako intenzívny ako pri neoprávnene vybranom poplatku. Tento problém sa ešte zvyrazňuje v prípadoch, keď poskytovateľ doklad nevystaví vôbec, alebo keď z neho nie je možné spoľahlivo vyvodiť, za čo bol poplatok vybraný.

S dokazovaním úzko súvisí aj **problém utajenia totožnosti a ochrany sťažovateľa**. Samosprávne kraje opakovane poukazujú na to, že podávateľov podnetov demotivuje obava zo straty lekára, zo sťaženého prístupu k ďalšiemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, najmä pri nedostatku špecialistov, alebo z iného znevýhodnenia zo strany lekára (napr. neskorší termín vyšetrenia než majú ostatní pacienti). V týchto situáciách sa samosprávne kraje - podľa vlastných vyjadrení - snažia aspoň zaradiť takéto poznatky do dozornej činnosti z vlastnej iniciatívy, no konkrétny skutok vo vzťahu k výberu poplatku následne často nemožno procesne sankcionovať. Takýto stav je z pohľadu ochrany pacienta mimoriadne problematický, pretože právna ochrana sa stáva neúčinnou.

*Potreba ukotvenia kontroly v utajení (mystery shopping)*

Samostatnú pozornosť si zasluhuje **otázka kontroly v utajení** - možného využitia prizvanej osoby na účely kontroly. Samosprávne kraje uviedli, že mystery shopping v určitých situáciách v minulosti využili, napríklad pri telefonickom objednávaní, ak ide o zistenie, či existuje možnosť bezplatného objednania sa. Zároveň však zdôrazňujú, že na takýto postup neexistuje výslovný právny rámec a že v oblasti zdravotnej starostlivosti je, vzhľadom na povahu kontrolnej činnosti, jeho využiteľnosť prakticky obmedzená. V tomto smere upozornili na praktický problém, kedy by takýto spôsob dozoru v mnohých prípadoch predpokladal reálne podstúpenie zdravotného výkonu alebo aspoň vstup do špecifického vzťahu pacient - poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, prípadne potrebu preukázania sa fiktívnym výmenným lístkom.

Ak pracovníci kontroly **nemajú zákonnú možnosť overiť ponuku poplatku v reálnom kontakte** s ambulanciou bez toho, aby sa hneď na začiatku preukázali písomným poverením, ich schopnosť účinne preveriť skutočný spôsob správania sa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti je výrazne oslabená. Pritom využitie takejto metódy kontroly sa javí ako najvhodnejšie vo všetkých prípadoch,

v ktorých poskytovateľ zdravotnej starostlivosti navonok prezentuje poplatok ako dobrovoľný, no v konkrétnej komunikácii s pacientom ho fakticky spája s možnosťou dostať termín vyšetrenia alebo pokračovať v poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Povinnosť vopred sa preukázať písomným poverením a oznámiť začatie kontroly má chrániť právnu istotu kontrolovaného subjektu. V oblasti poplatkov však zároveň znamená, že kontrola spravidla preveruje už existujúce dokumenty, interné evidencie a písomné vyjadrenia, teda **nie bezprostrednú realitu kontaktu** medzi pacientom a ambulanciou. Ak je účelom kontroly zistiť, či ambulancia pri objednávaní, pri prvom kontakte alebo pri pokračovaní v starostlivosti fakticky podmieňuje prístup k zdravotnej starostlivosti úhradou, predchádzajúce „**odhalenie**“ kontrolóra môže samo osebe zmariť možnosť zistiť skutočný stav.

Na porovnanie český kontrolní řád<sup>39</sup> výslovne upravuje začatie kontroly aj prvým kontrolným úkonom bezprostredne predchádzajúcim predloženiu poverenia, ak je takýto postup na výkon kontroly potrebný. Zároveň umožňuje prizvanie inej fyzickej osoby na účely kontrolnej činnosti, vykonávanie kontrolných nákupov, obrazové alebo zvukové záznamy a ďalšie formy aktívnejšieho overovania skutočného správania kontrolovaného subjektu. Nejde o samoúčelné rozširovanie zásahových oprávnení štátu, ale o zákonné vytvorenie nástrojov, ktoré umožňujú reagovať na situácie, v ktorých by tradičný listinný a vopred identifikovaný výkon kontroly bol neúčinný.

#### *Existujúci legislatívny vzor na Slovensku*

V slovenskom právnom rámci dozornej činnosti obdobná výslovná úprava chýba. Pritom po inšpirácii nie je potrebné ísť ani do zahraničia. Napr. inšpektor Slovenskej obchodnej inšpekcie je pri kontrole oprávnený vyhotovovať obrazové, zvukové a obrazovo-zvukové záznamy na zdokumentovanie zistených nedostatkov, ako aj vykonávať kontrolné nákupy, a to i nepriamo a pod utajenou identitou, vykonávať kontrolu webových sídel a iného online rozhrania.<sup>40</sup>

Do úvahy som vzal aj **rozmer metodického riadenia kontroly ústredným orgánom štátnej správy**. Podľa čl. 71 ods. 2 Ústavy výkon štátnej správy zákonom prenesený na vyšší územný celok riadi a kontroluje vláda Slovenskej republiky. Vzťah k vyšším územným celkom sa pritom realizuje prostredníctvom vyššie postavených orgánov štátnej správy, najmä ústredných orgánov štátnej správy, ktoré majú nielen právomoc, ale aj zodpovednosť usmerňovať výkon prenesenej pôsobnosti. Podľa zákona o zdravotnej starostlivosti usmerňuje v rámci svojej pôsobnosti prenesený výkon štátnej správy uskutočňovaný na úseku zdravotníctva samosprávnymi krajinami MZ SR.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Zákon č. 255/2012 Sb. o kontrole (kontrolní řád), najmä §§ 5, 6 a 8.

<sup>40</sup> § 5 ods. 12 písm. h), i), j) zákona č. 128/2002 Z. z. o štátnej kontrole vnútorného trhu vo veciach ochrany spotrebiteľa a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

<sup>41</sup> § 45 ods. 1 písm. z) zákona o zdravotnej starostlivosti.

### *Nedostatok metodického riadenia zo strany MZ SR*

Vo vzťahu k tejto pôsobnosti sa ukazuje, že samosprávne kraje veľmi intenzívne pociťujú nedostatok metodického riadenia zo strany MZ SR. V podkladoch získaných pri prieskumnej činnosti sa opakovane objavuje požiadavka na jednotné usmerňovanie, pričom zo stretnutí, a rovnako aj zo stanovísk samosprávnych krajov vyplýva, že samosprávne kraje v rovnakej veci postupujú často rozdielne a že MZ SR nereaguje včas ani na konkrétne žiadosti o metodické usmernenie.

MZ SR k spôsobu vybavovania žiadostí o usmernenie smerujúcich naň zo strany samosprávnych krajov prostredníctvom sekcie zdravia uviedlo, že táto sekcia poskytuje metodickú podporu predovšetkým v oblastiach, ktoré spadajú do jej vecnej pôsobnosti, t. j. v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. V rokoch 2024 až 2026 uvedená sekcia eviduje dve žiadosti o metodické usmernenie vo veci výberu poplatkov poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Jednou je žiadosť o metodické usmernenie v súvislosti s prešetrovaním podnetu vo veci výberu poplatku za röntgenové snímky u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, druhým je metodické usmernenie týkajúce sa oprávnenosti výberu poplatkov u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v súvislosti so zrušením nariadení vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z. a č. 777/2004 Z. z. Požadované metodické usmernenia boli poskytnuté do dvoch týždňov od ich vyžiadania samosprávnym krajom.

### *Doteraz neposkytnutá odpoveď samosprávnemu kraju*

Z verejne dostupných zdrojov<sup>42</sup> je však známa minimálne jedna ďalšia žiadosť o metodické usmernenie, ktorú samosprávny kraj adresoval MZ SR ešte v roku 2024. Samosprávny kraj požiadal MZ SR o usmernenie vo veci týkajúcej sa výberu poplatkov za prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode, pričom odpoveď mu doteraz nebola poskytnutá. V rámci osobného prieskumu na MZ SR sekcia zdravia komunikovala prieskumnej skupine domnienku, že vec vybavuje iná sekcia MZ SR. Táto skutočnosť však nezbavuje MZ SR celkovej zodpovednosti za proces usmerňovania samosprávnych krajov. Zastávam názor, že ak vzniká medzi jednotlivými žiadosťami o metodické usmernenie vo vzťahu k poplatkom tak zásadný rozdiel vo vybavovaní, je to signál, že systém metodického riadenia je potrebné prepracovať.

Taktiež nevidím dôvod na obmedzenie sa na metodické usmerňovanie na základe podnetov samosprávnych krajov. MZ SR nič nebráni usmerňovať ich aj z vlastnej iniciatívy, napr. na podklade výsledkov odvolacích konaní, vo vzťahu ku ktorým mi v písomnom stanovisku MZ SR poukázalo na zistenia procesných nedostatkov (niekedy zásadných) na strane samosprávnych krajov alebo na podklade podnetov na nejednotnú prax od iných subjektov (napr. správa z monitoringu).<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Ženské kruhy: *Podnety na výkon dozoru a reakcie samosprávnych krajov*, aktualizované v januári 2026, str. 6, dostupné na: [https://zenskekruhy.sk/wp-content/uploads/2026/01/Podnety-na-vykon-dozoru-krajom-a-odpovede-krajov\\_aktualizovane\\_januar\\_2026.pdf](https://zenskekruhy.sk/wp-content/uploads/2026/01/Podnety-na-vykon-dozoru-krajom-a-odpovede-krajov_aktualizovane_januar_2026.pdf), navštívené dňa 21. apríla 2026.

<sup>43</sup> Ženské kruhy: *Poplatková kreativita ako bariéra pri napĺňaní práva na sprevádzajúce osoby pri pôrode*, november 2025, str. 15, 16, 20, dostupné na: <https://zenskekruhy.sk/wp-content/uploads/2025/11/monitoring-poplatky-SO-2025.pdf>, navštívené dňa 21. apríla 2026.

Ak ústredný orgán štátnej správy neplní metodickú a usmerňovaciu funkciu v oblasti, kde správne orgány potrebujú jednotný výklad zákona, výsledkom je **rozdielna aplikačná prax a oslabenie dôvery v zákonnosť dozoru**.

#### *Oslabená účinnosť dozoru*

Z mojich doterajších zistení vyplýva, že limity kontrolnej činnosti nespočívajú len v individuálnych pochybeniach alebo v nedostatku aktivity zo strany samosprávnych krajov. Naopak, ide o štrukturálny problém vyplývajúci z toho, že zákonné oprávnenia pracovníkov kontroly nie sú v plnom rozsahu prispôbené povahe preverovaných porušení. Právna úprava tým oslabuje účinnosť dozoru práve v tých situáciách, ktoré sú z hľadiska ochrany pacienta najzávažnejšie. Kontrolóri dnes disponujú iba takými oprávneniami výkonu kontroly, ktoré umožňujú overovať najmä formálnu stránku plnenia povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Tieto oprávnenia samy osebe nepostačujú na efektívne preverovanie tých foriem neoprávneného spolplatňovania, ktoré sa odohrávajú v bezprostrednom kontakte s pacientom, pri objednávaní, pri pokračovaní v starostlivosti alebo v situáciách, keď pacient z obavy pred stratou lekára odmieta svoju totožnosť odhaliť. Práve tu sa ukazuje potreba presnejšieho zákonného vymedzenia kontrolných nástrojov, posilnenia ochrany sťažovateľa, výslovného riešenia otázky utajených foriem kontroly a účinnejšieho metodického vedenia zo strany MZ SR.

#### **3.3.1 Preventívna kontrola dokumentácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – cenník všetkých zdravotných výkonov a zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu**

Považujem za potrebné venovať osobitný priestor preventívnej kontrole dokumentácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti súvisiacej s priamymi úhradami od poistencov. V praxi totiž často vzniká otázka, ako vykladať pôsobnosť samosprávnych krajov vo vzťahu k cenníku všetkých zdravotných výkonov a k zoznamu zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu.

Základnou povinnosťou poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa § 79 ods. 1 písm. g) zákona o poskytovateľoch ZS je umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste **cenník** všetkých zdravotných výkonov. Pri pojme cenník všetkých zdravotných výkonov regulátor odkazuje na zákon č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, ktorý sa o cenníku všetkých zdravotných výkonov zmieňuje v troch odsekoch § 15, pričom relevanciu vo vzťahu k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti má prvý odsek tohto paragrafu, podľa ktorého musí byť každý tovar pri predaji označený cenou platnou v čase ponuky, a to cenou, informáciou o cene formou cenníka, vývesky alebo iným primeraným spôsobom.

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný mať zverejnený cenník všetkých zdravotných výkonov na prístupnom a viditeľnom mieste. Za takéto miesto sa považuje vstupný priestor, priestor čakárne alebo iný verejne prístupný priestor zdravotníckeho zariadenia, a tiež uverejnenie na webovom sídle poskytovateľa, ak ho má zriadené. Zároveň má povinnosť dodržiavať cenník všetkých zdravotných

výkonov, ktorý musí bezodkladne a preukázateľne zaslať, vrátane každej jeho zmeny, samosprávnemu kraju príslušnému podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia. Tieto povinnosti sa vzťahujú na každého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, t. j. aj na toho, ktorý nemá uzatvorenú zmluvu so žiadnou zdravotnou poisťovňou.

Len na zmluvných poskytovateľov sa vzťahuje povinnosť umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste, dodržiavať a bezodkladne zaslať samosprávnemu kraju tzv. zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu. Tento pojem je definovaný ako zoznam zdravotných výkonov poskytovaných 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 služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytovateľ poskytuje a pri ktorých môže požadovať úhradu podľa osobitných predpisov.

Je zrejmé, že úlohou cenníka je informovať o cenách všetkých výkonov a služieb, ktoré poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytuje, obdobne ako je to pri cenách tovarov a služieb u každého podnikateľa. Zoznam zdravotných výkonov a služieb má zas za úlohu informovať pacienta, za ktoré z poskytovaných zdravotných výkonov a služieb môže zmluvný poskytovateľ nad rámec úhrady z verejného zdravotného poistenia požadovať úhradu od poistenca a v akom rozsahu.

Osobitne je pre zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ustanovená povinnosť dodržiavať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobitné predpisy o úhradách za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, a to s odkazom na § 44 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti.

Kontrolný mechanizmus na dodržiavanie zákonných povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bol zavedený § 44 ods. 3 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti, podľa ktorého **zdravotné výkony** poskytované pri chorobe uvedenej v zozname chorôb **a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytovateľ poskytuje a pri ktorých môže požadovať úhradu, kontroluje vyšší územný celok** príslušný podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia výkonom dozoru podľa osobitného predpisu.

Podľa § 82 ods. 10 zákona o poskytovateľoch ZS v prípade porušenia niektorej z povinností (dodržiavať cenník všetkých zdravotných výkonov, zaslať ho samosprávnemu kraju, umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste, mať zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu a dodržiavať ho a zaslať samosprávnemu kraju) uloží samosprávny kraj držiteľovi povolenia pokutu až do 3 319 eur a za porušenie povinnosti ustanovenej v § 79 ods. 1 písm. ab) zákona o poskytovateľoch ZS (t. j. dodržiavať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobitné predpisy o úhradách za poskytnutú zdravotnú starostlivosť) pokutu až do 16 596 eur.

**V aplikačnej praxi je sporné**, do akej miery je samosprávny kraj oprávnený poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v súvislosti s určovaním priamych úhrad kontrolovať. Ide vo vzťahu k povinnosti zaslať samosprávnemu kraju cenník všetkých zdravotných výkonov a zoznam zdravotných výkonov a služieb

len o evidenčnú povinnosť bez reálneho dozorného významu, alebo už ich samotné zaslanie zakladá samosprávnemu kraju oprávnenie a povinnosť preveriť ich obsahovú súladnosť s právnou úpravou?

*Vracanie cenníkov všetkých zdravotných výkonov na prepracovanie nemá ochranný efekt*

Samosprávne kraje poukázali na to, že kompetenciu schvaľovať cenník všetkých zdravotných výkonov a zoznam zdravotných výkonov a služieb nemajú. Zo stanovísk niektorých samosprávnych krajov vyplýva, že vykonávajú aj preventívny dozor vo vzťahu k týmto materiálom z vlastnej iniciatívy podľa plánu kontrolnej činnosti, ostatné ich kontrolujú len následne, pri preverovaní konkrétnych podnetov. Niektoré samosprávne kraje aj bez výslovného oprávnenia upozorňujú na zjavné absurdity v cenníkoch všetkých zdravotných výkonov a niekedy ich vracajú na prepracovanie. Samosprávne kraje však poukázali na to, že ak poskytovateľ nesúhlasí s prepracovaním a konkrétny výber poplatku nebol zatiaľ preukázaný, reálne možnosti ich zásahu zostávajú obmedzené.

*Podmieňovanie zdravotnej starostlivosti neoprávnenou úhradou je náročné dokázať*

Ak ambulancia podmieňuje zdravotnú starostlivosť (napr. objednanie na termín) zaplatením poplatku, cenník všetkých zdravotných výkonov a zoznam zdravotných výkonov a služieb im slúžia len ako indícia o tom, že určitý poplatok existuje. Sám osebe však nepreukazuje, že prístup k zdravotnej starostlivosti bol týmto poplatkom skutočne podmienený. O to viac, keď poskytovateľ má úplnú voľnosť v tom, ako poplatok v cenníku všetkých zdravotných výkonov pomenuje. Tieto cenníky tak aktuálne samosprávnym krajom slúžia len ako dôkazný prostriedok, avšak len na ich podklade **nedokážu preukázať podmieňovanie zdravotnej starostlivosti** neoprávnenou úhradou. Takýto stav znižuje preventívny účinok dozoru a ponecháva pacienta do značnej miery odkázaného na to, aby podnet podal až *ex post* po zaplatení poplatku.

Zároveň musím konštatovať, že sa mi v dôvodovej správe k zákonu č. 428/2015 Z. z., ktorým bola do právneho poriadku zavedená povinnosť dodržiavať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobitné predpisy o úhradách za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, a ani v neskoršej judikatúre, nepodarilo identifikovať rozdiel medzi touto povinnosťou a povinnosťou dodržiavať zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu. Porušenie týchto povinností pritom zákon spája s rozdielnou výškou sankcie.

Dôvodová správa k zákonu č. 53/2015 Z. z., ktorým boli do právnej úpravy zavedené povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a pôsobnosť samosprávneho kraja pri dozore nad plnením týchto povinností uvádza: *“Oproti doterajšej právnej úprave sa ustanovuje, že 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 s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, pri ktorých môže poskytovateľ požadovať úhradu, schvaľuje príslušný vyšší územný celok.”*

*„...K zoznamu zdravotných výkonov a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, schválenému samosprávnym krajom, si poskytovateľ zdravotnej starostlivosti určí príslušnú cenu. Tieto*

zdravotné výkony a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti musia byť súčasťou cenníka všetkých zdravotných výkonov, ktoré konkrétny poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytuje.“

„...Určuje sa nová kompetencia samosprávnemu kraju **schvaľovať poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony poskytované pri chorobe uvedenej v zozname chorôb a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, pri ktorých môže poskytovateľ požadovať úhradu.** Ide výlučne o schvaľovanie jednotlivých položiek zoznamu pozostávajúceho zo zdravotných výkonov a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Stanovenie ceny prislúchajúcej k jednotlivým položkám je plne v kompetencii poskytovateľov, samosprávny kraj ich neschvaľuje.“

„...V nadväznosti na úpravu vykonanú v novelizačnom článku I sa dopĺňajú povinnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a to **dodržiavať cenník všetkých zdravotných výkonov a povinnosť poskytovateľa, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť plne uhrádzanú alebo čiastočne uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia, umiestniť vo vstupných priestoroch alebo priestoroch čakárne zoznam tých zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých môže požadovať od poistenca úhradu, vrátane výšky úhrady. Tento zoznam zdravotných výkonov a služieb musí byť schválený samosprávnym krajom.**“

Národná rada prezentovala v tejto veci svoje stanovisko Ústavnému súdu<sup>44</sup> takto: „Cenník všetkých zdravotných výkonov musí obsahovať všetky zdravotné výkony, ktoré konkrétny poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytuje, bez ohľadu na to, či je v zmluvnom vzťahu so zdravotnou poisťovňou. Zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu, má obsahovať len tie zdravotné výkony a služby súvisiace s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, za ktoré je poskytovateľ, ktorý má uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou, v nadväznosti na zákon č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a jeho vykonávacie predpisy (napr. nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 722/2004 Z. z..., nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 777/2004 Z. z...), oprávnený požadovať úhradu. Okrem toho, uvedené cenníky sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti povinní, bezodkladne a preukázateľne zaslať samosprávnemu kraju príslušnému podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia... **Táto povinnosť bola zákonom uložená práve z dôvodu kontroly spoplatňovania jednotlivých zdravotných úkonov, pričom samosprávny kraj plní úlohu dozorného orgánu vo vzťahu k dodržiavaniu tejto povinnosti.**“

Dlhodobo zastávam názor, že ustanovenie o zasielaní cenníkov všetkých zdravotných výkonov a zoznamov zdravotných výkonov a služieb samosprávnemu kraju by bolo normatívne takmer prázdne, ak by sa z neho neodvodzovala kompetencia dozorného orgánu preskúmať ich vo vzájomnej súvislosti, a zároveň v kontexte zákazu požadovať od poistenca úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá sa plne uhrádza na základe verejného zdravotného poistenia. Vzhľadom na citovaný obsah dôvodovej správy a stanoviska Národnej rady sa domnievam, že takýto bol aj zámer regulátora.

---

<sup>44</sup> Nález Ústavného súdu z 15. novembra 2017, sp. zn. PL. ÚS 49/2015, bod 10.

### *Potreba presnejšej legislatívnej úpravy pôsobnosti samosprávneho kraja*

Vzhľadom na aplikačné nejasnosti v tejto oblasti však považujem za nevyhnutnú presnejšiu legislatívnu úpravu pôsobnosti samosprávneho kraja. Rovnako považujem za potrebné jednotné usmernenie v tom smere, ako má vyzerať u zmluvného poskytovateľa cenník všetkých zdravotných výkonov v spojení so zoznamom zdravotných výkonov a služieb tak, aby z tejto dokumentácie bolo možné bez pochybností vyvodiť, **či si poskytovateľ do cenníka všetkých zdravotných výkonov nezahrnul zdravotný výkon**, jeho súčasť alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, za ktorú nemôže požadovať od poistenca úhradu.

### *Ukotvenie oprávnenia samosprávneho kraja vyzvať poskytovateľa na popis položky cenníka všetkých zdravotných výkonov*

Záväzná štruktúra povinnej dokumentácie by mohla výrazne posilniť transparentnosť aj kontrolovateľnosť systému. Za zváženie stojí aj doplnenie oprávnení samosprávneho kraja pri výkone dozoru o oprávnenie **vyzvať poskytovateľa zdravotnej starostlivosti** na vyjadrenie, aké plnenia sú obsahom tej - ktorej položky cenníka všetkých zdravotných výkonov (napr. manažment pacienta), aby bolo možné vopred overiť, či položka nezahŕňa zdravotný výkon alebo jeho súčasť plne hradenú z verejného zdravotného poistenia.

### *Ilúzia transparentnosti cenníka všetkých zdravotných výkonov na webovom sídle*

Problémom je aj povinnosť zverejňovať cenník všetkých zdravotných výkonov na webovom sídle. V praxi neexistuje mechanizmus, ktorým by samosprávny kraj systematicky overoval splnenie tejto povinnosti na webových sídlach poskytovateľov, keďže poskytovateľ nie je povinný takéto webové sídlo osobitne predkladať na evidenciu alebo na schválenie. Aj v tejto oblasti teda právna úprava vytvára skôr **ilúziu transparentnosti**, než podmienky pre skutočne účinný kontrolný mechanizmus.

## **3.4 Správne konanie o porušení povinností pri úhradách a jeho aplikačné problémy**

Prenesený výkon štátnej správy prostredníctvom samosprávneho kraja sa nekončí vo všetkých prípadoch protokolom z výkonu dozoru. V prípadoch zistenia porušenia zákonnej povinnosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti môže byť jeho následkom správne konanie o uložení pokuty. V súvislosti so správnym konaním nachádzam ďalší súbor problémov, ktoré významne oslabujú reálnu účinnosť ochrany pacienta pred neoprávneným výberom poplatkov. Prejavuje sa predovšetkým množstvom prípadov, v ktorých výsledok dozornej činnosti aj naznačoval správny delikt, ale správne konanie bolo v dôsledku rôznych procesných nedostatkov neúspešné. Účinnosť dozornej činnosti obmedzuje aj dĺžka správnych konaní a nedostatočná výška pokút.

Ako som naznačoval v časti týkajúcej sa výkonu dozornej činnosti, samosprávny kraj je povinný chrániť práva kontrolovaného subjektu. Správne trestanie vo všeobecnosti podlieha ochrane zaručenej v čl. 6 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd (právo na spravodlivé súdne konanie), v čl. 7

(zákaz trestu bez zákona) a v čl. 13 (právo na účinné opravné prostriedky). Rovnako podlieha aj ochrane zakotvanej v čl. 2 a v čl. 4 Protokolu č. 7 k Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd (odškodnenie za nezákonné odsúdenie a právo nebyť súdený alebo trestaný dvakrát).

#### *Nedostatočný prístup k informáciám*

Povinnosť dôsledne dodržiavať práva kontrolovaného subjektu kladie nároky na presnosť skutkovej vety, dôkaznú istotu a procesnú bezchybnosť postupu správneho orgánu. Na úspešné uloženie pokuty je potrebné, aby existoval riadne identifikovaný skutkový stav preukázaný dokladom o úhrade časom, miestom, osobami a ich konaním, údajmi od zdravotnej poisťovne a v niektorých prípadoch aj obsahom zdravotnej dokumentácie. Samosprávne kraje pritom upozorňujú, že prístup k týmto dôkazom nie je vždy jednoduchý. Poukázali na to, že MZ SR - ako odvolací orgán - nezriedka ruší rozhodnutia z dôvodu procesných nedostatkov, nedostatočne zisteného skutkového stavu alebo nedostatočného vysporiadania sa s námietkami poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

MZ SR v písomnom stanovisku uviedlo, že vo všetkých odvolaniach, pri ktorých rozhodlo o zrušení rozhodnutia a vrátení veci na ďalšie konanie, došlo k (niekedy zásadným) procesným nedostatkom na strane samosprávnych krajov, ktoré mu nedovoľovali iný postup. Zdôraznilo, že je nevyhnutné vziať do úvahy, že v súčasnosti sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vo veľkej miere zastúpení advokátmi, ktorí následne využijú akýkoľvek nedostatok, aby sporné rozhodnutie napadli na správnom súde.

Uvedené skutočnosti nemožno interpretovať ako argument pre znižovanie procesných štandardov. Naopak, trvanie na plnom rešpektovaní procesných garancií je nevyhnutnou súčasťou zákonného výkonu dozoru a **nemožno ho vnímať ako prekážku efektívneho postihu porušení**. Zároveň však nemožno ponechať samosprávne kraje **bez primeranej podpory pri napĺňaní týchto nárokov**. Ak štát od nich vyžaduje vysoký štandard správneho trestania, musí im zabezpečiť aj zodpovedajúce podmienky na jeho výkon, najmä v podobe metodického usmerňovania, dostupnosti relevantných informácií a posilnenia odborného a personálneho zázemia. Len za týchto okolností možno očakávať, že zistené porušenia právnej úpravy budú nielen identifikované, ale aj úspešne sankcionované.

#### *Odvolacie konanie pred MZ SR trvá aj rok*

Z osobného prieskumu a zo stanovísk samosprávnych krajov vyplynulo aj to, že odvolacie konania vedené MZ SR aktuálne **trvajú v priemere rok**, v niektorých prípadoch aj výrazne dlhšie. Takáto dĺžka správneho konania **oslabuje nielen represívny, ale aj preventívny účinok rozhodnutia**. Sankcia, ktorá prichádza po rokoch a ktorá navyše nemusí byť ekonomicky citelná, len ťažko odradí poskytovateľov zdravotnej starostlivosti od protiprávneho konania.

*Výška sankcií neodradzuje od vyberania poplatkov, alebo ako sa porušovanie zákona ekonomicky „oplatí“*

Samostatnou témou je výška pokút a ich reálny odrádzajúci účinok. Samosprávne kraje v praxi vnímajú sankcie za porušenia zákonov ako **príliš nízke**. Keďže vymožitelnosť sankcií je veľmi zdĺhavá, na individuálnych prípadoch poukázali aj na to, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti si na **pokutu „zarobí“** vo veľmi krátkom čase a porušovanie zákona sa mu ekonomicky „oplatí“.

Vo vzťahu k námietke samosprávnych krajov týkajúcej sa neprimeranej dĺžky odvolacích konaní MZ SR pripustilo, že odvolania samosprávnych krajov nie sú vybavované v zákonných lehotách pre rozhodnutia správnych orgánov. Tento nepriaznivý stav spája s niekoľkými dôvodmi.

Prvým sú objektívne dôsledky epidémie ochorenia COVID-19, ktoré spôsobili, že vecne príslušný útvar MZ SR bol dlhodobo poverovaný riešením iných urgentných úloh a úloh prioritných z hľadiska managementu pandémie (nákup a distribúcia vakcín, liekov proti COVID-19, zabezpečovanie očkovania proti COVID-19 a pod.). Druhým dôvodom bol výrazný nárast súdnej sporovej agendy, a to rovnako v dôsledku pandémie COVID-19, pričom odbor sporovej agendy a správneho konania v súčasnosti eviduje takmer 140 živých súdnych sporov. Tretím dôvodom bol nedostatok kvalifikovaných právnikov, pomocou ktorých by bolo možné zvládnuť výrazný nárast pracovných úloh.

#### *Organizačné zmeny MZ SR*

Aj v záujme promptnejšieho riešenia odvolacej agendy bola v júni 2024 realizovaná organizačná zmena na sekcii legislatívy a práva MZ SR, v rámci ktorej došlo k rozdeleniu agendy medzi odbor sporovej agendy a správneho konania a odbor nesporovej agendy a právnej podpory, čím došlo k oddeleniu objemovo náročnej zmluvnej agendy a agendy právnych stanovísk od agendy správnych a súdnych konaní.

MZ SR je presvedčené, že od uvedeného momentu sa **zrýchliło vybavovanie odvolacej agendy**, a to aj napriek tomu, že odbor sporovej agendy bol značne vyťažený agendou súvisiacou s výberovým konaním o vydanie povolenia na prevádzkovanie ambulancií pevnej ambulantnej pohotovostnej služby v roku 2024, ako aj agendou súvisiacou s výberovým konaním o vydanie povolenia na prevádzkovanie ambulancií záchrannej zdravotnej služby v roku 2026. Najmä v súvislosti s výberovým konaním o vydanie povolenia na prevádzkovanie ambulancií záchrannej zdravotnej služby je odbor sporovej agendy a správneho konania poverovaný veľkým objemom súvisiacich úloh (príprava stanovísk, vybavovanie protestov prokurátora, správnych žalôb a pod.).

MZ SR mi poskytlo aj prehľad odvolacích správnych konaní vo veciach týkajúcich sa neoprávneného podmieňovania zdravotnej starostlivosti a poskytovania služieb súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou úhradou, ktoré sú evidované odborom sporovej agendy a právneho konania, a to za obdobie posledných piatich rokov.

### *Prehľad o dĺžke konaní*

Zo zoznamu odvolacích správnych konaní vedených v období rokov 2020 až 2026 vyplýva, že celkovo **ide o 41 konaní**, z ktorých bolo ku dňu spracovania tejto správy 36 ukončených (vrátane dvoch prípadov vybavených listom bez vydania rozhodnutia) a päť konaní zostáva neukončených.

Posúdenie dĺžky konaní od doručenia veci odvolaciemu orgánu po vydanie druhostupňového rozhodnutia (resp. po iné ukončenie veci) poukazuje na ich **neprimeranú dĺžku. Len dve konania boli vybavené do 60 dní a spolu päť konaní do 90 dní.**

Do **šiestich mesiacov** bolo ukončených **deväť konaní**, pričom najpočetnejšiu skupinu predstavujú konania trvajúce do jedného roka (13 prípadov). Zároveň však nemožno opomenúť, že šesť konaní trvalo od jedného do dvoch rokov a ďalšie dve konania presiahli dĺžku dvoch rokov.

Pri hodnotení dĺžky konaní je potrebné zohľadniť aj skutočnosť, že v siedmich prípadoch MZ SR prvostupňové rozhodnutie zrušilo a vec vrátilo na nové konanie a rozhodnutie. Tieto konania preto neboli rozhodnutím MZ SR definitívne ukončené, pričom len dĺžka odvolacích konaní sa pohybovala v rozpätí približne od šiestich mesiacov do jedného roka. Pritom je potrebné prihliadať aj na predchádzajúce a následné konania vedené na úrovni samosprávneho kraja, čo znamená, že celková dĺžka konania v týchto veciach je ešte dlhšia.

### *Priemerná dĺžka konania približne 310 dní*

Priemerná dĺžka konania za obdobie posledných piatich rokov dosahuje **približne 310 dní**. Uvedené údaje naznačujú, že vybavenie odvolania v dvojmesačnej lehote predstavuje skôr výnimočný jav, pričom prevažná väčšina konaní túto hranicu presahuje.

Osobitnú pozornosť si zasluhujú neukončené odvolacie konania (päť). V týchto prípadoch ide o priesťahy trvajúce od niekoľkých mesiacov až po približne dva roky, pričom väčšina z nich sa pohybuje v intervale šiestich až osemnástich mesiacov bez vydania rozhodnutia.

### *Situácia nie je stále stabilizovaná*

Zistené skutočnosti nasvedčujú tomu, že v oblasti rozhodovania o odvolaniach v týchto veciach **dochádza k opakovanému prekračovaniu zákonnej lehoty** na rozhodnutie, a hoci MZ SR významný počet konaní od začiatku roku 2026 ukončilo, situáciu stále nevnímam ako stabilizovanú.

## 4 Závery prieskumu a odporúčania

Z vykonaného prieskumu vyplýva, že problém priamych úhrad v zdravotníctve od pacientov nemožno vnímať len ako súbor individuálnych pochybení jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Ide o **systemový problém**, ktorého podstatou je súbeh dvoch vzájomne prepojených deficitov: na jednej strane **nedostatočne určitý a interpretačne nestabilný právny rámec priamych úhrad**, na druhej strane **oslabená účinnosť dozorných mechanizmov**, ktoré majú neoprávnenému spoplatňovaniu predchádzať a sankcionovať ho.

Oceňujem postoj MZ SR, ktoré mi v súvislosti s doposiaľ naznačenými systémovými nedostatkami vyjadrilo, že považuje túto problematiku za významnú a je pripravené pokračovať v odbornej diskusii so samosprávnymi krajmi a s ďalšími dotknutými subjektmi, s cieľom hľadať riešenia, ktoré prispejú k zlepšeniu právnej istoty, metodologickej opory a k adekvátnemu nastaveniu financovania preneseného výkonu štátnej správy v tejto oblasti.

Sekcia zdravia MZ SR sa navyše vyjadrila, že je pripravená poskytnúť odbornú súčinnosť pri prípadných legislatívnych úpravách v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti pokiaľ ide o nejasnosti právnej úpravy týkajúcej sa priamych úhrad pacientov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a jej negatívneho dopadu na výkon dozornej činnosti zverenej samosprávnym krajom.

Okrem toho považujem za **nevyhnutné zvýšiť mieru informovanosti pacientov, a rovnako aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti o právnej úprave v preskúmanej oblasti**, najmä pokiaľ ide o ich práva a povinnosti. Tejto aktivite sa plánujem aj naďalej systematicky venovať. Ochotu spolupracovať na jej realizácii a na hľadaní efektívnych foriem jej naplňania zároveň deklarovalo aj MZ SR.

### 4.1 Návrh zmeny právnej úpravy

Napriek tomu, že súčasnú zákonnú úpravu realizácie práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia možno v zásade považovať za ústavne udržateľnú, vykonaný prieskum ukázal, že právna úprava v oblasti priamych úhrad od pacientov - **poistencov nevytvára dostatočne určitý, zrozumiteľný a vnútorne konzistentný rámec**. V aplikačnej praxi to vedie k stavu, v ktorom pacient **často nedokáže vopred rozpoznať**, ktoré plnenia je povinný znášať priamo a ktoré majú byť hrazené z verejného zdravotného poistenia.

*Problémom je nastavenie právnej úpravy*

Na základe vykonaného prieskumu zastávam názor, že jadro problému nespočíva len v individuálnych pochybeniach niektorých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale aj v **samotnom normatívnom nastavení právnej úpravy**. Platná právna úprava pomerne jednoznačne upravuje dve základné kategórie plnení, a to zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Menej presvedčivo však rieši plnenia stojace na rozhraní týchto kategórií, teda také

úkony, činnosti alebo organizačno-technické prvky, ktoré nie sú výslovne definované ako zdravotný výkon (resp. jeho súčasť) a zároveň ich nemožno podradiť ani pod taxatívne vymedzené služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

*Nevkladajme ľudí do „rúk právneho výkladu“ poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti*

Ak má byť právny rámec ústavne udržateľný, nesmie ponechať rozhodujúce otázky len na následný výklad poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, dozorných orgánov alebo samotných pacientov. Voľná úvaha zákonodarcu pri napĺňaní obsahu základného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť síce patrí k ústavnej konštrukcii čl. 40 druhej vety Ústavy, no neznamená voľnosť ponechať adresátov práva v stave neistoty.

**Naopak, čím širší priestor Ústava zákonodarcovi zveruje, tým intenzívnejšia je požiadavka, aby ho využíval spôsobom zodpovedajúcim princípom právnej istoty a rovnosti.**

Zákonodarca má v zásade dve legitímne možnosti riešenia tohto nepriaznivého stavu, pričom rozhodnutie, akým smerom sa vydá, je otázkou politickej vôle a systémového nastavenia financovania zdravotníctva.

*Prvá možnosť riešenia: generálny zákaz spoplatňovania so zákonom stanovenými výnimkami*

Prvou možnosťou je prepracovať súčasnú právnu úpravu tak, aby bola založená na uzavretom systéme prípustných priamych úhrad. Aktuálne znenie § 44 zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti pracuje s čiastkovými zákazmi a limitáciami, avšak neustanovuje všeobecné pravidlo, ktoré by jednoznačne vylučovalo spoplatňovanie iných plnení. V dôsledku toho zostáva normatívny priestor otvorený pre požadovanie úhrad za plnenia, ktoré nemožno jednoznačne subsumovať pod zdravotnú starostlivosť, ani pod služby súvisiace s jej poskytovaním. Navrhovaná úprava by mala ustanoviť, že zmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže požadovať úhradu od poistenca len v zákonom výslovne vymedzených prípadoch. Pri ostatných plneniach zo strany zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti by platil všeobecný zákaz ich spoplatňovania. Takto koncipovaná právna úprava by uzavrela existujúci normatívny priestor a zodpovedala požiadavke právnej istoty a ochrany poistenca pred obchádzaním zákonných limitov prostredníctvom tvorivého označovania poplatkov.

Nevyhnutným predpokladom takéhoto legislatívneho opatrenia je **zabezpečenie udržateľného financovania poskytovania zdravotnej starostlivosti zo systému verejného zdravotného poistenia**, aby zákaz priamych úhrad nevedol k ďalšiemu oslabovaniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Ak sú niektoré priame úhrady v aplikačnej praxi motivované nedostatočným ekonomickým pokrytím výkonov zo strany systému verejného zdravotného poistenia, potom nemožno legislatívnu reakciu obmedziť len na zákaz priamych úhrad poistencov bez paralelného riešenia ich systémových príčin.

### *Katalóg zdravotných výkonov nebude stačiť na riešenie problému*

Pripravovaný katalóg zdravotných výkonov môže byť v tomto smere významným nástrojom, nebude však plniť svoj účel, ak nebude sprevádzaný takým nastavením úhradových mechanizmov, ktoré poskytovateľom zdravotnej starostlivosti **umožnia reálne a udržateľne** zabezpečovať zdravotnú starostlivosť bez potreby obchádzať zákonné limity úhrad.

### *Druhá možnosť riešenia: pripustenie úhrad pacientom s jasnými hranicami*

Druhou možnosťou je **pripustiť, že určitý okruh priamych úhrad** môže v systéme zohrávať úlohu doplnkového financovania, avšak len za predpokladu, že zákonodarca tieto úhrady výslovne upraví, **a zároveň im stanoví jasné materiálne hranice**. Ak sa však zákonodarca rozhodne ísť touto cestou, nemôže ponechať existenciu priamych úhrad len na autonómne rozhodovanie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Považujem za nevyhnutné zákonne určiť, aké typy plnení možno takto spoplatniť, za akých podmienok a aké ochranné mechanizmy musia byť zavedené vo vzťahu k pacientom, najmä ak ide o zraniteľné skupiny.

### *Všetko je v rukách regulátora*

Nie som oprávnený určovať, ktorý spôsob riešenia má regulátor zvoliť. Považujem však za potrebné jednoznačne uviesť, že zotrvanie v súčasnom stave nie je z pohľadu ochrany základného práva podľa čl. 40 druhej vety Ústavy uspokojivé.

## **4.2 Systémové nedostatky dozornej činnosti a návrhy opatrení**

Druhý okruh zistení sa týka výkonu dozornej činnosti. Z prieskumu nevyplýva, že by orgány dozoru nad neoprávneným výberom poplatkov na svoju povinnosť rezignovali. Naopak, vykonávajú kontrolnú činnosť systematicky a aj v podmienkach výrazne obmedzených zdrojov. Napriek tomu je zrejmé, že ich schopnosť poskytovať účinnú ochranu je oslabovaná viacerými štrukturálnymi prekážkami.

### **Financovať činnosť samosprávnych krajov**

Za najvýznamnejšiu z nich považujem **dlhodobé nefinancovanie preneseného výkonu štátnej správy v tejto oblasti**. Ak štát zveril samosprávnym krajom výkon dozoru nad poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, nemôže súčasne dlhodobo prenášať náklady tejto činnosti na rozpočty samosprávy. Takýto stav je nielen prakticky neudržateľný, ale aj problematický z pohľadu ústavnej logiky prenesenej pôsobnosti. Preto odporúčam, aby vláda Slovenskej republiky, Ministerstvo financií Slovenskej republiky a MZ SR zabezpečili riadne, stabilné a predvídateľné financovanie tejto agendy.

### **Odstrániť rozdrobenosť kompetencií**

Za ďalší závažný problém považujem **rozdrobenosť kompetencií a negatívne kompetenčné konflikty medzi orgánmi verejnej moci**. V aplikačnej praxi nie je vždy zrejmé, či má vo veci konať samosprávny

kraj, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, zdravotná poisťovňa, MZ SR alebo iný subjekt. Dôsledkom tejto neprehľadnosti je, že pacient sa môže ocitnúť v situácii, keď sa jednotlivé orgány nepovažujú za príslušné konať, zatiaľ čo jeho problém zostáva nevyriešený. Preto považujem za potrebné určiť a zrozumiteľne vymedziť pôsobnosť jednotlivých orgánov v oblastiach, ktoré aktuálne vykazujú v tejto súvislosti nedostatky a vytvoriť funkčný koordinačný mechanizmus (s oprávnením orgánu verejnej moci iniciovať koordináciu), ktorý zabráni prenášaniam zodpovednosti medzi orgánmi.

### **Posilniť oprávnenia dozorných orgánov**

Limity vykazujú aj **právna úprava výkonu dozoru**. Súčasná všeobecná právna úprava kontroly v štátnej správe nebola vytvorená pre situácie, v ktorých je potrebné preverovať správanie poskytovateľa v bezprostrednom kontakte s pacientom, pri objednávaní, pri komunikácii alebo pri faktickom podmieňovaní prístupu k zdravotnej starostlivosti. V tejto oblasti sa opakovane prejavuje dôkazná núdza, keďže skutkový stav je často založený len na tvrdení pacienta stojaceho proti tvrdeniu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a chýba listinný dôkaz o úhrade. Preto odporúčam zvážiť legislatívne posilnenie kontrolných oprávnení samosprávnych krajov, vrátane výslovnej úpravy takých kontrolných nástrojov, ktoré umožnia účinnejšie preveriť skutočný spôsob správania poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, a to pri zachovaní primeraných procesných záruk.

### **Prijať opatrenia na ochranu sťažovateľa**

S posilnením oprávnení dozorných orgánov úzko súvisí aj **potreba posilniť ochranu sťažovateľov**. Z vyjadrení samosprávnych krajov vyplýva, že pacienti sa často obávajú podať podnet, pretože sa boja straty lekára alebo zhoršenia prístupu k ďalšej zdravotnej starostlivosti. Ak právny poriadok nedokáže poskytnúť účinnú ochranu osobe, ktorá na neoprávnené spolplatňovanie upozorní, ochranný mechanizmus sa v praxi oslabuje. Preto považujem za potrebné prijať opatrenia na ochranu sťažovateľa a posilniť možnosť účinného konania z úradnej moci.

### **Zabezpečiť systematické a proaktívne metodické riadenie preneseného výkonu štátnej správy**

Významným zistením prieskumu je aj **nedostatočné metodické riadenie samosprávnych krajov zo strany MZ SR**. V situácii, keď právna úprava nie je jednoznačná a jej aplikácia dozornými orgánmi je v mnohých prípadoch rozdielna, je úlohou MZ SR zabezpečiť jednotný výklad a jednotný postup. Ak sa tak nedeje, výsledkom je rozdielna aplikačná prax a oslabenie dôvery v zákonnosť dozoru. Preto odporúčam, aby MZ SR zaviedlo systematické a proaktívne metodické vedenie, vrátane výkladových stanovísk, metodík, vzorových rozhodnutí a pravidelnej koordinácie s dozornými orgánmi.

### **Precizovať právnu reguláciu cenníka všetkých zdravotných výkonov a zoznamu výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu**

Za potrebné považujem aj **sprešnenie právnej úpravy cenníkov všetkých zdravotných výkonov a zoznamov výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu**. Z prieskumu vyplýva, že

v aplikačnej praxi nie je jednoznačné, či má zasielanie týchto dokumentov samosprávnemu kraju len evidenčný význam, alebo či je kraj oprávnený skúmať aj ich obsahovú súladnosť so zákonom. Takáto nejasnosť oslabuje preventívny význam dozoru. Preto odporúčam výslovne upraviť, že samosprávny kraj má kompetenciu skúmať **aj obsah týchto dokumentov** (v rozsahu preskúmania, či poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nepožaduje úhradu za plnenie hrazené z verejného zdravotného poistenia), zároveň zaviesť u zmluvných poskytovateľov jednotnú, vzájomne previazanú štruktúru cenníkov všetkých zdravotných výkonov a zoznamov výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu a vytvoriť účinnejší mechanizmus kontroly ich zverejňovania na webovom sídle poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

### **Zabezpečiť dôsledné dodržiavanie lehôt v správnom konaní a zväziť úpravu sankčného rámca**

Napokon za vážny problém považujem aj **obmedzenú účinnosť správneho konania o udelení pokuty**. Neprimerane dlhé správne konania a nízky odradzujúci účinok sankcií vedú k tomu, že ochranný mechanizmus v praxi často nepôsobí dostatočne preventívne, ani represívne. Sankcia, ktorá nasleduje po dlhom čase a ktorá nie je ekonomicky citelná, neposkytuje dostatočný impulz na zmenu správania. Preto odporúčam **zabezpečiť dodržiavanie primeranej dĺžky** správnych konaní a zároveň zväziť úpravu sankčného rámca tak, aby pokuty mali reálny odradzujúci účinok.