

## ZDRAVOTNÍCTVO

### PRÁVA PACIENTOV PODĽA EURÓPSKEJ CHARTY

1. Právo na prevenciu – každý jednotlivec má právo na poskytovanie primeraných služieb na prevenciu choroby.
2. Právo na prístup k zdravotníckym službám – každý jednotlivec má právo na prístup k takým zdravotníckym službám, aké si vyžaduje jeho zdravie. Zdravotnícke služby musia zaručovať rovnaký prístup každému, bez diskriminácie na základe finančných možností, miesta bydliska, druhu choroby alebo doby prístupu k zdravotníckej starostlivosti.
3. Právo na informácie – každý jednotlivec má právo na prístup k všetkým druhom informácií týkajúcich sa jeho zdravotného stavu, zdravotníckych služieb a ich využívania a všetkého, čo je dostupné na základe vedeckého výskumu a technickej inovácie.
4. Právo vyjadriť súhlas – každý jednotlivec má právo na prístup ku všetkým informáciám, ktoré by mu umožnili aktívnu spoluúčasť pri rozhodovaní o svojom zdraví, tieto informácie sú základnou podmienkou pred akoukoľvek procedúrou a liečbou, vrátane účasti na vedeckom výskume.
5. Právo slobodného výberu – každý jednotlivec má právo slobodne si vybrať na základe dostatočných informácií spomedzi rôznych liečebných metód a poskytovateľov.
6. Právo na súkromie a zachovanie dôverného prístupu - každý jednotlivec má právo na zachovanie dôverného prístupu k svojim osobným informáciám, vrátane informácií týkajúcich sa jeho zdravotného stavu a možných diagnostických alebo liečebných metód, ako aj na ochranu svojho súkromia pri výkone diagnostických vyšetrení, prehliadke u odborného lekára a lekárskom ošetrení alebo chirurgickom zákroku vo všeobecnosti.
7. Právo na rešpektovanie pacientovho času – každý jednotlivec má právo byť ošetrený v krátkom a vopred určenom čase. Toto právo patrí pre všetky fázy liečby.
8. Právo na dodržiavanie úrovne kvality - každý jednotlivec má právo na prístup k zdravotníckym službám vysokej kvality na základe špecifikácie a dodržiavania presne stanovených noriem.
9. Právo pacienta na bezpečnosť - každý jednotlivec má právo neutrpieť škodu spôsobenú nedostatočným fungovaním zdravotníckych služieb, zanedbaním

lekárskej starostlivosti a chýb, ošetrovaní a liečbe, ktoré spĺňajú vysoko stanovené bezpečnostné normy.

10. Právo na inovácie – každý jednotlivec má právo na prístup k inovovaným metódam, vrátane diagnostických metód, v zmysle medzinárodných noriem a nezávisle na ekonomických alebo finančných okolnostiach.

11. Právo predchádzať zbytočnému utrpeniu a bolesti - každý jednotlivec má právo, pokiaľ je to len možné, predchádzať utrpeniu a bolesti vo všetkých etapách svojej choroby

12. Právo na liečbu zohľadňujúcu osobné potreby- každý jednotlivec má právo na diagnostické a liečebné programy čo najviac prispôsobené jeho osobným potrebám

13. Právo sťažovať sa – každý jednotlivec má právo podávať sťažnosť vždy, keď utrpí škodu a má právo dostať odpoveď alebo inú formu spätnej väzby

14. Právo na náhradu škody – každý jednotlivec má právo na dostatočnú náhradu škody v primerane krátkej dobe vždy, keď utrpí telesnú, morálnu či psychickú ujmu spôsobenú ošetrovaním alebo liečbou pri poskytovaní zdravotníckej služby.

## **PRÁVA A POVINNOSTI POISTENCA V ZDRAVOTNOM POISTENÍ**

*A: Práva občanov vo vzťahu k zdravotnej poisťovni:*

- na výber zdravotnej poisťovne,
- na zmenu zdravotnej poisťovne vždy k 1.januáru nasledujúceho roka,
- na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu a za podmienok ustanovených zákonom,
- na informáciu, s ktorými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti má príslušná zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti aj vtedy, ak príslušná zdravotná poisťovňa nemá s poskytovateľom uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- vrátenie preplatku na základe ročného zúčtovania poisťného,
- podieľať sa na kontrole poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- domáhať sa ochrany práv a právom chránených záujmov vyplývajúcich z verejného zdravotného poistenia v konaní pred úradom.

### *B: Povinnosti občana vo vzťahu k zdravotnej poisťovni:*

- plniť oznamovacie povinnosti - najneskôr do ôsmich dní oznámiť zmenu mena, priezviska, trvalého pobytu, zmenu pracoviska - platiteľa poisťného,
- dodržiavať pokyny zdravotnej poisťovne súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rámci verejného zdravotného poistenia zverejnené na internetovej stránke alebo zverejnené iným vhodným spôsobom,
- vrátiť zdravotnej poisťovni preukaz poistenca (aj európsky preukaz ak mu ho zdravotná poisťovňa vydala) pri zmene zdravotnej poisťovne, alebo pri zániku skutočností zakladajúcich účasť na verejnom zdravotnom poistení,
- uhradiť príslušnej zdravotnej poisťovni zdravotnú starostlivosť, ak sa mu poskytla preukázateľne v dôsledku porušenia liečebného režimu alebo užívania návykovej látky,
- plniť povinnosti v súvislosti s vykonávaním ročného zúčtovania,
- doplatiť poisťné, ktoré bol povinný uhradiť odo dňa vzniku skutočností zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia.

### **ZDRAVOTNÁ DOKUMENTÁCIA**

- je neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti
- je súborom údajov o zdravotnom stave pacienta, o poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- obsahuje výsledky vyšetrení, údaje o liekoch a iné dôležité informácie súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- nie je majetkom lekára, zdravotníckeho zariadenia ani pacienta

### *Pravidlá práce so zdravotnou dokumentáciou*

- Pacient má právo vidieť svoju zdravotnú dokumentáciu a robiť si z nej kópie.
- Ambulantný lekár, s ktorým pacient ukončil zmluvný vzťah, je povinný odovzdať zdravotnú dokumentáciu novému lekárovi pacienta.
- Zdravotnícki pracovníci sú povinní pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pacienta primerane poučiť o dôvodoch, následkoch, rizikách a rôznych možnostiach liečby.
- Pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pacient musí dať informovaný súhlas.

- Ak ide o dieťa alebo nesvojprávneho pacienta, poučenie sa poskytne jeho zákonnému zástupcovi a v primeranej forme aj samotnému pacientovi.
- Informovaný súhlas pacienta sa nevyžaduje v prípade neodkladnej starostlivosti, ak nemožno informovaný súhlas včas získať, ale ho možno predpokladať – napríklad: ak je pacient v bezvedomí alebo v šoku po úraze, v prípade ochranného liečenia uloženého súdom, v prípade ústavnej starostlivosti osoby šíriacej prenosnú chorobu, ktorá závažným spôsobom ohrozuje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu.
- V prípade smrti pacienta majú príbuzní právo vidieť dokumentáciu zomrelého.

**Zdravotná dokumentácia** - (nazývaná u ambulantného lekára aj „zdravotná karta“) má pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti stále mimoriadny význam. Je to súbor záznamov s údajmi o zmenách pacientovho zdravotného stavu, o postupoch, ktoré lekári zvolili pri jeho liečbe, obsahuje výsledky laboratórných vyšetrení, údaje o liekoch a podobne. Zdravotná dokumentácia je neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Nie je majetkom ani lekára, ani sestry, ani zdravotníckeho zariadenia, ale ani pacienta. Nepatrí lekárovi, pretože obsahuje údaje o konkrétnom pacientovi a má význam len pre tohto pacienta. Nepatrí však ani pacientovi, pretože informácie, ktoré obsahuje, sú aj výsledkom práce zdravotníckych pracovníkov, ich vedomostí a skúseností.

**O každej zdravotnej starostlivosti** poskytnutej pacientovi musí byť urobený záznam, a to buď klasicky na papieri, alebo v elektronickej podobe s elektronickým podpisom. Záznam musí obsahovať všetky dôležité identifikačné údaje o pacientovi, jeho chorobe, vyšetreniach a postupe pri liečbe, záznam o tom, že pacient bol poučený o svojom zdravotnom stave a o tom, že dal tzv. informovaný súhlas s liečbou, mená zdravotníckych pracovníkov, ktorí pacienta liečili, rozsah služieb súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou.

**Ochrana zdravotnej dokumentácie** - Zdravotná karta obsahuje mimoriadne citlivé a dôverné osobné údaje. Je preto nesmierne dôležité zabezpečiť ich ochranu a predísť tak riziku ich zneužitia. Zákon ukladá všetkým, ktorí prichádzajú do styku so zdravotnou dokumentáciou, povinnosť zachovávať mlčanlivosť. Lekárom v ambulancii a zdravotníckym zariadeniam zároveň prikazuje zabezpečiť dokumenty

tak, aby sa k nim nedostali nepovolané osoby a nedošlo k ich strate alebo zneužitiu. Zdravotné záznamy, ktoré vedie všeobecný lekár, sa uchovávajú ešte 20 rokov po smrti pacienta, ktorého sa týkali. Ostatné záznamy sa uchovávajú 20 rokov od posledného poskytnutia starostlivosti pacientovi.

**Odovzdávanie dokumentácie** - Zákon stanovuje, že nový lekár, ktorý prebral pacienta do všeobecnej ambulantnej starostlivosti, si od pôvodného lekára vyžiada zdravotnú dokumentáciu. Ten je povinný ju preukázateľne odovzdať do siedmich dní. Môže odovzdať originál dokumentácie alebo jej rovnopis, teda identickú kópiu. V praxi môže dokumentáciu odniesť novému lekárovi aj samotný pacient, ak s tým pôvodný lekár súhlasí (v takom prípade pacient podpisom potvrdí, že dokumentáciu prebral), alebo si ju lekári medzi sebou pošlú doporučenou poštou. Lekár nie je povinný odovzdať dokumentáciu priamo pacientovi. Lekár je za zdravotnú dokumentáciu zodpovedný a musí zabezpečiť, aby nedošlo k jej strate alebo zneužitiu. Všeobecný lekár nesmie odoprieť odovzdať dokumentáciu, ak ho o to požiada nový lekár pacienta.

**Sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie** - Informácie zo zdravotnej dokumentácie musia byť chránené, aby sa nedostali do rúk neoprávneným osobám. Zároveň musia byť prístupné pre tých, ktorí majú vážny dôvod na to, aby zistili, aká starostlivosť sa kým, kde a akým spôsobom pacientovi poskytla.

*Právo nahliadnuť do zdravotnej dokumentácie má*

- pacient, ktorého sa dokumentácia týka (v prípade dieťaťa zákonný zástupca) - má právo vidieť všetky údaje vo svojej zdravotnej dokumentácii;
- pacient môže písomne splnomocniť inú plnoletú osobu, aby nahliadla do zdravotnej dokumentácie, ktorá sa o ňom vedie;
- podpis na splnomocnení musí byť notársky overený, splnomocnená osoba nemá právo vidieť celú dokumentáciu; v splnomocnení musí byť uvedené, aké časti dokumentácie môže splnomocnená osoba vidieť;
- po smrti pacienta jeho manžel alebo manželka, dieťa alebo rodič (zákonný zástupca); ak také osoby nie sú, nahliadnuť môže plnoletá osoba, ktorá s pacientom žila v čase smrti v spoločnej domácnosti, blízka osoba alebo ich zákonný zástupca, splnomocnená osoba;

- v prípade smrti pacienta môžu plnú moc na nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie dať jeho manžel alebo manželka, dieťa, rodič alebo zákonný zástupca, blízka osoba alebo osoba, ktorá so zomrelým pacientom žila v spoločnej domácnosti, revízny lekár poisťovne pacienta, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na účely dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou a na prešetrovanie sťažností, ministerstvo zdravotníctva, lekár a sestra samosprávneho kraja na účely dozoru, posudkový lekár, ktorý pacienta posudzuje kvôli sociálnym dávkam, súdny znalec, ktorého ustanovil súd, požiadal orgán činný v trestnom konaní alebo niektorá zo strán v občianskom súdnom spore alebo trestnom konaní;
- splnomocnené (oprávnená) osoba má právo vidieť tú časť dokumentácie, ktorá je potrebná na vypracovanie znaleckého posudku, poisťovňa, v ktorej je pacient individuálne pripoistený, má právo vidieť tú časť dokumentácie, ktorá sa týka zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa vzťahuje poisťné plnenie.
- nahliadnutie do dokumentácie je potrebné požiadať (písomne alebo ústne) priamo lekára (v prípade ambulancie) alebo riaditeľa zdravotníckeho zariadenia, ktoré starostlivosť poskytlo. Osoba, ktorá má právo nahliadnuť do zdravotnej dokumentácie, nesmie dokumentáciu odniesť zo zdravotníckeho zariadenia. Na mieste si však môže robiť výpisky alebo kópie (fotokópie, fotografie, nahratie na disketu, CD a podobne).

**Možnosť odmietnutia nahliadnuť do zdravotnej dokumentácie?** - Lekár alebo nemocnica nemajú právo odmietnuť nahliadnutie do dokumentácie, ak žiadateľ spĺňa zákonné podmienky, a to ani v prípade, ak má pacient alebo jeho zástupcovia v úmysle žalovať ich.

**Odmietnuť nahliadnutie do dokumentácie** však môžu psychiatri a psychológovia, ak by to negatívne ovplyvnilo liečbu pacienta.

**Každý, kto požiadal o prístupenie zdravotnej dokumentácie a nevyhovelo sa mu,** sa môže obrátiť so sťažnosťou na porušenie zákona o zdravotnej starostlivosti na orgán, ktorý vydal povolenie na vykonávanie činnosti príslušnému zdravotníckemu zariadeniu, teda na vedenie vyššieho územného celku alebo Ministerstvo

zdravotníctva SR. Obrátiť sa tiež možno na Slovenskú lekársku komoru a Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

## **KEDY SA OBRÁTIŤ NA ÚRAD PRE DOHĽAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU?**

Ak sa občan domnieva, že sa mu neposkytla zdravotná starostlivosť správne alebo sa domnieva, že iné rozhodnutie ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti alebo služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je nesprávne, má právo požiadať poskytovateľa o nápravu. Žiadosť sa podáva písomne.

Ak poskytovateľ žiadosti nevyhoví alebo bezodkladne neinformuje žiadateľa o spôsobe vybavenia žiadosti, osoba má právo:

1. požiadať úrad pre dohľad o vykonanie dohľadu, ak predmetom žiadosti je správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti,
2. obrátiť sa na orgán príslušný na výkon dozoru (MZ SR, VÚC, komory), ak predmetom žiadosti je iné rozhodnutie ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti alebo služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

*Úrad vybavuje aj podania súvisiace s verejným zdravotným poistením.*

Vybavuje podnety, týkajúce sa činnosti zdravotnej poisťovne, zákonnosti postupu zdravotnej poisťovne v procese prepoistenia poistenca. Rieši spory vyplývajúce z ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie.

<b>Do pôsobnosti úradu nepatrí</b>	<b>Kompetentný orgán</b>
Výklad zákonov	Gestor právnych predpisov v zdravotníctve je Ministerstvo zdravotníctva SR
Platby za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti	Príslušný samosprávny kraj (VÚC)
Etika/ správanie sa/ prístup zdravotníckych pracovníkov	Riaditeľstvo daného zdravotníckeho zariadenia, príslušná komora zdravotníckych prac., VÚC
Organizácia zdravotnej starostlivosti (ordinačné hodiny, zdravotná dokumentácia, odmietnutie zmluvy zo strany lekára)	VÚC
Činnosť pohrebných služieb	Živnostenský úrad, Regionálny úrad verejného zdravotníctva
Povolenia poskytovateľov na výkon činnosti	Ministerstvo zdravotníctva SR, VÚC
Dohľad nad lekárenskou starostlivosťou	VÚC
Ochrana zdravia, epidemiológia, hygiena životného prostredia	Úrad verejného zdravotníctva
Práceschopnosť	Sociálna poisťovňa
Invalidný dôchodok	Sociálna poisťovňa
Nemocenské dávky	Sociálna poisťovňa
Ťažko zdravotne postihnutí (preukazy, dávky)	Sociálna poisťovňa
Kompenzačné príspevky	Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny

## LIMITY NA DOPLATKY ZA LIEKY

Od 1. 4. 2011 do 31.12.2011 sa doplatky za lieky uhradili v zmysle zákona č. 581/2004 o zdravotných poisťovniach podľa § 42a. Od 1.12.2011 vstúpil do platnosti zákon č. 363/2011 o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok



a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia, ktorý v § 4 upravuje limit spoluúčasti. Limit spoluúčasti je suma, ktorou sa poistenec spolupodieľa na úhrade lieku hrazeného z verejného zdravotného poistenia. To znamená, že ak úhrnná výška úhrad poistenca za doplatky za lieky prekročí v kalendárnom štvrťroku limit spoluúčasti (tzv. ochranný limit) t.j. 30,00 € , alebo 45,00 €, zdravotná poisťovňa mu uhradí čiastku, o ktorú bol limit spoluúčasti prekročený.

Do úhrnnej (celkovej) výšky úhrad poistenca sa započítavajú doplatky poistenca za lieky čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia vo výške prepočítaného doplatku za najlacnejší náhradný liek.

### **Čo sa považuje za najlacnejší náhradný liek?**

Je to liek s najnižším doplatkom pacienta (poistenca) za štandardnú dávku liečiva s obsahom rovnakého liečiva, s rovnakou cestou podania a s rovnakým množstvom liečiva v liekovej forme ako liek predpísaný na lekárskom predpise.

### **Dokedy zdravotná poisťovňa uhradí doplatky za lieky?**

Limit spoluúčasti sa vzťahuje na kalendárny štvrťrok a jeho výška sa posudzuje vždy k prvému dňu kalendárneho štvrťroka. Suma, o ktorú bol limit spoluúčasti prekročený sa bude uhrádzať vždy do 90 kalendárnych dní od konca príslušného štvrťroka. Prvýkrát bude poisťovňa uhrádzať tieto sumy v zmysle zákona 363/2011 za prvý kalendárny štvrťrok roku 2012 (január - marec) v mesiaci jún 2012, t. j. úhrady môžu poistenci, ktorí spĺňajú zákonom stanovené kritéria očakávať do konca júna 2012.

### **Limit spoluúčasti sa vzťahuje na tieto skupiny poistencov**

*Limit vo výške 45 Eur sa vzťahuje na:*

- poberateľov starobného dôchodku,
- poberateľov dôchodku z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov vo veku ustanovenom na vznik nároku na starobný dôchodok,
- poberateľov dôchodku z iného členského štátu Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska – ak nie je takáto osoba poistená v tomto členskom štáte, nie je poberateľom dôchodku z tretieho štátu
- osobu, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a nevznikol jej nárok na starobný dôchodok.

*Limit vo výške 30 Eur sa vzťahuje na:*

- osobu, ktorá je držiteľom preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím alebo preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom,
- poberateľa invalidného dôchodku alebo invalidného výsluhového dôchodku,
- osobu, ktorá je invalidná, ale nevznikol jej nárok na invalidný dôchodok.

V prípade, ak sa na poistenca vzťahujú oba limity spoluúčasti, od 1.1.2012 sa v zmysle zákona 363/2011 uplatní pri prepočte vyšší z nich t. j. 45,00 EUR.

Limit spoluúčasti sa však na tieto osoby nevzťahuje v prípade,

- ak majú príjmy, ktoré podliehajú dani z príjmov (teda príjmy zdaňované podľa § 5 a § 6 zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov), okrem príjmov z dohôd vykonávaných mimo pracovného pomeru alebo
- ak výška ich dôchodku je viac ako 50% priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve SR (na tieto účely sa vždy posudzuje priemerná mesačná mzda za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku za ktorý sa limit spoluúčasti posudzuje – na rok 2011 je to suma 372, 25 Eur, od roku 2012 je platná hranica 384,50 Eur).

### **Čo musí urobiť poistenec?**

Poistenci, ktorí dané kritéria spĺňajú, nemusia podávať žiadosť do zdravotnej poisťovne, taktiež nie je potrebné, aby poistenci odovzdávali zdravotnej poisťovni doklady z registračnej pokladne, ktoré im vydajú v lekárni. Všetky údaje potrebné pre určenie nároku bude poisťovňa evidovať vo svojom informačnom systéme. Poisťovňa v lehote 90 kalendárnych dní od skončenia daného štvrťroka zašle príslušnú sumu, o ktorú výška úhrad za doplatky za lieky prekročila stanovený limit spoluúčasti priamo na bankový účet poistenca alebo poštovou poukážkou na adresu, ktorú má poistenec nahlásenú v informačnom systéme.

V prípade, že v danom štvrťroku je výška úhrad za doplatky za lieky o ktorú je limit spoluúčasti prekročený menšia ako 3 Eurá, poisťovňa za daný štvrťrok nebude túto sumu uhrádzať. Poistenec však o ňu nepríde, poisťovňa túto sumu pripočíta k úhrnnej výške úhrad za ďalší kalendárny štvrťrok.

### **Čo je to originálny liek?**

Na výrobu originálnych liekov sa používa novoobjavené liečivo. Ide teda o úplne nový liek. Každý nový liek je 20 rokov chránený patentom. V tomto období ho môže vyrábať len jedna firma. Originálne lieky bývajú drahšie. A to preto, lebo výrobca do ich ceny započítava aj náklady na výskum a vývoj ďalších nových liekov.

### **Čo je to generikum?**

Generické lieky majú rovnakú účinnú látku ako originálne lieky, vznikajú po uplynutí patentovej ochrany originálneho lieku. Generiká sú lacnejšie ako pôvodný originálny liek, pretože výrobca nemusí investovať do výskumu a vývoja.

### **PLATBY V ZDRAVOTNÍCTVE – poplatky za služby**

Od 1.9.2006 neplatíte poplatok 0,66 € za návštevu ambulancie a 1,66 € za deň pobytu v nemocnici a v liečebni dlhodobo chorých.

Od 1.10.2006 sa znížil 0,66 € poplatok v lekárni pri vydávaní lieku na predpis na 0,17 €.

Úhrady za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, oslobodenie od povinnosti úhrady poistenca upravuje zákon č. 577/2004 Z. z. Úhrady za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti upravuje Nariadenie vlády č. 722/2004 Z. z.

*Úhrada za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:*

Ak sa poistencovi poskytuje zdravotná starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia, poistenec uhrádza:

- stravovanie a pobyt na lôžku počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v prírodných liečebných kúpeľoch (indikácie v sk. A 1,66 €, indikácie v sk. B I. a IV. kvartál 4,98 €, II. a III. kvartál 7,30 €)
- spracúvanie údajov zistených pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti v rámci lekárskej služby prvej pomoci a ústavnej pohotovostnej služby pri každej návšteve poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (1,99 €)
- štatistické spracúvanie lekárskeho predpisu súvisiace s vydaním liekov alebo dietetických potravín (0,17 €)

- štatistické spracúvanie lekárskeho poukazu súvisiace s vydaním zdravotníckych pomôcok (0,17 €)
- pobyt sprievodcu v ústavnej starostlivosti (3,32 €/deň)
- dopravu (0,07 €/km)
- poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie na žiadosť osoby (najviac 3% zo sumy životného minima)
- vypracovanie lekárskeho posudku na žiadosť osoby

### **Úhrada za prednostné poskytnutie ambulantnej starostlivosti**

Poskytovateľ môže požadovať úhradu za prednostné poskytnutie ambulantnej starostlivosti len v rámci na to vyhradených ordinačných hodín, ktoré nesmú presiahnuť jednu štvrtinu celkových ordinačných hodín. Výšku úhrady a ordinačné hodiny schvaľuje samosprávny kraj podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia, v ktorého kompetencii je aj kontrola dodržiavania schváleného poplatku a ordinačných hodín. Úhradu za prednostné poskytnutie ambulantnej starostlivosti upravuje § 44 ods. 2 zákona č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

**Úhrada za vyšetrenia na administratívne účely** – napr. vyšetrenie na vodičský preukaz, pre poisťovňu, vydávanie lekárskeho potvrdení, iné na administratívne účely, upravuje príloha č. 1 k nariadeniu vlády č. 777/2004 Z. z. Výšku úhrady si určuje poskytovateľ sám v zmysle zákona o cenách. Povinnosťou poskytovateľa je umiestniť na viditeľnom mieste cenník zdravotných výkonov uskutočňovaných na žiadosť osoby, vydať osobe doklad o výške úhrady, ktoré uhradza za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a z služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (§79 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov).

**Úhrada za výkony, ktoré nie sú indikované so zdravotných dôvodov** - napr. vypísanie lekárskeho predpisu na hormonálnu antikoncepciu. Výšku úhrady si určuje poskytovateľ sám v zmysle zákona o cenách.

### **Sprievodca v nemocnici**

Službou súvisiacou s poskytnutím zdravotnej starostlivosti je aj pobyt sprievodcu v nemocnici. Sprievodca naďalej platí 3,32 € na deň, pričom prvý a posledný deň sa rátajú ako jeden deň.

*Od platby poplatku je oslobodený:*

- sprievodca dieťaťa do troch rokov veku,
- dojčiaca matka s dojčatom,
- sprievodca osoby do 18 rokov veku prijatej na onkologickú liečbu.

### **Platenie v lekárni**

V lekárni a vo výdajni zdravotníckych pomôcok platíte poplatok 0,17 € za štatistické spracovanie receptu alebo poukazu.

V lekárni 0,17 € neplatí:

- poistenec pri výdaji lieku predpísaného na výpise z lekárskeho predpisu,
- poistenec, ktorý si na recept vyberá lieky alebo dietetické potraviny, ktoré si plne hradí sám,
- pri vydávaní očkovacích látok označených symbolom „V“ na jednom lekárskom predpise.

Pre držiteľa preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím (ŤZP) je poplatok za výber lieku 0,17 €.

Od platenia za poukaz na zdravotnícke pomôcky (nie recept na lieky alebo dietetické potraviny) sú oslobodení držitelia preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím, ak preukážu, že poberajú príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov.

### **Platenie na pohotovosti**

Pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti v rámci lekárskej služby prvej pomoci (LSPP) a ústavnej pohotovostnej služby (ÚPS) v nemocnici je poplatok 1,99 €. Ak po vyšetrení poistenca na pohotovosti nasleduje prijatie do nemocnice, poplatok 1,99 € neplatí.

### **Platenie za dopravu**

Za 1 kilometer prepravy sanitkou platíte 0,07 €.

*Za prepravu sanitkou neplatí poistenec:*

- zaradený do chronického dialyzačného alebo transplantačného programu,
- ktorému sa poskytuje onkologická alebo kardiochirurgická liečba,
- s ťažkým zdravotným postihnutím odkázaný na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom,

- ktorého prepravujú z jednej nemocnice do druhej na základe rozhodnutia nemocnice.

### **Platenie za kúpeľnú liečbu**

Zdravotnú starostlivosť, poskytnutú v prírodných liečebných kúpeľoch v súlade s indikačným zoznamom, v plnom rozsahu hradí zdravotná poisťovňa. Poistenec uhrádza poplatok za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. V kúpeľoch sa poplatok platí za každý deň bez ohľadu na dĺžku pobytu, prvý a posledný deň sa rátajú ako jeden deň. Poplatky sa líšia podľa druhu diagnózy.

#### ***Diagnózy typu A***

Liečba v kúpeľoch zvyčajne bezprostredne nasleduje po pobyte poistenca v nemocnici a týka sa najmä stavov po úraze alebo operácii. Poplatok je 1,66 € za deň pobytu, bez ohľadu na dĺžku liečby.

*Od poplatku sú oslobodení:*

- deti do 3 rokov veku,
- nositeľ najmenej striebornej Janského plakety,
- osoby v hmotnej núdzi, ktoré sa preukážu rozhodnutím úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o dávke v hmotnej núdzi a príspevkoch k dávke v hmotnej núdzi, platia len prvé tri dni pobytu, od štvrtého dňa neplatia.

#### ***Diagnózy typu B***

Sú to poistenci najčastejšie s chronickým ochorením, ktorí idú do kúpeľov na preliečenie. Poplatok v tomto prípade je 4,98 €, resp. 7,30 € za deň pobytu.

- 4,98 € za deň platíte, ak nastúpíte kúpeľnú liečbu mimo sezóny, teda v prvom alebo štvrtom štvrtroku (október – marec) a ubytujete sa v tzv. štandardnej izbe.
- 7,30 € na deň platíte, ak nastúpíte kúpeľnú liečbu v hlavnej sezóne, teda v druhom alebo treťom štvrtroku (apríl – september) a ubytujete sa v štandardnej izbe.

Za štandard sa pokladá minimálne dvojlôžková izba so sociálnym zariadením mimo izby. Ak požiadate o vyšší štandard ubytovania, zaplatíte podľa cenníka jednotlivých kúpeľov.

Kúpeľnú starostlivosť môžete absolvovať aj ako samoplatca, v takom prípade zdravotná poisťovňa neuhrádza žiadne náklady a celú úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, za ubytovanie a za stravu uhrádza poistenec sám.

### **Za čo neplatiť!**

- V nemocnici ani v ambulancii sa neplatí za zdravotnícky materiál (napríklad ihly, striekačky alebo obvazy).
- Všeobecnému lekárovi pre deti a dospelých, všeobecnému lekárovi pre dospelých, gynekológovi, stomatólovi, ak má zmluvu so zdravotnou poisťovňou, náklady za vstupnú prehliadku poistenca (t. j. za založenie zdravotnej karty) uhrádza zdravotná poisťovňa. Lekár nemá právo požadovať za tento výkon úhradu od poistenca. Takisto nemá právo spoplatňovať vedenie zdravotnej karty.
- Lekár nesmie požadovať od poistenca poplatok 0,17 € za recept, ak poistenec uhrádza plnú cenu lieku.

Ak zdravotnícke zariadenie naďalej požaduje platbu za ambulantné ošetrenie alebo za pobyt v nemocnici alebo v liečebni pre dlhodobo chorých, prípadne máte pocit, že od Vás žiada neoprávnené platby, máte možnosť sťažovať sa. Môžete sa obrátiť na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

JUDr. Eva Madajová, predsedníčka Asociácie na ochranu práv pacientov SR