

INESS

Katarína Fedorová

# **PRIESTOR PRE ZDRAVOTNÉ PRIPOISTENIE NA SLOVENSKU**



**INESS, Bratislava, 2023**

**Fotografia na obálke:** Pixabay

# Predslov

Diskusia o slovenskom zdravotníctve je paralyzovaná témou zisku zdravotných poisťovní. Častý argument politikov znie „zisk by mal byť dosahovaný z pripoistenia“, či dokonca „chceme umožniť pripoistenie“. No pozornému čitateľovi možno ihneď napadlo: keď to všetci chcú, prečo dosiaľ komerčné pripoistenie nevzniklo?

My sme sa na tému zdravotného pripoistenia rozhodli pozrieť hlbšie tým, že sme sa pokúsili odpovedať na dve základné otázky:

- Čo by teoreticky mohlo byť predmetom pripoistenia?
- Aké možnosti poskytuje slovenská legislatíva?

A keď píšem „my“, myslím tým najmä autorku textu, Katarínu Fedorovú. Poznáme ju ako človeka s perfektnou znalosťou zdravotníckej legislatívy na Slovensku, ktorá je okrem iného aj autorkou publikácie Medicínske právo, či komentára k Zákonom o zdravotnom poistení a mnohých ďalších odborných publikácií. Už v roku 2022 sme jej v INESS vydali knihu Inovatívne lieky - právne a etické otázky. Teraz sme ju požiadali o detailnú analýzu slovenského práva v kontexte zdravotného pripoistenia, výsledkom čoho je nasledujúci text.

Nie je úplne náhoda, že tento text vzniká pred parlamentnými voľbami 2023. Naším cieľom je konkrétnymi faktami obohatiť predvolebnú diskusiu o slovenskom zdravotníctve. Ako zistíte z textu, priestor na pripoistenie na Slovensku existuje. No zároveň je potrebná politická vôľa na otvorenie dverí do tohto priestoru. Budeme preto zvedaví, či sa v blízkej budúcnosti nájde.

Martin Vlachynský

## Zhrnutie

Základným zmyslom verejného zdravotného poistenia (VZP) je sprístupniť potrebnú zdravotnú starostlivosť všetkým poistencom, bez ohľadu na ich príjmy a zdravotný stav. Potreby sú nekonečné a zdroje obmedzené, preto by VZP malo pokrývať iba klinicky prínosné technológie, ktoré si môžeme dovoliť zaplatiť. Z pohľadu VZP je štandardom zdravotná starostlivosť, ktorá prináša hodnotu za peniaze a neprekračuje možnosti rozpočtu. Všetko navyše je „pripoistiteľný“ nadštandard.

Dôvody pre kúpu individuálneho poistenia („pripoistenia“) môžu byť rôzne. V zahraničných štúdiách sa najčastejšie uvádza potreba pokrytia špecifickej starostlivosti, urýchlenie prístupu k liečbe a širší výber poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.<sup>1</sup> Popri samotnom obsahu (výkony, lieky, pomôcky) do popredia vystupujú najmä tri faktory – komfort, kvalita a čas. O týchto parametroch sme uvažovali v rámci súčasnej legislatívy. Dospeli sme pritom k týmto kľúčovým zisteniam:

- Pri liekoch, zdravotníckych pomôckach a dietetických potravinách je štandard definovaný kategorizačnými zoznamami. Nekategorizované a nadlimitné technológie môžu byť predmetom pripoistenia. Takýto produkt bude mať zmysel iba v prípade, ak sa k nadštandardu nebude dať dostať cez výnimky. Výnimočné úhrady je potrebné obmedziť na novoregistrované technológie, pri ktorých nestihla prebehnúť kategorizácia.
- Pri preventívnych prehliadkach sa dá pripoistiť vyššia frekvencia prehliadok, viac výkonov v rámci prehliadok a ich rozšírenie na ďalšie špecializácie (kardioprevenencia, onkoprevenencia, športové lekárstvo).
- Individuálne poistenie môže zahŕňať nepovinné očkovanie a iné v súčasnosti nehradené zdravotné výkony, napr. neindikované genetické a krvné vyšetrenia, alternatívnu medicínu a rôzne „kúry“ (napr. vysokodávkový vitamín C).
- V rámci stomatológie sa dá pripoistiť použitie nadštandardných materiálov a výkonov, ktoré nie sú hradené z VZP, napr. dentálne implantáty, pečatenie zubov, dentálna hygiena.
- Skorší termín u lekára a istota dodržania presného času môže byť predmetom pripoistenia po legislatívnej úprave, ktorá z objednania na vyšetrenie spraví samostatnú službu. Pacienti, u ktorých svietia „red flags“ poukazujúce na závažné, napr. onkologické ochorenie budú k špecialistovi odosielaní urgentne, bez ohľadu na to či sú alebo nie sú individuálne poistení.
- Pripoistiť sa dá aj viac času na vyšetrenie – lekár sa pacientovi bude venovať o 10 minút dlhšie než je štandardné.
- Pri pripoistení komplexného manažmentu je kľúčová nadväznosť zdravotnej starostlivosti. Tá sa dá zabezpečiť vyššou aktivitou všeobecného lekára pri zabezpečovaní vyšetrení u špecialistov v rámci zmluvnej siete zdravotnej poisťovne, aj rozšírením možnosti využívania nezmluvných poskytovateľov. Individuálne by sa mohli dať poistiť aj služby recepcie a zjednodušenie vybavovania rôznych potvrdení.
- Neindikovaná domáca starostlivosť sa v súčasnosti poskytuje za priamu úhradu a môže byť predmetom pripoistenia.
- Široký priestor pre pripoistenie ponúka telemedicína. Popri možnosti konzultácie s lekármi v SR aj v zahraničí, môže individuálne poistenie pokrývať aj balíčky cielej komunikácie s klientami v určitej situácii (napr. tehotné ženy, rodičia malých detí) alebo s určitým záujmom (napr. zdravý životný štýl). Uvažovať sa dá aj o poistení telemonitoringu pacientov požadujúcich vyššiu mieru podpory počas choroby pri a návrate do bežného života.
- Legálnym nadštandardom ľahko prenosným do individuálneho poistenia je nadštandardné ubytovanie a strava pri hospitalizácii a možnosť výberu zdravotníckeho pracovníka.

Popri zavedení pripoistenia odporúčame aj:

- Opätovne zaviesť regulačné platby za návštevu ambulancie, ktoré znižujú nadspotrebu zdravotnej starostlivosti. Tým sa odľahčí verejná sieť a uľahčí sa manažovanie pacienta.
- Preskúmať prínosy a náklady kúpeľnej liečby hradenej z VZP a porovnať ich s inými zdravotníckymi technológiami (lieky, pomôcky). Ak nevieme preukázať konkrétne benefity kúpeľov pri jednotlivých ochoreniach, nemajú byť platené z VZP. Môžu byť ponúkané v rámci pripoistenia.
- Vyhodnotiť prínosy platenia inej ako neodkladnej prepravy z VZP. Doprava do zdravotníckeho zariadenia môže byť predmetom pripoistenia.
- Odstrániť duplicity v úhradách zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín z VZP aj sociálneho systému.
- Od platieb za zdravotnú starostlivosť (doplatky, spoluúčasť) oslobodzovať iba ľudí s nízkym príjmom – invalidita, ťažké zdravotné postihnutie ani konkrétna choroba nie sú vhodné kritérium.
- Pri príprave štandardných diagnostických a terapeutických postupov systematicky zohľadňovať rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z VZP.
- „Vyčistiť“ zdravotnícku legislatívu od nevykonávaných a vzájomne rozporných ustanovení (napr. katalóg zdravotných výkonov a zoznam zdravotných výkonov, kategorizácia chorôb) a zaktualizovať Katalóg zdravotných výkonov o všetky výkony, ktoré sa v praxi realizujú.



# Obsah

Úvod	5
Zmysel verejného zdravotného poistenia	6
Štandard a nadštandard	7
Nadštandardné zdravotné výkony	8
Časový rozmer zdravotnej starostlivosti	11
Komplexný manažment pacienta	12
Domáca a dištančná starostlivosť	13
Zdravotnícke pomôcky	14
Dietetické potraviny	15
Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti	16
Ďalšie možnosti	17
Záver	20
Zdroje	21
Referencie	23

## Úvod

Na Slovensku sa debaty o zdravotníctve zvyknú točiť okolo nároku pacienta. Mnohí sa zhodneme, že treba jasne pomenovať čo, kde a akým spôsobom máme pacientovi poskytnúť. Tento „základný balík“ má byť hrazený z verejného zdravotného poistenia (VZP). Ďalšiu zdravotnú starostlivosť a doplnkové služby si môže platiť pacient priamo alebo mu ju zaplatí zdravotná poisťovňa v rámci individuálneho zdravotného „pripoistenia“.

Napriek mnohým zmenám zákonov zdravotníckej reformy z r. 2004 stále platí, že základný balík starostlivosti sa má určovať kategorizáciou - odborným posúdením na základe kritérií uvedených v zákonoch. Pri liekoch, zdravotníckych pomôckach, dietetických potravinách, a najnovšie aj ústavnej starostlivosti sa kategorizácia vykonáva. Pri chorobách nie. Reforma pritom počítala s tým, že kategorizáciou sa určia choroby, pri ktorých sa poistenec podieľa na úhrade liečby alebo si ju platí celú. Tento proces neprebíha, a tak sú z VZP plne hrazené zdravotné výkony skoro pri všetkých chorobách.

Mohlo by sa zdať, že nájsť v zdravotníckom chaose priestor pre pripoistenie, nie je možné. My sa nazdávame, že to možné je. Aj bez kategorizácie chorôb, na ktorú ministerstvo len ťažko nájde odvahu. Dá sa to spraviť na pôdoryse súčasných zákonov, s minimálnymi legislatívnymi zmenami. Výsledkom týchto úprav bude jasné rozlíšenie štandardu dostupného pre všetkých poistencov a nadštandardu pre tých, čo sú ochotní si zaň zaplatiť.

Diskusia o nadstandarde a pripoistení bude nevyhnutne spojená s obavami z vytvorenia dvojvrstvového systému, v ktorom sa „verejné služby pre chudobných stanú chudobnými službami“.<sup>2</sup> Bolo by ale pokrytectvom predstierať, že zákazom pripoistenia nastolíme rovnosť. Bohatým jedincom nič nebráni kúpiť si nekategorizované lieky alebo podstúpiť zdravotný výkon nekrytý solidárnym systémom. Rovnako môžu uzatvoriť komerčné poistenie pre prípad kritických chorôb a z vyplatených peňazí si zaplatiť liečbu. Dôsledkom systémovej nedostupnosti pripoistenia je nižšia dostupnosť nadštandardu pre širšie skupiny obyvateľov, nie jeho reálna nedostupnosť.

Navyše je jasné, že istú punkovo-neviazanú dvojvrstvosť tu už máme. Popri zákonom uznanej možnosti využívať za priamu úhradu doplnkové ordináčne hodiny a neindikovanú domácu starostlivosť, existuje aj paralelný „systém“ vyberania poplatkov za registráciu, objednanie, manažment pacienta či klimatizáciu v čakárni. Sofistikovanejší poskytovatelia riešia problém oddelením „služieb recepcie“ od vlastnej zdravotnej starostlivosti aj rôznymi „V.I.P. kartami“ kreatívne kombinujúcimi starostlivosť krytú poistením so zvýšeným komfortom. Podmieňovať poskytnutie zdravotného výkonu hrazeného z VZP akýmkoľvek plnením od poistenca je protizákonné. Pokutovaním poskytovateľov dosiahneme najskôr to, že vypovedia zmluvy s poisťovňami a prejdú na priame platby. Oveľa konštruktívnejšie je nadštandard zlegalizovať.

Aby sme sa vyhli tristným dôsledkom u nás tak obľúbenej legislatívnej techniky „Strčme to tam, veď sa uvidí“, je vhodné postupovať logicky - ujasniť si, čo musí pokrývať VZP na základe našich medzinárodných a ústavných záväzkov, zdefinovať si štandard podľa platných predpisov, odstrániť rokmi nahromadené nezmysly aj zbytočné duplicity so systémom sociálneho zabezpečenia a nechať zdravotné poisťovne navrhnuť si produkty, ktoré im dávajú zmysel.



Cieľom tohto textu nie je vymýšľať poisťovníam konkrétny obsah pripoistenia pre konkrétnych poistencov. Chceme ním pomôcť naštartovať diskusiu o možnostiach legálnej koexistencie štandardu a nadštandardu v reálnych podmienkach slovenského zdravotníctva. Zahraničné skúsenosti preto uvádzame iba tam, kde to má zmysel. Venujeme sa zdravotným výkonom, pomôckam, dietetickým potravinám a službám súvisiacim s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Zámerne sme vynechali lieky, pri ktorých ešte nepoznáme všetky reálne dopady minuloročnej novely zákona č. 363/2011 Z. z. Veríme, že katastrofická situácia, v ktorej sa zdravotníctvo nachádza, má aj svoje pozitíva. Najväčším z nich je nutnosť zanechať detské spôsoby a riešiť problémy racionálne.

## Zmysel verejného zdravotného poistenia

Zdravie nie je len súkromná záležitosť. V európskom kontexte sa zdravie populácie vníma ako politická hodnota podmieňujúca prosperitu a rozvoj spoločnosti. Moderný európsky štát sa ťažko môže zbaviť povinnosti chrániť zdravie ľudí žijúcich na jeho území. Môžeme samozrejme diskutovať o tom, ako by sa zdravotníctvo vyvíjalo, ak by sme zdravie ponechali na zodpovednosti jednotlivca a solidarite jeho okolia. Faktom ale zostáva, že prístupom k Medzinárodnému paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach<sup>3</sup> (a neskôr aj k ďalším dohovorom upravujúcim právo na zdravie<sup>4</sup>), sa aj náš štát zaviazal vytvoriť podmienky, ktoré by každému zabezpečili lekársku pomoc a starostlivosť v prípade choroby.<sup>5</sup> Štát nemusí prevádzkovať zdravotnícke zariadenia, ani dávať všetkým všetko zadarmo. Má vytvoriť právny a organizačný rámec poskytovania dostupnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti a nastaviť pravidlá jej financovania. Základným sociálnym účelom tejto aktivity je sprístupniť potrebnú zdravotnú starostlivosť všetkým príjmovým skupinám. Chudobnejší ľudia nesmú byť neproporcionálne zaťažení nákladmi na zdravie v porovnaní s bohatšími.<sup>6</sup> Dosiagnúť tento ušľachtilý cieľ nie je možné bez celospoločenskej solidarity ekonomicky aktívnych s neaktívnymi a zdravých s chorými. Túto solidaritu si štát vynúti prostredníctvom daní alebo odvodov.

Verejné zdravotné poistenie (VZP) sa zásadne líši od individuálneho (komerčného) poistenia. VZP nie je dobrovoľným vzťahom, vzniká a zaniká zo zákona. Poistencom zvolená zdravotná poisťovňa ho v zásade nemôže odmietnuť. Povinná účasť poistencov sa zdravotným poisťovníam kompenzuje prerozdelením mechanizmom. Výška poistného nezávisí od poistného rizika, ale od príjmu – reálne tak nejde o poistné, ale o proporcionálnu zdravotnú daň. Za vybrané skupiny osôb platí poistné štát. Rozsah plnenia vymedzujú zákony a nie poistná zmluva. Všetkým poistencom, ktorí rovnako potrebujú určitú zdravotnú starostlivosť, by mala byť aj rovnako poskytnutá. VZP je tak univerzálny a uniformný systém, závislý na úrovni príjmov (vymeriavacích základov) ekonomicky aktívnych poistencov a ochote štátu platiť za „svojich“ neaktívnych. Preto nevyhnutne čelí problému, ako ufinancovať potreby poistencov z obmedzených zdrojov.

Môže sa stať, že zdravotná starostlivosť, ktorú VZP na svoje náklady („bezplatne“) ponúka, nezodpovedá všetkým potrebám jednotlivca. Napríklad dieťa so spinálnou muskulárnou atrofiou môže potrebovať veľmi drahý liek, štandardne nehradený z VZP. Zdravie dieťaťa je väčšia hodnota ako vyrovnaný rozpočet a na ľudský život nemôžeme dávať cenovku, zvykne sa hovoriť v tejto súvislosti. Takáto argumentácia opomína, že aj iní ľudia majú právo na zdravie a tiež potrebujú zdravotnú starostlivosť. Spravodlivý systém nemôže uprednostniť jedného na úkor ostatných. Z práva na zdravie nevyplýva nárok na poskytnutie najlepšej možnej liečby, aká vo svete existuje.<sup>7</sup> Tak, ako iné sociálne práva (napr. právo na prácu, na vzdelanie, na primerané hmotné zabezpečenie), aj právo na zdravie je relatívne a závisí od ekonomických možností spoločnosti. Aj preto štát môže limitovať bezplatnosť a určiť konkrétny rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z VZP.

### Prípady Nickyho Sentgesa<sup>8</sup>

Úplne imobilný 16-ročný chlapec so svalovou dystrofiou žiadal holandskú zdravotnú poisťovňu o úhradu zdravotníckej pomôcky – robotickej ruky, upevniteľnej na invalidný vozík, ktorá by mu umožnila samostatne uchopovať predmety. Tak by sa mohol sám napiť, otvárať si dvere, telefonovať, zdvihnúť si spadnuté veci zo zeme a celkovo zvýšiť svoju samostatnosť. Cena pomôcky bola 36 000 eur. Zdravotná poisťovňa ju odmietla zaplatiť, lebo nebola zaradená v zozname pomôcok hrazených z poistenia. Po neúspechu na domácom súde sa rodina obrátila na Európsky súd pre ľudské práva. Namietali, že Holandsko porušuje chlapcovo právo na súkromný život, osobnú autonómiu a rozvíjanie medziludských vzťahov. ESĽP žiadosť zamietol. Podľa súdu je vecou každého štátu, ako si stanoví priority v úhradách zdravotnej starostlivosti v kontexte obmedzených zdrojov. Stanovené pravidlá však musia platiť pre všetkých, a teda každej osobe účastnej na univerzálnom systéme poskytovania a financovania zdravotnej starostlivosti (poistencovi, daňovému poplatníkovi) musí byť štandardná starostlivosť prístupná za rovnakých podmienok. K obdobným záverom ESĽP dospel aj vo veci Penticova a ostatní proti Moldavsku<sup>9</sup> a vo vzťahu k sociálnej pomoci v prípade McDonald proti Spojenému Kráľovstvu.<sup>10</sup>

## Štandard a nadštandard

V diskusii o štandarde sú kľúčové dve otázky – čo budeme hrať z VZP (štandard úhrad) a akým spôsobom to poskytneme pacientovi (štandard kvality). Nad tým, ako sa tieto množiny prekrývajú, „bdie“ článok 40 ústavy, ktorý občanom zaručuje právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť na základe VZP za podmienok stanovených zákonom. Ústava nehovorí, že všetko musí byť hrazené z VZP, a teda bezplatné pre poistenca. Rozsah bezplatnej zdravotnej starostlivosti má určiť zákon.

Stanovenie rozsahu má svoje pravidlá. Ak sa chceme držať v ústavných mantineloch, právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť nesmieme fakticky vyprázdniť. VZP musí kryť účinnú a bezpečnú starostlivosť, najkvalitnejšiu akú si môžeme dovoliť. So zdrojmi preto nesmieme plytvať – či už na nezmyselné „atómfky“, alebo na nedostatočne účinnú a extrémne drahú liečbu. VZP má pokrývať klinicky prínosné technológie, ktoré si môžeme dovoliť zaplatiť. Prínosy a náklady výkonov, liekov, pomôcok, potravín aj služieb, ktoré platíme zo spoločných peňazí, by sme preto mali pravidelne vyhodnocovať. Výsledkom hodnotenia má byť stanovenie rozsahu zdravotnej starostlivosti, ktorý sa hradí na základe VZP a je rovnako dostupný pre všetkých poistencov. Takúto zdravotnú starostlivosť môžeme označiť za štandardnú. Všetko navyše môže byť poskytované za priamu úhradu, a teda aj byť predmetom pripoistenia.

Vo vzťahu k liekom, zdravotníckym pomôckam a dietetickým potravinám je štandard rámcovaný príslušnými kategorizačnými zoznamami.<sup>11</sup> Priestor pre pripoistenie nad tento rámec narúša existencia „výnimiek“. Ak poistenec vie, že k liečbe sa dá bežne dostať na výnimku, nemá dôvod si pripoistiť nekategorizovaný nadštandard. Výnimočné úhrady idú proti zmyslu VZP ako systému financovania rovnako dostupnej zdravotnej starostlivosti. Poistenec, ktorý získa liečbu vďaka výnimke, je oproti iným poistencom zvýhodnený. Aj preto nesmie ísť o plošné ani „kvázi-plošné“ riešenie.

Štandard zvyšnej zdravotnej starostlivosti sa definuje ťažšie. Kategorizácia chorôb sa nevykonáva, obsah nového katalógu výkonov chystaného ministerstvom na jar 2023 ešte nepoznáme. Ministerstvo zdravotníctva priebežne vydáva štandardné postupy, ktorých cieľom je definovať, ako má zdravotnícky pracovník postupovať pri diagnostike a liečbe rôznych ochorení. Podľa ministerstva by štandardné postupy mali zvýšiť istotu zdravotníkov, že liečia pacienta správne a zároveň umožniť objektívne hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti – kvalitná zdravotná starostlivosť zodpovedá štandardným postupom. Štandardné postupy vydávané ministerstvom však nie sú legislatívne previazané s úhradami z VZP a nie je jasné, či sa nimi autori štandardov metodicky zaoberajú. Napríklad štandardný postup na výkon prevencie karcinómu prsníka metódou populačného skríningu<sup>12</sup> stanovuje vekovú indikáciu pre skrínigovú mamografiu inak ako príloha zákona č. 577/2004 Z. z., podľa ktorej sa tento skrínig uhrádza (45 – 74 rokov podľa ŠP, 50 – 69 rokov podľa zákona). Štandardné postupy navyše nie sú dosiaľ vydané ani pre všetky najzávažnejšie a najčastejšie sa vyskytujúce ochorenia. Neurológia a hematológia nemajú žiaden štandardný postup, vnútorné lekárstvo má jeden, klinická onkológia dva.<sup>13</sup> Využitie štandardných postupov na definovanie štandardu je preto problematické. Ide pritom o nevyužitú príležitosť. Štandardné postupy nemajú len popisovať odporúčané kroky na ceste diagnostikou a liečbou určitého ochorenia. Zo systémového hľadiska má štandardizácia riešiť aj vzťahy medzi kvalitou, cenou a dostupnosťou zdravotnej starostlivosti.

## Nadštandardné zdravotné výkony

Zdravotná starostlivosť sa skladá zo zdravotných výkonov, ktoré majú rôzny obsah a náročnosť. Jednoduchým zdravotným výkonom je napríklad kontrola krvného tlaku alebo podanie očkovacej látky. Zložitejšie, ako napríklad preventívna prehliadka alebo komplexné vyšetrenie pacienta, pozostávajú z viacerých úkonov a sú časovo náročnejšie. Pri úvahách o pripoistení zdravotných výkonov si preto treba najskôr zadať, aké zdravotné výkony sú štandardne hrazené z VZP a čo je ich obsahom.

Základným zdrojom informácií o zdravotných výkonoch hrazených z VZP sú zákon č. 577/2004 Z. z.<sup>14</sup> a dve vládne nariadenia (776/2004 Z. z.<sup>15</sup> a 777/2004 Z. z.<sup>16</sup>), ktorými sa vydávajú katalóg výkonov a zoznam chorôb, pri ktorých sa výkony čiastočne hradia z VZP alebo sa z neho nehradia.

### Katalóg zdravotných výkonov a Zoznam zdravotných výkonov

V súvislosti s Katalógom zdravotných výkonov vznikol v našich právnych predpisoch istý chaos. Pri jeho rozpletaní sa musíme vrátiť k pôvodnému zámeru autorov zdravotníckej reformy z roku 2004, ktorí predpokladali, že v novom systéme budú prebiehať dva procesy súčasne – **katalogizácia** chorôb a zdravotných výkonov a **kategorizácia** chorôb. Mal byť zostavený katalóg všetkých chorôb, a k týmto chorobám mal byť priradený zoznam zdravotných výkonov, ktoré sú pri danej chorobe indikované – tým sa mali vytvoriť štandardné diagnostické a terapeutické postupy. Zároveň mala prebiehať kategorizácia chorôb s cieľom určenia chorôb, pri ktorých zdravotné výkony (uvedené v zozname indikovaných výkonov) nemusia byť hrazené z VZP, alebo z neho budú hrazené iba čiastočne. Súčasne s „reformnými“ zákonmi bol vydaný Katalóg zdravotných výkonov (nariadenie 776/2004 Z. z.) a zoznam chorôb, pri ktorých sa výkony čiastočne hradia z VZP alebo sa z neho nehradia (nariadenie 777/2004 Z. z.). Išlo však iba o „prvé verzie“, vydané bez predchádzajúcej kategorizácie a katalogizácie. Tieto prvé verzie sa ale dodnes nezmodernizovali a sú platné v pôvodnej podobe. Zákon o zdravotnej starostlivosti v znení účinnom od 1. septembra 2005 do 31. decembra 2009 v § 3 jednoznačne rozlišoval **Katalóg zdravotných výkonov** a **Zoznam zdravotných výkonov** indikovaných pri jednotlivých chorobách.

Kým Katalóg zdravotných výkonov mal predstavovať *súhrn všetkých zdravotných výkonov s uvedením ich charakteristík*, Zoznam zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách mal byť *súhrnom zdravotných výkonov uvedených v katalógu zdravotných výkonov, ich frekvencií a indikačných obmedzení patriacich k jednotlivým chorobám podľa prílohy č. 1 (zákona o zdravotnej starostlivosti)*, ktoré predstavujú *nevyhnutný predpoklad na správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti*. Zoznam zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách vláda nikdy nevydala.

Od 1. januára 2010 zákon o zdravotnej starostlivosti umožňuje vláde vydať Zoznam zdravotných výkonov, ktoré sa vykonávajú pri chorobách uvedených v medzinárodnej klasifikácii chorôb. Ani tento zoznam však vláda nevydala. Ministerstvo zdravotníctva miesto toho vydáva štandardné diagnostické a terapeutické postupy v rámci národného projektu financovaného z eurofondov. V súčasnosti tak máme „historický“ Katalóg zdravotných výkonov, ktorý ale neobsahuje súhrn *všetkých* zdravotných výkonov. Absentujú vňom napríklad mnohé výkony jednodňovej chirurgie a ústavnej starostlivosti. Nemocnice, ktoré používajú úhradový mechanizmus DRG, vykazujú zdravotné výkony podľa Zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín, ktorý je uvedený v prílohe vyhlášky ministerstva zdravotníctva č. 538/2021 Z. z. Platné právne predpisy tak (nielen) vo vzťahu ku katalógu výkonov, zoznamu výkonov a zoznamu chorôb obsahujú rozporné, nevykonateľné aj nevykonávané ustanovenia.

Výkony, ktoré nie sú v katalógu, sa z VZP platia na základe zmlúv poskytovateľov s poisťovňami. Takto sú napríklad hradené laserová operácia rohovky, operácie glaukómu či operácia nádorov spojovky realizované v rámci jednodňovej zdravotnej starostlivosti.<sup>17</sup> Hoci je takéto vypíňanie medzier právnych predpisov potrebné, zmluvy by nemali definovať štandard zdravotnej starostlivosti univerzálneho systému VZP.

Napriek všetkým nedostatkom právnej úpravy, zo zákona a nariadení vieme pri mnohých zdravotných výkonoch vyvodit', čo majú obsahovať, ako dlho majú trvať, a ako často ich možno z VZP zaplatiť. Napríklad preventívna prehliadka u všeobecného lekára sa vykonáva raz za dva roky (v prípade darcov krvi, orgánov a tkanív raz za rok) a zahŕňa komplexné vyšetrenie všetkých orgánových systémov, kontrolu stavu očkovania, zmeranie pulzu, tlaku krvi, hmotnosti a výšky, odber materiálu na laboratórne vyšetrenia (moč chemicky, močový sediment, glykémia, kreatinín, krvný obraz vrátane trombocytov); poisťencom vo veku 40+ sa robí aj EKG. Nad tieto základné parametre vzniká priestor pre pripoistenie hneď v niekoľkých oblastiach.

**1. Preventívne prehliadky.** Dospelým sa z VZP sa platia preventívky u všeobecného lekára, stomatólóga, gynekológa, urológa a gastroenterológa. Ich obsah a indikačné obmedzenia sú uvedené v zákone č. 577/2004 Z. z.. Ak sa vydáme nad rámec týchto limitov, v súvislosti s preventívnou prehliadkou by sa dali pripoistiť napríklad:

- vyššia frekvencia prehliadok, napr. raz ročne u všeobecného lekára, dvakrát ročne u stomatólóga,
- vyššia frekvencia výkonov v rámci prehliadok, napr. mamografia raz ročne, štvrté a ďalšie USG plodu počas tehotenstva, samozrejme so zohľadnením možného rizika; v USA sa ženám nad 40 rokov odporúča mamografia raz ročne, v EÚ raz za dva - tri roky v závislosti od vekovej skupiny,<sup>18</sup>
- testy nad rámec VZP, napr. test na okultné krvácanie v stolici aj u poisťencov pod 50 rokov, EKG u mladších ako 40 rokov,
- urologická a gastroenterologická prehliadka u poisťencov pod 50 rokov bez rizikovej anamnézy,

- preventívna prehliadka u športového lekára pre poistencov, ktorí nie sú členmi športových klubov,
- preventívne prehliadky u špecialistov, ktorí ich nevykonávajú v rámci VZP, zamerané napr. na kardioprevenu, onkoprevenu<sup>19</sup> a iné civilizačné ochorenia, preventívne vyšetrenie všetkých znamienok dermatológom,
- všeobecné, biochemické a špecifické krvné testy (napr. CRP, močovina, ALP) aj bez priamej indikácie,
- vyšší komfort pri prehliadkach, napr. laboratórna diagnostika (aj nad rámec testov z VZP) priamo u lekára na počkanie.

**2. Očkovania.** Prípoistenie by sa mohlo vzťahovať na odporúčané očkovania proti chrípke, hepatitíde, pneumokokovým a meningokokovým infekciám a proti HPV u poistencov nad 13 rokov (indikačné obmedzenie úhrady z VZP), očkovanie proti kliešťovej encefalitíde, aj na odporúčané očkovania pred cestou do niektorých krajín. Pri povinných očkovaníach sa zas dá pripojiť „lepšia“ vakcína, ktorá nie je kategorizovaná alebo si na ňu pacient dopláca. Napríklad jedna z vakcín povolených na povinné očkovanie proti osýpkam, mumpsu a rubeole chráni dieťa aj proti ovčím kiahňam. V súvislosti s očkovaním detí možno uvažovať aj o pripoistení komplexného poradenstva pre rodičov, ktorí pod vplyvom rôznych informácií môžu potrebovať odborné vysvetlenia presahujúce časovú kapacitu pediatra.

**3. Výkony nad rámec maximálneho počtu hradeného z VZP.** Maximálny počet opakovaní (sedení) je v Katalógu výkonov definovaný napr. pri elektroanalgézií a manuálnej drenáži lymfy, individuálnej a skupinovej psychoterapii, liečebnej pedagogike, aj pri asistovanej reprodukcii. Tá je navyše obmedzená aj vekom, čo tiež vytvára priestor pre pripoistenie. Ďalší možno vytvoriť aj tým, že sa optimálny počet stanoví pri všetkých opakovaných výkonoch, ideálne na základe vyhodnotenia preukázaných prínosov a nákladov. Inak povedané, mali by sme vedieť, prečo platíme 25 sedení a nie povedzme 15 alebo 30.

**4. Výkony nehradené z VZP.** Okrem výkonov, ktorých úhrada je zákonom „zverená“ inému subjektu ako pacientovi (napr. pri klinickom skúšaní, vyšetrenie osoby, ktorá má byť umiestnená v cele policajného zaistenia), nie sú z VZP hradené zdravotne neindikované výkony ani výkony dopravnej, poradenskej a pracovnej psychológie, psychoanalýzy a akupunktúry. Akupunktúra a alternatívna medicína je pritom ideálnym kandidátom na pripoistenie. V Holandsku zdravotné poisťovne ponúkajú možnosť zvoliť si nadštandardný poistný plán s výkonomi alternatívnej medicíny s konkrétnym finančným limitom (napr. maximálne 30 eur za sedenie, najviac 300 eur za rok).<sup>20</sup> Výhodou zazmluvňovania „alternatívnych“ poskytovateľov je aj zvýšená kontrola nad ich činnosťou. Najmä vo vzťahu k pacientom so závažnými ochoreniami ide o celkom kľúčový aspekt. Z VZP nie je hradený ani „**druhý názor**“ – na základe odporúčania všeobecného lekára má pacienta vyšetriť jeden špecialista, konzultáciu u ďalšieho lekára si pacient platí sám. Ak sa inšpirujeme platenými zdravotnými programami ponúkanými niektorými českými poskytovateľmi,<sup>21</sup> v rámci pripoistenia by sa mohli ponúkať aj neindikované genetické vyšetrenie, vyšetrenie očného nervu či infúzne „kúry“ vysokodávkovým vitamínom C a iné experimentálne postupy, pri ktorých nie sú dostatočné medicínske dôkazy o ich účinnosti, ale ani sa nedajú označiť za škodlivé.

**5. Stomatológia.** Stomatologické výkony sú v nariadení č. 777/2004 Z. z. rozdelené na výkony, ktoré sú z VZP hradené plne a výkony, ktoré sú hradené čiastočne. Plná úhrada sa vzťahuje iba na štandardné materiály. Napríklad pri ošetrovaní zubného kazu sa poistencom do 18. rokov plne uhrádza „*plastická trvalá výplň v celom rozsahu chrupu z nedózovaného amalgámu, vo frontálnom úseku v rozsahu očných zubov vrátane estetického samopolymerizujúceho materiálu*“, poistencom nad 18 rokov „*výplň z plastického materiálu bez ohľadu na jej typ a rozsah v celom úseku chrupu*“. Podmienkou úhrady z VZP je absolvovanie preventívnej prehliadky v predchádzajúcom roku (v roku 2023 už neplatí výnimka kvôli Covidu). Z VZP nie sú hradené dentálne implantáty, pečatenie zubov, dočasná náhrada po extrakcii zubov ani dentálna hygiena mimo preventívnej prehliadky. Zdravotné poisťovne poistencom ponúkajú príspevky na zubára a dentálnu hygienu - Dôvera

aj Union vo výške 150 eur ročne, VŠZP vo výške 120 eur (rok 2023). Ak sú poisťovne schopné dávať takéto benefity v rámci VZP, o to viac je možné sa so zubno-lekárskou starostlivosťou „vyhrať“ v rámci pripoistenia.

## Časový rozmer zdravotnej starostlivosti

V súčasnosti platí, že iná ako neodkladná zdravotná starostlivosť môže byť poskytnutá v podstate kedykoľvek. Plánovanie zdravotnej starostlivosti sa systematicky realizuje iba vo vzťahu k niekoľkým vybraným chorobám, pri ktorých sledujeme dĺžku čakacej doby (choroby oka, choroby obehovej sústavy, choroby svalovej a kostrovej sústavy vyžadujúce implantáciu zdravotníckej pomôcky). Od 1. januára 2024 bude plánovanou akákoľvek ústavná zdravotná starostlivosť, pri ktorej lekár určil lehotu na jej poskytnutie. Lehota musí byť medicínsky prijateľná a nemala by prekročiť časovú dostupnosť stanovenú v prílohe č. 13 vyhlášky ministerstva zdravotníctva č. 316/2022 Z. z.<sup>22</sup> Napríklad na resekciu pažeráka by mal pacient s onkologickým ochorením čakať maximálne 60 dní, ostatní pacienti najviac 180 dní. Časová dostupnosť ale nie je stanovená pre všetky medicínske služby uvedené vo vyhláške. Pri ambulantnej starostlivosti sa lehota nerieši. Objednanie na vyšetrenie, vrátane objednania na konkrétny čas je podľa zákona č. 577/2004 Z. z. súčasťou zdravotného výkonu. Ak sa pacient objednáva k lekárovi na výkon hrađený z VZP, objednanie nemôže byť spolpatnené. Je zodpovednosťou poskytovateľa, aby pacienta diagnostikoval a liečil v medicínsky prijateľných lehotách. Štandardné postupy vydávané ministerstvom a odporúčania (guidelines) medzinárodných odborných spoločností uvádzajú aj časové lehoty, v ktorých majú byť niektoré zdravotné výkony realizované.<sup>23</sup> Na to, aby poskytovateľ mohol zodpovedať za ich dodržanie, musí najskôr „prijat“ pacienta do svojej starostlivosti. Všeobecný lekár splní svoju povinnosť vystavením odporúčania na vyšetrenie u špecialistu. Špecialista zodpovedá za správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti, odkedy k nemu pacient príde na vyšetrenie. V čase, keď pacient „obvoláva“ ambulancie, snažiac sa dobiť termínu, je (aj) z hľadiska zodpovednosti v určitom vákuu.

Skoršie objednanie na vyšetrenie a istota dodržania presného času môže byť predmetom pripoistenia za splnenia dvoch podmienok. Predovšetkým, úkon „objednanie na vyšetrenie, vrátane objednania na presný čas“ musí byť vyňatý z obsahu zdravotného výkonu a zadefinovaný ako samostatná služba nehrađená z VZP. Ďalej je treba zabezpečiť, aby pripoistené osoby „nepredbehli“ pacientov, u ktorých hrozí riziko neskorej diagnostiky závažného ochorenia. Dnes je žiaľ pomerne bežné, že o poradí na vyšetrenie rozhoduje telefón na kamaráta či schopnosť sedieť dlhé hodiny v čakárni. Človek s triviálnou diagnózou tak môže predbehnúť pacienta s vážnym problémom. Systém musí umožňovať uprednostnenie poistencov, u ktorých svietia „red flags“ poukazujúce na závažné, napr. onkologické ochorenie. Dá sa to spraviť pomerne jednoducho – zadefinovaním pravidiel urgentného odosielania v zákone.

V Anglicku<sup>24</sup> je výskyt symptómov poukazujúcich na onkologické ochorenie dôvodom pre urgentné odoslanie k špecialistovi, ktorý má pacienta vyšetriť najneskôr do dvoch týždňov, v prípade veľmi urgentného odoslania do 48 hodín. Maximálna čakacia doba na „neurgentné“ vyšetrenie u špecialistu je 18 týždňov. Táto doba sa môže predĺžiť, ak je to medicínsky odôvodnené, napr. ak má pacient pre zvýšenie účinnosti liečby najprv upraviť svoju životosprávu (schudnúť, prestať fajčiť).<sup>25</sup> Podľa údajov uvedených v národnom projekte Onkoasist<sup>26</sup>, takmer 90 % slovenských pacientov s podozrením na karcinóm pľúc sa na vyšetrenie u špecialistu dostane do 14 dní od odporúčania všeobecného lekára, pri kolorektálnom karcinóme je to iba 56 % pacientov. V UK sa darí zabezpečiť maximálnu čakaciu dobu 14 dní pre viac ako 90 % pacientov.<sup>27</sup> V prípade neurgentného vyšetrenia však bol limit 18 týždňov koncom roka 2022 splnený len pri necelých 60 % pacientov.<sup>28</sup>



S časovým rozmerom súvisí aj **dĺžka vyšetrenia**. Podľa Katalógu zdravotných výkonov má komplexné vyšetrenie pri prevzatí pacienta do starostlivosti všeobecným lekárom trvať aspoň 31 minút. Cielené vyšetrenie špecialistom (vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola) má trvať minimálne 21 minút. Konkrétny čas trvania výkonu je v katalógu uvedený pri infúziách, operáciách, observáciách aj pri niektorých vyšetreniach a intervenciách poskytovaných v rámci psychiatrie, klinickej psychológie a logopédie.

V súčasnosti ministerstvo zdravotníctva pripravuje nový katalóg výkonov pre ambulantnú sféru<sup>29</sup>, ktorý by mal začať platiť v roku 2024. V rámci jeho prípravy špecialisti popísali aj to, koľko času im jednotlivé výkony štandardne zaberú. Všetko nad rámec tohto času môže byť predmetom pripoistenia. Jedna z bratislavských polikliník takúto službu už ponúka. Držitelia bonusových kariet majú možnosť získať „10 minút navyše“ pri každom vyšetrení. Ako inzeruje poliklinika, potenciálni pacienti nemusia mať stres: „neodídete, kým nezodpovieme všetky vaše otázky“.<sup>30</sup> Striktne vzaté, zodpovedanie pacientových otázok je súčasťou poučenia vedúceho k informovanému súhlasu, ktorý je zas predpokladom poskytnutia zdravotnej starostlivosti. V realite praxe ale nie je dosť dobre možné, aby lekár detailne zodpovedal všetky pacientove otázky. Ak sú pacienti, ktorí potrebujú, aby im lekár venoval viac času a z VZP im ho nevieme poskytnúť, vzniká priestor pre pripoistenie. Zdravotná poisťovňa si môže nastaviť zmluvné vzťahy s poskytovateľmi v rámci doplnkového poistenia tak, aby zvládli kapacitne pokrývať takéto zvýšené nároky. Samozrejme za predpokladu, že v univerzálnom systéme zostane dosť poskytovateľov obstarávajúcich „bežnú prevádzku“.

## Komplexný manažment pacienta

Nielen z bonusových ponúk zmluvných aj nezmluvných poskytovateľov je jasný záujem pacientov o manažovanie starostlivosti. Pacient nechce blúdiť systémom a potrebuje, aby zdravotná starostlivosť na seba nadväzovala.

Všeobecní lekári úlohu manažérov veľmi plniť nemôžu. Pacient má právo na slobodný výber poskytovateľa a všeobecný lekár ho nemôže „nasilu“ objednať ku konkrétnemu špecialistovi. Mohol by to ale spraviť s pacientovým súhlasom. Doplniť do zákona vetu umožňujúcu všeobecnému lekárovi využívať e-objednanie (alebo iný systém, napr. e-VUC) takýmto spôsobom nie je ťažké. Ešte ľahšie je upraviť manažovanie starostlivosti v zmluvách o individuálnom pripoistení. Samozrejme nie je nutné, aby pacienta objednával lekár alebo zdravotná sestra. Takéto služby má riešiť „nezdravotnícky“ pracovník, u väčších poskytovateľov recepcia. Tá môže byť pacientom k dispozícii aj bez časového obmedzenia, čo prehĺbi pocit komfortu.

Podmienkou efektívneho odosielania pacienta od všeobecného lekára k špecialistovi a od jedného špecialistu k druhému, je mať pacienta *kam* objednať. Ak špecialisti chýbajú alebo sú preťažení, ťažko možno manažovať starostlivosť. Úlohy „vo výrobe“ špecialistov si musí plniť štát, ktorý má v rukách vzdelávanie, rezidentské programy, uznávanie dokladov, dizajn siete, nastavovanie eurofondov aj štátny rozpočet.

Zdravotná poisťovňa, ktorá má prostriedky a môže ich legálne použiť, ale nie je úplne bezmocná. Napríklad česká Všeobecná zdravotní pojišťovňa ponúka poskytovateľom finančný bonus, ak si otvoria ambulanciu v nedostatočne pokrytých lokalitách. Výška príspevku nie je zanedbateľná - všeobecný lekár od poisťovne dostane 800 000 Kč krát pomer poistencov VZP v danom okrese (podiel VZP na trhu).<sup>31</sup>

Ťažko možno očakávať, že sa vo financovaní zdravotníctva dostaneme na českú úroveň. Ukladať nové povinnosti zdravotným poisťovniam v rámci univerzálného systému preto nemá zmysel. Dostupnosť starostlivosti financovanej z VZP má poisťovňa zabezpečovať zazmluvnením existujúcich poskytovateľov. Z nových zdrojov pripoistenia by však poisťovne mohli získavať poskytovateľov aj ponúkaním finančných benefitov za uzatvorenie zmluvy.



Pripoistenie sa ale nemusí obmedzovať na zmluvných poskytovateľov. Napríklad v Rakúsku je doplnkovým poistením krytá možnosť vybrať si nezmluvného poskytovateľa. Podľa štúdie z roku 2016<sup>32</sup> je tento dôvod (spolu s nadštandardným ubytovaním pri hospitalizácii) kľúčový pre rozhodnutie kúpiť si pripoistenie – klienti veria, že nezmluvní poskytovatelia venujú pacientom viac času, sú kvalitnejší a na vyšetrenie a liečbu sa u nich čaká kratšie.<sup>33</sup> Ak by sme takýto produkt chceli zaviesť u nás, bolo by vhodné zrušiť povinnosť zdravotných poisťovní prispieť poistencovi na úhradu zdravotnej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa. Keby sa z VZP nemohla platiť zdravotná starostlivosť u nezmluvných poskytovateľov (ako je to napr. v Českej republike), vznikol by priestor pre jej ponúkanie v rámci pripoistenia. Zároveň by sa mohli nastaviť limity pre čerpanie takejto starostlivosti a finančne náročné výkony by museli byť poisťovňou vopred schválené.

S komplexným manažmentom úzko súvisí aj **administratívna záťaž**, zdieľaná pacientami a lekármi. Predovšetkým je vhodné zamyslieť sa, či všetky potvrdenia, ktoré od lekárov žiadame, sú naozaj potrebné. Problém benevolentných rodičov tolerujúcich záškoláctvo nemá byť prenášaný do zdravotníctva. Ak dieťa niekam prihlasuje rodič, alebo ak rodič naopak dieťa z niečoho ospravedlňuje, je jeho zodpovednosťou, aby tvrdý stav zodpovedal realite. Rovnako je zodpovednosťou dospelaj svojprávnej osoby, aby sa nezapájala do aktivít, ktoré fyzicky a psychicky nezvládne. Potvrdenia sa majú požadovať v prípadoch, kedy je pre ochranu iných ľudí objektívne nevyhnutné overiť aktuálny zdravotný stav osoby. Lekár má len vyšetrovať, vypíňať a pečiatkovať má administratívna sila. Tá môže samostatne riešiť aj prípady, kedy netreba zistiť aktuálny stav, ale iba potvrdiť, že pacient netrpí chronickým ochorením. Flexibilné objednanie na takéto vyšetrenie a „potvrdzovanie“ môže byť riešené z pripoistenia. Zdroje získané nad rámec VZP umožnia poskytovateľovi zaplatiť si administratívne sily a efektívnejšie manažovať pacienta.

## Domáca a dištančná starostlivosť

Podľa zákona sa zdravotná starostlivosť môže poskytovať v zdravotníckom zariadení, zariadení sociálnej pomoci, v škole a u pacienta doma. Starostlivosť v domácom prostredí sa hradí z VZP, ak je indikovaná. Pacient musí byť čiastočne alebo úplne imobilný, mať kognitívny deficit alebo iný vážny dôvod, pre ktorý sa nemôže dostať do zdravotníckeho zariadenia. Na základe VZP môže pacienta navštevovať všeobecný lekár aj špecialista, zdravotná sestra, fyzioterapeut a mobilný hospic. Od 1. januára 2024 sa budú z VZP platiť aj dve návštevy pôrodnej asistentky pred pôrodom a počas šestonedelia. Poskytovanie domácej starostlivosti môže byť predmetom pripoistenia. Aby riziko bolo poistiteľné, pacient musí zdravotnú starostlivosť potrebovať. Nemusí byť ťažko ale daná indikácia na domácu starostlivosť, požadovaná v rámci VZP. Domácu návštevu lekára a iného zdravotníka môže pacient preferovať kvôli úspore času, vyššiemu komfortu, náročnosti cestovania alebo z iných dôvodov. Platená návštevová služba<sup>34</sup> ponúkaná jednou z českých kliník zahŕňa výjazd lekára za pacientom, rýchlu laboratórnu diagnostiku priamo u pacienta doma (PEP test, CRP, detekcia streptokokov, glykémia a ďalšie) aj návštevu „osobného lekára“ počas hospitalizácie v zdravotníckom zariadení.<sup>35</sup> Jedna z bratislavských polikliník ponúka v rámci základného balíka v cene 996 EUR ročne okrem iných benefitov aj spolu tri návštevy všeobecného lekára, internistu alebo zdravotnej sestry v domácnosti bratislavského klienta.<sup>36</sup>

Široký priestor pre pripoistenie ponúka aj **telemedicína**, spočívajúca v poskytovaní zdravotnej starostlivosti prostredníctvom informačno-komunikačných technológií. Na diaľku môže byť realizovaná diagnostika, konzultácie, monitoring telemetrických údajov, aj prijímanie diagnostických a terapeutických rozhodnutí.

Počas krízovej situácie vyvolanej Covidom sa „zlegalizovali“ dištančné konzultácie medzi pacientom a jeho všeobecným lekárom a špecialistom, ktoré môžu byť hradené z VZP. V rámci pripoistenia by sa mohlo konzultovať aj s iným lekárom, či už na Slovensku alebo v zahraničí. Dá sa ísť aj nad rámec konzultácie smerom k sofistikovanejším telemedicínskym službám.<sup>37</sup>

**1. Cielená komunikácia.** Odovzdávanie určitého obsahu vopred definovanej populácií alebo jednotlivcom a následné reagovanie na ich pripomienky a podnety, sa môže uskutočňovať rôznymi formami, napr. e-learning (webinára, telekonferencie), emailová a SMS komunikácia, videohovory, online cvičenia a tréningy aj online dotazníky. „Baličky“ cielej komunikácie môžu obsahovať pravidelné poskytovanie informácií klientom v určitej životnej situácii (tehotné ženy, rodičia novorodencov a malých detí) alebo s určitým záujmom (zdravý životný štýl, strava, cvičenie, fyzioterapia, starostlivosť o duševné zdravie). Takéto služby môžu pacientom prinášať pocit upokojenia, motivácie a nasmerovania na „správnu cestu“. Benefitom cielej komunikácie je aj zvyšovanie povedomia o vlastnom zdraví a vhodnom spôsobe riešenia zdravotných problémov, čo prináša úsporu VZP.

**2. Telemonitoring pacientov s konkrétnym ochorením.** Vzdialené vyhodnocovanie stavu pacienta na základe údajov odoslaných z meracieho zariadenia sa v zahraničí využíva<sup>38</sup> pri širokej škále chorôb, od diabetu cez kardiovaskulárne a onkologické ochorenia až po sledovanie biologických parametrov v odpovedi na fyzickú aktivitu v rámci obezitológie, fyzioterapie a telovýchovného lekárstva. Systematický monitoring inými formami (napr. dotazníky, videohovory, zasielanie edukačných materiálov, mobilné aplikácie) môžu oceniť pacienti, ktorí prekonali závažné ochorenie alebo úraz (napr. onkologické choroby, pacienti po amputácii alebo inom radikálnom chirurgickom výkone) a chcú väčšiu mieru podpory pri návrate do bežného života. Dištančné metódy starostlivosti sú vhodné aj pri väčšine psychiatrických ochorení.<sup>39</sup>

## Zdravotnícke pomôcky

Zdravotnícke pomôcky sú výrobky, ktoré sa používajú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo slúžia na kompenzáciu zranenia a zdravotného postihnutia.

V súčasnosti je na európskom trhu viac ako 500 000 druhov rôznych zdravotníckych pomôcok.<sup>40</sup> Ide napríklad o kardiostimulátory, implantáty, umelé kĺby, plienky, obvazy, chirurgické šitie, invalidný vozík, zdvihák a celý rad ďalších nástrojov, zariadení a materiálov. Môžu byť hromadne vyrábané alebo individuálne vyhotovené na mieru konkrétnemu pacientovi (napr. špeciálna obuv alebo korzet). Z hľadiska rizikovosti sa pomôcky rozdeľujú do štyroch tried (I, IIa, IIb, III). Na rozdiel od liekov, pomôcky nie sú uvádzané na trh na základe povolenia. Podrobujú sa konfirmačnému testovaniu, ktoré vykonáva sám výrobca (pri pomôckach triedy I) alebo notifikovaná osoba (pri triedach II a III), čo je nezávislý subjekt, autorizovaný členským štátom. Ak je výsledok testovania pozitívny, výrobca je oprávnený vystaviť vyhlásenie o zhode, vybaviť pomôcku značkou CE a začať s ňou obchodovať na európskom trhu. Pomôcky uvedené na trh majú byť vybavené unikátnym identifikátorom (UDI), vďaka ktorému budú dohľadateľné v európskej databáze Eduamed2.<sup>41</sup>

Zdravotnícke pomôcky sa hradia z VZP ak sú zaradené v kategorizačnom zozname a spĺňajú indikačné obmedzenia a limity určené pri kategorizácii. Množstvom limit je maximálne množstvo pomôcok, ktoré možno poisťencovi uhradiť počas určitého obdobia. Finančný limit stropuje výšku úhrady poisťovne. Osobitný kategorizačný zoznam sa vedie pre **špeciálne zdravotnícke materiály**, čo sú zdravotnícke pomôcky, ktoré sa dočasne alebo natrvalo stávajú súčasťou tela pacienta. Rovnako ako pri liekoch, aj pri pomôckach a ŠMZ môže výrobca uzatvoriť s ministerstvom zdravotníctva zmluvu o podmienkach ich úhrady (Managed entry agreement). Nekategorizované a nadlimitné pomôcky a ŠMZ môžu byť poisťovňou uhradené „na výnimku“.

V kategorizačných zoznamoch sa pomôcky a ŠMZ grupujú do podskupín podľa svojho účelu a funkčného

využitia. Základné funkčné typy pomôcok a ŠZM sú bez doplatku. Ak chce pacient pomôcku s rozšíreným funkčným využitím, lepším vzhľadom, nižšou hmotnosťou alebo inou vlastnosťou, ktorá nie je medicínsky nevyhnutná, zdravotná poisťovňa mu uhradí časť ceny, akú by zaplatila za základný typ. Napríklad monofokálna zadnokomorová vnútroočná šošovka je bez doplatku hradená do výšky 91 eur. Najdrahšia šošovka v tejto podskupine stojí 500 eur a pacient za ňu dopláca 409 eur. Jednodutinový kardiostimulátor s frekvenčnou adaptáciou je bez doplatku hradený do výšky 1 799 eur.<sup>42</sup> Ak chce pacient najdrahší kardiostimulátor v tejto podskupine, doplatí 315 eur.

Popri výnimkách systém deformuje aj prekrývanie VZP a sociálnej pomoci. Úrady práce poskytujú **príspevok na kúpu invalidného vozíka a načúvacieho aparátu**. Príspevok sa dáva na druhý vozík a aparát – prvý má byť zaplatený z VZP. Pacient si teda „dá predpísať“ akýkoľvek vozík bez doplatku, uloží ho povedzme do pivnice a môže žiadať úrad práce o príspevok. Takýto postup sa mu oplatí. Aktívne (ľahko nastaviteľné a ovládateľné, umožňujúce samostatný pohyb bez „tlačenia“ inou osobou) a ultraľahké mechanické vozíky sú z VZP sú plne hradené do výšky 1637 eur. Úrad práce môže na mechanický vozík prispieť sumou 2 440 eur. Ešte výraznejší je rozdiel pri elektrických vozíkoch – 3 791 eur z VZP verzus 7 157 eur od úradu práce.<sup>43</sup> Problém sa netýka sa iba vozíkov. Z VZP sa hradia aj vaňové a univerzálne zdvíhaky slúžiace na presuny imobilného pacienta. Úrady práce poskytujú imobilným osobám **príspevok na kúpu zdvíhacieho zariadenia** až do výšky 11 618 eur.

Tieto duplicity je potrebné odstrániť. Vozíky, načúvacie aparáty a zdvíhacie zariadenia hradené z VZP nemajú byť súbežne riešené v systéme sociálneho zabezpečenia. Ak sa k nadštandardu dá dostať s prispením úradov práce, pripoistenie stráca zmysel. Iste, dalo by sa oponovať, že na príspevky majú nárok iba ľudia s príjmom pod určitou hranicou (pri zdvíhakoch a vozíkoch je to 5-násobok životného minima), ktorí nemajú prostriedky na pripoistenie. Bez ohľadu na tento argument, stále ide o plytvanie – na strane VZP aj sociálneho systému.

## Dietetické potraviny

Potraviny s osobitným výživovým alebo medicínskym účelom sú hradené z VZP, ak sú zaradené v kategorizačnom zozname pri splnení indikačných obmedzení a limitov. Z VZP sa platia potraviny určené na výživu pacientov s fenylketonúriou a inými metabolickými ochoreniami, nízkoproteínové a bezlepkové suroviny a potraviny, dojčenská výživa, hepatálne, renálne, vysokokalorické a imunomodulačné diéty. Členské štáty EÚ sa k úhrade dietetických potravín (foods for special medical purposes)<sup>44</sup> stavajú rôzne – z univerzálneho systému sa spravidla platia potraviny určené pre pacientov s malnutríciou podmienenou špecifickým ochorením (napr. syndróm krátkeho čreva), hradené môžu byť aj potraviny pre ľudí s potravinovou intoleranciou alebo vrodenými poruchami metabolizmu uvedené v „úhradovom“ zozname (napr. v ČR vo vyhláske ministerstva zdravotníctva<sup>45</sup>, v Dánsku v zozname vydávanom Dánskou liekovou agentúrou<sup>46</sup>).

V logike podstaty a zmyslu VZP by z neho mali byť takéto potraviny financované iba v prípade, ak sú nákladovo efektívne v porovnaní s inými medicínskymi intervenciami (liekmi, pomôckami, výkonmi). U nás je podmienkou zaradenia potraviny do kategorizácie predloženie medicínsko-ekonomického rozboru, zahŕňajúceho aj tento parameter.<sup>47</sup> Dietetické potraviny musia riešiť špecifický problém s výživou, vyplývajúci z konkrétnej choroby, a teda úplne alebo čiastočne nahrádzať „normálnu“ stravu (rozsudok SDEÚ, C-418/21<sup>48</sup>). Z VZP tak financujeme potraviny pacientom, ktorí (v období kedy dietetické potraviny potrebujú), do značnej miery šetria na nákupe bežných potravín. Otázkou je, či to robiť máme.

Dietetické potraviny môžu byť drahšie ako bežná strava. Ak by neboli hradené z VZP, mnohí pacienti by si ich nemohli dovoliť. Na tieto osoby ale pamätáme v systéme sociálnej pomoci. Deti aj dospelí s fenylketonúriou a inými metabolickými poruchami, aj pacienti trpiaci diabetom či malnutríciou pre iné choroby (čriev, pečene, obličiek, onkologické ochorenia) môžu poberať pravidelný mesačný **príspevok na diétne stravovanie** z úradu práce.<sup>49</sup> Poberateľ príspevku úradu nedokladuje, že ho využil na nákup jedla.

Je preto úplne možné, aby tá istá osoba dostávala príspevok na diétne stravovanie a súčasne sa jej z VZP platili dietetické potraviny. Bolo by vhodné, aby sa pomoc neprekrývala. Buď príspevky zrušíme, alebo sa posnažme vyčistiť právnu úpravu od duplicit. Príspevky z úradu práce sa vyplácajú ľuďom, ktorých príjem nepresiahne určitú hranicu – pri diétnom stravovaní je to trojnásobok životného minima (264,20 eur od 1. júla 2023). Zároveň musia mať ťažké zdravotné postihnutie, a teda ich choroba musí byť chronická. Možno preto uvažovať, že z VZP sa budú hradiť iba dietetické potraviny využívané akútne a krátkodobo, nie na trvalú kompenzáciu chronického ochorenia. Chronickým pacientom s vyšším príjmom, ktorí sa „nekvalifikujú“ na pomoc zo sociálneho systému, by sa príspevok na dietetické potraviny alebo aj výživové doplnky v určitej maximálnej ročnej výške mohol ponúkať v rámci pripoistenia. Rovnako možno pristúpiť aj k zdravotníckym pomôckam saturovaným pravidelným mesačným **príspevkom na hygienu**. Úrady práce ho vyplácajú ľuďom s kožnými chorobami, sekréciou s fistúl a stómii a inkontinenciou, ktorí potrebujú plienky, vložky, obvazy – všetko zdravotnícke pomôcky hradené z VZP.<sup>50</sup>

## Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Služby sú úkony a činnosti, ktoré so zdravotnou starostlivosťou úzko súvisia, ale netvoria jej bezprostredný obsah. Nejde teda o zdravotné výkony ani o úkony, ktoré zákon označuje za súčasť zdravotného výkonu (napr. už diskutované objednanie na vyšetrenie). Zmyslom oddelenia služieb od zdravotnej starostlivosti je vyňať ich z ústavného rámca „bezplatnosti“ a umožniť ich poskytovanie za priamu úhradu poistenca.

Spoplatnenie služieb súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou je na Slovensku možné od 1. júna 2003. Tzv. „Zajacove dvadsaťkorunáčky“, ktoré sa platili pri návšteve ambulancie a lekárne, aj „päťdesiatkorunáčky“ za každý deň hospitalizácie, vzbudzovali značnú nevôľu u časti verejnosti aj vtedajšej opozície. Zrušiť tieto platby súdnou cestou sa nepodarilo. Ústavný súd označil oddelenie služieb od zdravotnej starostlivosti a ich spoplatnenie za súladné s ústavou (PL. ÚS 38/03). Viacerými legislatívnymi zmenami sa však podarilo ich do značnej miery vyprázdniť.

V súčasnosti sú služby spojené s týmito úhradami:

- stravovanie a pobyt na lôžku pri hospitalizácii v zdravotníckom zariadení – 0 eur,
- stravovanie a pobyt na lôžku v kúpeľoch – 1,70 eur za deň pri indikáciách skupiny A, 5 a 7,30 eur pri skupine B, v závislosti od toho, a ktorom kvartáli kalendárneho roka sa kúpeľná liečba poskytuje,
- spracúvanie údajov zistených pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v elektronickej forme na účely zdravotného poistenia – 0 eur pri návšteve ambulancie, 2 eurá pri návšteve ambulantnej pohotovosti a 10 eur pri návšteve ústavnej pohotovosti,
- pobyt sprievodcu pri hospitalizácii – 3,30 eur za deň,
- vypracovanie lekárskeho posudku – podľa cenníka poskytovateľa,
- poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie – 2 eurá, ak o výpis žiada poistenec na účely poskytovania zdravotnej starostlivosti, inak podľa cenníka poskytovateľa.<sup>51</sup>

Pri výkonoch nehradených z VZP si môže poskytovateľ stanoviť aj vlastnú cenu služby alebo službu zahrnúť do ceny výkonu. Úhrada za služby sa platí poskytovateľovi a je jeho príjmom. Viaceré kategórie poistencov sú od úhrady oslobodené.

Diskusia k priamym úhradám za úkony vyňaté z množiny zdravotnej starostlivosti prebiehala aj v **Českej republike** v súvislosti s tzv. regulačnými poplatkami zavedenými v roku 2007. Regulačné poplatky mali pôsobiť motivačne na účelnú spotrebu zdravotnej starostlivosti. Platili sa pri každej návšteve lekára, psychológa a logopéda, za každý začatý deň ústavnej starostlivosti a za každú položku na recepte. Aj v ČR skončili na ústavnom súde, ktorý ich označil za súladné s ústavou a zdôraznil ich význam vo vzťahu k racionalizácii čerpania zdravotnej starostlivosti, a tým aj zvýšeniu dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre tých poistencov, ktorí ju skutočne potrebujú (Pl. ÚS 1/08). V neskoršom náleze súd ale zrušil stokorunový regulačný poplatok za pobyt v nemocnici z dôvodu, že „*ťažko možno akceptovať, že počas hospitalizácie na jednotke intenzívnej starostlivosti je pacientovi poskytnutá hotelová služba*“ (Pl. ÚS 36/11). Do súčasnosti tak „prežil“ iba jeden regulačný poplatok – 90 Kč za využitie pohotovosti. Iné benefity, ktoré sú u nás službami súvisiacimi s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, nie sú v ČR takto definované. Napríklad pobyt sprievodcu pri hospitalizácii je hradený z VZP, ak je jeho prítomnosť nevyhnutná kvôli zdravotnému stavu poistenca alebo kvôli potrebe zaškoliť sprievodcu v jeho ošetrovaní a rehabilitácii.<sup>52</sup>

Ideálnym kandidátom na pripoistenie je nadštandard pri hospitalizácii pacienta a jeho sprievodcu, ktorý zdravotnícke zariadenia už dnes môžu poskytovať za priamu úhradu. Z pohľadu zákona je štandardom ubytovanie v minimálne dvojposteľovej izbe a spoločným sociálnym zariadením mimo tejto izby. Akýkoľvek lepší variant je nadštandard. Úhradu za nadštandardné ubytovanie pacient platí iba v prípade, ak oň poskytovateľ písomne požiadal. Ak poskytovateľ pacienta ubytoval v nadštandardnej izbe z kapacitných dôvodov, nemôže od neho žiadať úhradu. Vo vzťahu k strave zákon štandard nerieši. Stravovanie pri hospitalizácii má pokrývať výživové a zdravotné potreby pacienta. Všetko nad tento základný rámec sa dá označiť za nadštandard.

Legálnym nadštandardom ľahko prenositeľným do pripoistenia je aj umožnenie výberu konkrétneho zdravotníckeho pracovníka. Aby nešlo o podmieňovanie prístupu k zdravotnej starostlivosti hradenej z VZP, v zdravotníckom zariadení musia byť k dispozícii aj iní odborne spôsobilí zdravotníci - výber teda nie je nutným predpokladom realizácie zdravotného výkonu.

## Ďalšie možnosti

Pri úvahách o pripoistení sa môžeme zamyslieť aj nad tým, či všetky zdravotné výkony hradené z VZP doň skutočne patria, a teda vieme pomenovať konkrétny medicínsky prínos, pre ktorý sa oplatí do nich „investovať“. Otázky môže vzbudzovať napríklad **kúpeľná liečba**, na ktorú sa z VZP ročne vynakladá viac ako 40 miliónov eur.<sup>53</sup> Indikačný zoznam kúpeľnej starostlivosti sa pravidelne neprehodnocuje (v roku 2021 bol rozšírený o choroby súvisiace s Covidom),<sup>54</sup> a preto nemôžeme objektívne posúdiť, aké konkrétne prínosy majú kúpele pre pacientov s ochoreniami, ktoré sú do zoznamu zaradené. Ťažšie pochopiteľné môžu byť aj dôvody pre rozdelenie chorôb do úhradových skupín A a B – pri oboch sa plne hradí kúpeľná starostlivosť (vyšetrenia, procedúry), pri B si pacient viac dopláca za pobyt a stravu. Znamená to, že kúpeľnú starostlivosť potrebuje menej? Ak áno, prečo je z VZP plne hradená?

Pochybnosti môže vzbudzovať aj **preprava** „neakútneho“ pacienta ambulanciou dopravnej zdravotnej služby medzi jeho bydliskom a zdravotníckym zariadením. Pacient sa na úhrade prepravy podieľa sumou 0,10 eura za jeden kilometer jazdy, ak nie je z rôznych dôvodov od tejto povinnosti oslobodený. Pre ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím odkázaným na individuálnu prepravu existuje niekoľko príspevkov (vrátane príspevku na kúpu auta) poskytovaných úradmi práce, ktoré slúžia na zabezpečenie ich mobility.

Obce a mestá ponúkajú prepravnú službu pre ľudí s obmedzenou schopnosťou pohybu v rámci systému sociálnych služieb. Je samozrejme možné, že sú aj pacienti v zlom zdravotnom stave, ktorí nespĺnia podmienky na príspevok, v ich obci nie je prepravná služba a nemá ich kto zaviesť do zdravotníckeho zariadenia, kam sa skutočne potrebujú dostať (napr. kvôli plánovanej hospitalizácii). Bolo by ale vhodné vylúčiť z prepravy hradenej z VZP tých pacientov, ktorí tieto možnosti majú. Istá časť potreby prepravy sa dá odbúrať aj telemedicínou.

Uvažovať možno aj o opätovnom zavedení a zvýšení úhrad za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, napríklad za návštevu ambulancie. Hoci je táto služba kreatívne nazvaná „spracúvanie údajov zistených pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v elektronickej forme na účely zdravotného poistenia“, ide o regulačnú platbu obmedzujúcu nadspotrebu zdravotnej starostlivosti. Takéto regulačné platby naozaj fungujú. Podľa záverov metaštúdie z roku 2013<sup>55</sup>, ktorá analyzovala 47 štúdií vyspelých štátov z rokov 1990 – 2011, väčšina štúdií zistila, že poplatky znižujú spotrebu liekov, návštevy všeobecných lekárov aj návštevy špecialistov, no neznižujú hospitalizácie. Väčšia redukcia spotreby však prichádza na strane nízkopríjmových skupín.<sup>56</sup> Výška regulačných poplatkov preto musí byť nastavená citlivo. V roku 2003, kedy bola táto úhrada zavedená, predstavovalo 20 Sk (0,66 eur) 0,14 % priemernej mzdy (14 365 Sk, t. j. 476,83 eur). Dnes je priemerná mzda skoro trojnásobná (1 304 eur v roku 2022), preto by sme mohli uvažovať o úhrade napríklad vo výške 1,50 eur za každú návštevu ambulancie. Zároveň by mohol byť stanovený limit na poplatky podľa vzoru limitov na doplatky na lieky (štvrtročný alebo ročný strop). V rámci pripoistenia by tento strop mohol byť znížený. So zavedením regulačných poplatkov ale súvisí už diskutovaná nutnosť odbremeniť ľudí od nutnosti navštevovať lekárov zo zbytočných administratívnych dôvodov.

Keď uvažujeme o vyňatí časti zdravotnej starostlivosti z univerzálneho krytia, musíme zvažovať, či tým nevytvárame bariéru pre prístup určitých skupín obyvateľstva k ľudsky dôstojnej starostlivosti. V logike práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť nesmie byť poistenec vystavený neprimeranej finančnej záťaži s potenciálne likvidačným dopadom. Keďže sa potenciálne likvidačný dopad naprieč populáciou líši, tí najohrozenejší majú byť chránení najviac.

Pravidlá oslobodenia od úhrad a doplatkov v našich zákonoch sú zmätočné. Akoby nám nebolo jasné, či dôvodom na ochranu poistencov má byť ich zlý zdravotný stav, nepriaznivá finančná situácia, vek alebo špecifické zásluhy (darcovia krvi). Častým nutkaním je oslobodzovať od úhrad invalidných dôchodcov a ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím (ŤZP). Nejde o dobré kritérium. Invalidný dôchodca aj držiteľ preukazu ŤZP môže byť zamestnaný a inak zárobkovo činný bez akéhokoľvek „externého“ obmedzenia. Invalidita a ŤZP tak nemajú z hľadiska finančnej situácie nijakú výpovednú hodnotu. Obzvlášť pri ŤZP je otázná aj reálna závažnosť zdravotného stavu. Množina chorôb, pre ktoré tento status priznávame, je neúmerne rozsiahla a neaktuálna (15 rokov sa nenovalizovala). Dôvodom na ŤZP aj celiakia, ekzém či obezita.<sup>57</sup> Diskutabilným je aj oslobodzovanie na základe konkrétnej choroby, pretože tak vzniká riziko opomenutia iných závažných chorôb. Príkladom je súčasný stav, kedy sú od úhrady za pobyt sprievodcu pri hospitalizácii oslobodené deti s onkologickým ochorením, ale nie deti trpiace inými chronickými ochoreniami, ktoré tiež môžu potrebovať prítomnosť rodiča.

Optimálnym kritériom pre zvýšenú ochranu poistenca jeho príjem. „Istotou chudoby“ je stav hmotnej núdze, pri ktorom sú príjmy rodiny pod úrovňou životného minima. Hmotná núdza sa aj ľahko preukazuje rozhodnutím úradu práce. Pomoc v hmotnej núdzi sa pravidelne prehodnocuje, a teda deklarováný stav zvykne zodpovedať realite. Cez takéto riešenie však „prepadnú“ ľudia s nízkymi príjmami nad úrovňou (relatívne nízkeho) životného minima.

Ďalšou možnosťou je využitie nástroja zavedeného zákonom o rozsahu úhrady liekov. Určité skupiny poistencov (invalidní a starobní dôchodcovia, ŤZP, deti do šesť rokov) majú nulový limit spoluúčasti na doplatkoch za lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny. Podmienkou je, aby ich príjem nebol vyšší ako 180 % priemernej mesačnej mzdy spred dvoch rokov. Zoznam takýchto poistencov vedie zdravotná poisťovňa, ktorá ho sprístupňuje lekárňam a výdajniam zdravotníckych pomôcok.<sup>58</sup> Zdravotné poisťovne teda dokážu vytvoriť zoznam poistencov, ktorí majú príjem pod určitou hranicou a sprístupniť ho svojim zmluvným poskytovateľom. Poistenec s takýmto príjmom (bez dodatočných kritérií veku, ŤZP a invalidity) by teda mohol byť automaticky oslobodený od úhrady. Je na diskusiu, aká vysoká má byť príjmová hranica. Mohlo by ísť napríklad o 60 % z priemernej mesačnej mzdy. Nevýhodou tohto riešenia je neaktuálnosť informácie – príjmy poistenca sa oproti stavu evidovanému poisťovňou mohli zmeniť.

Hranica rizika chudoby<sup>59</sup> používaná Eurostatom je definovaná ako 60 % mediánu ekvivalentného disponibilného príjmu domácností vrátane sociálnych transferov. Na výpočet ekvivalentnej veľkosti domácnosti sa využíva ekvivalentná škála. Tá je založená na skutočnosti, že domácnosť dvoch ľudí nepotrebuje dvojnásobný príjem oproti domácnosti jedného človeka, aby dosiahla rovnaký životný štandard. Ekvivalenčná škála priradzuje jednotlivým členom domácnosti určitú váhu (1 prvý člen, 0,5 druhý a ďalší dospelý člen, 0,3 každé dieťa), čím vyjadruje, ako sa potreby domácnosti zvyšujú s počtom jej členov.

Nech už sa pri riešení konfliktu neobmedzených potrieb a obmedzených zdrojov vydáme akýmkoľvek smerom, základom je otvorená a faktická komunikácia. Ak sa s ľuďmi bavíme v rozprávkových obrazoch zápasu medzi dobrým štátom a zlými poisťovňami o nádej na život pre umierajúce dieťaťko, nemôžeme sa čudovať, že reagujú detsky. Porozumieť zložitosti rozhodovania o dostupných zdrojoch je možné iba v dospeljej diskusii. Zaujímavá holandská štúdia<sup>60</sup> ukazuje, že viesť takýto rozhovor má zmysel. 24 účastníkov počas troch týždňov diskutovalo o 8 prípadových štúdiách z oblasti prevencie, diagnostiky a liečby vybraných chorôb. Na začiatku zúčastnení uvádzali, že problémom zdravotníctva je to, že vláda *nehradí* všetku základnú starostlivosť. Na konci sa naopak zhodovali, že vláda *nemôže hradíť* všetku základnú starostlivosť, pretože zdroje sú obmedzené.<sup>61</sup> Iste, vzorka bola malá a medzi holandským a slovenským obyvateľstvom môžu existovať rozdiely ovplyvňujúce schopnosť spracovať určité fakty. A možno ani nie.



## Záver

Platené „zdravotné programy“ viacerých slovenských polikliník ponúkajú predovšetkým záujem a komfort. S „bonusovou kartou“ si klient kúpi istotu, že jeho telefonáty sa zdvíhajú, na maily sa reaguje a na otázky odpovedá. Jeho čas sa rešpektuje, termíny dodržiavajú, výsledky sú na počkanie. Všeobecný lekár a špecialisti spolupracujú a systémom sa neblúdi. Netreba sa doprosovať a nikoho korumpovať. Celé sa to odohráva v peknom prostredí s milými ľuďmi.

Takýto záujem a komfort môžu byť základom individuálneho poistenia. K tomu možno pridať rôznorodú kombináciu zdravotných výkonov a príspevkov na lieky, pomôcky a dietetické potraviny, ktoré z VZP v súčasnosti nie sú hrazené vôbec alebo iba čiastočne. Ponúkať sa dá všetko, kde je očividný trh – od krvných a genetických testov, vitamínových kúr a alternatívnej medicíny, cez podporu zdravotného životného štýlu a informovaného rodičovstva až po „virtuálne kliniky“ sprostredkujúce kontakt s domácimi a zahraničnými odborníkmi. Nadštandardnú zdravotnú starostlivosť môžu poskytovať zmluvní aj nezmluvní poskytovatelia.

Vyzerá to jednoducho. Z legislatívneho hľadiska to aj jednoduché je – v podstate stačí zobrať „červené pero“ a vyškrtáť všetky nevykonateľné aj nevykonávané ustanovenia, protirečenia a duplicity. Veci určite prospeje aj reálny katalóg zdravotných výkonov, ktorý čakáme budúci rok. Dôvody, pre ktoré pripoistenie ešte nemáme, ale nie sú technické. Úvahy o pripoistení sú politicky nákladné. Čeliť ľuďom, ktorí „celý život platili odvody“ a teraz majú strpieť, že ich predbieha dáky pripoistený, je náročné. Neľahké je aj vysvetliť, že nebudú výnimky, dvojité príspevky, a že „bezplatnosť“ má svoje limity. Určite sa o to ale treba pokúsiť. Poistenie nadštandardnej zdravotnej starostlivosti existuje v rôznych európskych krajinách (napr. Rakúsko, Francúzsko, Dánsko, Luxembursko, Holandsko), či už ako doplnkové k verejnemu systému alebo namiesto neho. Všetky tieto štáty si zjavne udržali sociálny zmier. Je až urážlivé predpokladať, že práve našu spoločnosť by pripoistenie malo rozvrátiť.

## Zdroje

Ústava SR

Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (120/1976 Zb.) a Všeobecný komentár Výboru OSN o hospodárskych sociálnych a kultúrnych právach č. 14 - právo na zdravie (2000)

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

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

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Nariadenie vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov

Nariadenie vlády SR 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

Opatrenie Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR č. 7/2009 Z. z., ktorým sa ustanovuje zoznam pomôcok a maximálne zohľadňované sumy z ceny pomôcok

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

DAVIES, N., SAVULESCU, J. Solidarity and Responsibility in Health Care. In Public Health Ethics, 2019, roč. 12, č. 3, s. 133 - 144. Dostupné na: <https://academic.oup.com/phe/article/12/2/133/5528519>

JANSEN, M. et al. The Dutch Citizen Forum on Public Reimbursement of Healthcare: A Qualitative Analysis of Opinion Change. In International Journal of Health Policy and Management, 2022, roč. 11, č. 2, s. 118-127. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9278612/>

FEDOROVÁ, K. Zákon o zdravotnom poistení. Komentár. Bratislava : Wolters Kluwer, 2022

LOFFLER, L. Zdravotníctvo v EÚ: porovnanie a príklady z vybraných oblastí. 2022. Dostupné na: [https://eugenjurzyca.sk/wpcontent/uploads/2023/01/Studies\\_Healthcare\\_final\\_ECR\\_Pazitny\\_Kandilaki.pdf](https://eugenjurzyca.sk/wpcontent/uploads/2023/01/Studies_Healthcare_final_ECR_Pazitny_Kandilaki.pdf)

Doporučené postupy - Distanční medicína, dostupné na: <https://kdp.uzis.cz/res/guideline/49-distančni-pece-final.pdf>

Frontiers in Digital Health, dostupné na: <https://www.frontiersin.org/journals/digital-health>

Government of the Netherlands. Health Insurance. Dostupné na: <https://www.government.nl/topics/health-insurance>

Kategorizačné zoznamy, dostupné na: <https://www.health.gov.sk/?kategorizacia-a-uuc>

My Clinic, program zdravotní péče pro dospělé a děti, dostupné na: <https://www.myclinic.cz/programy>

ONVZ, Health Care Plans, dostupné na: <https://www.onvz.nl/en/compare>

NHS, Referrals for specialist care, dostupné na: <https://www.nhs.uk/nhs-services/hospitals/referrals-for-specialist-care/>

Poliklinika Bezručova, informácie o poplatkoch, dostupné na: <https://gastro.notion.site/Inform-cie-o-poplatkoch-8d1eaf4fa5b440dea898c1aa696bb450>

Program Health Plus, dostupné na: <https://programhplus.cz/>

Projekt rozvoja IT: OnkoAsist - manažment cesty pacienta od nálezu po začiatok liečby, dostupné na: <https://metais.vicemier.gov.sk/detail/Projekt/f5297dc3-cb38-4ef3-8c11-88ebda038850/cimaster?tab=basicForm>

SAGAN, A., THOMSON, A. (Eds.). Voluntary health insurance in Europe. Country experience. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies, 2016. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447703/>

Štandardné diagnostické a terapeutické postupy, dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/schvalene-standardne-postupy/>

Vinohradské ambulantní zařízení, preventivní a placené programy zdravotní péče, dostupné na: <https://www.vinohradskaambulance.cz/lecebna-pece/programy-zdravotni-pece/>

Všeobecná zdravotní pojišťovna, dostupné na: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky>

Zdravotnický deník. Na kúpeľnú liečbu vynaložili vlani slovenské zdravotné poisťovne okolo 40 miliónov eur. 12.04.2023. Dostupné na: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2023/04/na-kupelnu-liecbu-vynalozili-vlani-slovenske-zdravotne-poistovne-okolo-40-milionov-eur/>

## Referencie

- 1 Napr. SAGAN, A., THOMSON, A. (Eds.). Voluntary health insurance in Europe. Country experience. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies, 2016. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447703/>, MOSSIALOS, E., THOMSON, S. Voluntary health insurance in the European Union. WHO, 2004. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1417536/retrieve>
- 2 DAVIES, N., SAVULESCU, J. Solidarity and Responsibility in Health Care. In Public Health Ethics, 2019, 12 (3). Dostupné na: <https://academic.oup.com/phe/article/12/2/133/5528519>
- 3 Napr. USA Pakt neratifikovali. Prezident Carter ho v r. 1977 podpísal, ale následne neboli vykonané žiadne kroky vedúce k ratifikácii. Prehľad signatárov dostupný na: [https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg\\_no=IV-3&chapter=4](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-3&chapter=4)
- 4 Najmä Dohovor o právach dieťaťa, Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, Európska sociálna charta; právo na prístup k zdravotnej starostlivosti je zakotvené aj v Charte základných práv EÚ (čl. 35).
- 5 <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/1976/120/19761013>
- 6 Všeobecný komentár Výboru OSN o hospodárskych sociálnych a kultúrnych právach č. 14 - právo na zdravie (2000)
- 7 Bližšie napr. PEREHUDOFF, K., TOEBES, H., HOGERZEIL, H. A human rights-based approach to the reimbursement of expensive medicines. In Bulletin of the World Health Organisation, 2016, 94 (1), dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5153922/>
- 8 <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/02/ECtHR-2003-Sentges-v-Netherlands.pdf>
- 9 <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/02/ECtHR-2005-Pentiacova-and-Ors-v-Moldova.pdf>
- 10 [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:\[%22001-111129%22\]%7D](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:[%22001-111129%22]%7D)
- 11 Kategorizačné zoznamy dostupné na: <https://www.health.gov.sk/?kategorizacia-a-uuc>
- 12 Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia a na výkon prevencie - skriningová mamografia/ Štandardný postup na výkon prevencie karcinómu prsníka metódou populačného skriningu - skriningová mamografia, 3. revízia, s. 29. Dostupný na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-skriningove/>
- 13 Stav k 9. júnu 2023. Štandardné postupy musí ministerstvo zdravotníctva zverejňovať na webe (§ 45 ods. 1 písm. c) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti). Zoznam schválených štandardných postupov je dostupný na: <https://www.standardnepostupy.sk/schvalene-standardne-postupy/>
- 14 <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/577/20230101?ucinnost=01.01.2024>
- 15 <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/776/20180901>
- 16 <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/777/20180901>
- 17 Vid' napr. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorené medzi poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami dostupné na: <https://poskytovatelia.dovera.sk/42940/3-f-s-r-o/zmluvy> a [https://www.vszp.sk/files/Zverejnovanie\\_dokumentov/Zmluvy\\_s\\_PZS/22/05/ZML\\_43SJZS000222\\_220531.pdf](https://www.vszp.sk/files/Zverejnovanie_dokumentov/Zmluvy_s_PZS/22/05/ZML_43SJZS000222_220531.pdf)
- 18 Odporúčania dostupné na: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html> a <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/ecibc/european-breast-cancer-guidelines>
- 19 Takéto prehliadky ponúka v rámci plateného zdravotného programu napr. Vinohradská ambulancia v ČR, dostupné na: <https://www.vinohradskaambulance.cz/lecebna-pece/programy-zdravotni-pece/>

- 20 Prehľad poisťných plánov dostupný na: <https://www.onvz.nl/en/compare>
- 21 Napr. Program Health Plus, dostupné na: <https://programhplus.cz/diamant--2>
- 22 <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2022/316/>
- 23 Napr. podľa štandardného postupu Starostlivosť o pacienta s glaukómom sa u pacienta s podozrením na glaukóm má vykonávať vyšetrenie vnútroočného tlaku raz za 3 - 6 mesiacov. Ak by oftalmológ toto vyšetrenie nerobil vôbec alebo by ho robil menej často (a nebolo by to odôvodnené individuálnym stavom pacienta) a u pacienta by sa rozvinul glaukóm, mohol by si voči poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti uplatniť nárok na náhradu škody na zdraví spôsobenú nesprávnym poskytnutím zdravotnej starostlivosti. Štandardný postup dostupný na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-oftalmologia/>
- 24 <https://www.nhs.uk/nhs-services/hospitals/guide-to-nhs-waiting-times-in-england/>
- 25 NHS, Referrals for specialist care, dostupné na: <https://www.nhs.uk/nhs-services/hospitals/referrals-for-specialist-care/>
- 26 <https://metais.vicemier.gov.sk/detail/Projekt/f5297dc3-cb38-4ef3-8c11-88ebda038850/cimaster?tab=documentsForm>
- 27 Projekt rozvoja IT: OnkoAsist - manažment cesty pacienta od nálezu po začiatok liečby, dostupné na: <https://metais.vicemier.gov.sk/detail/Projekt/f5297dc3-cb38-4ef3-8c11-88ebda038850/cimaster?tab=basicForm>
- 28 <https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2023/01/Nov22-RTT-SPN-publication-version-63230.pdf>
- 29 <https://mediweb.hnonline.sk/zdn/spravy/96068068-novy-zoznam-zdravotnych-vykonov-pre-ambulancie-by-mal-platit-od-buduceho-roka>
- 30 Poliklinika Bezručova, informácie o poplatkoch, dostupné na: <https://gastro.notion.site/Informacie-o-poplatkoch-8d1eaf4fa5b440dea898c1aa696bb450>
- 31 Bližšie informácie dostupné na: <https://plus.vzp.cz/pro-vseobecne-prakticke-lekare-poskytovatele/pl-uzavreni-nove-smlouvy-na-pracoviste-v-aktualne-preferovane-oblasti/>
- 32 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447690/#chapter2.s2>
- 33 SAGAN, A., THOMSON, A. (Eds.). Voluntary health insurance in Europe. Country experience. Austria. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies, 2016.
- Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447703/>
- 34 <https://programhplus.cz/diamant--2>
- 35 My Clinic, program zdravotní péče pro dospělé a děti, dostupné na: <https://www.myclinic.cz/programy>
- 36 Poliklinika Mýtina, služby zahrnuté v balíku Gold, dostupné na: <https://www.medsupport.sk/copy-of-komplet>
- 37 Doporučené postupy - Distanční medicína, dostupné na: <https://kdp.uzis.cz/res/guideline/49-distančni-pece-final.pdf>, Frontiers in Digital Health, dostupné na: <https://www.frontiersin.org/journals/digital-health>
- 38 <https://www.frontiersin.org/journals/digital-health>
- 39 DOARN, CH. R. Telemedicine and psychiatry—a natural match. In MHealth, 2018. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6327154/>
- 40 Bližšie informácie dostupné na: [https://health.ec.europa.eu/medical-devices-sector/overview\\_en](https://health.ec.europa.eu/medical-devices-sector/overview_en)
- 41 <https://ec.europa.eu/tools/eudamed/eudamed#/screen/home>
- 42 Podľa kategorizačných zoznamov platných od 1. júla 2023.

43 Zoznam pomôcok, na ktoré prispievajú úrady práce je uvedený v opatrení ministerstva práce č. 7/2009 Z. z. V opatrení je uvedená aj maximálna zohľadňovaná cena pomôcky. Konkrétna výška príspevku sa určí podľa ceny pomôcky (najviac vo výške maximálne zohľadňovanej) a príjmu osoby vo vzťahu k životnému minimu, pričom sa postupuje podľa prílohy č. 10 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia.

44 <https://www.specialisednutritioneurope.eu/specialised-nutrition/food-for-special-medical-purposes/>

45 Vyhláška č. 63/2007 Sb. o úhradách léčiv a potravín pro zvláštní lékařské účely

46 Dostupné na: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/en/reimbursement/reimbursable-nutritional-products/>

47 Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 424/2011 Z. z. o podrobnostiach medicínsko-ekonomického rozboru dietetickej potraviny

48 <https://curia.europa.eu/juris/document/document>

49 Zoznam ochorení, pri ktorých sa príspevok na diétne stravovanie poskytuje, je uvedený v prílohe č. 5 zákona č. 447/2008 Z. z.

50 Zoznam ochorení, pri ktorých sa poskytuje príspevok na hygienu, je uvedený v prílohe č. 6 zákona č. 447/2008 Z. z.

51 Výška úhrady za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je uvedená v § 38a zákona č. 577/2004 Z. z.

52 Regulačné poplatky sú upravené v § 16a, sprievodca v § 25 zákona č. 48/1997 Sb. o verejnom zdravotníom pojišteni

53 Zdravotnícký deník. Na kúpeľnú liečbu vynaložili vlni slovenské zdravotné poisťovne okolo 40 miliónov eur. 12.04.2023. Dostupné na: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2023/04/na-kupelnu-liecbu-vynalozili-vlni-slovenske-zdravotne-poisťovne-okolo-40-milionov-eur/>

54 Zákon č. 133/2021 Z. z. ktorým sa v súvislosti s druhou vlnou pandémie ochorenia COVID-19 menia a doplňajú niektoré zákony v oblasti zdravotníctva

55 [https://www.researchgate.net/publication/256290834\\_How\\_does\\_copayment\\_for\\_health\\_care\\_services\\_affect\\_demand\\_health\\_and\\_redistribution\\_A\\_systematic\\_review\\_of\\_the\\_empirical\\_evidence\\_from\\_1990\\_to\\_2011](https://www.researchgate.net/publication/256290834_How_does_copayment_for_health_care_services_affect_demand_health_and_redistribution_A_systematic_review_of_the_empirical_evidence_from_1990_to_2011)

56 KILL, A. How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. In The European Journal of Health Economics, 2013, 15(8). K tomu bližšie VLACHYNSKÝ, M. Chýbajúci zdravotníci: 21 zlepšení. Bratislava : INESS, 2022, s. 22. Dostupné na: [https://iness.sk/sites/default/files/documents/pdf/IPN/chybajuci\\_zdravotnici.pdf](https://iness.sk/sites/default/files/documents/pdf/IPN/chybajuci_zdravotnici.pdf)

57 Zoznam chorôb a stavov s percentuálnou mierou funkčnej poruchy je uvedený v prílohe č. 3 zákona č. 447/2008 Z. z. Status ŤZP je priznaný pri funkčnej poruche v miere aspoň 50 %.

58 § 87c zákona č. 363/2011 Z. z.

59 [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At-risk-of-poverty\\_rate](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At-risk-of-poverty_rate)

60 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9278612/>

61 JANSEN, M. et al. The Dutch Citizen Forum on Public Reimbursement of Healthcare: A Qualitative Analysis of Opinion Change. In International Journal of Health Policy and Management, 2022, 11(2). Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9278612/>

## O autorovi



**JUDr. Katarína Fedorová, PhD.** je autora kníh, lektorka a pomáha pacientom v oblasti sociálneho zabezpečenia. Na Právnickej fakulte Trnavskej univerzity vyučuje predmety Medicínske právo, Klinika práva sociálneho zabezpečenia a Ochrana práv osôb so zdravotným postihnutím. Okrem toho pôsobí ako lektorka vzdelávacích seminárov z oblasti medicínskeho práva pre lekárov rôznych špecializácií.

*Činnosť INESS podporili aj zdravotné poisťovne Dôvera a Union.*

**Vydal:** INESS - Inštitút ekonomických a spoločenských analýz  
**www.iness.sk**

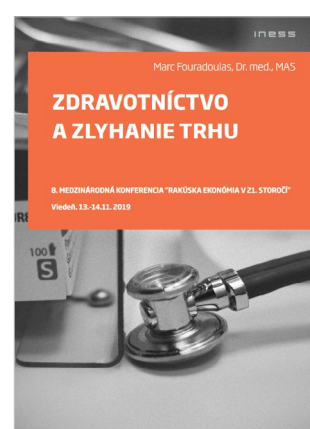
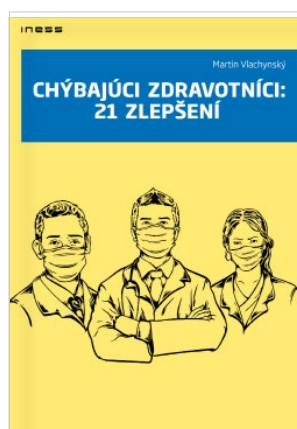
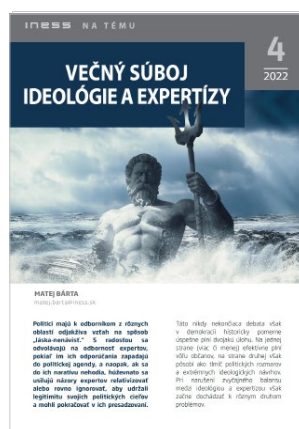
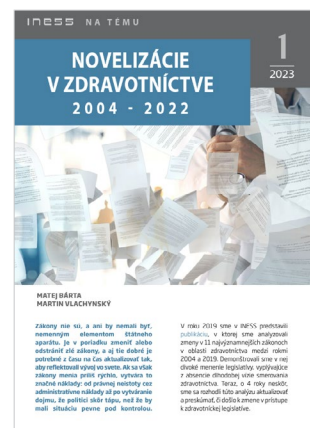
**Autor:** Katarína Fedorová  
**Grafický dizajn:** INESS  
**Rok vydania:** 2023

**Kontakt:**

Martin Vlachynský  
martin.vlachynsky@iness.sk



# Ďalšie publikácie z oblasti zdravotníctva



Tieto a aj všetky ostatné publikácie nájdete vo formáte PDF na webe [zdravotnictvo.iness.sk](http://zdravotnictvo.iness.sk) v sekcii Publikácie.

2% pre **iness**

Pridajte sa k nám svojimi 2% a zvýšme spolu tlak na zodpovednejšie hospodárenie štátu a menej regulácií, nech znie viac rozumu a menej populizmu.

