



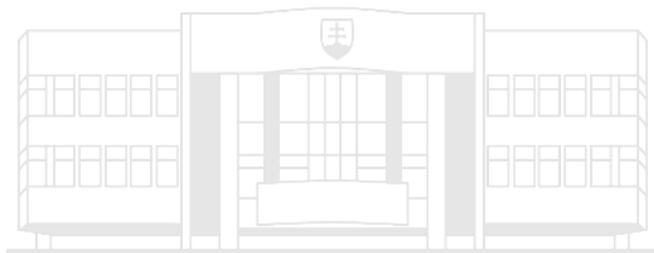
**Kancelária Národnej rady Slovenskej republiky**  
**Odbor Parlamentný inštitút**

**Edícia: Porovnávacie analýzy**  
**5/2024**

# Poplatky v zdravotníctve

Katarína Kubišová

**Bratislava**  
**apríl 2024**



Postavenie odboru Parlamentný inštitút definuje § 144 zákona NR SR č. 350/1996 Z. z. o rokovacom poriadku Národnej rady Slovenskej republiky, podľa ktorého Parlamentný inštitút plní informačné, vzdelávacie a dokumentačné úlohy súvisiace s činnosťou NR SR a jej poslancov. Súčasťou odboru je aj oddelenie Parlamentná knižnica a oddelenie Parlamentný archív.

V rámci informačnej činnosti odbor Parlamentný inštitút vydáva spravidla tieto informačno-analytické materiály:



V oblasti vzdelávania Parlamentný inštitút zastrešuje úvodné inštruktážne semináre najmä pre novozvolených poslancov, účasť Kancelárie NR SR na parlamentnej rozvojovej spolupráci určenej pre zahraničné parlamenty, stážový program pre študentov vysokých škôl, ako aj ďalšiu vzdelávaciu, prednáškovú a publikačnú činnosť.



## Poplatky v zdravotníctve

### Anotácia

Materiál porovnáva verejné zdravotné systémy vo vybraných európskych štátoch s dôrazom na zavedenie doplatkov (spoluúčasti) pacienta na financovaní zdravotných služieb a na možnosť slobodného výberu lekára.

### Kľúčové slová

*verejné zdravotníctvo, zdravotné služby, zdravotné výkony, financovanie zdravotnej starostlivosti, zdravotné (sociálne) poistenie, spoluúčasť pacienta, slobodná voľba lekára*

### Health care fees

### Annotation

The presented material compares the public health systems in selected European countries with an emphasis on the introduction of patient co-payments for the financing of health services and the possibility of free choice of a doctor.

### Keywords

*public health, health services, health performances, health care financing, health (social) insurance, patient co-payments, free choice of a doctor*

**Vypracovala:** RNDr. Katarína Kubišová, Parlamentný inštitút

**Schválila:** PhDr. Natália Petranská Rolková, PhD., riaditeľka PI

Materiál slúži pre poslancov Národnej rady Slovenskej republiky a zamestnancov Kancelárie NR SR a nemôže v plnej miere nahrádzať právne alebo iné odborné poradenstvo v danej oblasti. Zverejňovanie materiálu je možné iba so súhlasom odboru Parlamentný inštitút a autorov. Údaje, použité v materiáli, sú aktuálne k dátumu jeho zverejnenia. Materiál neprešiel jazykovou úpravou.



## Obsah

<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>5</b>
<b>2. ZHTRNUTIE – TABUĽKY.....</b>	<b>6</b>
<b>3. SITUÁCIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE .....</b>	<b>8</b>
<b>4. SITUÁCIA VO VYBRANÝCH EURÓPSKYCH ŠTÁTOCH.....</b>	<b>13</b>
4.1 Česká republika .....	13
4.2 Dánsko.....	15
4.3 Estónsko .....	16
4.4 Fínsko .....	18
4.5 Francúzsko.....	19
4.6 Grécko .....	21
4.7 Holandsko.....	24
4.8 Chorvátsko.....	26
4.9 Írsko .....	29
4.10 Litva.....	32
4.11 Lotyšsko .....	36
4.12 Maďarsko .....	37
4.13 Poľsko.....	40
4.14 Portugalsko .....	42
4.15 Slovinsko .....	45
4.16 Španielsko .....	48
4.17 Švédsko .....	50
<b>6. ZÁVER.....</b>	<b>52</b>



## 1. ÚVOD

Predkladaná porovnávací štúdia bola vypracovaná na základe požiadavky, ktorá definovala jednotlivé okruhy skúmaných problémov. Týka sa najmä systému financovania zdravotníckych služieb a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti u lekárov, ktorí sú napojení na systém verejného zdravotného poistenia. Ukázalo sa, že daná problematika sa nedá posudzovať bez poznania širšieho kontextu fungovania a financovania zdravotných služieb v danom štáte.

Hlavným informačným zdrojom pre vypracovanie porovnávacej štúdie boli odpovede jednotlivých štátov na požiadavku zadanú cez Európske centrum pre parlamentný výskum a dokumentáciu ECPRD č. 5658 *Financovanie zdravotnej starostlivosti poskytovanej lekármi napojenými na systém verejného zdravotníctva*<sup>1</sup>. Odpovede štátov boli doplnené štúdiom ďalších informačných zdrojov, ako je uvedené v zozname použitých zdrojov.

Porovnávané okruhy problémov boli definované nasledujúcimi bodmi:

1. spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony – plne hrazené z verejného zdravotného poistenia, spolufinancované pacientom alebo plne hrazené pacientom – právna úprava a orgán, ktorý o tom rozhoduje;
2. spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom;
3. určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hrazené pacientom; v prípade že existuje takáto regulácia, akým spôsobom je to zabezpečené;
4. možnosť financovania zdravotných výkonov, čiastočne alebo plne hrazených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia – právny predpis a podmienky;
5. možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:
  - a. objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas,
  - b. návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie,
  - c. ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta,
  - d. telemedicínske služby;
6. možnosť slobodnej voľby lekára pacientom – v rámci celého štátu alebo viazaná na určitý región, kraj, okres atď., v ktorom má pacient trvalý/ prechodný pobyt.

---

<sup>1</sup> Požiadavka ECPRD 5658 (2024): *Financing of health care provided by doctors/physicians affiliated with the public health insurance system*. <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/private/request-details/893975> Uzavretá online databáza.



## 2. ZHTRNUTIE – TABUĽKY

**Tab.1: Prehľad základných sledovaných charakteristík štátnych zdravotných systémov**

štát	hlavný zdroj financovania verejného zdravotníctva	doplatky za verejné zdravotné služby	možnosť doplnkového zdravotného poistenia	slobodná voľba lekára
Česká republika	zdravotné poistenie	áno § 15 zákona o verejnom zdravotnom poistení	okrajová úloha	áno, celoštátne
Dánsko	dane	nie (okrem zubnej starostlivosti pre dospelých)	-----	áno - všeobecný lekár - nad 15 km od bydliska s určitými obmedzeniami
Estónsko	zdravotné poistenie	áno nariadenie vlády (max 50 % referenčnej ceny ZS)	súkromné poisťovne	áno, celoštátne
Fínsko	dane	áno legislatívne dané	áno významnejšia úloha	áno bez obmedzení
Francúzsko	zdravotné poistenie	áno legislatívne dané	áno významnejšia úloha	---
Grécko	zdravotné poistenie	áno Ministerské rozhodnutie 80157/2018	súkromné poistenie	áno
Holandsko	zdravotné poistenie	áno povinná odpočítateľná položka	áno rôzne balíky pripoistenia	áno
Chorvátsko	zdravotné poistenie	áno až do 20% z plnej ceny ZS	áno	áno len vymedzené spektrum lekárov
Írsko	dane	áno pre tých, ktorí nie sú držiteľmi zdravotnej karty	áno súkromné poistenie	áno
Litva	zdravotné poistenie	nie okrem doplatkov za lieky a zdravotnícke pomôcky	áno	áno
Lotyšsko	dane	áno	áno súkromné poistenie	áno, celoštátne
Maďarsko	zdravotné poistenie	áno nariadenie vlády 284/1997	áno súkromné poistenie	áno na primárnej úrovni
Poľsko	zdravotné poistenie	nie buď ZS plne hradí štát, alebo pacient	nie	áno na primárnej úrovni



štát	hlavný zdroj financovania verejného zdravotníctva	doplatky za verejné zdravotné služby	možnosť doplnkového zdravotného poistenia	slobodná voľba lekára
Portugalsko	dane	áno legislatívne dané	-----	áno
Slovinsko	zdravotné poistenie	áno určuje Zhromaždenie fondu ZP Slovinska	áno	áno, celoštátne
Španielsko	dane	nie	okrajová úloha	závisí od konkrétneho regiónu
Švédsko	dane	áno určujú regióny	okrajová úloha	áno, celoštátne

ZS – zdravotná služba; ZP – zdravotné poistenie

**Tab. 2: Doplatky pacientov za vybrané zdravotné služby  
(služby spojené so zdravotnou starostlivosťou)**

objednanie pacienta na termín		ošetrenie v pohotovostnej ambulancii		nemocničná starostlivosť (ošetrenie + pobyt)		služby telemedicíny	
bezplatne	možnosť poplatku	bezplatne	možnosť poplatku	bezplatne	možnosť poplatku	bezplatne	možnosť poplatku
Estónsko; Lotyšsko; Maďarsko; Poľsko; Portugalsko; Slovinsko		Estónsko; Litva; Maďarsko; Poľsko; Slovinsko	Česká republika; Fínsko; Írsko; Lotyšsko; Portugalsko	Česká republika; Dánsko; Grécko; Írsko; Litva; Lotyšsko; Maďarsko; Poľsko; Portugalsko; Slovinsko; Španielsko	Estónsko; Fínsko; Francúzsko; Chorvátsko; Švédsko	Česká republika; Grécko; Írsko; Litva; Lotyšsko; Maďarsko; Poľsko; Slovinsko; Španielsko	Estónsko; Portugalsko

Zdroj: vlastné spracovanie autorky na základe informácií poskytnutých jednotlivými štátmi



### 3. SITUÁCIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

#### 1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony

Rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorá je plne hrazená na základe verejného zdravotného poistenia, určuje [zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov](#).<sup>2</sup> Podľa § 3 (1) tohto zákona je na základe verejného zdravotného poistenia plne hrazená neodkladná zdravotná starostlivosť. Na základe verejného zdravotného poistenia sú podľa § 3 (2) plne uhrádzané aj **zdravotné výkony**:

- a) vedúce k zisteniu choroby,
- b) poskytnuté pri liečbe choroby uvedenej v Zozname prioritných chorôb, ktorý je v prílohe č. 3.

Preventívne prehliadky, neodkladná zdravotná starostlivosť, diagnostické výkony, zdravotná starostlivosť poskytnutá v inom členskom štáte, povinné očkovanie a očkovanie proti COVID-19, ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnej pomoci zmluvných zdravotnou poisťovňou či kúpeľná starostlivosť sú plne hrazené zo zdravotného poistenia za splnenia zákonom ustanovených podmienok. Na základe verejného zdravotného poistenia sa plne uhrádza celoplošný novorodenecký skríning.

Zoznam chorôb vydáva vláda Slovenskej republiky nariadením. Zaradenie choroby do zoznamu chorôb, zmenu zaradenia choroby do zoznamu chorôb a vyradenie choroby zo zoznamu chorôb určuje vláda na návrh ministerstva zdravotníctva SR kategorizáciou chorôb (§ 9). Súčasťou kategorizácie choroby pri jej zaradení do zoznamu chorôb alebo pri zmene jej zaradenia v zozname chorôb je určenie spoluúčasti poistenca.

Na kategorizáciu chorôb zriaďuje ministerstvo Kategorizačnú komisiu pre choroby ako svoj poradný orgán (§ 9, ods. 4). Kategorizačná komisia pre choroby má jedenásť členov, ktorých vymenúva a odvoláva minister zdravotníctva SR; troch členov na návrh ministerstva, päť členov na návrh zdravotných poisťovní a troch členov na návrh Slovenskej lekárskej komory, Slovenskej lekárskej spoločnosti alebo odborných spoločností.

Zo zdravotného poistenia sú plne hrazené zdravotné výkony poskytované pri liečbe prioritných ochorení a pri liečbe iných ako prioritných ochorení s nulovým doplatkom. V prípade ostatných diagnóz môže byť spoluúčasť poistenca definovaná nariadením vlády pri zachovaní podmienky nulovej spoluúčasti aspoň u tretiny z nich.

Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, je uvedený v [nariadení vlády č. 777/2004 Z. z. ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú](#)

<sup>2</sup> 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. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/577/20240101.html>





alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia<sup>3</sup>. Pri každej uvedenej chorobe je spoluúčasť poistenca stanovená vo výške 100 % alebo 0 %.

**Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti** možno definovať ako úkony a činnosti, ktoré so zdravotnou starostlivosťou úzko súvisia, ale netvorí jej bezprostredný obsah. Tieto úkony a činnosti nie sú lekáorskými výkonmi a nie sú ani súčasťou lekáorského výkonu.

Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sú poskytovanie stravy a poskytovanie pobytu na lôžku pri poskytovaní ústavnej starostlivosti, spracúvanie údajov získaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v elektronickej forme na účely zdravotného poistenia, pobyt ošetrovateľa v ústavnej starostlivosti, vypracovanie lekáorského posudku a poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie na žiadosť osoby. Súhrn služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je uvedený v § 13 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.<sup>4</sup>

Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa plne alebo čiastočne uhrádzajú z verejného zdravotného poistenia, len ak súvisia so zdravotnou starostlivosťou plne či čiastočne uhrádzanou na základe verejného zdravotného poistenia (§ 38 zákona č. 577/2004 Z. z.).

## 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

Súčasťou kategorizácie choroby je určenie spoluúčasti poistenca.

Pri kategorizácii chorôb sa berie do úvahy (§ 10 zákona č. 577/2004 Z. z.)

- a) závažnosť ochorenia,
- b) vek poistenca.

Spoluúčasť poistenca môže byť stanovená v rôznych výškach v závislosti od indikačných obmedzení.

Podľa § 10 (4) sa maximálna výška úhrady poistenca určí tak, aby

- a) najmenej v jednej tretine chorôb uvedených v zozname chorôb sa zdravotné výkony plne uhradili na základe verejného zdravotného poistenia,
- b) najviac v jednej šestine chorôb uvedených v zozname chorôb sa zdravotné výkony neuhradili na základe verejného zdravotného poistenia,
- c) pri ostatných chorobách uvedených v zozname chorôb výška úhrady z verejného zdravotného poistenia bola najmenej 80 % súčtu úhrady za všetky zdravotné výkony poskytnuté pri liečbe choroby.

<sup>3</sup> Nariadenie vlády č. 777/2004 Z. z. ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/777/20180901>

<sup>4</sup> Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/576/20240101.html>

Ďalším zdrojom informácií o možnostiach úhrady je zoznam (katalóg) zdravotných výkonov v [nariadení vlády č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov](#).<sup>5</sup> Toto nariadenie popisuje štandardné zdravotné výkony, ktoré sú hrazené zo zdravotného poistenia. Zdravotné výkony nad tento rámec si už vyžadujú spoluúčasť pacienta na ich finančnej úhrade, napríklad vyšetrenie vykonané bez odporúčania iného lekára v prípadoch, keď takéto odporúčanie vyžaduje zákon o zdravotnej starostlivosti (tzv. výmenné lístky).

Pri ostatných výkonoch je stanovená maximálna hranica, ktorú hradí zdravotná poisťovňa, napr. tri USG vyšetrenia počas fyziologického tehotenstva v rámci preventívnej prehliadky alebo konkrétny počet sedení v rámci psychoterapie. Nad tento počet je možné poskytovať zdravotné služby za priamu platbu.

Za zdravotné výkony uvedené v § 3 ods. 4 zákona č. 577/2004 Z. z. , t. j. objednanie poistenca na vyšetrenie vrátane objednania na konkrétny čas, vypísanie lekárskeho predpisu alebo vypísanie lekárskeho poukazu, spísanie odporúčania na poskytovanie špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti, spísanie návrhu na kúpeľnú liečbu, potvrdenie o návšteve lekára alebo potvrdenie o návšteve iného zdravotníckeho pracovníka, nemôže poskytovateľ od poistenca požadovať úhradu.

### **3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hrazené pacientom**

Ak je spoluúčasť pacienta 100 % (príloha č. 1 k vládnemu nariadeniu č. 777/2004 Z. z.), zdravotná poisťovňa sa na úhrade nepodieľa a poistenec hradí výkony vo výške stanovenej poskytovateľom (uvedená v cenníku poskytovateľa). Poistenec tak hradí napríklad úkony spojené s preukázaním vplyvu alkoholu, krvné testy na alkohol, vyšetrenia na administratívne účely, obriezku, transplantáciu vlasov, plastickú operáciu kozmetického defektu, ale aj zdravotné výkony, ak sú vykonávané z iných dôvodov, ako sú zdravotné. Pre tieto položky zoznamu chorôb neexistujú indikačné obmedzenia, pri splnení ktorých by výkony hradila zdravotná poisťovňa.

Pre iné výkony sú naopak stanovené indikačné obmedzenia (podľa prílohy č. 2 k nariadeniu č. 777/2004 Z. z.), napríklad umelé prerušenie tehotenstva, sterilizácia a asistovaná reprodukcia. Zdravotná poisťovňa napríklad plne hradí umelé prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov, sterilizáciu nevyhnutnú na zachovanie zdravia osoby, ako aj maximálne tri cykly výkonov asistovanej reprodukcie, ktoré sa poskytujú ženám do 39 rokov zo špecifických zdravotných dôvodov, v iných prípadoch si tieto úkony hradí poistenec.

Výšku poplatkov pre pacienta v prípade výkonov plne hrazených pacientom štát nereguluje, zmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je však povinný vypracovať zoznam zdravotných výkonov a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, za

<sup>5</sup> Nariadenie vlády č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/776/20180901>



ktoré môže požadovať úhradu od poistenca. Okrem toho musí vypracovať aj cenník zdravotných výkonov. Cenník zdravotných výkonov musí obsahovať všetky zdravotné výkony poskytované konkrétnym poskytovateľom zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na to, či je v zmluvnom vzťahu so zdravotnou poisťovňou. Poskytovateľ je viazaný svojim cenníkom, a preto nemôže od pacienta požadovať inú cenu, ako je uvedená v cenníku. Cenník aj zoznam musia byť umiestnené na prístupnom a viditeľnom mieste vo vstupných priestoroch alebo v čakárni poskytovateľa (§ 79 g) [zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov](#).<sup>6</sup>

Obidva tieto doklady (aj ich prípadné zmeny) je poskytovateľ povinný zaslať príslušnému samosprávnemu kraju. Samosprávny kraj cenník ani zoznam neschvaľuje, ale berie ich na vedomie. Samosprávny kraj môže uložiť poskytovateľovi sankciu za vyžadovanie úhrady za zdravotný výkon alebo službu v rozpore so zákonom, aj keď boli uvedené v zozname alebo cenníku, ktorý poskytovateľ zaslal samosprávnemu kraju.

**Výberom poplatku za zdravotný výkon nemožno podmieňovať prístup k zdravotnej starostlivosti, to znamená, že pacientovi nemožno odoprieť základnú zdravotnú starostlivosť z dôvodu neschopnosti alebo neochoty platiť poplatky.**

**4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne alebo plne hrađených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia**

Vzhľadom na veľmi širokú definíciu balíka zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia zohráva dobrovoľné zdravotné poistenie len veľmi okrajovú úlohu. Dobrovoľné zdravotné poistenie sa uzatvára napríklad pre prípad nehody alebo ochorenia, nákladov na zdravotnú starostlivosť v zahraničí alebo nákladov na záchranné služby v horských oblastiach v naliehavých prípadoch.

**5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**

- a. objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas
- b. návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie
- c. ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta
- d. telemedicínske služby

Lekári si na Slovensku si nemôžu nárokovať úhradu týchto zdravotných výkonov a služieb, spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti za predpokladu, že zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi je plne hraденá zo zdravotného poistenia.

<sup>6</sup> Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/578/20240101.html>



## 6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom

Slobodnú voľbu lekára na Slovensku zaručuje § 11 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. Tento výber nie je obmedzený žiadnym regionálnym princípom. Len § 12 ods. 2 toho istého zákona stanovuje určité limity, keď uvádza okolnosti, za ktorých môže lekár odmietnuť poskytnutie zdravotnej starostlivosti:

- a) ak by uzatvorením takejto dohody prekročil svoje únosné pracovné zaťaženie,
- b) ak osobný vzťah zdravotníckeho pracovníka k osobe, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytovať, alebo k jej zákonnému zástupcovi nezaručuje objektívne hodnotenie jej zdravotného stavu alebo
- c) ak poskytovaniu zdravotnej starostlivosti bráni osobné presvedčenie zdravotníckeho pracovníka, ktorý má zdravotnú starostlivosť poskytovať.

Podľa § 2 ods. 23 a § 46 ods. 1 l) zákona č. 576/2004 Z. z., určuje samosprávny kraj zdravotné obvody len pre tieto špecializácie:

- všeobecný lekár pre dospelých
- všeobecný lekár pre deti a dorast
- zubár
- gynekológ

Títo lekári sú povinní poskytovať zdravotnú starostlivosť pacientom s trvalým alebo prechodným pobytom v pridelenom obvode (obec/mesto a ulica alebo jej časť). Pacient však môže navštíviť aj iného lekára – slobodná voľba lekára zostáva zachovaná.

Špecializované ambulantné zdravotnícke zariadenia nemajú vymedzené zdravotné obvody, pacient má podľa zákona slobodnú voľbu lekára – špecialistu.



## 4. SITUÁCIA VO VYBRANÝCH EURÓPSKYCH ŠTÁTOCH

### 4.1 Česká republika

#### 1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom verejného zdravotného poistenia je upravené v zákone č. 48/1997 Z. z. o verejnom zdravotnom poistení a o zmene a doplnení niektorých súvisiacich zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“)<sup>7</sup>.

V § 13 zákona o zdravotnom poistení sa uvádza, že zdravotné výkony sú hradené zo zdravotného poistenia, ak ich cieľom je zlepšiť, udržať zdravie alebo zmierniť utrpenie, ak sú vhodné pre stav pacienta, bezpečné, v súlade so súčasnými medicínskymi poznatkami a osvedčené ako účinné. Zahnuté služby zahŕňajú rôzne druhy starostlivosti, ako je preventívna, diagnostická, terapeutická, farmaceutická, klinická, rehabilitačná, tiež kúpeľná liečba, ošetrovateľská či paliatívna starostlivosť. To tiež zahŕňa poskytovanie niektorých liekov, špeciálnych zdravotníckych potravín, zdravotníckych pomôcok alebo zubných produktov.

#### 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

V § 15 zákona o zdravotnom poistení sa uvádza, že na niektoré zdravotné výkony sa nevzťahuje zdravotné poistenie, alebo sú hradené len za špecifických podmienok. Tieto postupy sú podrobne opísané v Prílohe č.1 zákona o zdravotnom poistení, v ktorej je uvedený komplexný zoznam zdravotných výkonov, ktoré buď nie sú hradené zo zdravotného poistenia, alebo sú hradené s určitými obmedzeniami.

V niektorých prípadoch doplatky platia pacienti. Ide o doplatok za čiastočne hradený liek, potravinu na osobitné lekárske účely, zdravotnícku pomôcku alebo stomatologický výrobok; ak sú náklady pre konečného spotrebiteľa vyššie ako úhrada stanovená zdravotnou poisťovňou.

Zodpovedným orgánom je spravidla ministerstvo zdravotníctva a Štátny ústav pre kontrolu liečiv (v prípade úhrady liekov).

#### 3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hradené pacientom

Táto problematika je riešená v rámci *Cenového predpisu MZ SR 1/2024/CAU zo dňa 3. novembra 2023*<sup>8</sup>. Ceny zdravotných služieb poskytovaných poistencom nehradených z verejného zdravotného poistenia alebo ceny zdravotných služieb poskytovaných poistencom nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sa riadia

<sup>7</sup> Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Dostupné na internete (v českém jazyku): <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

<sup>8</sup> Cenový předpis č. 1/2024/CAU ze dne 3. listopadu 2023 o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb, stanovení maximálních cen zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů. Dostupné na internete (v českém jazyku): [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/11/Vestnik-MZ\\_16-2023.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/11/Vestnik-MZ_16-2023.pdf)



„nákladovou cenou“ podľa tejto cenovej regulácie. V cenotvorbe regulovaných zdravotných služieb môžu byť zahrnuté len náklady, ktoré sú ekonomicky opodstatnené a overiteľné spolu s primeraným ziskom. Cenový predpis podrobne popisuje čo sa osobitne nepovažuje za ekonomicky oprávnené výdavky.

**4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hrađených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia**

Vznik poistnej zmluvy sa riadi *zákonom č. 89/2012 Z. z. Občiansky zákonník*<sup>9</sup>. Tento právny predpis pokrýva rôzne druhy poistenia, napríklad úrazové a nemocenské poistenie. Presný rozsah pokrytia však závisí od konkrétnych podmienok uvedených v každej individuálnej zmluve.

**5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**

- a. objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas
- b. návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie
- c. ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta
- d. telemedicínske služby

V súlade s § 16a zákona o zdravotnom poistení poistenec, resp. jeho zákonný zástupca, je vo všeobecnosti povinný uhradiť regulačný poplatok 90,- Kč (3,64 €) za čerpanie lekárskej pohotovostnej služby alebo služby zubnej pohotovosti (v niektorých prípadoch sa uplatňujú výnimky).

Zdravotné poistenie vo všeobecnosti pokrýva náklady na stravu a pobyt v nemocnici. Avšak v určitých prípadoch nemocnice ponúkajú možnosť platiť za doplnkové služby, ako sú súkromné izby alebo alternatívne možnosti stravovania.

Čo sa týka plánovania stretnutí s lekárom na konkrétny čas alebo využívania telemedicíny, podľa § 11 zákona o zdravotnom poistení majú poistenci nárok na krytie takejto služby. Poskytovatelia služieb nemajú teda povolené účtovať poistencom poplatky za tieto služby. Je však pozoruhodné, že niektorí lekári môžu účtovať dodatočné poplatky za služby, ktoré nie sú priamo regulované zákonom, ako je napríklad dohadovanie stretnutí nad rámec bežných ordinačných hodín alebo za okamžité telefonické a online konzultácie.

**6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom**

Podľa § 11 zákona o zdravotnom poistení majú poistenci v Českej republike právo vybrať si poskytovateľa zdravotnej starostlivosti kdekoľvek v krajine, keďže neexistujú žiadne územné obmedzenia. Táto voľba je podmienená tým, že vybraný poskytovateľ už má podpísanú zmluvu s príslušnou zdravotnou poisťovňou. V prípade registrácie u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (napr. u praktického lekára), poistencovi je dovoľené meniť poskytovateľa každé tri mesiace.

<sup>9</sup> Zákon č. 89/2012 Sb. Zákon občiansky zákonník. Dostupné na internete (v českom jazyku): <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>



## 4.2 Dánsko

V Dánsku je väčšina vyšetrení a ošetrení pre všetkých obyvateľov bezplatná, keďže sú hrazené z verejného zdravotného poistenia. Obyvatelia Dánska majú teda nárok na služby podľa **Zákona o zdraví**, podľa oddielu 7. Zdravotný preukaz sa vydáva ako doklad o tom, že občan je verejne zdravotne poistený podľa § 12 zákona o zdraví. Všetci obyvatelia Dánska majú preto nárok na bezplatnú liečbu v nemocniciach, u všeobecných lekárov a špecialistov podľa § 81 zákona o zdraví. Deťom a mládeži do 22 rokov je zubná starostlivosť poskytovaná bezplatne, u osôb nad 22 rokov je zubná starostlivosť podľa § 127 zákona o zdraví vo všeobecnosti až na výnimky spoplatnená.

Verejné nemocnice a lekári preto nemôžu účtovať poplatky za vyššie uvedené služby pre obyvateľov, keďže verejné zdravotné poistenie poskytuje plné krytie. Ubytovanie a strava počas nemocničného ošetrovania sú pre pacienta taktiež bezplatné, pretože sú súčasťou bezplatného ošetrovania.

Osoby, ktoré nemajú bydlisko v Dánsku, ale dočasne sa tu zdržiavajú, majú právo na núdzovú a nepretržitú liečbu v nemocničnom systéme a taktiež v prípadoch, keď nie je rozumné poslať osobu na ošetrovanie do jeho/jej domovskej krajiny (podľa oddielov 8 a 80 zákona o zdraví). Regióny spoplatňujú pohotovostné nemocničné ošetrovanie od nerezidentov podľa § 80 ods. 1, podľa § 81 ods. 2, ak nie je uvedené inak v nariadení Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, alebo v práve EÚ všeobecne. Týka sa to najmä turistov z tretích krajín.

## 6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom

V Dánsku vo všeobecnosti existuje právo na slobodný výber všeobecného lekára. Existujú určité obmedzenia vo výbere lekára a existujú obmedzenia týkajúce sa liečby, ktorú môže občan dostať, napríklad ak si vybral lekára, ktorého ambulancia je ďaleko od jeho vlastného bydliska.

Všetky osoby registrované v dánskom občianskom registračnom systéme majú právo na takzvaný preukaz zdravotného poistenia. Osoby s preukazom zdravotného poistenia majú právo slobodne si vybrať ambulanciu lekára do vzdialenosti 15 km od svojho bydliska a majú právo na bezplatné ošetrovanie u zvoleného všeobecného lekára.

V prípade zvolenia lekára s ambulanciou vzdialenou viac ako 15 km od bydliska občana (5 kilometrov na území hlavného mesta), občan nemá nárok na domáce návštevy.



#### 4.3 Estónsko

##### 1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony

Rozsah poisťného krytia upravuje § 29 zákona o zdravotnom poistení<sup>10</sup>. Všeobecne platí, že zdravotná poisťovňa prevezme povinnosť poistenca platiť za zdravotné výkony, ak sú výkony zapísané v zozname zdravotných výkonov a ich poskytovanie je terapeuticky opodstatnené. Zoznam zdravotných výkonov ustanoví nariadením vláda republiky na návrh ministra zodpovedného za danú oblasť politiky, ku ktorej sa priloží písomné stanovisko dozornej rady zdravotnej poisťovne (§ 30 ods. 1 zákona o zdravotnom poistení).

V zozname zdravotníckych služieb sú zapísané:

- 1) názov zdravotnej služby;
- 2) kód zdravotnej služby;
- 3) referenčná cena zdravotnej služby;
- 4) limity pre platobnú povinnosť poistenca, ktorú prevzala zdravotná poisťovňa;
- 5) rozsah znášania nákladov poistencom;
- 6) podmienky uplatňovania referenčnej ceny zdravotnej služby, limity pre odvodovú povinnosť poistenca prevzatú zdravotnou poisťovňou a rozsah spoluúčasti poistenca.

Všeobecná zdravotná starostlivosť a špecializovaná zdravotná starostlivosť poskytovaná zdravotne poisteným osobám sa uhrádza z prostriedkov určených pre rozpočet Estónskeho fondu zdravotného poistenia v štátnom rozpočte v sumách, v ktorých Estónsky fond zdravotného poistenia prevzal záväzok uhrádzať tieto služby. Osoby, ktoré nie sú zdravotne poistené, si všeobecnú zdravotnú starostlivosť a špecializovanú zdravotnú starostlivosť hradia sami.

##### 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

Rozsah spoluúčasti poistenca je tá časť referenčnej ceny zdravotnej služby, za ktorú povinnosť úhrady nepreberá zdravotná poisťovňa. Pre všetkých poistencov platí rovnaký rozsah spoluúčasti a nesmie presiahnuť 50 percent referenčnej ceny zdravotnej služby, ak zákon o zdravotnom poistení neustanovuje inak. Zdieľanie nákladov sa nevzťahuje na poskytovanie neodkladnej starostlivosti (§ 30 ods. 3 zákona o zdravotnom poistení).

##### 3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hradené pacientom

Liečebné zariadenia navrhujú vlastné cenníky pre platené návštevy (t. j. pre návštevy, za ktoré zdravotná poisťovňa neprevezme povinnosť platiť).

<sup>10</sup> Health Insurance Act. Dostupné na internete (v anglickom jazyku):  
<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/501062023001/consolide>





**4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hrađených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia**

Súkromné zdravotné poistenie môžu uzavrieť súkromné osoby aj zamestnávateľia pre svojich zamestnancov. Súkromné zdravotné poistenie vo všeobecnosti dopĺňa štátne zdravotné poistenie a umožňuje využívať platené lekárske služby (napr. dáva možnosť rýchlejšie navštíviť špecialistu). Súkromné zdravotné poistenie prepláca aj zdravotné výdavky, ktoré nie sú preplácané zdravotnou poisťovňou (napr. zubné ošetrovanie, náklady na fyzioterapeuta predpísaného lekárom a pod.). Náklady na podporné pomôcky po chorobe alebo úraze (napr. barle, invalidný vozík, obvazy) sa vo všeobecnosti tiež preplácajú.

Poisťovaciu činnosť, distribúciu poistenia a dohľad nad ním upravuje *zákon o poisťovníctve*.<sup>11</sup>

**5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**

- a. objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas
- b. návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie
- c. ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta
- d. telemedicínske služby

Vo všeobecnosti je rezervácia termínu bezplatná (hoci môžu existovať výnimky). Každá osoba na území Estónskej republiky má tiež právo na núdzovú starostlivosť (vrátane pohotovostnej zubnej starostlivosti).

Hospitalizácia je pre pacienta platená služba, no poplatok za lôžko (zahŕňa ubytovanie a stravu) je mierny. Poplatok za nocľah môže byť až 2,5 eura na deň. Poplatok za lôžko možno žiadať maximálne 10 dní na jeden prípad/ochorenie, t. j. maximálne 25 eur za pobyt v nemocnici. Poplatok nie je možné účtovať za poskytovanie intenzívnej zdravotnej starostlivosti; pri poskytovaní špecializovanej ústavnej starostlivosti súvisiacej s tehotenstvom a pôrodom; a pri poskytovaní špecializovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti maloletému.

Telemedicínske služby môžu byť pre pacienta bezplatné (napr. predĺženie predpisu prostredníctvom objednania na diaľku) alebo platené služby (napr. stretnutie s lekárom). Či ide o platenú službu alebo nie a koľko služba stojí, závisí od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a konkrétnej služby.

**6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom**

Poskytovanie zdravotných služieb nie je pre pacienta regionálne obmedzené.

<sup>11</sup> Insurance Activities Act. Dostupné na internete (v anglickom jazyku):  
<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/530102023003/consolide>



#### 4.4 Fínsko

Verejná zdravotná starostlivosť vo Fínsku nie je založená na zdravotnom poistení a neexistujú podobné zdravotné poisťovne, ktoré by pokrývali poskytovanie verejných zdravotníckych služieb ako na Slovensku.

##### Národné zdravotné poistenie

Fínsko má zákonné národné zdravotné poistenie, ktoré riadi fínska Sociálna poisťovňa (Kela). Národné zdravotné poistenie pokrýva všetkých obyvateľov a zahŕňa ambulantnú úhradu liekov, preplácanie liečebných nákladov v súkromnom sektore, náhrady cestovných nákladov do zdravotníckych zariadení, nemocenské, príspevok na rodičovskú dovolenku a náhradu za niektoré rehabilitačné služby. Pri využívaní súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti si pacienti môžu vybrať akéhokoľvek súkromného poskytovateľa bez odporúčania.

Národné zdravotné poistenie pokrýva len malú časť nákladov. V roku 2024 však budú úhrady zvýšené. Od 1. januára 2024 bude Kela preplácať 30 eur za návštevu u praktického lekára alebo odborného lekára a 25 eur za konzultácie na diaľku namiesto doterajších 8 eur. Úhrady za základné zubné vyšetrenie vykonané zubným lekárom budú zvýšené z 15,50 eura na 30 eur. Aj po týchto zmenách však väčšinu nákladov platí pacient, ktorý chce využívať služby súkromnej zdravotnej starostlivosti.

##### Verejná zdravotná starostlivosť

Základný zdravotný systém je organizovaný 21 teritoriálnymi jednotkami sociálno-zdravotníckych služieb, zriadenými na tento účel. Jednotky sociálno-zdravotníckych služieb sú samosprávne jednotky, ktoré prevzali zodpovednosť za organizáciu zdravotnej starostlivosti, sociálnych služieb a záchranej služby od 1. januára 2023. Tieto povinnosti boli predtým zodpovednosťou obcí. Jednotky sociálno-zdravotníckych služieb dostávajú väčšinu svojich finančných prostriedkov od centrálnej vlády, nemajú právo vyberať dane.

Pacienti majú právo vybrať si centrum zdravotných a sociálnych služieb pre inú ako pohotovostnú starostlivosť. Pacient môže dostávať starostlivosť súčasne len z jedného centra zdravotných a sociálnych služieb a meniť ho môže raz ročne. Pacient má tiež právo vybrať si špecializovaného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti z akéhokoľvek miesta vo Fínsku.

Vo fínskom verejnom zdravotníctve fungujú poplatky pre pacientov. Legislatívne sa stanovujú maximálne poplatky za verejnú zdravotnú starostlivosť. Jednotky sociálno-zdravotníckych služieb sa môžu rozhodnúť používať nižšie sadzby alebo poskytovať služby zadarmo. Nesmú však vyberať poplatky, ktoré prevyšujú náklady na služby. Legislatíva tiež určuje niektoré zo služieb, ktoré musia byť poskytované bezplatne.

Niekoľko príkladov legislatívne stanovených maximálnych poplatkov pre pacienta vo verejnom zdravotníctve v roku 2023 (a v roku 2024):

- konzultácie s lekárom: maximálny jednorazový poplatok je 20,90 EUR (23 EUR v roku 2024). Zdravotnícke zariadenie môže účtovať poplatok najviac trikrát v priebehu kalendárneho roka. Alternatívne môže byť účtovaný ročný poplatok maximálne do 41,80 EUR (46 EUR v roku 2024). Za pacientov do 18 rokov sa poplatok neúčtuje.



- nemocnice: poplatok za návštevu ambulancie: 41,80 EUR za návštevu. Tento poplatok môže byť účtovaný aj za návštevu pohotovosti v pracovných dňoch medzi 20:00 hod. a 8:00 hod. a v soboty, nedele a štátne sviatky. Za pacientov mladších ako 18 rokov sa neúčtuje žiadny poplatok.
- krátkodobá ústavná starostlivosť v nemocnici: 49,60 EUR (54,60 EUR v roku 2024) na deň. Táto taxa sa účtuje za deň prijatia do ústavnej starostlivosti, počas dní trvania ústavnej starostlivosti a za deň prepustenia. Za deň prepustenia sa nebude účtovať žiadny poplatok, ak liečba v ten istý deň pokračuje v inom ústavnom zariadení. Poplatok zahŕňa lieky a jedlo v nemocnici. Pacientom mladším ako 18 rokov sa poplatok nesmie účtovať za viac, ako 7 dní v kalendárnom roku.

Okrem toho existuje maximálny ročný limit na poplatky za zdravotnú starostlivosť, ktorý je 692 EUR v roku 2023 (762 EUR v roku 2024). Po tomto limite sa služby verejnej zdravotnej starostlivosti poskytujú bezplatne. Avšak aj po tom, ako bol prekročený limit platby, nemocnice si môžu účtovať znížený poplatok vo výške 22,80 EUR (25,10 EUR v roku 2024) za ošetrovací deň pri krátkodobej ústavnej starostlivosti.

#### Súkromná zdravotná starostlivosť

Úloha súkromnej zdravotnej starostlivosti je vo Fínsku doplnková k verejnej zdravotnej starostlivosti. Ako je popísané vyššie, národné zdravotné poistenie prepláca časť nákladov za túto starostlivosť. Počas posledných rokov sa však objem dobrovoľného súkromného zdravotného poistenia zvýšil. V roku 2020 bolo približne 1,2 milióna dobrovoľných súkromných zdravotných poistení (fínska populácia bola v roku 2020 5,5 milióna).

### 4.5 Francúzsko

Vo Francúzsku je za krytie zdravotných nákladov zodpovedné zdravotné poistenie – financované z odvodov na základe miezd a spravované fondmi tvorenými zástupcami zamestnancov a zamestnávateľov. Fondy podpisujú každých 5 rokov so štátom „cieľové a manažérske zmluvy“ s cieľom definovať ciele v odboroch zdravotníctva, pracovných úrazov a chorôb z povolania.

Zdravotné poisťovne tvoria sieť rezortných a regionálnych štruktúr: ústredie (Národný fond zdravotného poistenia – CNAM), 101 rezortných primárnych fondov (CPAM), 16 regionálnych fondov.

Vo všeobecnosti sú poistenci pripojení k CPAM v okrese, v ktorom majú obvyklý pobyt. Pre určité kategórie poistencov je CPAM podľa bydliska a CPAM okresu, v ktorom sa nachádza ich pracovisko. Viac ako 90 % francúzskej populácie je pokrytých zdravotným poistením.

Zdravotné poistenie k základnej sadzbe uplatňuje sadzbu úhrady, ktorá jej umožňuje určiť výšku úhrady. Výška úhrady zdravotného poistenia sa odlišuje:



- 70 % základu úhrad: lekárske výkony (zníženie na 30 % mimo cesty koordinovanej starostlivosti<sup>12</sup>)
- 60 % paramedicínske úkony
- 60 % malé zákroky
- 65 % náklady na dopravu
- 100 %, 65 %, 30 % alebo 15 % lieky
- 100 % starostlivosť spojená s dlhodobým stavom (ALD)
- 80 % hospitalizácia ≤ 30 dní (100 % od 31. dňa)

Čo sa konkrétne týka konzultácií u lekára, ich úhrada zo zdravotného poistenia závisí od ich postavenia, ktoré je rozdelené do 3 sektorov. Každý sektor má svoje vlastné ceny. Sektory 1 a 2 sú čiastočne kryté zo zdravotného poistenia, zatiaľ čo sektor 3 je mimo konvenčného systému zdravotného poistenia. Pre sektory 1 a 2 je miera krytia zdravotným poistením 70 %.

Pre sektor 1, nazývaný schválený sektor, ceny zodpovedajú cenám stanoveným v lekárskej dohode. Tieto ceny slúžia ako základ pre úhradu zo zdravotnej poisťovne. Doplnkové zdravotné poistenie prepláca časť sumy za poradenstvo, ktorá nie je hrazená zo zdravotného poistenia. V tomto sektore neexistuje žiadny nadmerný poplatok.

Pre sektor 2, známy ako bezodplatná dohoda, je cena konzultácií stanovená voľne, v miernych medziach. Pacientovi sa prepláca na základe sadzby stanovenej lekárskou zmluvou. Doplnkové zdravotné poistenie kryje preplatenie poplatkov podľa zmluvne stanovenej sadzby.

Pre sektor 3, o ktorom sa hovorí, že je mimo konvenčného systému, ceny určuje voľne lekár. V tomto prípade sú pacientom úkony preplácané na základe tzv. autoritnej sadzby zo zdravotného poistenia (0,61 € za konzultáciu všeobecného lekárstva, 1,22 € za konzultáciu u špecialistu).

Suma, ktorú má pacient doplatiť po tom, ako bola jeho starostlivosť hrazená zo zdravotného poistenia, sa nazýva „zvyšné náklady“ (RAC). Existuje niekoľko kategórií RAC.

- Spoluúčasť je časť zdravotných nákladov, ktorá zostáva v zodpovednosti poistenca, keď zdravotná poisťovňa preplatí jeho podiel. Výšku spoluúčasti je možné plne alebo čiastočne hradiť z doplnkového zdravotného poistenia. V niektorých prípadoch oprávňuje na oslobodenie od dane a až na 100 % krytie nákladov.
- Pevný príspevok vo výške 1 €, ktorý sa vzťahuje na osoby staršie ako 18 rokov na všetky konzultácie alebo výkony zdravotníckeho pracovníka, ale aj na rádiologické vyšetrenia a medicínsko-biologické rozbory. Tento príspevok nesmie presiahnuť 4 € na deň.
- Zmluvne dohodnutá spoluúčasť poisteného je suma odpočítaná z úhrad za lieky, paramedicínske výkony a dopravu. Jeho výška je obmedzená na 50 eur ročne. Prekročenie môže byť napríklad 0,50 € za škatuľku liekov alebo dokonca 2 € za zdravotnú prepravu.

<sup>12</sup> Zákon z 13. augusta 2004 vytvára cestu koordinovanej starostlivosti, ktorá vyžaduje, aby sa poistenci registrovali u ošetrojúceho lekára a poradili sa s ním pred konzultáciou väčšiny špecialistov.



- Paušálna sadzba 24 eur sa uplatňuje na úkony, ktoré presahujú sumu vyššiu alebo rovnú 120 eur. Ľudia, ktorí majú nárok na 100 % krytie vzhľadom na svoj zdravotný stav, môžu byť od tejto sadzby oslobodení.

- Nemocničný balík, ktorého výška je stanovená na 20 € na deň v nemocnici, zodpovedá príspevku pacienta na náklady spojené s každým dňom hospitalizácie. V určitých prípadoch je možná výnimka – napr. pre tehotné ženy, ktoré potrebujú hospitalizáciu.

Zvyšné náklady môžu byť znížené alebo úplne pokryté „doplňkovým zdravotným poistením“ v závislosti od podpísanej zmluvy.

Solidárne zdravotné poistenie je navyše pomocou na úhradu zdravotných nákladov poistencov, ktorých zdroje sú skromné. V závislosti od úrovne zdrojov je buď zadarmo alebo stojí menej ako jedno euro na deň a osobu.

#### 4.6 Grécko

##### 1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony

Organizáciou zodpovednou za poskytovanie zdravotníckych služieb je Národná organizácia pre zdravotnícke služby (EOPYY). Systém zdravotníctva v Grécku je zmiešaný systém, teda štátne a sociálne zabezpečenie súčasne, takže grécky občan má bezplatnú verejnú zdravotnú starostlivosť s malou spoluúčasťou. Konkrétne zdravotné výkony poskytované EOPYY sú zahrnuté v Ministerskom rozhodnutí 80157/2018 „Jednotná regulácia dávok zdravotnej starostlivosti Národnej organizácie pre zdravotnícke služby (EOPYY)“<sup>13</sup>.

Od roku 2012 je tiež vytvorená tabuľka, ktorá konkrétne uvádza maximálnu sumu, ktorú možno poskytnúť verejnej nemocnici za všetky možné hospitalizácie a ošetrenia. Tento zoznam sa nazýva „Skupiny súvisiace s diagnózou (DRG)“ a je v platnosti – po aktualizácii – vládny vestník 946/27. marca 2012.<sup>14</sup>

##### 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

Článok 4 „Jednotnej regulácie dávok zdravotnej starostlivosti (HCP) Národnej organizácie pre zdravotnícke služby (EOPYY)“ sa týka preplácania zdravotných výkonov a určenia spoluúčasti poistencov.

Článok 16 „Jednotnej regulácie dávok zdravotnej starostlivosti (HCP) Národnej organizácie pre zdravotnícke služby“ sa odvoláva na výnimky zo spoločných konsolidovaných dávok a denných diét preplácaných Národnou organizáciou pre zdravotnícke služby.

<sup>13</sup> Ministerské rozhodnutie 80157/2018 „Jednotná regulácia dávok zdravotnej starostlivosti Národnej organizácie pre zdravotnícke služby (EOPYY)“. Dostupné na internete (v gréčtine): <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/688732/yp.-apofasi-eale-g.p.-80157-2018>.

<sup>14</sup> Úradný vestník o uzavretých konsolidovaných anuitách z rokov 2012 – 2017 dostupný na internete (v gréčtine): <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/kleista-enopoihmena-noshlia/5483-fek-kleista-enopoihmena-noshlia-2012-2017>.

Podľa tohto článku je vyňatá kategória určená ustanoveniami spoločného ministerského rozhodnutia 1320/1998 (B' 99), zmeneného a doplneného spoločným ministerským rozhodnutím 5552/2017 (B' 2630). Vyňaté lekárske výkony uvedené v uvedenom spoločnom ministerskom rozhodnutí sa uhrádzajú vo výške 80 % štátnej tarify, okrem: a) magnetických rezonancií, b) CT, ktoré sa kompenzujú vo výške 45 % ceny štátnej tarify. K nim sa pridávajú: dialyzačné výkony (a iné terapie na nahradenie funkcie obličiek), rádioterapia, rádiofarmaká, emisie pozitronov pre PET/CT sken.

Úhrada zdravotníckych pomôcok sa odvíja od ceny poistenia stanovenej EOPYY v súlade s platnou legislatívou a ceny zdravotných výkonov na základe fakturačného cenníka, ktorý je platný v danom čase.

Pre všetky výnimky preplácané EOPYY je potrebný príslušný lekársky posudok ošetrojúceho lekára, ktorý bude elektronicky zaslaný príslušnému kontrolnému orgánu EOPYY a bude vedený v zdravotnej dokumentácii kliniky, kde je pacient hospitalizovaný, aby ho mohli posúdiť príslušné orgány EOPYY.

3. **Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hradené pacientom**  
-----
4. **Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hradených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia**  
-----
5. **Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**
  - a. **objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas**
  - b. **návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie**
  - c. **ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta**
  - d. **telemedicínske služby**

Podľa článku 11 „Jednotnej regulácie dávok zdravotnej starostlivosti“, poskytuje EOPYY nemocničnú starostlivosť všetkým jej príjemcom. Nemocničná starostlivosť zahŕňa hospitalizáciu pacienta, jeho ubytovanie, akúkoľvek ústavnú lekársku, ošetrovateľskú a lekárenskú starostlivosť a najmä vhodnú liečbu a terapiu na rehabilitáciu telesného a duševného postihnutia alebo chorobných stavov vo všeobecnosti, ako napr. aj potrebné liečby, diagnostické testy, všetky potrebné lieky, špeciálne terapeutické prístroje a protézy. EOPYY v rámci nemocničnej starostlivosti poskytuje všetkým svojim prijímateľom rehabilitačné služby, ako aj psychiatrickú starostlivosť. Najmä článok 12 nariadenia hovorí o účasti pacienta na nemocničnej starostlivosti.

Podľa tohto článku hospitalizovaní pacienti neplatia poplatky za niektoré lekárske zákroky ani vtedy, ak sú vykonávané v súkromných zariadeniach – napríklad na jednotkách intenzívnej starostlivosti a intenzívnej starostlivosti o novorodencov súkromnému poskytovateľovi, ktorý na základe zmluvy sprístupnil spoločnosti EOPYY určitý počet lôžok z celkového počtu lôžok, ktoré sú k dispozícii, pokiaľ je dokázané, že





pacient nemôže byť liečený vo verejnom zdravotníckom zariadení. Ďalej je bezplatné poskytovanie rádioterapie a špeciálnych zákrokov, ako sú definované v príslušnom rozhodnutí ministerstva, pri ktorých sa preukáže, že sa nevykonávajú vo verejných zariadeniach, alebo pri ktorých sa preukáže, že čakacia doba potrebná na rovnaké ošetrovanie vo verejnom zariadení predstavuje riziko pre život pacienta. Ďalej sa jedná o výkony detskej kardiochirurgie, detskej kardiológie, a cievnej chirurgie; hemodialýzu vrátane materiálov; zavádzanie kochleárných implantátov v detskej chirurgii a pod.

V iných prípadoch sa vyžaduje 10 % spoluúčasť v prípade, že pacienti absolvujú hospitalizáciu u súkromných poskytovateľov; pri hospitalizácii na psychiatrickej ambulancii a na špeciálnych ambulanciách, ktoré liečia chronicky chorých pacientov.

V niektorých prípadoch sa prepláca 30% nákladov za hospitalizáciu v súkromných zdravotníckych zariadeniach.

Náklady na kozmetické zákroky sa nepreplácajú, s výnimkou obnovy anatomických deformít od narodenia alebo deformácií v dôsledku úrazu alebo chirurgických zákrokov alebo popálenín.

Náklady sa nepreplácajú ani za liečby, ktoré nie sú rozšírené a vedecky dokázané.

Zubná starostlivosť je uvedená v článku 37 „Jednotnej regulácie dávok zdravotnej starostlivosti“ a zahŕňa služby poskytované EOPYY.

Pokiaľ ide o telemedicínu, základným právnym rámcom upravujúcim fungovanie telemedicíny v Grécku je zákon 3984/2011<sup>15</sup>, článok 66 odsek 16:

*„Služby telemedicíny sa poskytujú v prípade, že je to možné, a na zodpovednosť ošetrojúceho lekára, ktorý daný prípad lieči. Ošetrojúci lekár je z dôvodu ochrany osobných údajov zodpovedný za to, aby si od pacienta, alebo ak to nie je možné od prvostupňového príbuzného, vyžiadal podpísaný súhlas s využívaním služieb telemedicíny. Ak to nie je možné, použije služby telemedicíny ošetrojúci lekár podľa vlastného uváženia. Inštrukcie nemocníc a zdravotníckych zariadení poskytujúcich služby telemedicíny, sú poradného charakteru a v žiadnom prípade nie povinné“.*

K dispozícii sú bezplatné služby telemedicíny. S cieľom posilniť rovnaký prístup k zdravotníckym službám, čo je ústavne zakotvená požiadavka, od roku 2016 funguje *Národná sieť Telehealth*.<sup>16</sup>

## 6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom

Podľa článku 5 „Jednotnej regulácie dávok zdravotnej starostlivosti“ môže poistenec navštevovať zmluvných lekárov s EOPYY po podpise dohody. Zmluvní lekári sú uvedení na webovej stránke EOPYY (podľa odbornosti a regiónu). Návšteva nezmluvného lekára EOPYY sa neprepláca.

<sup>15</sup> Zákon č. 3984/2011 Darcovstvo a transplantácia orgánov a iné ustanovenia. Dostupné na internete (v gréčtine): <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/123599/nomos-3984-2011>.

<sup>16</sup> Právny základ fungovania Národnej siete Telehealth. Dostupné na internete (v gréčtine): [Νομικό Πλαίσιο - Κοινωνία της Πληροφορίας Μ.Α.Ε. - Κ.Τ.Π. Μ.Α.Ε. \(ktpae.gr\)](https://www.ktpae.gr/)

## 4.7 Holandsko

### 1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony

Každý, kto žije alebo pracuje v Holandsku, je zo zákona povinný uzavrieť štandardné zdravotné poistenie, ktoré pokryje náklady napríklad na konzultáciu s praktickým lekárom, nemocničnú liečbu a lieky na predpis. O krytí poskytovanom štandardným balíkom rozhoduje vláda. Všetky poisťovne ponúkajú rovnaký štandardný balík. Zdravotné poisťovne sú povinné prijať každého, kto si uplatní štandardný balík poistenia a musia účtovať všetkým poistencom rovnaké poistné bez ohľadu na ich vek či zdravotný stav.

Systém zdravotného poistenia v Holandsku je založený na princípe sociálnej solidarity. Všetci spolu platíme celkové náklady na zdravotnú starostlivosť. Každý prispieva napríklad na náklady na pôrodnú a geriatrickú starostlivosť.

Nie všetku zdravotnú starostlivosť pokrýva štandardný balík. Pacient sa môže rozhodnúť pre doplnkové poistenie, ktoré pokryje napríklad fyzioterapiu alebo starostlivosť o chrup. Pripoistenie nie je povinné a nie ste povinný uzavrieť štandardný balík a pripoistenie v tej istej poisťovni.

Poisťovne nie sú povinné prijať každého, kto požiada o pripoistenie. Poisťovňa môže odmietnuť prijať človeka ako klienta alebo sa ho/jej môže pred prijatím opýtať na jeho/jej zdravotný stav.

Za štandardný balík zdravotného poistenia sa platí poisťovní fixné nominálne poistné. Ľudia s nízkym príjmom môžu mať nárok na zdravotnú dávku, ktorá im pomôže platiť zdravotné poistenie.

Zákon o zdravotnom poistení je dostupný na webe v holandskom jazyku:

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2023-10-05>

### 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

V systéme zákonného zdravotného poistenia je hlavnou formou zdieľania nákladov povinná odpočítateľná položka, ktorá predstavuje 385 EUR. Okrem toho si pacienti môžu k povinnej odpočítateľnej položke zaplatiť dobrovoľnú odpočítateľnú položku vo výške 500 EUR výmenou za nižšiu mesačnú prémii. Ľudia platia plné náklady na špeciálnu a nemocničnú starostlivosť až do výšky odpočítateľnej položky. Odpočítateľná položka pokrýva širokú škálu služieb vrátane hospitalizácie, špecializovaných služieb a liekov na predpis. Starostlivosť praktického lekára, preventívne služby (vrátane väčšiny očkovaní a skríníngov rakoviny prsníka) a zdravotná starostlivosť o deti sú poskytované bezplatne, t.j. sú vyňaté z odpočítateľnej položky.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Odpočítateľná položka je povinná suma, ktorú musíte zaplatiť, keď vám vzniknú náklady na starostlivosť z vášho základného poistenia. Pomocou odpočítateľnej položky si prvú časť nákladov na zdravotnú starostlivosť hradí pacient sám. Účelom odpočítateľnej položky je zabrániť ďalšiemu zvyšovaniu poistného. Vláda okrem toho chce, aby si každý bol vedomý nákladov vynaložených na zdravotnú starostlivosť v Holandsku (<https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/health-insurance/system/deductible>)





Spoluúčasť alebo priame platby sa môžu vyžadovať aj po splnení odpočítateľnej položky pri niektorých vybraných službách, ako sú napríklad niektoré lieky, fyzioterapia pre dospelých, zdravotná preprava a zdravotnícke pomôcky.

Niekedy je potrebné zaplatiť spoluúčasť za lieky. Podobné lieky sa totiž môžu líšiť cenou. Vláda následne stanoví maximálnu úhradu zo základného poistenia. Ak je cena lieku vyššia ako táto úhrada, treba si za liek priplatiť. Do 31. 12. 2024 je táto spoluúčasť maximálne 250 € na osobu a rok.

Za niektoré liečebné náklady zo základného balíka sa platí spoluúčasť. Napríklad za materskú starostlivosť, alebo načúvacie prístroje. Vláda určuje, na akú starostlivosť sa osobný príspevok vzťahuje a aký vysoký je príspevok.

V [tabuľke](#) je uvedené, na čo sa osobný príspevok vzťahuje a aká je výška príspevku.

### 3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hrazené pacientom

**Holandský úrad pre zdravotnú starostlivosť (NZa)**<sup>18</sup> chráni záujmy občanov, pokiaľ ide o dostupnosť, cenovú dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti v Holandsku. Sohľadom na to NZa stanovuje pravidlá, vykonáva dohľad nad poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami a dáva odporúčania Ministerstvu zdravotníctva, sociálnych vecí a športu (VWS).

NZa určuje, aké druhy zdravotnej starostlivosti môžu poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pacientom účtovať a koľko môže takáto zdravotná starostlivosť najviac stáť, napríklad ošetrovanie u praktického lekára alebo zubného lekára alebo zdravotná starostlivosť poskytovaná ľuďom so zdravotným postihnutím. Pri väčšine ošetrovaní sa zdravotné poisťovne a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti dohodnú, čo každé ošetrovanie prináša, aká by mala byť jeho kvalita a aká môže byť cena.

NZa vykonáva aj dohľad nad zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Na základe vlastných analýz NZa a hlásení pacientov kontroluje, či poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a zdravotné poisťovne dodržiavajú pravidlá a predpisy. Napríklad zdravotné poisťovne musia do základného balíka zdravotného poistenia prijať každého bez ohľadu na vek, príjem, životný štýl či zdravotný stav. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti tiež musia pacientom správne účtovať svoje ošetrovania. Okrem toho sú povinní poskytnúť jasné informácie o cene a kvalite zdravotnej starostlivosti, ktorú ponúkajú.

### 4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hrazených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia

Doplnkové (dobrovoľné) poistenie kryje (časť) starostlivosti, ktorá nie je zahrnutá v základnom balíku. Napríklad extra úhrada za ošetrovanie u zubára.

Existujú rôzne balíky, pričom všetky sú nad rámec základného poistenia navyše. Podmienky a úhrady určuje zdravotná poisťovňa. Vláda teda nemá na pripoistenie vplyv.

<sup>18</sup> The Dutch Healthcare Authority. Dostupné na internete (v angličtine): <https://www.nza.nl/english>



Doplňkové poistenie nie je povinné. Existuje veľa rôznych balíkov, preto je dôležité, aby si každý vybral balík podľa jeho/jej individuálnych potrieb. Zdravotná poisťovňa vám môže pripoistenie odmietnuť.

**5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**

-----

**6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom**

Bezplatná voľba lekára závisí od toho, akú politiku zdravotnej starostlivosti si pacient vybral so svojou zdravotnou poisťovňou. V zásade existuje vždy slobodná voľba lekárov, ide len o to, či budú (v plnej miere) uhradené náklady na zdravotnú starostlivosť.

#### 4.8 Chorvátsko

Zdravotníctvo Chorvátskej republiky má najbližšie k Bismarckovmu modelu financovania, t. j. modelu povinného sociálneho zdravotného poistenia založeného na solidárnosti zamestnancov v rámci alokácie zdrojov na zdravotnú starostlivosť celej populácie.

Zdravotníctvo je financované z rôznych zdrojov. Odvody na zdravotné poistenie v Chorvátsku sú povinné pre všetkých zamestnaných občanov a pre zamestnávateľov. Pre závislých rodinných príslušníkov pracujúcich sú zdravotné služby v Chorvátsku hradené z príspevkov, platených pracujúcim rodinným príslušníkom. Samostatne zárobkovo činné osoby sú povinné platiť aj zdravotné odvody. Chorvátski občania, ktorí sú klasifikovaní ako sociálne zraniteľní, sú oslobodení od platenia zdravotných odvodov; skupiny, ako sú dôchodcovia a ľudia s nízkymi príjmami, majú naďalej prístup k verejným zdravotníckym zariadeniam.

Povinné zdravotné poistenie vykonáva Chorvátska zdravotná poisťovňa a všetky osoby s pobytom v Chorvátskej republike sú povinné mať takéto poistenie. Okrem povinného zdravotného poistenia je zdravotná starostlivosť financovaná aj z doplnkového zdravotného poistenia, ktoré nie je povinné.

**1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony**

Podľa **Zákona o povinnom zdravotnom poistení**<sup>19</sup> (Úradný vestník 80/13, 137/13, 98/19, 33/23) poistencom, ktorí si uplatnia právo na zdravotnú starostlivosť v rámci povinného zdravotného poistenia, zabezpečí chorvátska zdravotná poisťovňa platbu za služby zdravotnej starostlivosti v celom rozsahu:

1. celková zdravotná starostlivosť o deti do dovŕšenia 18. roku veku,
  - deti poistenca, ktoré sa pred dovŕšením 18. roku veku stanú úplne a trvalo nespôsobilé na samostatný život a prácu podľa osobitných predpisov,

<sup>19</sup> Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Dostupné na internete (v chorvátskom jazyku): <https://www.zakon.hr/z/192/Zakon-o-obveznom-zdravstvenom-osiguranju>



- děti poistenci, které sa po dovršení 18. roku věku stanú úplně a trvalo nespôsobilé na samostatný život a práci podľa osobitných predpisov, ak sú nezaopatrenými osobami poistenci a nemôžu si uplatniť právo na povinné zdravotné poistenie z iného dôvodu,
  - osoby s pobytom alebo povoleným trvalým pobytom v Chorvátskej republike, ktoré nie sú schopné samostatne žiť a pracovať a nemajú prostriedky na živobytie, a ktoré nadobudnú povinné zdravotné poistenie na základe rozhodnutia vydaného príslušným správnym orgánom, ak nemôžu získať povinné zdravotné poistenie na inom základe;
2. preventívna a špecifická zdravotná starostlivosť o školákov a študentov vysokých škôl,
  3. preventívna zdravotná starostlivosť,
  4. zdravotná starostlivosť o ženy v rámci sledovania tehotenstva a pôrodu,
  5. zdravotná starostlivosť v rámci asistovanej reprodukcie podľa osobitného zákona,
  6. preventívna zdravotná starostlivosť o osoby staršie ako 65 rokov,
  7. preventívna zdravotná starostlivosť o osoby so zdravotným postihnutím zapísané v registri osôb so zdravotným postihnutím ustanovenom osobitným predpisom,
  8. celková zdravotná starostlivosť vo vzťahu k infekčným ochoreniam, pri ktorých vykonávanie opatrení na zamedzenie ich šírenia ukladá zákon,
  9. povinné očkovanie, imunoprofylaxia a chemoprofylaxia,
  10. celková liečba chronických psychiatrických ochorení,
  11. celková liečba zhubných ochorení,
  12. celková liečba po uznanom pracovnom úraze alebo chorobe z povolania,
  13. hemodialýza a peritoneálna dialýza,
  14. zdravotná starostlivosť týkajúca sa odberu a transplantácie častí ľudského tela na účely liečby,
  15. mimonemocničná neodkladná zdravotná starostlivosť poskytovaná záchrannou zdravotnou službou vrátane neodkladnej prepravy (pozemnou, vodnou alebo vzdušnou),
  16. domáce návštevy a domáca liečba,
  17. návštevna zdravotná služba,
  18. prevoz sanitkou pre osobitné kategórie pacientov,
  19. predpísané lieky zo základného úhradového zoznamu liekov fondu,
  20. lekárska starostlivosť u pacienta doma,
  21. laboratórna diagnostika na úrovni primárnej zdravotnej starostlivosti,
  22. paliatívna zdravotná starostlivosť,
  23. výkony, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou preventívnych prehliadok v rámci špecifickej zdravotnej starostlivosti z povinného zdravotného poistenia.

## 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

Chorvátski občania, ktorí nemajú počas nemocničného ošetrovania, pri návšteve domáceho lekára alebo zubného lekára doplnkové zdravotné poistenie, sú povinní spolupodieľať sa na nákladoch zdravotnej starostlivosti vo výške **20 % z plnej ceny zdravotnej starostlivosti**. V prípade nemocničného ošetrovania si občania bez pripoistenia musia sami doplatiť až 20 % určitej zdravotnej služby, t. j. maximálne 2 000 HRK (265,45 €) za vyšetrenie. Občania bez pripoistenia zaplatia za vyšetrenie u rodinného lekára alebo za lieky na predpis 10 HRK (1,33 €).

Podľa Zákona o povinnom zdravotnom poistení:

(3) Poistenec uhrádza spoluúčasť na nákladoch zdravotnej starostlivosti 20 % z celkovej ceny zdravotnej starostlivosti, najmenej však do sumy získanej uplatnením príslušného



percenta z výpočtového základu uvedeného v bodoch 1 až 8 tohoto odseku pre nasledujúce:

1. odborná-konziliárna zdravotná starostlivosť vrátane denných stacionárov a chirurgických výkonov v denných stacionároch okrem ambulantnej telovýchovnej medicíny a rehabilitácie – 1 % z výpočtového základu určeného v štátnom rozpočte,
2. odborná diagnostika, ktorá nie je na úrovni primárnej zdravotnej starostlivosti – 2 % z výpočtového základu stanoveného v štátnom rozpočte,
3. ortopedické pomôcky a iné pomôcky zaradené do základného úhradového zoznamu ortopedických pomôcok a iných pomôcok – 2 % z výpočtového základu určeného v štátnom rozpočte,
4. odborná-konziliárna zdravotná starostlivosť v ambulantnej fyzikálnej medicíne a rehabilitácii a fyzikálnej medicíne a rehabilitácii u pacienta doma – 1 % z vymeriavacieho základu stanoveného v štátnom rozpočte na deň,
5. lekárske ošetrovanie v iných členských štátoch a tretích krajinách v súlade s predpismi Európskej únie, medzinárodnými zmluvami, týmto zákonom a všeobecným štatútom fondu, ak predpisy Európskej únie alebo medzinárodná zmluva neustanovujú inak,
6. náklady na nemocničnú zdravotnú starostlivosť – 4,01 % z výpočtového základu stanoveného v štátnom rozpočte na deň,
7. stomatologické pomôcky zaradené do základného úhradového zoznamu stomatologických pomôcok pre plnoleté osoby vo veku od 18 do 65 rokov – 40,09 % z výpočtového základu určeného v štátnom rozpočte,
8. stomatologické pomôcky zaradené do základného úhradového zoznamu stomatologických pomôcok pre plnoleté osoby nad 65 rokov – 20,04 % z výpočtového základu stanoveného v štátnom rozpočte.

(4) Poistenci platia spoluúčasť vo výške 0,30 % z vymeriavacieho základu určeného v štátnom rozpočte na:

1. zdravotnú starostlivosť poskytovanú vybraným lekárom rodinného (všeobecného) lekárstva, gynekológie a zubného lekárstva v súlade so všeobecným štatútom fondu,
2. liek vydaný na lekárske predpis.

(5) Maximálna spoluúčasť na nákladoch zdravotnej starostlivosti podľa odseku 3 tohto článku, ktorú je poistenec povinný uhradiť, je najviac 120,26 % z vymeriavacieho základu určeného v štátnom rozpočte na rok na základe faktúry, vystavenej za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

### 3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hradené pacientom

-----



**4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hrađených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia**

Pozri odpoveď pod bodom 1.

**5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**

-----

**6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom**

Pri výbere lekára primárnej zdravotnej starostlivosti si poistenec môže vybrať len jedného lekára, a to podľa podmienok ustanovených všeobecným Zákonom Chorvátskeho fondu zdravotného poistenia o štandardoch a normách práv z povinného zdravotného poistenia v oblasti: rodinné (všeobecné) lekárstvo, zdravotná starostlivosť o deti predškolského veku, ochrana zdravia žien a stomatologická starostlivosť. Lekár sa vyberá na obdobie najmenej jedného roka a na konci tohto obdobia ho možno zmeniť.

#### 4.9 Írsko

Na rozdiel od Slovenska má Írsko systém verejného zdravotníctva financovaného skôr z daní ako zo sociálneho poistenia. Funguje to popri a niekedy aj v spojení so súkromnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti – z ktorých niektorí, ako napríklad väčšina všeobecných lekárov, liečia verejne financovaných aj súkromne platiacich pacientov.

**1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony**

Írsko nemá systém sociálneho/všeobecného zdravotného poistenia. Verejné zdravotné služby sú platené zo všeobecných daní. Dostupné sú súkromné aj verejné zdravotnícke služby.

Súkromné zdravotnícke služby poskytujú jednotliví zdravotníci alebo zdravotnícke spoločnosti. Zvyčajne pacient platí plné náklady na súkromné zdravotné služby. Môže si uzavrieť súkromné zdravotné poistenie, ktoré mu/jej pomôže pokryť náklady na súkromnú zdravotnú starostlivosť.

Služby verejného zdravotníctva sú podporované štátom. Mnohé služby verejného zdravotníctva sú bezplatné, ale v niektorých prípadoch môžu byť spoplatnené.

Health Service Executive (HSE) je zodpovedný za poskytovanie verejných zdravotníckych služieb. Niekedy HSE poskytuje tieto služby priamo a inokedy HSE financuje iné organizácie, aby tieto služby poskytovali.

Právo využívať verejné zdravotné služby má ten, kto žije v Írsku aspoň rok alebo tu plánuje žiť aspoň jeden rok. Tomu sa hovorí byť bežným rezidentom v Írsku. Niektorí návštevníci môžu mať nárok na verejné zdravotné služby, napríklad ľudia z iných krajín Európskeho hospodárskeho priestoru (EHP) alebo zo Švajčiarska.



Každý, kto má bežné bydlisko v Írsku, a niektorí návštevníci Írska majú nárok na celý rad verejných zdravotných služieb buď bezplatne, alebo za zníženú cenu.

Existujú dva typy oprávnenosti pre ľudí, ktorí majú bežné bydlisko v Írsku:

- plná oprávnenosť pre držiteľov zdravotnej karty
- obmedzená spôsobilosť pre ľudí, ktorí nemajú zdravotnú kartu

Držiteľ zdravotnej karty<sup>20</sup> má nárok na bezplatné:

- služby všeobecného lekára
- predpísané lieky a lieky podliehajúce poplatku za každú predpísanú položku
- verejné nemocničné služby
- špecifické stomatologické, optické a sluchové služby
- služby starostlivosti o matky a dojčatá
- komunitnú starostlivosť a osobné sociálne služby.

## 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

Ak sa lekárske ošetrovanie poskytuje z verejných zdrojov, sú možné nasledovné doplatky:

### Starostlivosť financovaná z verejných zdrojov

#### o Lekárske výkony vo verejných nemocniciach

Neúčtuje sa žiadny poplatok za procedúry ani za pobyt v nemocnici.

Za ambulantnú alebo pohotovostnú starostlivosť vo verejnej nemocnici sa účtuje poplatok 100 €, ak pacient príde bez toho, aby ho odporučil jeho praktický alebo rodinný lekár. Ak vás však odporučí váš praktický lekár, neplatíte žiadny poplatok.

Tento poplatok sa nevzťahuje na osoby v nasledujúcich skupinách:

- držiteľia zdravotných kariet (tých, ktorí majú plný nárok na verejné zdravotné služby – asi 31 % populácie).
- ľudia prijatí do nemocnice po návšteve pohotovostného oddelenia
- ľudia, ktorí sa liečia na predpísané infekčné choroby – vrátane koronavírusu
- ľudia, ktorí majú nárok na nemocničné služby kvôli nariadeniam EÚ.
- deti v súvislosti s týmito chorobami a postihnutiami: mentálne postihnutie, duševné choroby, fenylketonúria, cystická fibróza, rásť chrbtice, hydrocefalus, hemofília a detská mozgová obrna

Vo vybraných prípadoch, keď majú ľudia problémy s platbou, môže HSE poskytnúť službu bezplatne. Spätné návštevy v súvislosti s každou epizódou starostlivosti nepodliehajú žiadnym dodatočným poplatkom.

<sup>20</sup> O zdravotnú kartu môže požiadať bežný rezident v Írsku HSE. Podmienkou jej vydania je, že týždenný príjem žiadateľa musí byť pod určitou hodnotou pre veľkosť rodiny. Peňažné príjmy, úspory, investície a majetok (okrem vlastného bývania) sa takisto berú do úvahy pri skúmaní majetkových pomerov.





○ **Lekárske výkony u všeobecného lekára**

Ľudia so zdravotnou kartou alebo návštevnou kartou praktického lekára (napr. starší ako 70 rokov alebo mladší ako 8 rokov a ľudia s nižším príjmom) môžu navštíviť svojho praktického lekára bezplatne.

Väčšina všeobecných lekárov poskytuje pacientom v mene HSE bezplatne aj imunizačné služby a prostredníctvom Programu starostlivosti o matku a dojčatá niektoré návštevy počas tehotenstva hradí HSE. Väčšina ľudí, ktorí nemajú zdravotnú kartu alebo návštevnú kartu praktického lekára, zaplatí za návštevu praktického lekára poplatok.

**Súkromná starostlivosť všeobecného lekára**

Mnohí pacienti navštevujú svojich všeobecných lekárov ako súkromní pacienti a poplatky sa môžu pohybovať až do 70 eur za návštevu.

**Lekárske výkony v súkromných nemocniciach / klinikách**

V Írsku má približne 47 % populácie súkromné zdravotné poistenie. Pacienti, ktorí dostávajú súkromne poskytovanú starostlivosť, môžu mať niektoré náklady na starostlivosť kryté poistením a časť nákladov si musia hradiť sami, v závislosti od úrovne krytia, ktoré ponúka ich poisťovňa. Právne predpisy o zdravotnom poistení stanovujú minimálnu úroveň krytia.

**3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hrazené pacientom**

Neexistuje žiadna regulácia súkromných poplatkov za lekárske služby.

**4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hrazených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia**

Táto záležitosť nie je pre Írsko relevantná, keďže sa neplatia odvody na sociálne zdravotné poistenie. V systéme verejného zdravotníctva nie je možné prijímať verejnú starostlivosť a platiť dodatočné platby na zlepšenie tejto starostlivosti. Zdravotnú starostlivosť je však možné plne uhradiť súkromne (a to môže byť kryté poistením, za ktoré môže byť spoluúčasť).

**5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**

V prípade verejných služieb sa za tieto služby neplatí žiadny poplatok – okrem poplatku 100 eur za návštevu pohotovostnej ambulancie (oddelenie úrazu a pohotovosti). Súkromní poskytovatelia účtujú poplatky za súkromných pacientov.

**6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom**

Ľudia si môžu vybrať svojho vlastného praktického lekára na základe schopnosti lekára prijať nových pacientov. Verejné zdravotníctvo ponúka nástroj na vyhľadávanie všeobecných lekárov tu: <https://www2.hse.ie/services/find-a-gp/>

#### 4.10 Litva

##### 1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony

Zdravotné výkony (zdravotné služby) poskytované pacientom bezplatne upravujú viaceré zákony: zákon o zdravotnom systéme, zákon o zdravotnom poistení, zákon o právach pacienta a o náhrade škody na zdraví, zákon o zdravotníckych zariadeniach, zákon o farmácii ako aj podzákonné právne predpisy.

Zdravotné výkony (zdravotnícke služby) garantované štátom (bezplatná zdravotná starostlivosť) sú podľa § 47 zákona o zdravotnom systéme financované z povinného zdravotného poistenia, štátneho rozpočtu alebo rozpočtu obce a z osobitného Programu na podporu verejného zdravia obce. Štátom garantované (pre pacientov bezplatné) služby zdravotnej starostlivosti zahŕňajú:

- nevyhnutnú lekársku starostlivosť;
- zdravotnú starostlivosť o osoby uvedené v zákone o zdravotnom poistení, ktoré sú povinne nemocensky poistené;
- zdravotnú starostlivosť o vojakov;
- zdravotnú starostlivosť (dodatočne podporovanú prostredníctvom programov) príslušníkov polície a vnútorných zložiek;
- zdravotnú starostlivosť o osoby, ktorých sloboda je obmedzená rozhodnutím súdu;
- potrebnú zdravotnú starostlivosť žiadateľov o azyl, osôb v dočasnej ochrane (s výnimkou povinne nemocensky poistených osôb), niektorých osôb s povolením na prechodný pobyt, osôb, ktoré nelegálne prekročili štátnu hranicu, vojnových utečencov. Nárok na očkovanie podľa Národného programu imunoprofylaxie a preventívnych zdravotných prehliadok majú aj deti osôb uvedených v tomto odseku;
- úhradu nákladov na lieky zapísané v zozname ministerstva zdravotníctva a úhradu zdravotníckych pomôcok, ktoré sú predmetom úhrady z rozpočtu povinného zdravotného poistenia osobám zdravotne poisteným;
- darcovstvo krvi.

Rozsah štátom garantovanej zdravotnej starostlivosti je založený na hodnotení demografických, zdravotných a environmentálnych ukazovateľov kvality a trendov ich vývoja.

Bezplatnými službami sa podľa § 2 ods. 10 zákona o zdravotníckych zariadeniach rozumejú služby financované zo štátneho rozpočtu alebo rozpočtu obce, alebo povinného zdravotného poistenia, alebo z obecných zdravotných fondov.

Povinným zdravotným poistením sa v zmysle § 2 ods. 5 zákona o zdravotnom poistení rozumie celoštátne stanovený rámec pre osobnú zdravotnú starostlivosť a ekonomické opatrenia, ktoré na základe a za podmienok ustanovených týmto zákonom zaručujú osobám, na ktoré sa vzťahuje tento zákon, poskytovanie zdravotnej starostlivosti a úhradu nákladov spojených s poskytovanými službami z rozpočtu Fondu povinného





zdravotného poistenia. Zdravotné poistenie je jedným z druhov štátneho sociálneho poistenia.

Podľa § 4 ods. 1 zákona o zdravotnom poistení sú za povinné zdravotné poistenie zodpovedné tieto inštitúcie:

- 1) Rada pre povinné zdravotné poistenie (je kolegiálnym poradným orgánom, ktorý zvažuje cieľové a aktuálne úlohy povinného zdravotného poistenia, predkladá ministerstvu zdravotníctva návrhy na zoznam výkonov osobnej zdravotnej starostlivosti hrađených z rozpočtu Fondu povinného zdravotného poistenia) atď.
- 2) Národný fond zdravotného poistenia pod ministerstvom zdravotníctva;
- 3) Územné zdravotné poisťovne.

Poistnými udalosťami povinného zdravotného poistenia sú podľa § 5 toho istého zákona poruchy zdravia alebo zdravotný stav osôb povinne poistených, ktoré boli diagnostikované lekárom, ktorý má právo určiť zdravotný stav a diagnostikovať choroby a poruchy zdravia podľa právnych predpisov upravujúcich jeho profesijné práva a ktoré odôvodňujú poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobám povinne nemocensky poisteným podľa tohto zákona. Náklady na takúto zdravotnú starostlivosť musia byť hrađené z rozpočtu Fondu povinného zdravotného poistenia.

V § 2 ods. 4 zákona o zdravotnom poistení sa ustanovuje, že rozpočtom Fondu povinného zdravotného poistenia sa rozumie plán príjmov a výdavkov ustanovený týmto zákonom na rozpočtový rok.

## 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

Nevyhnutná zdravotná starostlivosť je pre každú osobu (poistenca aj nepoistenca) bezplatná. Zdravotná starostlivosť osôb, ktoré sú povinne nemocensky poistené, ako aj niektorých ďalších osôb, ako je uvedené v odpovedi na otázku 1, je štátom garantovaná a pre týchto pacientov bezplatná.

Za uhrádzané lieky a zdravotnícke pomôcky si pacient dopláca. Podľa § 2 ods.15 zákona o zdravotnom poistení (rovnaké ustanovenie je zakotvené aj v zákone o farmácii) sa spoluúčasťou pacienta rozumie suma uvedená v cenníku uhrádzaných liekov alebo v cenníku uhrádzaných zdravotných pomôcok, ktoré si musí pacient doplatiť sám pri kúpe uhrádzaného lieku alebo pomôcky.

Podľa § 10 ods. 2 toho istého zákona majú niektoré skupiny pacientov nárok na 100 % úhradu základných nákladov na dotované lieky a zdravotnícke pomôcky (na účely ambulantnej zdravotnej starostlivosti): deti do 18 rokov; osoby s úroveňou spôsobilosti 0 – 25 %; starobní dôchodcovia s 15 % úroveňou spôsobilosti; osoby vo veku 75 rokov a staršie. Poistencom s diagnostikovanými chorobami, syndrómami a stavmi uvedenými v príslušnom zozname sa uhrádza 100 %, 90 %, 80 % alebo 50 % základnej ceny dotovaných liekov a zdravotníckeho materiálu na ambulantnú liečbu chorôb (čl. 10 ods. 3). Okrem toho sa 50 % základnej ceny zdravotníckych pomôcok na ambulantnú liečbu uhrádza aj ďalším poistencom, ktorí nie sú uvedení v článku 10 ods. 2 a 3: osoby prijímajúce štátne sociálne poistenie, starobný dôchodok; starobní dôchodcovia



poberajúci doplnkový dôchodok sociálnej pomoci a osoby s 30 – 40% úrovňou spôsobilosti (čl. 10 ods. 4).

Podľa § 10 ods. 5 zákona o zdravotnom poistení za poistenca hospitalizovaného v ústavných zdravotníckych zariadeniach musia byť náklady na lieky a zdravotnícky materiál hradené z rozpočtu Fondu povinného zdravotného poistenia, okrem prípadov, keď si poistenec zvolí z vlastnej iniciatívy a na odporúčanie svojho lekára drahšie lieky alebo zdravotnícky materiál, než aké sa používajú v Litovskej republike v súlade so zavedenými metódami liečby. V takom prípade je poistenec povinný uhradiť zdravotníckemu zariadeniu rozdiel medzi cenou lieku alebo zdravotníckeho materiálu predpísaného lekárom a cenou lieku alebo zdravotníckeho materiálu, ktoré si poistenec vybral (tento rozdiel môže byť uhradený z prostriedkov doplatku resp. dobrovoľného nemocenského poistenia alebo z iných fondov).

### **3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hradené pacientom**

V súčasnosti nie sú ceny služieb súkromnej zdravotnej starostlivosti (nehradených povinne poisteným) zákonom regulované – tieto ceny závisia od rozhodnutia súkromnej zdravotnej inštitúcie.

V prípade verejných zdravotníckych zariadení majú vlastné cenníky platených zdravotníckych služieb. Presnú sumu si určí samotná inštitúcia.

### **4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hradených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia**

V zmysle § 2 ods. 6 zákona o zdravotnom poistení sa doplnkovým/dobrovoľným zdravotným poistením rozumejú výkony zdravotnej starostlivosti uvedené v zmluvách o doplnkovom/dobrovoľnom zdravotnom poistení, ktoré sa podľa týchto zmlúv uhrádzajú po poistnej udalosti pripoisteného. Doplnkové/dobrovoľné zdravotné poistenie sa musí poskytovať v súlade s postupom ustanoveným týmto zákonom, zákonom o poisťovníctve a ďalšími právnymi predpismi.

Podľa § 42 toho istého zákona inštitúciami, ponúkajúcimi doplnkové/dobrovoľné zdravotné poistenie sú poisťovne, ktorým bolo v súlade s postupom ustanoveným právnymi predpismi vydané povolenie na vykonávanie takejto činnosti zdravotného poistenia.

V § 45 zákona o zdravotnom poistení sa stanovuje, že doplnkové/dobrovoľné zdravotné poistenie pozostáva z dobrovoľných/doplnkových príspevkov právnických a fyzických osôb do poisťovní poskytujúcich dobrovoľné/doplnkové zdravotné poistenie.

Poistnými udalosťami doplnkového/dobrovoľného zdravotného poistenia sa v zmysle § 43 tohto zákona rozumie ošetrovanie poistenca v zdravotníckom zariadení s ohľadom na zdravotné poruchy a/alebo zdravotné stavy uvedené v zmluvách o doplnkovom/dobrovoľnom zdravotnom poistení a diagnostikované lekárom, ak tieto zdravotné poruchy a stavy dávajú dôvod na poskytnutie osobnej zdravotnej starostlivosti poistencovi v druhu a rozsahu vymedzenom týmito zmluvami. Náklady na tieto služby musí uhradiť poisťovateľ za podmienok stanovených v zmluvách o doplnkovom/dobrovoľnom



zdravotnom poistení. Doplnkové/dobrovoľné zdravotné poistenie pokrýva náklady na zdravotné výkony a dotované lieky, ktoré nie sú hradené z rozpočtu Fondu povinného zdravotného poistenia, štátneho rozpočtu alebo rozpočtu obce.

**5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**

**a. objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas**

Poplatky môžu byť účtované, keď pacient požiada o platené služby (nekryté poistením). Výška poplatku závisí od rozhodnutia zdravotníckeho zariadenia.

**b. návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie**

Pohotovostná zdravotná starostlivosť je pre každú osobu bezplatná (štátom garantovaná).

**c. ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta**

Niektoré zdravotnícke zariadenia môžu poskytnúť možnosť vybrať si platené nemocničné oddelenia. Zvyčajne má zdravotnícke zariadenie vlastný cenník platených služieb.

**d. telemedicínske služby**

Keď sa telemedicínska služba využíva na poskytovanie bezplatnej zdravotnej služby, pacient za ňu nemusí platiť.

**6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom**

Podľa § 4 zákona o právach pacienta a náhrade ujmy na zdraví má pacient právo zvoliť si zdravotnícke zariadenie postupom ustanoveným právnymi aktmi. Pacient má tiež právo vybrať si zdravotníckeho pracovníka. Postup pri výbere zdravotníckeho pracovníka musí stanoviť vedúci zdravotníckeho zariadenia.

Pri výkone práva na výber zdravotníckeho zariadenia možno právo pacienta na bezplatnú zdravotnú starostlivosť obmedziť postupom ustanoveným právnymi predpismi. Pacient má právo na druhý posudok od iného špecialistu s rovnakou odbornou kvalifikáciou. Pri výkone tohto práva možno obmedziť právo pacienta na bezplatnú zdravotnú starostlivosť v súlade s postupom ustanoveným ministerstvom zdravotníctva alebo ním poverenými inštitúciami (čl. 4).

Podmienky a postup preplácania nákladov na zdravotnú starostlivosť poskytovanú pacientom v zahraničí musí stanoviť ministerstvo zdravotníctva alebo ním poverená inštitúcia (§ 4).

V článku 49 ods. 3 zákona o zdravotnom systéme sa tiež stanovuje, že pacient má právo vybrať si inštitúciu primárnej zdravotnej starostlivosti a lekára v rámci národného zdravotného systému Litvy podľa postupu stanoveného ministerstvom zdravotníctva a Radou pre povinné zdravotné poistenie; aj inštitúciu sekundárnej a terciárnej zdravotnej starostlivosti a lekára v súlade s podmienkami ustanovenými v tomto článku na poskytovanie bezplatnej individuálnej zdravotnej starostlivosti.



#### 4.11 Lotyšsko

V Lotyšsku je možné získať služby zdravotnej starostlivosti hradené z prostriedkov štátneho rozpočtu; služby môžu byť hradené aj z fondov súkromného zdravotného poistenia alebo si pacient môže plne hrať služby zdravotnej starostlivosti sám.

Ak ide o štátom financované zdravotné výkony, pacienti platia príspevky pacienta (čo je malá časť z celkových nákladov na výkon) a najväčšiu časť nákladov na výkon hradí štát v súlade s jednotnými sadzbami výkonov schválenými štátom.

Ak má osoba uzatvorenú poisťnú zmluvu, potom rozsah úhrady konkrétnej služby závisí od toho, či a v akom rozsahu konkrétna poisťka danú službu pokrýva. Ak si zdravotnú službu osoba plne hradí sama, bude účtovaná podľa cenníka príslušného zdravotníckeho zariadenia za platené výkony.

Štátny rozpočet v Lotyšsku pokrýva:

- zdravotnú starostlivosť poskytovanú rodinným lekárom alebo jeho tímom;
- preventívnu prehliadku u rodinného lekára 1x ročne (ak sa pacient do roka neobrátil na lekára v súvislosti s ochorením);
- preventívne vyšetrenia rakoviny prsníka, krčka maternice a hrubého čreva;
- zdravotnú starostlivosť poskytovanú odborníkmi;
- vyšetrenia na odporúčanie rodinného lekára alebo špecialistu;
- lekársku pomoc na miestach pre pohotovostnú lekársku pomoc;
- služby zdravotnej starostlivosti poskytované v dennom stacionári;
- zdravotnú starostlivosť v nemocnici;
- zdravotnú starostlivosť doma;
- pomoc poskytovanú tímom pohotovostnej zdravotnej starostlivosti;
- liečebnú rehabilitáciu;
- lieky a lekárske vybavenie, ktoré sa majú uhradiť.

**5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**

- a. objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas**  
nie
- b. návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie**  
áno
- c. ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta**  
nie
- d. telemedicínske služby**  
nie

**6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom**

Pacienti majú právo na slobodný výber lekára v celej krajine.



#### 4.12 Maďarsko

Maďarská ústava hovorí, že všetci maďarskí občania majú právo na prístup k zdravotnej starostlivosti. Podľa súčasnej legislatívy sú však občania a cudzinci pracujúci v krajine povinní vstúpiť do národného systému sociálneho zdravotného poistenia (SHI). Pokrytie SHI je preto vysoké, ale nie univerzálne: približne 5 % populácie má nevyjasnený status SHI (napríklad ľudia bez trvalého bydliska atď.).

Všetci obyvatelia Maďarska sú povinní uzavrieť povinné zdravotné poistenie, ktoré spravuje Národný fond zdravotného poistenia (NEAK). Príspevky sa odpočítavajú z príjmu fyzickej osoby vrátane miezd a príjmov zo samostatnej zárobkovej činnosti. Odvody sú povinní platiť aj zamestnávateľia.

Poistenie poskytuje krytie základnej lekárskej starostlivosti vrátane konzultácií s praktickými lekármi a špecialistami, predpísaných liekov, nemocničnej starostlivosti, preventívnej starostlivosti a rehabilitačnej liečby.

Niektoré výkony, ako napríklad zubná starostlivosť, nie sú plne zahrnuté v povinnom zdravotnom poistení. Toto ošetrovanie si môže vyžadovať dodatočné poplatky, aj keď niektoré základné služby sú kryté pre deti a mladých dospelých.

O balíku výhod hradených Národným fondom zdravotného poistenia sa rozhoduje na centrálnej úrovni prostredníctvom pozitívneho zoznamu pre liečivá a negatívneho zoznamu pre lekárske postupy. Zatiaľ čo väčšina výdavkov nemocníc je financovaná z verejných zdrojov, verejné pokrytie ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ambulantných liekov, zdravotníckych pomôcok a zubnej starostlivosti je oveľa užšie.

Okrem povinného zdravotného poistenia je maďarská zdravotná starostlivosť financovaná aj z doplnkového zdravotného poistenia, ktoré nie je povinné.

Všetci zdravotne poistení pacienti majú právo na zdravotnú starostlivosť odôvodnenú ich zdravotným stavom a **nariadenie vlády 284/1997 (XII. 23.) o úhrade niektorých zdravotných služieb za úhradu**<sup>21</sup> stanovuje pravidlá pre výpočet úhrady niektorých dávok nehradených zo zdravotného poistenia a presnú sumu.

Iné liečebné postupy, ktoré nie sú zahrnuté v nižšie uvedených nariadeniach, môže financovať priamo pacient.

Pacienti, ktorí nie sú zdravotne poistení, si však okrem určitých prípadov (epidemiologická starostlivosť, záchrana života, iné naliehavé potreby) musia platiť za zdravotnú starostlivosť. Maďarská vláda je zo zákona oprávnená stanoviť poplatky za tieto služby. V prípade ambulantnej starostlivosti, ústavnej starostlivosti alebo diagnostických služieb musia nepoistení platiť za poskytovanú starostlivosť alebo diagnostickú činnosť na základe položkových účtov.

<sup>21</sup> Nariadenie vlády 284/1997 (XII. 23.) o úhrade niektorých zdravotných služieb za úhradu. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/1997-284-20-22>



Činnosti vykonávané počas zdravotnej starostlivosti podliehajú bodovým hodnotám stanoveným vyhláškou. Hodnoty bodov je možné prepočítať na forinty na základe údajov zverejnených ministerstvom ľudských zdrojov a ministerstvom národného hospodárstva.

V rámci limitov stanovených rozpočtom môže zdravotná poisťovňa v určitých prípadoch poskytnúť dotáciu s prihliadnutím na konkrétnu situáciu pacienta. Národná agentúra pre správu fondu zdravotného poistenia (NEAK) môže hradiť niektoré alebo všetky poplatky za určité lekárske zákroky na princípe férovosti a spravodlivosti.

### 1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony

Prístup k zdravotnej starostlivosti dotuje štát buď z centrálného rozpočtu, alebo zo zdravotnej poisťovne. Niektoré výhody sú dostupné za osobitný alebo dodatočný poplatok, aj keď je niekto inak poistený.

Zdravotné výkony spolufinancované alebo plne hrazené pacientmi sú regulované. Hlavné právne predpisy sú:

- Zákon č. 154 z roku 1997 o zdraví<sup>22</sup>;
- Zákon LXXXIII z roku 1997 o dávkach hrazených z povinného zdravotného poistenia<sup>23</sup>;
- Nariadenie vlády č. 217/1997 (XII. 1.) o vykonaní zákona LXXXIII z roku 1997 o dávkach povinného zdravotného poistenia<sup>24</sup>;
- Nariadenie vlády č. 284/1997 (XII. 23.) o úhrade niektorých zdravotných služieb za úhradu<sup>25</sup>.

Podľa zákona o zdraví (zákon č. 154 z r. 1997) má každý pacient právo na život zachraňujúcu starostlivosť v prípade núdze alebo na starostlivosť, aby sa predišlo vážnemu alebo trvalému poškodeniu zdravia a na zmiernenie bolesti a utrpenia.

### 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

Aj keď je pacient krytý zdravotným poistením, musí zaplatiť PLNÚ ÚHRADU za nasledujúce úkony:

- zásah na zmenu vonkajších pohlavných znakov, s výnimkou vývoja geneticky podmienených nevonkajších znakov v dôsledku vývojovej poruchy,
- špecifický typ protézy na obnovenie schopnosti žuvania,
- ortodontické aparáty do 18 rokov.

<sup>22</sup> Zákon č. 154 z roku 1997 o zdraví. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/1997-154-00-00.118#CI>

<sup>23</sup> Zákon LXXXIII z roku 1997 o dávkach hrazených z povinného zdravotného poistenia. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/1997-83-00-00.107>

<sup>24</sup> Nariadenie vlády č. 217/1997 (XII. 1.) o vykonaní zákona LXXXIII z roku 1997 o dávkach povinného zdravotného poistenia. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/1997-217-20-22>

<sup>25</sup> Nariadenie vlády č. 284/1997 (XII. 23.) o úhrade niektorých zdravotných služieb za úhradu. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/1997-284-20-22>





Poistenec má okrem KOMPENZAČNEJ SADZBY nárok na tieto výhody:

- ďalšie služby poskytované na základe vlastnej iniciatívy pacienta v rámci zdravotnej starostlivosti a
- starostlivosť (vrátane liekov a stravy) poskytovaná na základe odporúčania lekára v prípade hospitalizácie.

Pravidlá výpočtu čiastkového a doplnkového poplatku a v mnohých prípadoch aj presná výška poplatku sú uvedené v prílohe č. 1 k nariadeniu vlády č. 284/1997 (XII. 23.) o úhrade niektorých zdravotných služieb za úhradu, od ktorého sa nemožno odchyliť.

Zoznam spoplatnených služieb, ktoré môže poskytovateľ poskytovať, musí byť v zdravotníckom zariadení vyvesený na dobre viditeľnom mieste s účtovanými poplatkami. Pacient musí byť informovaný o poplatkoch za uhrádzanú službu pred poskytnutím služby/starostlivosti.

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti financovaný zdravotnou poisťovňou nesmie poistencovi účtovať iné zdravotné služby poskytované v rámci zdravotného poistenia, ako sú uvedené vyššie.

Postup pri stanovovaní, zverejňovaní a platení poplatkov, ktoré môžu byť stanovené v pôsobnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti vo vlastníctve štátu a obce, ustanoví predpis poskytovateľa schválený správcom. V prípade ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti si podmienky platenia úhrady určí poskytovateľ.

**3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hrazené pacientom**

Nariadenie vlády 284/1997 (XII. 23.) obsahuje podrobnosti o lekárskech zákrokoch a vyšetreniach, za ktoré musí pacient platiť a obsahuje aj presnú výšku platieb.

**4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hrazených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia**

Pozri predchádzajúce otázky.

V Maďarsku môžu byť zdravotné služby dostupné aj súkromne, buď zaplatením za ošetrovanie v hotovosti alebo uzavretím súkromného zdravotného poistenia. Na súkromné zdravotné poistenie sa vzťahuje **Občiansky zákonník**<sup>26</sup> (§ 6:487 – 6:490).

Existujú tri rôzne typy produktov zdravotného poistenia

- kompenzačné poistenie,
- zdravotné poistenie, ktoré financuje zdravotné služby, známe aj ako súkromné zdravotné poistenie,
- poistenie na zdravotnú starostlivosť v zahraničí pri závažných ochoreniach.

<sup>26</sup> Občiansky zákonník. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/2013-5-00-00>

5. **Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**
- a. **objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas**
  - b. **návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie**
  - c. **ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta**
  - d. **telemedicínske služby**

V maďarskom verejnom zdravotníctve sú tieto služby bezplatné.

V prípade súkromnej zdravotnej starostlivosti musíte platiť za všetky služby okrem rezervácie pacienta na konkrétny dátum a čas.

6. **Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom**

Existuje slobodný výber (zamestnaných alebo zmluvných) lekárov. Pacienti sa musia prihlásiť u jedného praktického lekára. Neexistujú žiadne geografické obmedzenia. Pacienti môžu zmeniť lekára raz ročne (alebo aj viackrát, ak je to opodstatnené).

Pacient môže ísť na základnú zdravotnú starostlivosť k akémukoľvek lekárovi, s ktorým má uzatvorenú zmluvu Národný fond zdravotného poistenia (NEAK). Pre starostlivosť na sekundárnej úrovni, s hospitalizáciou alebo bez nej, musí ísť pacient k určenému špecialistovi alebo inštitúcii, ktorá prináleží jeho/jej deklarovanému bydlisku.

V súhrne: Pacient má právo vybrať si lekára, to znamená, že si môže namiesto lekára prideleného pacientovi podľa rozvrhu práce zdravotníckeho zariadenia zvoliť iného lekára, ak to jeho zdravotný stav a naliehavosť starostlivosti nevyklúčujú.

#### 4.13 Poľsko

1. **Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony**

Zdravotné výkony hradené zdravotnou poisťovňou a výkony plne hradené pacientmi upravujú ustanovenia **Zákona o všeobecnom zdravotnom poistení**<sup>27</sup>.

Podľa tohto zákona financuje Národný fond zdravia (v poľštine: Narodowy Fundusz Zdrowia alebo NFZ), ktorý je orgánom zodpovedným za financovanie zdravotnej starostlivosti, mnoho druhov liečebných procedúr vrátane primárnej zdravotnej starostlivosti, špecializovanej zdravotnej starostlivosti, nemocničnej liečby, rehabilitácie, paliatívnej starostlivosti, domácej starostlivosti, ošetrovateľských služieb, stomatologických služieb, prepravných služieb, laboratórno-diagnostických a zobrazovacích služieb, ako aj lieky a zdravotnícke pomôcky. Ich zoznam obsahuje *Nariadenie ministra zdravotníctva o garantovaných službách v oblasti nemocničnej starostlivosti*<sup>28</sup>. Iné liečebné postupy, ktoré nie sú zahrnuté vo vyššie uvedenom nariadení, môžu byť financované priamo pacientom.

<sup>27</sup> Zákon o všeobecnom zdravotnom poistení. Dostupné na internete (v poľštine): <https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/1998/s/117/756>

<sup>28</sup> Oznámenie ministra zdravotníctva zo dňa 13. marca 2023 o zverejnení konsolidovaného znenia nariadenia ministra zdravotníctva o garantovaných službách v oblasti nemocničnej starostlivosti. Dostupné na internete (v poľštine): <https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2023/870>





## 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

Podľa **Zákona z 27. augusta 2004 o zdravotných službách financovaných z verejných zdrojov**<sup>29</sup> v súčasnosti neexistuje možnosť príplatkov za výkony financované NFZ ani tzv. dvojité financovanie. V prípade, že NFZ nefinancuje lekársky zákrok, celé jeho náklady znáša pacient. Cenu v tomto prípade určuje zdravotnícke zariadenie, ktoré zákrok vykonáva.

Spolufinancovanie je možné v prípadoch uvedených v čl. 18, 33 a 41 **Zákona o iných službách, ktoré nie sú liečebnými výkonmi** (napr. náklady na stravu a ubytovanie v opatrovateľskom zariadení, domove dôchodcov alebo rehabilitačnom stredisku, náklady na dopravu do/z kúpeľného/rehabilitačného centra a čiastočná úhrada stravy a ubytovania v kúpeľnom sanatóriu).

## 3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hrazené pacientom

Ak NFZ neuhradí náklady na lekársky zákrok, pacient uhradí poplatky stanovené zdravotníckym zariadením, ktoré navštevuje.

## 4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hrazených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia

Momentálne nie je možnosť dodatočných príplatkov za výkony financované NFZ zo zdravotného poistenia.

## 5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:

### a. objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas

Rezervácia termínu pacientom je spravidla bezplatná, ale termín a čas závisí od dostupnosti lekárov.

### b. návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie

Nemocničné pohotovostné oddelenia (tzv. „SOR“) nemôžu odmietnuť poskytnutie zdravotnej starostlivosti pacientovi v život ohrozujúcej situácii. Súčasný predpis však, podľa ministra zdravotníctva, dávajú právo na bezplatné zdravotné služby len pacientom so zdravotným poistením v Poľsku. Čo sa týka nepoistených pacientov, nemocnice a polikliniky sú povinné požadovať úhradu nákladov za poskytnuté služby. Táto problematika je v poslednom čase predmetom diskusií, keďže niektorí poslanci vyjadrili pochybnosti, či podľa súčasnej právnej úpravy má byť nepoistená osoba, ktorá prijíma zdravotnú pohotovostnú službu, spoplatnená, alebo či má byť služba poskytovaná za takýchto podmienok bezplatná.

<sup>29</sup> Oznámenie maršálka Sejmu Poľskej republiky zo dňa 24. novembra 2022 o zverejnení konsolidovaného znenia zákona o zdravotných službách financovaných z verejných zdrojov. Dostupné na internete (v poľštine): <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2022/pozycja/2561>



Čo sa týka návštev zubnej pohotovosti, tie sú pre poistencov v NFZ väčšinou bezplatné. V niektorých prípadoch však môžu byť pacientom spoplatnené niektoré služby, ako sú lieky, ktoré NFZ neprepláca.

**c. ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta**

Strava v nemocnici je pre pacientov poistených Národnou zdravotnou službou zadarmo.

**d. telemedicínske služby**

Národný zdravotný fond financuje telemedicínske služby a pacienti poistenci NFZ môžu tieto služby využívať bezplatne.

**6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom**

Poistenci majú v rámci Národného zdravotného fondu (NFZ) právo na slobodný výber svojho lekára prvého kontaktu, sestru a pôrodnú asistentku dvakrát v kalendárnom roku v celej krajine. Ak pacient zmení svoje bydlisko, má právo voľby znova. Každá ďalšia zmena je spoplatnená (80 PLN). Okrem toho majú pacienti právo využívať primárnu zdravotnú starostlivosť na ktorejkoľvek ambulancii so zmluvou s NFZ aj mimo svojho bydliska.

#### 4.14 Portugalsko

Zdravotnícke služby v Portugalsku fungujú prostredníctvom troch vzájomne prepojených systémov: Národná zdravotná služba (SNS), špeciálne programy sociálneho zdravotného poistenia prispôbené konkrétnym profesiám (známe ako zdravotné subsystemy) a dobrovoľné súkromné zdravotné poistenie. SNS zabezpečuje univerzálne pokrytie.

Ministerstvo zdravotníctva má za úlohu formulovať zdravotnú politiku a dohliadať na hospodárenie SNS. Zdravotný regulačný subjekt (ERS) slúži ako verejný nezávislý orgán zodpovedný za reguláciu činnosti verejných, súkromných a sociálnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Základný **Zákon č. 95/2019 zo 4. septembra 2019 o zdraví**<sup>30</sup> v článku 6.<sup>o</sup> uvádza, že zodpovednosť štátu za zabezpečenie práva na ochranu zdravia nesie predovšetkým SNS a ostatné verejné služby a doplnkovým a dočasným spôsobom v odôvodnených prípadoch je možnosť uzatvárať dohody so subjektmi súkromného a sociálneho sektora, ako aj s odborníkmi pracujúcimi nezávisle.

Okrem toho je dôležité spomenúť aj ustanovenia uvedené v článku 23, kde je definované, že financovanie SNS sa zabezpečuje prostredníctvom prostriedkov zo štátneho rozpočtu s možnosťou vyčlenenia daňových príjmov na tento účel bez toho, aby boli dotknuté ostatné príjmy ustanovené zákonom, predpismi, zmluvami alebo iným kontextom. Zákon definuje objektívne a kvantifikovateľné kritériá financovania SNS, pričom môže ustanoviť minimálne hodnoty, ktoré treba dodržiavať na základe demografických, sociálnych a zdravotných ukazovateľov.

<sup>30</sup> Zákon č. 95/2019 zo 4. septembra 2019 o zdraví. Dostupné na internete (v portugalčine): <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>



Pokiaľ ide o poisťnú zložku v systéme zdravotnej starostlivosti v Portugalsku, uvádza sa kontext vyplývajúci z článku 27 vyššie uvedeného základného zákona. Podľa tohto právneho rámca musí pred uzatvorením zdravotného poistenia alebo zdravotného plánu poisťovateľ poskytnúť jasné a zrozumiteľné informácie o podmienkach zmluvy, najmä o rozsahu, výlukách a limitoch krytia. To zahŕňa výslovné informácie o možnom prerušení alebo ukončení poskytovania zdravotnej starostlivosti v prípade dosiahnutia zmluvne stanovených poisťných limitov.

Využívaním služieb oficiálnej zdravotnej starostlivosti integrovanej do SNS, ako aj príspevkom štátu na lieky zakúpené v lekárnach sa realizuje právo všetkých občanov na zdravie, zakotvené v článku 64 portugalskej ústavy.

## 1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony

Každý má právo slobodne si vybrať zdravotnícke zariadenie, v ktorom chce zdravotnú starostlivosť využívať. Prístup k zdravotnej starostlivosti však podlieha súlade so súborom odlišných pravidiel v závislosti od subjektu zodpovedného, či už zo zákona alebo zmluvne, za financovanie alebo úhradu nákladov vyplývajúcich zo starostlivosti.

Zdravotná starostlivosť je podľa platnej legislatívy spravídla poskytovaná bezplatne s prihliadnutím na ekonomické a sociálne podmienky užívateľov. Za každú poskytnutú konzultáciu alebo starostlivosť musí užívateľ zaplatiť poplatok, známy ako spoluúčasť.

Zdravotné služby, ktorých náklady sú hradené z rozpočtu SNS, zahŕňajú úhradu poplatkov spoluúčasti len v nemocničných pohotovostných službách, táto služba však môže byť v niektorých prípadoch bezplatná, za podmienok uvedených v § 4.º **Zákona č. 113/2011 z 29. novembra 2011 o prístupe používateľov k výhodám národnej zdravotnej služby s ohľadom na režim používateľských poplatkov a uplatňovanie režimov osobitných výhod.**<sup>31</sup>

Používateľ Národnej zdravotnej služby (SNS) za hospitalizáciu neplatí. Okrem toho štát v rámci SNS dotuje náklady na lieky na rôznych úrovniach.

## 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

Prevádzkové a dávkové schémy sú upravené v **Zákone č. 118/83 z 25. februára 1983, ktorý stanovuje fungovanie a schému dávok Generálneho riaditeľstva sociálnej ochrany pre zamestnancov a zástupcov verejnej správy (ADSE)**<sup>32</sup>. Poskytovanie dávok je zabezpečené v súlade s článkom 19.º, ktorý hovorí, že úhrada zo strany ADSE za poskytnutú starostlivosť je založená na úhrade príjemcovi služby, ako aj na priamej

<sup>31</sup> Zákon č. 113/2011 z 29. novembra 2011 o prístupe používateľov k výhodám národnej zdravotnej služby s ohľadom na režim používateľských poplatkov a uplatňovanie režimov osobitných výhod. Dostupné na internete (v portugalskom jazyku): <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2011-67047307>

<sup>32</sup> Zákon č. 118/83 z 25. februára 1983, ktorý stanovuje fungovanie a schému dávok Generálneho riaditeľstva sociálnej ochrany pre zamestnancov a zástupcov verejnej správy (ADSE). Dostupné na internete (v portugalskom jazyku): <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1983-127022688>



úhrade poskytovateľovi služby v súlade so zákonom ustanovenými postupmi. V prípade, že ADSE platí priamo zdravotníckym subjektom na základe uzatvorených zmlúv, bude preplatená prostredníctvom týchto alternatív:

- príjmom zdravotnej služby za časť, ktorá presahuje zákonom stanovené limity; a
- regionálnym a miestnymi verejným subjektom za celkovú sumu týchto výdavkov, pričom tieto subjekty sú zodpovedné za vymáhanie akýchkoľvek spoluúčastí, ktoré môžu príjemcovia potenciálne dlžiť.

**3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hradené pacientom**

§ 18.<sup>o</sup> Vyhlášky č. 7/2017 zo dňa 9. januára 2017, ktorá zakladá Ústav ochrany a pomoci pri chorobách, I. P.<sup>33</sup> stanovuje limit na úhradu zdravotnej starostlivosti krytej dohodami uzatvorenými medzi ADSE a I. P. v konvenčnom režime o cene liekov, cene protetiky a celkovej cene za operačný výkon. Ak nie je stanovený limit uvedený v predchádzajúcom odseku, použije sa maximálny limit platieb, ako je uvedené v odseku 3 vyššie uvedeného článku 18.

**4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hradených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia**

Fungovanie a dávkový systém ADSE a I. P. sú upravené v zákone č. 118/83, ktorý stanovuje fungovanie a schému dávok Generálneho riaditeľstva sociálnej ochrany pre zamestnancov a zástupcov verejnej správy (ADSE) v kapitole III. V článku 19.<sup>o</sup> sa k tejto otázke uvádza, že úhrada zo strany ADSE, I. P. za poskytnutú starostlivosť je založená na spôsobe úhrady príjemcovi a priamej platbe poskytovateľovi služby, ako je zákonne ustanovené. V dohodách, ktoré uzatvorí ADSE, I. P., môže byť ustanovená zásada, aby príjemca uhradil spoluúčasť priamo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.

V článku 41.<sup>o</sup> sa tiež uvádza, že ADSE, I. P. neprispieva na výdavky na zdravotnú starostlivosť, ktorá už bola dotovaná z iných zdravotných subsystémov, sociálnych služieb alebo sociálnych služieb začlenených do verejnej správy. Výdavky na zdravotnú starostlivosť, ktoré boli dotované súkromnými subjektmi, dotuje aj ADSE, I. P., ale len v sumách nad rámec týchto dotácií.

**5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**

- a. objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas**  
nie
- b. návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie**  
v niektorých prípadoch

<sup>33</sup> Vyhláška č. 7/2017 zo dňa 9. januára 2017, ktorá zakladá Ústav ochrany a pomoci pri chorobách, I. P. Dostupné na internete (v portugalskom jazyku): <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/7-2017-105726273>



**c. ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta**

Cena zdravotníckych služieb vykonaných pri hospitalizácii je kalkulovaná v súlade s Vyhláškou č. 207/2017 z 11. júla 2017, ktorou sa schvaľujú predpisy a cenové tabuľky pre inštitúcie a služby integrované v národnom zdravotníctve, upravuje Integrovaný systém riadenia registrácie na chirurgiu (SIGIC), ktorý sa stáva súčasťou Integrovaného systému riadenia prístupu (SIGA SNS)<sup>34</sup>.

**d. telemedicínske služby**

Cena je 34,10 € (prvá služba) a 31,00 € (následné konzultácie), ako sa uvádza vo vyhláske č. 207/2017 z 11. júla 2017, v jej článku 15.<sup>o</sup>

**6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom**

Zákon č. 118/83 v článku 43.<sup>o</sup> uvádza, že príjemcovia majú nárok na sociálne dávky poskytované ADSE a I. P., ako aj na slobodnú voľbu lekára alebo zdravotnej starostlivosti. inštitúcie v tuzemsku alebo v zahraničí.

Príjemcovia ADSE majú okrem iného nárok na:

- slobodný výber poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, či už je alebo nie je pridružený k sieti ADSE, v Portugalsku aj v zahraničí;
- Prístup k službám zdravotnej starostlivosti poskytovaným SNS za rovnakých podmienok ako ktorýkoľvek portugalský občan;
- preplatenie nákladov za zdravotnú starostlivosť získanú mimo siete ADSE v súlade s platnými predpismi ADSE; a
- definitívne a kedykoľvek sa vzdať svojho postavenia ako príjemcu ADSE.

#### 4.15 Slovinsko

**1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony**

Systém verejného zdravotného poistenia v Slovinsku zabezpečuje primerané zdravotné a sociálne zabezpečenie pokrývaním nákladov na zdravotné potreby občanov. Práva jednotlivcov alebo nezaopatrených rodinných príslušníkov sú spojené s účasťou na poistení, a teda závisia od platenia príspevku (v prípade povinného nemocenského poistenia) a poistného (v prípade dobrovoľného (doplňkového) nemocenského poistenia).

a) Povinné zdravotné poistenie spravuje Slovinský inštitút zdravotného poistenia (ZZZS)<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> Vyhláška č. 207/2017 z 11. júla 2017, ktorou sa schvaľujú predpisy a cenové tabuľky pre inštitúcie a služby integrované v národnom zdravotníctve, upravuje Integrovaný systém riadenia registrácie na chirurgiu (SIGIC), ktorý sa stáva súčasťou Integrovaného systému riadenia prístupu (SIGA SNS). Dostupné na internete (v portugalskom jazyku): <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2017-116351585>

<sup>35</sup> Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostupné na internete (v slovinskom jazyku): <https://www.zzzs.si/>



b) Dobrovoľné (doplnkové) zdravotné poistenie poskytujú iné (zdravotné) poisťovne.

Dobrovoľné doplnkové zdravotné poistenie bude zrušené k 31. decembru 2023. Od 1. januára 2024 ho nahradí povinné zdravotné poistenie vo výške 35 eur, ktoré bude vyberať Finančná správa. Suma sa bude upravovať raz ročne vzhľadom na rast priemernej hrubej mzdy v Slovinsku v predchádzajúcom roku. Okrem toho bude existovať aj dobrovoľné nadštandardné zdravotné poistenie, ktoré dokáže pokryť náklady na doplnkové zdravotné služby alebo služby, ktoré by si inak museli v plnej miere hradiť sami pacienti.

Rozsah práv súvisiacich s povinným zdravotným poistením upravuje **zákon o zdravotnej starostlivosti a zdravotnom poistení (ZZVZZ)**<sup>36</sup> a **Pravidlá povinného zdravotného poistenia**.<sup>37</sup>

Povinné zdravotné poistenie zahŕňa:

- poistenie pre prípad chorôb a úrazov, ktoré nie sú z povolania,
- poistenie pre prípad choroby a úrazu z povolania.

Povinné zdravotné poistenie v rozsahu ustanovenom zákonom o zdravotnej starostlivosti a zdravotnom poistení zahŕňa:

- úhradu služieb zdravotnej starostlivosti,
- preplatenie mzdy počas práceneschopnosti,
- úhradu cestovných nákladov, spojených s čerpaním služieb zdravotnej starostlivosti.

Výška nároku na služby zdravotnej starostlivosti je stanovená ako percento z hodnoty služieb. To znamená, že niektoré služby sú plne hrazené (100 %) zo zdravotného poistenia, zatiaľ čo iné sú financované určitým percentom z hodnoty služby. Rozdiel do plnej hodnoty musia poistenci doplatiť z vlastných zdrojov, prípadne sa môžu za príplatok dobrovoľne nemocensky poistiť. V tomto prípade dodatočné náklady hradí poisťovňa, v ktorej má osoba túto formu poistenia.

Percento hodnoty služieb zdravotnej starostlivosti hradených z povinného zdravotného poistenia stanovuje **Zhromaždenie Fondu zdravotného poistenia Slovinska (ZZZS)** na základe zákonných usmernení.

Zdravotná starostlivosť poskytovaná poistencom v rámci povinného zdravotného poistenia sa uhrádza takto:

- za služby zdravotnej starostlivosti uvedené v § 23 ods. 1 bod 2 zákona o zdravotnej starostlivosti a zdravotnom poistení – 90 % hodnoty,
- za služby zdravotnej starostlivosti uvedené v § 23 ods. 1 bod 3 zákona o zdravotnej starostlivosti a zdravotnom poistení – 80 % hodnoty,
- za služby zdravotnej starostlivosti uvedené v § 23 ods. 1 bod 4 zákona o zdravotnej starostlivosti a zdravotnom poistení – 70 % hodnoty.

<sup>36</sup> Zákon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Dostupné na internete (v slovinskom jazyku): <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>

<sup>37</sup> Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja . Dostupné na internete (v slovinskom jazyku): <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3562>





Zostatok až do výšky 100 % plnej hodnoty môže poistenec uhradiť v rámci doplnkového zdravotného poistenia.

Ďalšou právnou normou upravujúcou tieto záležitosti je **Rozhodnutie o určení percenta úhrady zdravotných výkonov, poskytovaných v povinnom zdravotnom poistení z 28. marca 2023.**<sup>38</sup>

## 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

Stanovenie cien programov a objemu finančných prostriedkov na ich efektívnu realizáciu, kvalitu a kontrolu, upravujú ustanovenia zákona o zdravotnej starostlivosti a zdravotnom poistení a dohoda uvedená v § 63 tohto zákona (Úprava vzťahov medzi Slovinským inštitútom zdravotného poistenia, zdravotníckymi ústavmi a súkromnými zdravotníckymi pracovníkmi).

## 3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hrazené pacientom

K odpovedi uvedenej pod bodom 1 by sa dalo ešte doplniť, že ak poistenec využíva služby, ktoré si vyžadujú spolufinancovanie, môže požiadať o preplatenie z doplnkového (dobrovoľného) zdravotného poistenia predložením originálu faktúry a žiadosti o vyplatenie poistného plnenia. Žiadosť o preplatenie je poistenec povinný postúpiť zdravotnej poisťovni.

Ak poistenec využíva služby v samoplatiteľskej ambulancii, môže si uplatniť nárok na úhradu z doplnkového (dobrovoľného) zdravotného poistenia na základe rozhodnutia Slovinského inštitútu zdravotného poistenia, ktorý určuje hodnotu služby a výšku úhrady z povinného a doplnkového (dobrovoľného) zdravotného poistenia.

## 4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hrazených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia

Pozri odpovede pod bodmi 1 a 3.

## 5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:

- a. objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas
- b. návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie
- c. ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta
- d. telemedicínske služby

Služby pod bodmi a) – c) nie sú spoplatniteľné.

Telemedicínske služby sú bezplatné, ak majú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti zmluvu so zdravotnou poisťovňou (Slovinský inštitút zdravotného poistenia). Napr. konzultácie s osobným lekárom a iné sú plne hrazené zo zdravotného poistenia.

<sup>38</sup> Rozhodnutie o určení percenta úhrady zdravotných výkonov, poskytovaných v povinnom zdravotnom poistení. Dostupné na internete (v slovinskom jazyku): [https://api.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/9458214546cffcc6c1256b5d00255c9d/\\$FILE/Sklep%20sprejet%20010623.002.pdf/Sklep%20sprejet%20010623.pdf](https://api.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/9458214546cffcc6c1256b5d00255c9d/$FILE/Sklep%20sprejet%20010623.002.pdf/Sklep%20sprejet%20010623.pdf)



## 6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom

Áno, takáto možnosť existuje.

**Zákon o právach pacientov (ZPacP)<sup>39</sup>, články 9 a 10:**

*„3. Právo na slobodnú voľbu lekára a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti*

*Článok 9*

*(Slobodná voľba)*

- (1) Pacient má právo slobodne si zvoliť svojho osobného lekára a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na liečbu.*
- (2) Bez ohľadu na ustanovenie predchádzajúceho odseku má pacient právo na slobodný výber svojho lekára a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v rámci siete verejnej zdravotnej starostlivosti v súlade s predpismi o zdravotnom poistení.*

*Článok 10*

*(Výnimka zo slobodného výberu)*

*V iných prípadoch ako v prípadoch vyžadujúcich neodkladnú lekársku pomoc môže pacientom zvolený lekár a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti odmietnuť túto voľbu len v osobitne odôvodnených prípadoch, ak by predpokladaná liečba bola menej úspešná alebo nemožná, alebo ak to určuje zákon. Pacientovi musí byť poskytnutá možnosť vybrať si iného lekára a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a dôvody odmietnutia liečby musia byť písomne uvedené do ôsmich dní odo dňa, keď si pacient túto možnosť zvolil.“*

### 4.16 Španielsko

Španielska ústava uvádza medzi riadiacimi princípmi hospodárskej a sociálnej politiky:

Článok 43:

1. Uznáva sa právo na ochranu zdravia.
2. Povinnosťou verejných orgánov je organizovať a chrániť verejné zdravie prostredníctvom preventívnych opatrení a potrebných výhod a služieb. Zákon v tejto súvislosti ustanoví práva a povinnosti všetkých dotknutých osôb.
3. Verejné orgány podporujú zdravotnú výchovu, telesnú výchovu a šport. Rovnako budú podporovať správne využívanie voľného času.

#### 1. Spôsob regulácie poplatkov za zdravotné výkony

Všeobecný prístup je preto taký, aby boli občania súčasťou verejného systému sociálneho zabezpečenia, do ktorého patrí aj systém verejného zdravotníctva. Hlavné pravidlá, ktorými sa riadia oba systémy, sú obsiahnuté v nasledovných právnych predpisoch:

- **Kráľovský legislatívny výnos 8/2015 z 30. októbra, ktorým sa schvaľuje revidované znenie zákona o všeobecnom sociálnom zabezpečení** (ďalej len „zákon o všeobecnom sociálnom zabezpečení“);

<sup>39</sup> Zákon o právach pacientov (ZPacP). Dostupný na internete (v angličtine):  
<http://www.pisrs.si/Pis.web/cm?idStrani=prevodi>



- **Zákon č. 14/1986 z 25. apríla 1986 o všeobecnom zdravotníctve** (ďalej len „zákon o všeobecnom zdravotníctve“); a
- **Zákon č. 33/2011 zo 4. októbra všeobecný zákon o verejnom zdravotníctve** (ďalej len „všeobecný zákon o verejnom zdravotníctve“).

Podľa článkov 148 a 149 španielskej ústavy má štát právomoc nad základnou legislatívou a ekonomickým režimom sociálneho zabezpečenia, zatiaľ čo v zdravotníctve má štát výlučnú právomoc nad vonkajším zdravím, základmi a všeobecnou koordináciou zdravotníctva, legislatívou ohľadom farmaceutických výrobkov, základnou legislatívou a ekonomickým režimom sociálneho zabezpečenia a jednotlivé regióny (oficiálne nazývané autonómne spoločenstvá) majú významné kompetencie v oblasti zdravia a hygieny (verejné zdravotníctvo) a zdravotnej starostlivosti.

Zákon o všeobecnom zdravotníctve vytvára celoštátny zdravotnícky systém (ďalej len „SNS“) s univerzálnym pokrytím, verejným zabezpečením účtovaným na farchu všeobecného štátneho rozpočtu, ktorý tvoria zdravotnícke služby štátnej správy a zdravotnícke služby samosprávnych obcí.

Súbor služieb, ktoré SNS ponúka občanom, zahŕňa preventívne, diagnostické, terapeutické, rehabilitačné a zdravie podporujúce a udržiavacie činnosti. Patrí sem napríklad aj:

- starostlivosť o dospelujúcu populáciu
- starostlivosť o ženy
- starostlivosť o deti
- starostlivosť o dospelých, rizikové skupiny a chronických pacientov
- starostlivosť o seniorov
- odhaľovanie rodového násillia a zneužívania
- starostlivosť o ústne zdravie
- konečná starostlivosť o pacienta
- starostlivosť o duševné zdravie

Čo sa týka kompetentných orgánov, na štátnej úrovni sú to Ministerstvo zdravotníctva a Ministerstvo inklúzie, sociálneho zabezpečenia a migrácie. Na regionálnej úrovni sú kompetentnými orgánmi regionálne zdravotnícke odbory samosprávnych obcí.

## 2. Spôsob určovania doplatkov za zdravotné výkony spolufinancované pacientom

V systéme verejného zdravotníctva neexistuje doplatok za zdravotnú starostlivosť. V prípade súkromného poistenia to bude závisieť od dosiahnutého stupňa krytia.

## 3. Určovanie maximálnej výšky poplatkov za zdravotné výkony, ktoré sú plne hrazené pacientom

Ak pacienti spadajú pod verejný zdravotný systém, tento systém pokrýva väčšinu bežných vyšetrení a zákrokov. Ak nie sú kryté, môžu byť kryté súkromným poistením alebo, ak súkromné poistenie neexistuje, cenami stanovenými príslušnými súkromnými klinikami. Treba poznamenať, že bežným trendom nie je mať súkromné poistenie, keďže verejný systém pokrýva väčšinu zdravotných výkonov, v každom prípade tie najzávažnejšie.



**4. Možnosť financovania zdravotných výkonov čiastočne, alebo plne hrađených pacientom, z doplnkového zdravotného poistenia**

Vo verejnom systéme je liečba plne hrađená, a preto súkromné poistenie vo verejných nemocniciach nemá význam. V prípade súkromného zdravotného poistenia sú služby zdravotnej starostlivosti poskytované v súkromných nemocniciach a klinikách v rámci finančného systému vytvoreného na základe poistnej zmluvy medzi poisťovňou a klientom.

**5. Možnosť spoplatnenia nasledujúcich služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a spôsob určovania poplatkov za ne:**

**a. objednanie pacienta na konkrétny dátum a čas**

Konkrétny výber je možné vykonať len v rámci dostupnosti a možností zdravotného zariadenia. Obyčajne sa objednáva podľa závažnosti a v menej závažných prípadoch podľa poradia príchodu.

**b. návšteva pohotovostnej ambulancie/pohotovostnej zubnej ambulancie**

Zubná starostlivosť nie je hrađená z verejného systému sociálneho zabezpečenia. Niektoré súkromné poisťovne však poskytujú aj poistenie dentálnej starostlivosti.

**c. ubytovanie a strava v prípade hospitalizácie pacienta**

V prípade verejných nemocníc je to hrađené, takže sa neplatí žiadny poplatok.

**d. telemedicínske služby**

Telefonická pomoc v prípade potreby je hrađená systémom verejného zdravotníctva.

**6. Možnosť slobodnej voľby lekára pacientom**

Závisí to od každého regiónu a v každom prípade v tých regiónoch, kde je to povolené, je to len na úrovni samosprávy alebo v rámci susedského zdravotného strediska.

#### 4.17 Švédsko

Zdravotná starostlivosť je vo Švédsku súčasťou sociálnej starostlivosti s financovaním prevažne z daní a verejných zdrojov. Hlavná zodpovednosť za financovanie, organizáciu a poskytovanie zdravotnej starostlivosti je delegovaná na 21 regiónov. Medzi kompetencie 290 samospráv patrí financovanie, organizovanie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti v bežných a špeciálnych bytoch pre starších ľudí a ľudí s funkčným postihnutím a zdravotná starostlivosť v školách. Ministerstvo zdravotníctva a sociálnych vecí s podporou národných vládnych agentúr je zodpovedné za celkovú politiku zdravotnej starostlivosti a dohľad na vysokej úrovni.

Kraje a obce si môžu vybrať, či budú prevádzkovať činnosti, za ktoré zodpovedajú, samy, alebo si na určité činnosti obstarajú iných – predovšetkým súkromných – poskytovateľov starostlivosti. Keď kraj alebo obec nakupuje služby od súkromných poskytovateľov starostlivosti, vychádza to z modelu, kde zdravotnú starostlivosť financuje kraj, ale vykonáva ju súkromný poskytovateľ. V prípade takéhoto modelu je poplatok pre pacienta rovnaký pre súkromnú aj verejnú zdravotnú starostlivosť. V prípade služieb zdravotnej starostlivosti poskytovaných súkromným poskytovateľom



starostlivosti bez dohôd s Národnými zdravotníckymi službami platí pacient plné náklady na akúkoľvek liečbu a poskytnutú starostlivosť.

Keďže každý kraj rozhoduje o forme prevádzky a vlastníctve zdravotnej starostlivosti, rozsah súkromných dodávateľov sa môže medzi regiónmi líšiť. V niektorých boli časti zdravotníctva sprivatizované, v iných je väčšina starostlivosti poskytovaná vo verejnej správe. Od roku 2010 sa však výber poskytovateľa primárnej starostlivosti pre obyvateľov a slobodná voľba pre poskytovateľov akreditovaných kraji stali povinnými vo všetkých krajoch.

#### Financovanie v rámci systému zdravotnej starostlivosti

Verejné výdavky sú financované z daní a regióny aj obce vyberajú pomerné dane z príjmu od svojich obyvateľov. Financovanie z miestnych daní je doplnené o štátne granty a užívateľské poplatky. Výdavky vlády v roku 2020 (vrátane priamych výdavkov na určité národné programy a investície a nepriamych výdavkov vo forme všeobecného vyrovnávacieho grantu a účelového grantu na predpísané lieky) sú 25 %, regionálne výdavky sú 42 % a výdavky obcí sú 19 %. Súkromné financovanie zdravotníctva predstavovalo v roku 2020 približne 14 % bežných výdavkov na zdravotníctvo, pričom väčšina (93 %) pochádzala z vlastných výdavkov domácností.

Dobrovoľné zdravotné poistenie má najmä doplnkovú úlohu vo verejne financovanom systéme, pričom predstavuje menej ako 1 % celkových výdavkov na zdravotníctvo vo Švédsku a približne 4 % súkromných výdavkov.

#### Poplatky za pacienta

Poplatky určujú regióny a môžu sa v rámci krajiny líšiť. Poplatky pre pacienta sa účtujú takmer za všetky typy služieb (vrátane digitálnej zdravotnej starostlivosti) a zdravotníckych produktov. Výnimkou je napríklad starostlivosť o dieťa a materstvo a starostlivosť o chrup do 24 rokov. Okrem toho sú od roku 2017 osoby vo veku 85 rokov a viac oslobodené od užívateľských poplatkov. Od ambulantných poplatkov vrátane primárnej starostlivosti sú oslobodené aj deti do 18 rokov vo všetkých krajoch a vo väčšine krajov to platí až do veku 20 rokov.

Za fyzické návštevy a ošetrenia v rámci ambulantnej starostlivosti platia pacienti paušálne poplatky až do maximálnej výšky 1 300 SEK (116 €) za 12-mesačné obdobie.

Za ústavnú starostlivosť pacienti platia približne 120 SEK (10,72 €) za deň. Poplatky sú stanovené regiónmi a v rámci krajiny sa mierne líšia. Neexistuje žiadny maximálny strop používateľských poplatkov. Namiesto toho existujú väčšie rozdiely v znižovaní poplatkov v dôsledku príjmu, veku, kompenzácie choroby a aktivity a počtu dní strávených v nemocnici.

#### Slobodný výber

Ako už bolo spomenuté, Švédsko má celoštátne regulovaný systém slobodnej voľby poskytovateľa v rámci regionálnej primárnej starostlivosti. Systém výberu spravujú kraje. Pacienti sa môžu zaregistrovať u ktoréhokoľvek verejného alebo súkromného poskytovateľa schváleného krajom. Okrem toho bol v roku 2015 zavedený osobitný **zákon o pacientoch (2014:821)**<sup>40</sup>, ktorý zahŕňa nové právo, ktoré občanom ponúka slobodný výber primárnej starostlivosti a ambulantnej špecializovanej starostlivosti na národnej úrovni.

<sup>40</sup> Patientlag (2014:821). Dostupné na internete (vo švédskom jazyku): [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/)



## 6. ZÁVER

Verejné zdravotné systémy v jednotlivých štátoch možno rozdeliť v zásade na dve hlavné skupiny – financované najmä z daní (štátom) a financované na základe odvodov do zdravotného (sociálneho) poistenia. Z nami skúmaných štátov do prvej skupiny patria: Dánsko, Fínsko, Írsko, Lotyšsko, Portugalsko, Španielsko a Švédsko. Do druhej skupiny potom okrem Slovenskej republiky patria: Česká republika, Estónsko, Francúzsko, Grécko, Holandsko, Chorvátsko, Litva, Maďarsko, Poľsko a Slovinsko.

Niektoré sledované štáty uviedli, že zdravotná starostlivosť je síce organizovaná a riadená na štátnej úrovni, ale samotný výkon právomocí a zodpovednosť je na nižších územno-samosprávnych jednotkách (Fínsko, Španielsko, Švédsko).

Vo väčšine štátov, ktoré majú financovanie zdravotných služieb založené na povinných odvodoch do zdravotného poistenia, existuje určitá organizácia, ktorá spravuje finančné prostriedky určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a prepláca jednotlivé zdravotné výkony. Toto spravovanie samozrejme podlieha právnym predpisom, schváleným vládou.

Právny predpis stanovuje aj spektrum zdravotných služieb (výkonov), ktoré sú plne hrazené štátom a vo väčšine prípadov existuje aj právna regulácia výšky prípadnej spoluúčasti pacientov. V niektorých prípadoch je to aj otázka dohôd medzi fondom zdravotného poistenia a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v intenciách príslušných právnych predpisov (Francúzsko, Slovinsko). Poľsko vo svojej odpovedi uviedlo, že neexistuje spoluúčasť pacienta na financovaní zdravotných výkonov – buď sú plne hrazené štátom zo zdravotného poistenia, alebo pacientom.

Väčšina skúmaných štátov uviedla, že neodkladná zdravotná starostlivosť je bezplatná.

Čo sa týka zdravotných výkonov, ktoré sú plne hrazené pacientom – vo väčšine štátov je to tiež právne upravené zákonom alebo iným právnym predpisom. Niekde sa takýmto spôsobom definujú aj maximálne ceny za takéto zdravotné výkony, inde len typy zdravotných výkonov, ich cenu však určuje príslušné zdravotnícke zariadenie. V daných prípadoch musí byť pacient vopred jednoznačne oboznámený s cenou takýchto zdravotných výkonov. V prípade Holandska existuje Úrad pre zdravotnú starostlivosť (NZa), ktorý určuje, aké druhy zdravotnej starostlivosti môžu poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pacientom účtovať a koľko môže takáto zdravotná starostlivosť najviac stáť. Pri väčšine zdravotných výkonov ide o dohodu medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Doplňkové zdravotné poistenie má význam skôr v tých štátoch, ktoré majú financovanie zdravotných služieb založené na zdravotnom poistení. Väčšina však uviedla, že tento druh poistenia má len doplnkovú úlohu, významnejší podiel má vo Francúzsku a Írsku. Litva má zavedenú aj právnu úpravu doplnkového zdravotného poistenia. Viaceré štáty uviedli, že takýto druh pripoistenia ponúkajú komerčné zdravotné poisťovne (Estónsko, Fínsko, Grécko, Holandsko, Maďarsko, Španielsko) a právne ho regulujú zákony o poisťovníctve.

Taktiež sme sledovali možnosť účtovania doplatkov pre pacientov za niektoré vybrané zdravotné služby v jednotlivých štátoch. Ani jeden zo sledovaných štátov neuviedol, že by účtoval poplatky za



objednanie pacienta na konkrétny termín. Čo sa týka návštevy pohotovostnej ambulancie – 5 štátov uviedlo možnosť vyberania poplatku od pacientov (v rôznej výške): Česká republika, Fínsko, Írsko, Lotyšsko, Portugalsko. Šesť štátov uviedlo, že takáto služba je bezplatná: okrem Slovenskej republiky ešte Estónsko, Litva, Maďarsko, Poľsko a Slovinsko.

Možnosť vyberať poplatky od pacientov za nemocničnú liečbu (a pobyt) uviedlo 5 štátov: Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Chorvátsko a Švédsko. Naopak, vo väčšine nami skúmaných štátov – Slovenská republika, Česká republika, Dánsko, Grécko, Írsko, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Poľsko, Portugalsko, Slovinsko a Španielsko, je táto služba bezplatná.

V oblasti služieb telemedicíny uviedla väčšina štátov (ktoré odpovedali na túto otázku), že je u nich bezplatná. Iba Portugalsko uviedlo, že je takáto služba spoplatnená a v Estónsku to závisí od konkrétneho prípadu.

Niektoré štáty majú právne zavedený ročný limit pre poplatky za zdravotné služby (Fínsko, Chorvátsko a Švédsko), po prekročení ktorého sa zdravotné služby poskytujú bezplatne. Taktiež niektoré štáty uviedli, že majú zavedený systém solidárneho zdravotného poistenia pre určité sociálne slabšie skupiny obyvateľstva (napr. Francúzsko, Holandsko). V Írsku sa platia odlišné poplatky za zdravotné služby v závislosti od príjmu rodiny (držitelia zdravotných kariet, alebo tí, ktorým nebola vydaná).

Väčšina nami sledovaných štátov má možnosť slobodnej voľby lekára na celoštátnej úrovni. Jedine Španielsko uviedlo, že táto možnosť je regionálne obmedzená. Niektoré štáty obmedzujú slobodnú možnosť voľby lekára len na určité typy lekárov (Chorvátsko), alebo na lekárov na primárnej úrovni (Maďarsko, Poľsko). Dánsko síce nemá regionálne obmedzenú slobodnú voľbu lekára, ale ak si človek vyberie lekára s ambulanciou vzdialenou viac ako 15 km od svojho bydliska (5 kilometrov na území hlavného mesta), nemá napríklad nárok na domáce návštevy lekára.





## Použité zdroje

1. Požiadavka ECPRD 5658 (2024): Financing of health care provided by doctors/physicians affiliated with the public health insurance system. Uzavretá databáza.
2. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/576/20240101.html>
3. 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. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/577/20240101.html>
4. Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/578/20240101.html>
5. Nariadenie vlády č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/776/20180901>
6. Nariadenie vlády č. 777/2004 Z. z. ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/777/20180901>
7. Zákon č. 48/1997 Sb. o verejnom zdravotnom pojišťení a o zmene a doplnení niektorých souvisejících zákonů. Dostupné na internete (v českém jazyku): <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
8. Cenový předpis č. 1/2024/CAU ze dne 3. listopadu 2023 o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb, stanovení maximálních cen zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů. Dostupné na internete (v českém jazyku): [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/11/Vestnik-MZ\\_16-2023.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/11/Vestnik-MZ_16-2023.pdf)
9. Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník. Dostupné na internete (v českém jazyku): <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>
10. Health Insurance Act. Dostupné na internete (v anglickom jazyku): <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/501062023001/consolide>
11. Insurance Activities Act . Dostupné na internete (v anglickom jazyku): <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/530102023003/consolide>
12. Ministerské rozhodnutie 80157/2018 „Jednotná regulácia dávok zdravotnej starostlivosti Národnej organizácie pre zdravotnícke služby (EOPYY)“. Dostupné na internete (v gréčtine): <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/688732/yp-apofasi-eale-g.p.-80157-2018>
13. Úradný vestník o uzavretých konsolidovaných anuitách z rokov 2012-2017 dostupný na internete (v gréčtine): <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-yegeia/kwdikopoihseis/kleista-enopoihmena-noshlia/5483-fek-kleista-enopoihmena-noshlia-2012-2017>
14. Zákon č. 3984/2011 Darcovstvo a transplantácia orgánov a iné ustanovenia. Dostupné na internete (v gréčtine): <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/123599/nomos-3984-2011>.
15. Právny základ fungovania Národnej siete Telehealth. Dostupné na internete (v gréčtine): [Právny rámec - Informačná spoločnosť M.A.E. - K.T.P. M.A.E. \(ktpae.gr\)](https://www.ktpae.gr/-/Informacna-spolocnost-M.A.E.-K.T.P.-M.A.E.-ktpae.gr)
16. The deductible (excess) for your health insurance. Dostupné na internete (v angličtine): <https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/health-insurance/system/deductible>
17. The Dutch Healthcare Authority. Dostupné na internete (v angličtine): <https://www.nza.nl/english>
18. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Dostupné na internete (v chorvátskom jazyku): <https://www.zakon.hr/z/192/Zakon-o-obveznom-zdravstvenom-osiguranju>
19. Nariadenie vlády 284/1997 (XII. 23.) o úhrade niektorých zdravotných služieb za úhradu. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/1997-284-20-22>





20. Zákon č. 154 z roku 1997 o zdraví. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/1997-154-00-00.118#CI>
21. Zákon LXXXIII z roku 1997 o dávkach hrađených z povinného zdravotného poistenia. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/1997-83-00-00.107>
22. Nariadenie vlády č. 217/1997 (XII. 1.) o vykonaní zákona LXXXIII z roku 1997 o dávkach povinného zdravotného poistenia. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/1997-217-20-22>
23. Nariadenie vlády č. 284/1997 (XII. 23.) o úhrade niektorých zdravotných služieb za úhradu. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/1997-284-20-22>
24. Občiansky zákonník. Dostupné na internete (v maďarčine): <https://njt.hu/jogszabaly/2013-5-00-00>
25. Zákon o všeobecnom zdravotnom poistení. Dostupné na internete (v poľštine): <https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/1998/s/117/756>
26. Oznámenie ministra zdravotníctva zo dňa 13. marca 2023 o zverejnení konsolidovaného znenia nariadenia ministra zdravotníctva o garantovaných službách v oblasti nemocničnej starostlivosti. Dostupné na internete (v poľštine): <https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2023/870>
27. Oznámenie maršálka Sejmu Poľskej republiky zo dňa 24. novembra 2022 o zverejnení konsolidovaného znenia zákona o zdravotných službách financovaných z verejných zdrojov. Dostupné na internete (v poľštine): <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2022/pozycja/2561>
28. Zákon č. 95/2019 zo 4. septembra 2019 o zdraví. Dostupné na internete (v portugalčine): <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
29. Zákon č. 113/2011 z 29. novembra 2011 o prístupe používateľov k výhodám národnej zdravotnej služby s ohľadom na režim používateľských poplatkov a uplatňovanie režimov osobitných výhod. Dostupné (v portugalčine): <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2011-67047307>
30. Zákon č. 118/83 z 25. februára 1983, ktorý stanovuje fungovanie a schému dávok Generálneho riaditeľstva sociálnej ochrany pre zamestnancov a zástupcov verejnej správy (ADSE). Dostupné na internete (v portugalčine): <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1983-127022688>
31. Vyhláška č. 7/2017 zo dňa 9. januára 2017, ktorá zakladá Ústav ochrany a pomoci pri chorobách, I. P. Dostupné (v portugalčine): <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/7-2017-105726273>
32. Vyhláška č. 207/2017 z 11. júla 2017, ktorou sa schvaľujú predpisy a cenové tabuľky pre inštitúcie a služby integrované v národnom zdravotníctve, upravuje Integrovaný systém riadenia registrácie na chirurgiu (SIGIC), ktorý sa stáva súčasťou Integrovaného systému riadenia prístupu (SIGA SNS). Dostupné na internete (v portugalčine): <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2017-116351585>
33. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Dostupné (v slovinskom jazyku): <https://www.zzzs.si/>
34. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Dostupné na internete (v slovinskom jazyku): <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>
35. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dostupné na internete (v slovinskom jazyku): <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3562>
36. Rozhodnutie o určení percenta úhrady zdravotných výkonov, poskytovaných v povinnom zdravotnom poistení. Dostupné na internete (v slovinskom jazyku): [https://api.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/9458214546cffcc6c1256b5d00255c9d/\\$FILE/Sklep%20sprejet%20010623.002.pdf/Sklep%20sprejet%20010623.pdf](https://api.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/0/9458214546cffcc6c1256b5d00255c9d/$FILE/Sklep%20sprejet%20010623.002.pdf/Sklep%20sprejet%20010623.pdf)
37. Zákon o právach pacientov (ZPacP). Dostupné na internete (v angličtine): <http://www.pisrs.si/Pis.web/cm?idStrani=prevodi>

Všetky použité zdroje sú aktuálne k dňu zverejnenia materiálu



Všetky iniciatívne materiály PI nájdete na:  
[https://www.nrsr.sk/web/?sid=nrsr/kancelaria/pi/oa/  
materialy/pm](https://www.nrsr.sk/web/?sid=nrsr/kancelaria/pi/oa/materialy/pm)

Parlamentný inštitút  
Kancelária Národnej rady Slovenskej republiky  
[pi@nrsr.sk](mailto:pi@nrsr.sk)  
[www.nrsr.sk](http://www.nrsr.sk)

