

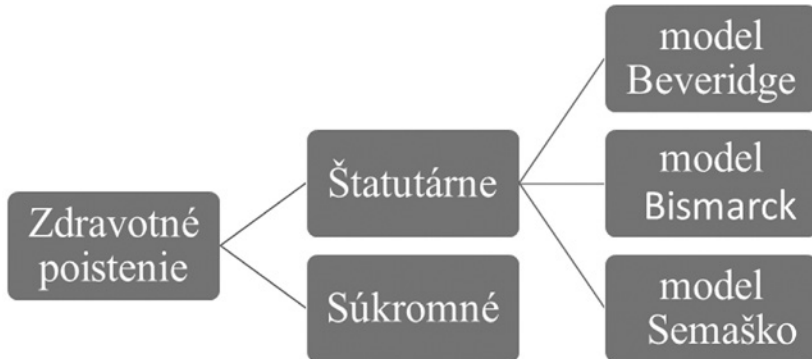
## 4. ZDRAVOTNÉ POISTENIE A ÚRAD PRE DOHĽAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU

Zdravotné poistenie je v Slovenskej republike budované na princípoch vzájomnosti a solidarity. Princíp vzájomnosti predstavuje systém pravidelných platieb odvádzaných povinnými subjektmi do fondu zdravotného poistenia, z ktorého sú následne financované náklady zdravotnej starostlivosti. Princíp vzájomnosti veľmi úzko súvisí s princípom solidarity, keďže človek je odkázaný nie len sám na seba, ale v niektorých prípadoch je odkázaný aj na druhých. Solidarita ako miera spolupatričnosti vyjadruje zhromažďovanie prostriedkov a ich následné prerozdelenie v súlade so sociálnou spravodlivosťou. V prípade zdravotného poistenia sa uplatňuje absolútna solidarita, ktorá je vyjadrením zásad „každému rovnako“ a v závislosti od „jeho potrieb“, t. j. každý povinný subjekt odvádza poistné pre prípad, že v budúcnosti bude potrebovať liečenie, zákrok alebo inú formu poskytovania zdravotnej starostlivosti.

### 4.1 Financovanie zdravotnej starostlivosti

Zdravníctvo a samotné poskytovanie zdravotnej starostlivosti majú možnosť financovania na základe (i) odvádzania daní, ktoré by zatažovali príjem z pracovnej činnosti a následnú spotrebu jednotlivcov alebo môže byť poskytovanie zdravotnej starostlivosti financované tiež prostredníctvom (ii) zdravotných odvodov alebo doplnkového zdravotného poistenia, prípadne ich vzájomnou kombináciou. Samotné zdravotné poistenie môže byť buď štatutárne, ktoré je na základe zákona povinné pre všetkých občanov, obyvateľov štátu alebo len pre určité skupiny obyvateľstva, alebo poznáme zdravotné poistenie prívátne – súkromné, ktoré vzniká na základe dobrovoľného rozhodnutia občana. Keďže jednotlivé krajiny sa medzi sebou líšia svojou demografiou, ekonomickou situáciou, sociálnym a politickým systémom, kultúrnym vývojom, je nemožné nájsť dve krajiny, ktoré by mali úplne rovnaký systém financovania zdravotníctva. Aj napriek tejto rôznorodosti zdravotných sústav a ich financovania možno na základe dominantných opakujúcich sa znakov rozlíšiť tri základné modely financovania štatutárneho zdravotného poistenia: financovanie na uhrádzanie

daní, financovanie na základe povinného poistenia a financovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti zo štátneho rozpočtu.



Zdroj: vlastná tabuľka

### Financovanie na základe uhrádzania daní

Tento systém povinnej platby daní sa označuje aj ako Beveridgeov model, ktorý sa rozvinul predovšetkým po 2. svetovej vojne a v Európe bol aplikovaný v jednotlivých krajinách v rozmedzí rokov 1978 až 1984. Pred tým, ako pristúpime k samotnému definovaniu systému, považujeme za dôležité charakterizovať základný rozdiel medzi uhrádzaním daní a uhrádzaním poplatkov. Dane sa považujú za ekonomický nástroj riadenia spoločnosti a predstavujú „ekonomické a právne nástroje na prerozdelenie príjmov fyzických a právnických osôb.“<sup>81</sup> Poplatky sa považujú za iný druh platieb. Poplatky platia fyzické a právnické osoby, a to „v súvislosti s činnosťou orgánov verejnej správy alebo štátnych orgánov, ktorú vyvíjajú z ich podnetu alebo v závislosti od ich činnosti.“<sup>82</sup> Predstavujú istý ekvivalent činnosti orgánov verejnej správy. Na rozdiel od daní ide o ekvivalentné plnenie.

Beveridgeov model je založený na financovaní zdravotnej starostlivosti prostredníctvom štátneho rozpočtu (t. j. daní a ostatných verejných príjmov). Štát má možnosť získavať financie na krytie poskytovania zdravotnej starostlivosti

<sup>81</sup> VRABKO, M. a kol. *Správne právo hmotné: osobitná časť*. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, Právnická fakulta, 2012, s. 347.

<sup>82</sup> VRABKO, M. a kol. *Správne právo hmotné: osobitná časť*. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, Právnická fakulta, 2012, s. 353.

z viacerých zdrojov, konkrétne z priamych alebo nepriamych daní, prípadne iným spôsobom zvyšovania štátneho rozpočtu. Táto skutočnosť je aj hlavným rozdielom medzi systémom financovaným prostredníctvom daní a systémom založenom na zdravotnom poistení. Model Beveridge je postavený na troch základných princípoch, a to konkrétne: zahŕňa celú populáciu, je financovaný zo štátneho rozpočtu a vyžaduje rovnomerné paušálne financovanie.<sup>83</sup> Predpokladom efektívneho fungovania daňového systému je ekonomická a administratívna kapacita krajiny, ktorá zabezpečí výber daní od povinných subjektov.

Viacere medzinárodné štúdie potvrdili trend, podľa ktorého, čím viac je krajina rozvinutá, tým väčší je predpoklad príjmu jej štátneho rozpočtu prostredníctvom daní, čo následne predpokladá i zvýšenú mieru výdavkov rozpočtu na zdravotný systém.<sup>84</sup> Podľa tohto modelu financovania je zabezpečovaná zdravotná starostlivosť pre celé obyvateľstvo za prijateľnú cenu, ale kvalita poskytovaných služieb nie je garantovaná pre všetkých rovnaká. Každý jednotlivec má zabezpečený prístup k zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na vek, zamestnanie či výšku príjmu. Väčšina obyvateľstva využíva verejných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorých zariadenia vlastní ministerstvo zdravotníctva, preto je možné zabezpečiť univerzálne a jednotné poskytovanie zdravotných služieb. Keďže však ide o model, v ktorom zohráva významnú úlohu štát, treba rátať s veľkou byrokraciou a celkovou administratívnou zaťaženosťou systému. Negatívum treba tiež vidieť v nadmernom a niekedy až zbytočnom využívaní služieb zdravotnej starostlivosti čo vedie k častým čakacím dobám.

Beveridgeov model sa uplatňuje napríklad vo Veľkej Británii, škandinávskych štátoch, Grécku, Španielsku, Portugalsku a v Taliansku.

Ako príklad zdrojov príjmu rozpočtu, ktoré sú využívané na financovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti, možno využiť Veľkú Britániu, kde sú jednotlivé zdroje rozložené nasledovne:

Najväčšiu výhodu systému financovania poskytovania zdravotnej starostlivosti prostredníctvom povinných odvodov vidíme v bezplatnom krytí zdravotnej starostlivosti pre všetkých hoci existuje možnosť finančne náročnejšieho súkromného zdravotného poistenia. Keďže ministerstvo zdravotníctva

<sup>83</sup> BALÍK, P., POUROVÁ, M. *Zdravotníctvo – trhy, regulácia, politika*. Bratislava : Health Policy Institute, 2013.

<sup>84</sup> HSIAO, W., HELLER, P. S. *What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?* International Monetary Fund, 2007, s. 164.

je vlastníkom verejných zdravotných zariadení, možno predpokladať efektívnu formu kontroly v rámci hierarchického usporiadania. Na druhej strane je však, podľa nášho názoru, veľkým negatívom skutočnosť, že zdravotníctvo predstavuje len jednu z kapitol štátneho rozpočtu, preto výška jednotlivých odvodov závisí aj od prerozdelenia rozpočtu medzi jednotlivé oblasti, čo je neraz ovplyvnené preferenciami politických strán, záujmových skupín a ich ekonomických záujmov.

### **Financovanie na základe povinného poistenia obyvateľstva**

Systém povinného poistenia obyvateľstva v zdravotnom фонде sa označuje tiež ako Otto von Bismarck model alebo bismarckovský model. Tento model financovania zdravotných sústav pochádza z roku 1883. Je založený na povinnosti všetkých obyvateľov uhrádzať povinné odvody do zdravotných fondov sociálneho, zdravotného a nemocenského poistenia, pričom na týchto odvodoch sa podieľa tak zamestnanec, ako aj zamestnávateľ. Rozdiel oproti Beveridgeovmu modelu, ako už bolo skôr načrtnuté, spočíva v tom, že kým v predchádzajúcom modeli financovania zdravotných sústav sú prostriedky získané z odvodených daní a sú predmetom medzirezortného prerozdelenia, bismarckovský model je založený na výbere odvodov výlučne určených na zdravotníctvo. Výrazný rozdiel je aj v účasti zdravotných poisťovní na systéme financovania. Jeho základnou črtou je vytvorenie poisťovacích fondov na princípe neziskovosti a existencia plurality pri výbere zdravotných poisťovní, ktoré poskytujú tiež služby netvoriace súčasť štandardnej zdravotnej starostlivosti.<sup>85</sup> Zdrojom financií sú odvody zamestnancov a zamestnávateľov platené zo miezd a platov. Verejné financovanie prostredníctvom štátneho rozpočtu slúži v systéme zdravotného poistenia na spolufinancovanie výdavkov zdravotníctva, keďže zdravotné odvody nie vždy stačia na pokrytie nákladov sektora zdravotníctva.<sup>86</sup>

Model financovania poskytovania zdravotnej starostlivosti Bismarck kladie zodpovednosť za výber odvodov na zdravotné poisťovne alebo na štát, ktorý následne zabezpečí distribúciu finančných prostriedkov. Poisťovne môžu byť organizované v dvojakom režime – v ziskovom alebo neziskovom, t. j. buď môžu vytvárať z odvodov zisk ako odmenu za poistné riziko, alebo je zisk poisťovní zakázaný. V Slovenskej republike majú zdravotné poisťovne právo vytvárať

<sup>85</sup> MACKOVÁ, Z. *Právo sociálneho zabezpečenia. Osobitná časť. Poistný systém v Slovenskej republike s príkladmi*. Šamorín : Heuréka, 2012, s. 169.

<sup>86</sup> Pozri tiež ROVNÝ, I. *Verejné zdravotníctvo*. Bratislava : HERBA, 2009.

zisk, pričom však toto ich právo bolo viac krát pertraktované a spochybňované. Otázke možnosti tvorby zisku poisťovňami sa budeme venovať v nasledujúcej podkapitole, v ktorej rozoberieme aj konkrétne súdne rozhodnutia a ich argumentáciu.

Samotná alokácia – prerozdelenie zdrojov súkromným alebo verejným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sa uskutočňuje na zmluvnom princípe, pričom zmluva určí samotnú výšku odvodov, druhy a charakter služieb. Uvedený spôsob prerozdelenia zdrojov vyjadruje priamy vzťah, ktorý je medzi úhradou odvodov a následným financovaním poskytovania zdravotnej starostlivosti z finančných prostriedkov uvedených odvodov, ktoré nemôžu byť použité v žiadnej inej oblasti okrem oblasti zdravotníctva.

Krajinami, v ktorých sa uplatňuje bismarckovský model financovania zdravotnej starostlivosti, sú napríklad Nemecko, Rakúsko, Francúzsko, Holandsko.

### **Centralizované financovanie prostredníctvom štátneho rozpočtu**

Tretím spôsobom financovania poskytovania zdravotnej starostlivosti je model Semaško, ktorý je centralizovaným modelom financovania zdravotnej starostlivosti prostredníctvom štátneho rozpočtu. V tomto modeli financovania úplne absentuje poistenie a možnosť súkromného zdravotného poistenia. Ide o centralizovaný systém, ktorý vznikol v Sovietskom zväze a následne sa rozšíril do socialistických štátov strednej a východnej Európy. Typické preň boli veľké zdravotnícke štruktúry, zdravotnícke zariadenia boli zamerané len na liečbu choroby, dôraz na prevenciu úplne absentoval. V súčasnosti model financovania Semaško existuje na Kube.

## **4.2 Zdravotné poistenie**

V súlade s Ústavou SR, medzinárodnými zmluvami, ktorými je viazaná Slovenská republika, a v súlade so Zákonom o zdravotnom poistení je zdravotné poistenie vymedzené ako:

- a) povinné verejné zdravotné poistenie, na základe ktorého sa poskytuje poistencom za podmienok ustanovených Zákonom o zdravotnom poistení zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti<sup>87</sup> v rozsahu ustanovenom Zákonom o zdravotnej starostlivosti,

---

<sup>87</sup> Službami súvisiacimi s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa rozumejú v súlade s § 13

Zákonom o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a Zákonom o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia,

- b) individuálne zdravotné poistenie, ktoré vzniká na základe prejavu vôle subjektov vo forme poistnej zmluvy, na základe ktorého sa poskytuje poistencom individuálneho zdravotného poistenia zdravotná starostlivosť v rozsahu určenom v poistnej zmluve, uzatvorenej v súlade s § 788 až 791 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov (ďalej aj „Občiansky zákonník“).

Na vznik individuálneho zdravotného poistenia sa nevyžaduje účasť na verejnom zdravotnom poistení, pričom tento vzťah platí aj v opačnom poradí, t. j. účasť na verejnom zdravotnom poistení nie je prekážkou individuálneho zdravotného poistenia.<sup>88</sup>

#### 4.2.1 Verejné zdravotné poistenie

Verejné zdravotné poistenie, jeho vznik a zánik, osobný rozsah, podmienky, práva a povinnosti upravuje Zákon o zdravotnom poistení. V zmysle Zákona o zdravotnom poistení vzniká verejné zdravotné poistenie:

- narodením, ak ide o fyzickú osobu s miestom trvalého pobytu v Slovenskej republike alebo o nezaopatreného rodinného príslušníka, ktorý sa poistencomi narodil v inom členskom štáte, okrem fyzickej osoby, ktorá:
  - je zamestnaná v cudzine a je zdravotne poistená na území štátu, v ktorom vykonáva činnosť zamestnanca,
  - vykonáva samostatnú zárobkovú činnosť v cudzine a je zdravotne poistená na území štátu, v ktorom vykonáva činnosť,
  - dlhodobo sa zdržiava v cudzine a je zdravotne poistená v cudzine a na území Slovenskej republiky nie je zamestnaná ani nevykonáva samostatnú zárobkovú činnosť,

---

Zákona o zdravotnej starostlivosti: (i) poskytovanie stravovania počas poskytovania ústavnej starostlivosti, (ii) poskytovanie pobytu na lôžku počas poskytovania ústavnej starostlivosti, (iii) spracúvanie údajov zistených pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v elektronickej forme na účely zdravotného poistenia, (iv) štatistické spracúvanie lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu na účely zdravotného poistenia, (v) doprava, (vi) pobyt sprievodcu osoby v ústavnej starostlivosti, (vii) vypracovanie lekárskeho posudku, (viii) poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie.

<sup>88</sup> MATLÁK, J. a kol. *Právo sociálneho zabezpečenia*. Plzeň : Aleš Čeněk, s. r. o., 2009, s. 193.

- je nezaopatrený rodinný príslušník osoby, ktorá podlieha právnym predpisom iného členského štátu,<sup>89</sup>
- pri fyzickej osobe, ktorá nemá trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, vzniká verejné zdravotné poistenie dňom, kedy nastali nasledujúce skutočnosti (zánikom ďalej uvedených prípadov zároveň verejné zdravotné poistenie zaniká):
  - fyzická osoba je zamestnaná u zamestnávateľa, ktorý má sídlo alebo stálu prevádzkareň na území Slovenskej republiky alebo je organizačnou zložkou podniku zahraničnej osoby na území Slovenskej republiky,
  - fyzická osoba vykonáva alebo má oprávnenie vykonávať na území Slovenskej republiky samostatnú zárobkovú činnosť,
  - fyzická osoba je azylantom,
  - fyzická osoba je študent z iného členského štátu alebo zahraničný študent študujúci na škole v Slovenskej republike na základe medzinárodnej zmluvy alebo žiak alebo študent, ktorý je Slovákom žijúcim a študujúcim na škole v Slovenskej republike,
  - fyzická osoba je maloletý cudzinec, ktorý sa zdržiava na území Slovenskej republiky bez zákonného zástupcu alebo fyzickej osoby zodpovednej za jeho výchovu a poskytuje sa mu starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnený na základe rozhodnutia súdu,
  - fyzická osoba je cudzinec zaistený na území Slovenskej republiky,
  - fyzická osoba je vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody,
  - fyzická osoba je nezaopatrený rodinný príslušník narodený poistencovi v inom členskom štáte,
  - fyzická osoba je nezaopatreným rodinným príslušníkom na základe právnych predpisov členského štátu jeho bydliska.<sup>90</sup>

Ak nastane niektorá z už uvedených skutočností, ktoré zakladajú vznik verejného zdravotného poistenia, poistenc má povinnosť podať prihlášku na verejné zdravotné poistenie, a to do ôsmich dní odo dňa vzniku rozhodujúcej skutočnosti. Poistenc má právo podať prihlášku na verejné zdravotné poistenie len v jednej poisťovni podľa svojho slobodného výberu. Prihlášku poistenc podáva najneskôr do 30. septembra príslušného kalendárneho roka,

---

<sup>89</sup> Ustanovenie § 3 ods. 2 Zákona o zdravotnom poistení.

<sup>90</sup> Ustanovenie § 3 ods. 3 Zákona o zdravotnom poistení.

pričom poistenec má tiež právo zmeniť príslušnú zdravotnú poisťovňu vždy len k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka.

Zdravotná poisťovňa má právo odmietnuť prijatie prihlášky len v dvoch prípadoch, a to ak bola prihláška skôr podaná aj v inej zdravotnej poisťovni alebo ak poistenec podaním prihlášky porušil povinnosť podať prihlášku do stanoveného dátumu, t. j. do 30 septembra. Ak nenastane ani jedna z uvedených možností zdravotná poisťovňa oznámi do troch pracovných dní prijatie prihlášky Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, potvrdí prihlášku do siedmych dní a následne oznámi Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou potvrdenie prihlášky, a to do piatich dní od jej potvrdenia.

Od poistencov ako osôb povinných uzatvoriť povinné verejné zdravotné poistenie je potrebné odlišovať samotných platiteľov poistného, ktorých charakterizuje Zákon o zdravotnom poistení. Konkrétne zákon ustanovuje, že platiteľmi poistného sú:

- a) zamestnanec,
- b) samostatne zárobkovo činná osoba,
- c) zamestnávateľ,
- d) štát,
- e) platiteľ dividend.<sup>91</sup>

Poistné je povinná tiež platiť osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená, no nie je zamestnancom, samostatne zárobkovo činnou osobou a ani osobou, za ktorú platí poistné štát. Zákon o zdravotnom poistení bližšie charakterizuje a vymedzuje platiteľov poistného vo svojom § 11.

Verejné zdravotné poistenie zaniká smrťou poistenca alebo jeho vyhlásením za mŕtveho. V prípade poistenca, ktorý má trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, zaniká verejné zdravotné poistenie v deň, ktorý predchádza dňu, kedy nastali už skôr uvedené skutočnosti (t. j. osoba je zamestnaná v cudzine a je zdravotne poistená na území štátu, v ktorom vykonáva činnosť zamestnanca, vykonáva samostatnú zárobkovú činnosť v cudzine a je zdravotne poistená na území štátu, v ktorom vykonáva činnosť, dlhodobo sa zdržiava v cudzine a je zdravotne poistená v cudzine a na území Slovenskej republiky, nie je zamestnaná ani nevykonáva samostatnú zárobkovú činnosť, a osoba je nezaopatreným rodinným príslušníkom osoby, ktorá podlieha právnym predpisom iného členského štátu).

<sup>91</sup> Ustanovenie § 11 ods. 1 Zákona o zdravotnom poistení.