

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

## TLAČOVÁ SPRÁVA

BRATISLAVA 15. 1. 2007

### POSKYTOVANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NEZMLUVNÝM LEKÁROM

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) upozorňuje, že **postup zdravotných poisťovní, ktoré riešia zabezpečenie zdravotnej starostlivosti následným preplácaním jej úhrady poistencom, nie je v súlade so zákonom.**

Poistenci **NEMAJÚ U NEZMLUVNÉHO LEKÁRA** platiť, ak:

- ide o **neodkladnú/akútnu zdravotnú starostlivosť**- lekár je povinný ju poskytnúť a zdravotná poisťovňa uhradiť a to aj v prípade, že by nemal podpísanú zmluvu s touto zdravotnou poisťovňou, *(skutočnosť, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť, potvrdzuje príslušná zdravotná poisťovňa poistenca najneskôr do 24 hodín)*

- ide o **odkladnú zdravotnú starostlivosť** (čo posúdi lekár; aj na základe vyjadrenia zdravotnej poisťovne)- musí poistenec **VOPRED** požiadať zdravotnú poisťovňu o **príspevok** (t. j. či mu ju uhradí) ; ak zdravotná poisťovňa nesúhlasí, musí mu dať informáciu o inom lekárovi, s ktorým má zmluvu a ktorý mu zdravotnú starostlivosť poskytne.

**V prípade akýchkoľvek problémov by sa mali poistenci obrátiť na svoju zdravotnú poisťovňu a promptne ju žiadať o zabezpečenie zdravotnej starostlivosti. Ak by im nebolo vyhovené, mali by sa obrátiť na úrad.**

Úrad môže preveriť, či lekár, príp. zdravotná poisťovňa správne vyhodnotili zdravotný stav pacienta a správne posúdili neodkladnú a odkladnú zdravotnú starostlivosť; príp. či zdravotná poisťovňa si plní svoje povinnosti zo zákona a zabezpečila zdravotnú starostlivosť a manažment poistencov. V prípade platieb by sťažnosť mali adresovať na vydavateľa povolenia- t. j. samosprávny kraj alebo MZ SR.

**Postup zdravotných poisťovní, že poistenec hradí priamo u lekára zdravotnú starostlivosť a až následne mu ju preplatia, nie je v súlade so zákonom. Zdravotné poisťovne takýmto spôsobom kompenzujú skutočnosť, že neuzatvorili dostatočný počet zmlúv s poskytovateľmi a nezabezpečili tak pre svojich poistencov zdravotnú starostlivosť.**

Zdravotné poisťovne sú povinné uzatvoriť zmluvy s poskytovateľmi v rozsahu verejnej minimálnej siete.

Minimálna sieť je počet poskytovateľov s rôznou odbornosťou minimálne potrebných pre poistencov daného regiónu (Nariadenie vlády č. 751/2004 Z. z.).

Každá zdravotná poisťovňa musí uzatvoriť zmluvy minimálne s toľkými poskytovateľmi, aby splnila podmienku minimálnej siete a zabezpečila efektívne dostupnú, plynulú, sústavnú a odbornú zdravotnú starostlivosť s prihliadnutím na počet obyvateľov príslušného územia, chorobnosť a úmrtnosť obyvateľov príslušného územia, migráciu cudzincov a osôb bez štátnej príslušnosti na príslušnom území, bezpečnosť štátu.

Nové zdravotné poisťovne (Union zdravotná poisťovňa, a. s., Európska zdravotná poisťovňa, a. s.) boli povinné naplniť minimálnu sieť k 1. januáru 2007.

**Úrad vykonáva do konca januára kontinuálny dohľad nad stavom uzatvárania zmluvných vzťahov poskytovateľov a Union zdravotnej poisťovne a Európskej zdravotnej poisťovne.**

**Úrad preveruje, či zdravotné poisťovne odhadli dostatočný časový priestor pre rokovanie o zmluvách, či expedovali dostatočný počet zmlúv a pod.**

**Pokiaľ by sa potvrdilo, že zdravotné poisťovne povinnosť nesplnili, úrad môže uložiť sankciu- pokutu do 5 miliónov až zrušenie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia.**

**Nesplnenie kritérií minimálnej siete čo i len v jednom odbore je závažný nedostatok, ktorý môže byť dôvodom na zrušenie povolenia zdravotnej poisťovni.**

Predseda úradu Ján Gajdoš súčasne vyzval ostatné zdravotné poisťovne, aby zabezpečili dostatočný časový priestor pre rokovania o nových zmluvách od 1. apríla 2007. Následne úrad vykoná dohľad aj v týchto zdravotných poisťovniach.