

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

# vestník

číslo 4/2023

obsah:

str. 2 - 8      **Odporúčanie k stanoveniu cien úhradových mechanizmov**

marec 2023

## **Odporúčanie k stanoveniu cien úhradových mechanizmov**

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) zastáva názor, že výška úhrady zdravotných poisťovní za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (zmluvným, ako aj nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti) by mala byť stanovená na základe analýzy nákladov, ktoré by vznikli bežnému porovnateľnému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, dobre riadenému a s príslušným materiálno-technickým vybavením a personálnym zabezpečením (ďalej len „princíp ceny obvyklej“).

Ceny výkonov, ktoré zdravotné poisťovne hradia poskytovateľom zdravotnej starostlivosti majú podľa názoru úradu z pohľadu elementárnej logiky hospodárenia pokrývať nasledovné zložky:

- **personálne náklady (mzdy a odvody),**
- **náklady na priamy materiál (lieky, špeciálny zdravotnícky materiál a iné),**
- **režijné náklady (údržba prístrojov, materiál, nájom, vzdelávanie a iné),**
- **investičné náklady vo forme odpisov dlhodobého majetku a nákladov financovania,**
- **zisk primeraný verejnému záujmu.**

V prípade ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ako aj spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SValZ“) sa možno pri určovaní výšky úhrady a použítí odporúčaného rozpätia od 80 do 120 % oprieť aj o benchmarky zverejnené na webovom sídle úradu, ktoré sa opierajú o ceny základných výkonov špecialistov v Českej republike, kde je priemerná mzda lekára dnes porovnateľná so Slovenskom (napr. výkon č. 60 - Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu<sup>1</sup>). V prípade ústavnej zdravotnej starostlivosti je vhodné zabezpečiť individuálnu analýzu, ak nie je transparentne a spoľahlivo nastavený úhradový mechanizmus cez klasifikačný systém DRG (*Diagnoses Related Groups*).

Vyššie uvedené možno oprieť o niekoľko právnych konceptov podrobnejšie zhrnutých v časti „Právny základ“, a to najmä:

**A. Povinnosť zdravotnej poisťovne vynakladať finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia účelne, efektívne a hospodárne**

**B. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti ako služba vo všeobecnom hospodárskom záujme**

Úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť je v praxi realizovaná na základe zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorených medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti alebo na základe zákona po splnení zákonom predpokladaných podmienok. Zmluva je síce výsledkom vzájomného negociačného procesu, avšak miera zmluvnej voľnosti, na ktorú sa zdravotné poisťovne častokrát odvolávajú, je limitovaná. V celom koncepte je veľa odchýlok od klasickej zmluvnej voľnosti (najmä § 7 zákona č. 581/2004 Z. z.), už len samotná „povinnosť“ zdravotnej poisťovne uzatvárať zmluvy s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je významnou odchýlkou od zmluvnej voľnosti a popri nej existujú ďalšie limity stanovené zákonom, pokiaľ ide o obsah zmlúv.

Úrad zastáva názor, že okrem cenovej regulácie a sektorovej právnej úpravy je pri kreovaní vzťahov medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti potrebné zohľadniť tiež európsku legislatívu a judikatúru Súdneho dvora Európskej únie.

---

<sup>1</sup>)<https://www.udzs-sk.sk/dohlad-nad-zdravotnou-a-osetrovatelskou-starostlivosťou/informacie-pre-obcanov/preklad-zoznamu-zdravotnickych-vykonov-v-cr-do-slovenskeho-jazyka-a-prepocet-ich-bodoveho-ohodnotenia-na-eura/>

## PRÁVNÝ ZÁKLAD

Podľa § 8 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“) „Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemá uzatvorenú zmluvu s príslušnou zdravotnou poisťovňou poistenca, ktorému sa poskytla neodkladná zdravotná starostlivosť,<sup>17)</sup> má nárok na úhradu za poskytnutú neodkladnú zdravotnú starostlivosť vo výške ceny obvyklej v mieste a v čase jej poskytnutia. Skutočnosť, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť, potvrdzuje príslušná zdravotná poisťovňa poistenca.“<sup>2)</sup>

V súčasnosti platná a účinná právna úprava síce neupravuje legálnu definíciu pojmu „cena obvyklá“<sup>3)</sup>, jej uplatnenie je však zrejmé z judikatúry a z kontextu zákona č. 581/2004 Z. z. Vychádzajúc z judikatúry súdov Slovenskej republiky možno uviesť, že cenou obvyklou v mieste a čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti je cena za obdobnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú v danom mieste a čase poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý je so zdravotnou poisťovňou v zmluvnom vzťahu<sup>4)</sup>.

Podľa § 8 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. „Zdravotná poisťovňa uhrádza na základe zmlúv uzatvorených podľa § 7 poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom podľa dohodnutej ceny [§ 7 ods. 9 písm. c) alebo písm. e)], ak tento zákon neustanovuje inak. Podkladom na úhradu zdravotnej starostlivosti je finančné zúčtovanie podľa § 8aa, ak sa zdravotná poisťovňa s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7 a 7a) nedohodnú inak.“

Úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť je v zásade realizovaná na základe zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorených medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Zmluva je síce výsledkom vzájomného negociačného procesu, avšak miera zmluvnej voľnosti je limitovaná. Úrad zastáva názor, že okrem cenovej regulácie (v zmysle § 7 ods. 9 písm. c) a e) zákona č. 581/2004 Z. z.<sup>5)</sup> a požiadaviek príslušnej právnej úpravy, pri kreovaní vzťahov medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti je nemenej dôležité zohľadniť tiež európsku legislatívu a judikatúru Súdneho dvora Európskej únie<sup>6)</sup>.

<sup>2)</sup> Podľa § 2 ods. 3 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 (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“) „Neodkladná zdravotná starostlivosť (ďalej len „neodkladná starostlivosť“) je zdravotná starostlivosť, ktorá sa poskytuje osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú z jej základných životných funkcií, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť, ktorej bezprostredné neliečenie by mohlo viesť k ohrozeniu jej života alebo zdravia, alebo spôsobuje náhle zmeny správania a konania, pod ktorých vplyvom osoba bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná starostlivosť je aj taká zdravotná starostlivosť, ktorá sa poskytuje pri pôrode a pri vyšetrení, diagnostike a liečbe rýchlo sa šíriacej a život ohrozujúcej nákazy, ak existuje dôvodné podozrenie, že osoba môže byť zdrojom takejto rýchlo sa šíriacej a život ohrozujúcej nákazy. Súčasťou neodkladnej starostlivosti je neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, ak si zdravotný stav tejto osoby vyžaduje poskytovanie neodkladnej starostlivosti počas prepravy do zdravotníckeho zariadenia alebo medzi zdravotníckymi zariadeniami, neodkladná preprava darcu ľudského orgánu alebo príjemcu ľudského orgánu, ak si ich zdravotný stav vyžaduje poskytovanie neodkladnej starostlivosti počas prepravy, neodkladná preprava zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú činnosti súvisiace s odberom ľudského orgánu, ak by odklad ich prepravy mohol ohroziť život alebo zdravie príjemcu ľudského orgánu alebo by mohol viesť k nezvratnému poškodeniu ľudského orgánu určeného na transplantáciu, a neodkladná preprava ľudského orgánu určeného na transplantáciu, ak by odklad prepravy tohto ľudského orgánu mohol ohroziť život alebo zdravie príjemcu ľudského orgánu alebo by mohol viesť k nezvratnému poškodeniu tohto ľudského orgánu. Neodkladnú prepravu vykonávajú poskytovatelia záchranej zdravotnej služby;<sup>1)</sup> neodkladnú prepravu vykonáva v rámci poskytovania špecifickej zdravotnej starostlivosti<sup>1b)</sup> aj vojenské zdravotníctvo, ak sú splnené požiadavky na materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie ambulancie záchranej zdravotnej služby ustanovené osobitným predpisom.<sup>1c)</sup>“

<sup>3)</sup> vid' § 8 ods. 23 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení účinnom od 1.1.2024 definuje cenu obvyklú pre prípad, ak poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti nedodrží minimálny počet medicínskych služieb

<sup>4)</sup> vid' napr. odôvodnenie rozhodnutia Najvyššieho súdu SR zo dňa 27.05.2019, sp. zn.: 3Obdo/80/2019

<sup>5)</sup> Podľa § 7 ods. 9 zákona č. 581/2004 Z. z. „Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí obsahovať c) výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá nesmie byť vyššia ako maximálna cena ustanovená cenovým predpisom,<sup>2)</sup> ak nie je v písme e) ustanovené inak,

e) spôsob určenia výšky úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť<sup>24aaa)</sup> a za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v zariadení jednodňovej zdravotnej starostlivosti, pre ktorú bol kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovený minimálny počet medicínskych služieb,<sup>24aab)</sup> podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „klasifikačný systém“), ak sa zdravotná poisťovňa dohodla s poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti;<sup>24aaba)</sup> alebo s poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti;<sup>24aabb)</sup> na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému, ak osobitný zákon neustanovuje inak,<sup>24aabc)</sup>“

<sup>6)</sup> Rozhodnutie Komisie č. 2012/21/EÚ z 20. decembra 2011 o uplatňovaní článku 106 ods. 2 Zmluvy o fungovaní EÚ na štátnu pomoc vo forme náhrady za službu vo verejnom záujme udeľovanej niektorým podnikom povereným poskytovaním služieb všeobecného

## A. Povinnosť zdravotnej poisťovne vynakladať finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia účelne, efektívne a hospodárne

Podľa § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. „Zdravotná poisťovňa je povinná pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a v priebehu platnosti zmluvného vzťahu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti **účelne, efektívne a hospodárne vynakladať finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia podľa štruktúry výdavkov schválenej v rozpočte<sup>30)</sup> podľa § 11 ods. 12**“. Predmetné ustanovenie predstavuje konkretizáciu všeobecnej povinnosti subjektov<sup>7)</sup>, ktorým sa poskytujú verejné prostriedky (kam prostriedky v systéme verejného zdravotného poistenia nesporne patria), zachovávať hospodárnosť, efektívnosť a účelnosť ich použitia. Uvedené znamená, že v celom vertikálnom reťazci nakladania s verejnými prostriedkami sú všetky subjekty participujúce na procese nakladania s týmito prostriedkami povinné zachovávať princípy hospodárnosti, efektívnosti a účelnosti ich použitia (tzv. princípy 3E).

Princípy účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti, ako základné princípy finančnej disciplíny definuje zákon o finančnej kontrole.<sup>8)</sup> **Účelnosťou** sa rozumie vzťah medzi určeným účelom použitia verejných financií a skutočným účelom ich použitia, **efektívnosťou** najvýhodnejší vzájomný pomer medzi použitými verejnými financiami a dosiahnutými výsledkami a **hospodárnosťou** vynaloženie verejných financií na vykonanie činnosti alebo obstaranie tovarov, prác a služieb v správnom čase, vo vhodnom množstve a kvalite za najlepšiu cenu. Naplnenie uvedených princípov je zdravotná poisťovňa povinná vyhodnocovať a sledovať pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ako aj v priebehu trvania zmluvného vzťahu.<sup>9)</sup>

Predovšetkým **princíp hospodárnosti** pri vynakladaní finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia by mal zdravotné poisťovne viesť k minimalizácii nákladov na poskytovanú zdravotnú starostlivosť pri súčasnom zachovaní najvyššej možnej úrovne jej kvality. Podľa Najvyššieho kontrolného úradu Slovenskej republiky (ďalej len „NKÚ“), ako orgánu kontroly dodržiavania uvedených princípov, je v záujme hospodárnosti potrebné zohľadňovať predovšetkým nasledovné riziká:

- preplácanie, t. j. získanie použitých zdrojov, ktoré by sa dali získať za nižšie náklady,
- plytvanie, t. j. používanie zdrojov, ktoré nie sú potrebné na dosiahnutie želaných výstupov alebo výsledkov (nedochádza k neekonomickému prevádzke?),
- predražovanie, t. j. platba za vyššiu kvalitu vstupu, než sa požaduje pre dosiahnutie želaných výsledkov.<sup>10)</sup>

Zdravotné poisťovne sú v záujme hospodárnosti povinné vyhodnocovať primeranosť výšky nákladov na poskytovanú zdravotnú starostlivosť pri zachovaní jej požadovanej úrovne a kvality a tiež hospodárnosť ich použitia. Ako uvádzame vyššie, v procese určovania výšky ceny, resp. úhrady za poskytovanú zdravotnú starostlivosť v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sú zdravotné poisťovne povinné rešpektovať cenový predpis<sup>11)</sup>, ktorý zakladá kompetenciu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“) ako cenového orgánu určiť cenu úradne.

---

hospodárskeho záujmu (ďalej len „Rozhodnutie Komisie č. 2012/21/EÚ“); [Oznámenie Komisie o uplatňovaní pravidiel štátnej pomoci Európskej únie na náhrady za služby všeobecného hospodárskeho záujmu \(2012/C 8/02\)](#), [Oznámenie Komisie – Rámec Európskej únie pre štátnu pomoc vo forme náhrady za služby vo verejnom záujme \(2011\) \(2012/C 8/03\)](#); Vec C-280/00 Altmark Trans a Regierungspräsidium Magdeburg/Nahverkehrsgesellschaft Altmark, Zb. 2003, s. I-7747

<sup>7)</sup> § 19 ods. 3 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

<sup>8)</sup> § 2 zákona č. 357/2015 Z. z. o finančnej kontrole a audite a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

<sup>9)</sup> Uvedenému zodpovedá zákonná požiadavka na sledovanie nižšej ceny (§ 7 ods. 11 písm. zákona č. 581/2004 Z. z.), ako aj kontrolná činnosť zdravotnej poisťovne u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zameraná na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsah a kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti a na dodržiavanie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

<sup>10)</sup> vid' Metodika kontroly hospodárnosti a efektívnosti vo verejnom obstarávaní NKÚ SR a ÚVO, január 2020

<sup>11)</sup> [§ 11 ods. 1 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 18/1996 Z. z.](#) o cenách v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o cenách“)

Poukazujeme na to, že v súčasnosti sa javí, že by mohli byť naplnené aj viaceré z podmienok ustanovených v § 20 ods. 3 v spojení s § 4a odsek 2 zákona o cenách, kde sa ustanovujú podmienky, kedy môže MZ SR regulovať ceny.

**Základným pravidlom pri uplatňovaní regulácie cien je zohľadňovanie ekonomicky oprávnených nákladov a primeranej ziskovej prirážky.<sup>12)</sup> Zisková prirážka má byť zároveň primeraná verejnému záujmu.**

Podľa § 2 ods. 3 písm. a) zákona o cenách sa pod „*ekonomicky oprávnenými nákladmi rozumejú skutočné priame náklady a skutočné nepriame náklady spojené s funkciami výroby, správy, odbytu, výskumu a vývoja vrátane k nim prislúchajúcich nepriamych nákladov, ktoré by vzhľadom na vykonávané funkcie, riziká a trhové podmienky boli uplatnené pri použití metódy čistého obchodného rozpätia,<sup>3a)</sup> pričom funkciami odbytu okrem činností predaja sa rozumejú aj činnosti spojené s propagáciou, sprostredkovaním predaja a marketingom predávaných výrobkov,*“<sup>13)</sup>

Podľa § 2 ods. 3 písm. b) zákona o cenách sa pod „*primeranou ziskovou prirážkou rozumie prirážka, ktorá by vzhľadom na vykonávané funkcie, riziká a trhové podmienky bola uplatnená vo vzťahu k iným nezávislým osobám.*“<sup>14)</sup>

V prípadoch, kedy **úradné určenie ceny absentuje, avšak je daná druhová podobnosť** tovarov/služieb/výkonov, je namieste uplatňovať regulovanú cenu s tým, že dohodnutá cena sa môže **odchyľovať o rozdiel v ekonomicky oprávnených nákladoch a o rozdiel v primeranej ziskovej prirážke** zodpovedajúci odchýlke v dohodnutých podmienkach.<sup>15)</sup>

**Úrad zastáva názor, že pri dohadovaní ceny v iných ako regulovaných, resp. druhovo podobných prípadoch nie je dôvod postupovať inak. Podľa úradu je namieste zohľadňovať pri dohadovaní ceny ekonomicky oprávnené náklady a primeranú ziskovú prirážku. Opačný prístup je z pohľadu úradu nesystematický a odporuje logike.** Ak totiž zákonodarca predpokladá zohľadňovanie ekonomicky oprávnených nákladov a primeranej marže pri cenovej regulácii, pri dohadovaní ceny mimo rámca regulácie sú uvedené kategórie minimom. Negociačný proces, ktorého výsledkom by bola dohoda, ktorá by uvedené kategórie nereflekovala, by bol prejavom nerovného ekonomického postavenia subjektov s prvkami možného zneužívania dominantného postavenia jedného z nich.

Zdravotné poisťovne sú povinné postupovať v súlade s vyššie uvedenými zásadami riadneho hospodárenia v záujme riadneho fungovania systému povinného zdravotného poistenia v Slovenskej republike a dosahovania jeho sociálnych a solidárnych cieľov.

Úlohou zdravotných poisťovní je spravovať verejné prostriedky v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi, za účelom ich využitia na úhradu zdravotnej starostlivosti.

Zdravotné poisťovne sú správcami verejných prostriedkov, ktoré sa musia použiť na zákonom presne vymedzený účel (úhrada zdravotnej starostlivosti), efektívne a hospodárne.<sup>16)</sup>

<sup>12)</sup> § 8 zákona o cenách, konkretizácia vo vyhláške Ministerstva financií Slovenskej republiky č. 87/1996 Z. z., ktorou sa vykonáva zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 18/1996 Z. z. v znení neskorších predpisov o cenách (ďalej len „vyhláška č. 87/1996 Z. z.“)

<sup>13)</sup> konkrétne ekonomicky oprávnené náklady, ktoré do kalkulácie nákladov na účely regulácie cien nemožno zahrnúť konkretizuje § 3 ods. 1 vyhlášky č. 87/1996 Z. z.

<sup>14)</sup> Konkretizácia viď § 3 ods. 2 a 3 vyhlášky č. 87/1996 Z. z.

<sup>15)</sup> Podľa § 7 ods. 1 vyhlášky č. 87/1996 Z. z. „Regulácia cien podľa § 6 ods. 2 a 3 zákona sa uplatňuje aj na tovar rovnakého druhu, ktorý sa od tovaru s maximálnou alebo pevnou úradne určenou cenou líši len niektorými dohodnutými podmienkami; dohodnutá cena sa môže odchyľovať od úradne určenej ceny podľa § 6 ods. 2 a 3 zákona o rozdiel v ekonomicky oprávnených nákladoch a o rozdiel v primeranej ziskovej prirážke zodpovedajúci odchýlke v dohodnutých podmienkach.“

<sup>16)</sup> Podľa § 11 ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z. výdavky zdravotných poisťovní musia vychádzať zo zásadných smerov a priorit štátnej zdravotnej politiky určených ministerstvom zdravotníctva, ktorých cieľom je hospodárne, efektívne a účelné vynakladanie finančných prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Ministerstvo zdravotníctva monitoruje a hodnotí hospodárne, efektívne a účelné vynakladanie finančných prostriedkov verejného zdravotného poistenia spôsobom určeným ministerstvom zdravotníctva v ním určenom rozsahu, štruktúre a termíne.

V neposlednom rade, ak by výdavky v schválenom rozpočte<sup>30)</sup> dočasne nepokryli fungovanie systému, zdravotné poisťovne by si mali zabezpečiť dostatok vlastných zdrojov, ktoré zahŕňajú v minulosti dosiahnuté zisky alebo dodatočný kapitál, a to aj s ohľadom na súvislosti uvedené v časti B.

## **B. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti ako služba vo všeobecnom hospodárskom záujme**

Podľa § 4 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. „Zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytuje poskytovateľ a zdravotnícki pracovníci za podmienok ustanovených osobitným predpisom.<sup>4)</sup> **Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti a v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti je služba vo všeobecnom hospodárskom záujme.** Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v subjektoch hospodárskej mobilizácie<sup>4aaaa)</sup> v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva sa počas trvania mimoriadnej situácie, núdzového stavu v zdravotníctve alebo výnimočného stavu nepovažuje za hospodársku činnosť.“

Skutočnosť, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti je zákonom definované ako služba vo všeobecnom hospodárskom záujme (ďalej len „SVHZ“) má zásadný dopad na spôsob jej financovania zo strany štátu, resp. zdravotných poisťovní ako subjektov hospodáriacich s verejnými prostriedkami,<sup>17)</sup> vrátane dohľadu nad ich hospodárnym vynakladaním.

Poskytovanie náhrad za SVHZ podlieha rámci ustálených pravidiel práva EÚ<sup>18)</sup> konkretizovaných judikatúrou Súdneho dvora EÚ<sup>19)</sup>. Kompenzácia, resp. náhrada za SVHZ je súladná s európskou legislatívou, ak

1. príjemca skutočne plní záväzky SVHZ, ktoré sú jasne definované,
2. parametre, na základe ktorých sa náhrada vypočítava, sú vopred stanovené objektívnym a transparentným spôsobom,
3. náhrada nepresahuje sumu potrebnú na pokrytie všetkých alebo časti nákladov vzniknutých pri plnení záväzkov SVHZ pri zohľadnení relevantných príjmov a primeraného zisku a
4. podnik, ktorý má plniť záväzky SVHZ bol buď vybraný v súlade s postupom verejného obstarávania, ktorý umožnil výber uchádzača schopného poskytovať tieto služby verejnosti za najnižšiu cenu, alebo je výška potrebnej náhrady stanovená na základe analýzy nákladov, ktoré by vznikli bežnému podniku, dobre riadenému a primerane vybavenému príslušnými prostriedkami.

Úrad zastáva názor, že splnenie vyššie uvedených kritérií je potrebné posudzovať nie len pri vyhodnocovaní dotačných schém, resp. zmlúv o poskytovaní nenávratných finančných príspevkov<sup>20)</sup>, ale tiež je vhodné ho posudzovať pri zmluvách o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatváraných s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Na základe zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti poskytujú zdravotnú starostlivosť za odplatu, ktorá nie je platená priamo zo strany pacientov, ale zo systému verejného zdravotného poistenia prostredníctvom zdravotných poisťovní.

---

<sup>17)</sup> Verejné zdravotné poistenie predstavuje súhrn verejných zdrojov (finančných prostriedkov) v zmysle § 3 ods. 1 písm. c) zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú primárne určené na úhradu zdravotnej starostlivosti. Úloha všetkých zdravotných poisťovní je spravovať verejné prostriedky vyzbierané od verejnosti v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi, za účelom ich využitia na úhradu zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poisťovne sú správcami verejných prostriedkov, ktoré sa musia použiť na zákonom presne vymedzený účel (úhrada zdravotnej starostlivosti). Vykonávanie verejného zdravotného poistenia je v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov činnosťou, ktorá je vykonávaná vo verejnom záujme. Viď <https://www.mfsr.sk/sk/media/tlacove-spravy/verejne-zdravotne-poistenie-pravne-vychodiska-z-pohladu-mf-sr-2.html>

<sup>18)</sup> Rozhodnutie Komisie č. 2012/21/EÚ; Oznámenie Komisie o uplatňovaní pravidiel štátnej pomoci Európskej únie na náhrady za služby všeobecného hospodárskeho záujmu (2012/C 8/02), Oznámenie Komisie – Rámec Európskej únie pre štátnu pomoc vo forme náhrady za služby vo verejnom záujme (2011) (2012/C 8/03)

<sup>19)</sup> Vec C-280/00 Altmark Trans a Regierungspräsidium Magdeburg/Nahverkehrsgesellschaft Altmark, Zb. 2003, s. I-7747

<sup>20)</sup> viď napr. Schéma štátnej pomoci pre investície do nemocníc a hospícov, zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti z prostriedkov Plánu obnovy a odolnosti SR, č. ŠP SVHZ – 2/2022 <https://www.antimon.gov.sk/9092-sk/sp-svhz-22022/?csrt=4779096564394969556>



Parametre, na základe ktorých sa náhrada pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vypočítava, musia byť **vopred objektívne a transparentne stanovené**, pričom ich výška by nemala presahovať výšku potrebnú na pokrytie všetkých alebo časti nákladov vzniknutých pri plnení záväzkov SVHZ. Nakoľko v predmetom segmente nedochádza k výberu zmluvného partnera postupom verejného obstarávania (ktorý je dlhodobou akceptovaný ako mechanizmus spôsobilý vygenerovať najlepší pomer ceny a kvality), výška náhrady by mala byť stanovená na základe **analýzy nákladov**, ktoré by vznikli bežnému podniku, dobre riadenému a primerane vybavenému príslušnými prostriedkami.

- Vychádzajúc z Rozhodnutia Európskej komisie č. 2012/21/EÚ, **výška náhrady** za SVHZ nesmie presiahnuť sumu potrebnú na **pokrytie čistých nákladov**, ktoré vznikli pri plnení záväzkov SVHZ a **primeraného zisku** s tým, že **čisté náklady** možno vypočítať ako rozdiel medzi nákladmi, ktoré vznikli počas poskytovania SVHZ<sup>21)</sup> a príjmami získanými zo SVHZ.
- **Primeraným ziskom** sa rozumie miera rentability kapitálu<sup>22)</sup>, ktorú by vyžadoval bežný podnik zvažujúci poskytovanie SVHZ pri zohľadnení miery rizika, a to na dĺžku trvania poverenia, prípadne iný ukazovateľ úrovne zisku<sup>23)</sup>; zisk v každom prípade nesmie presahovať sumu, ktorú by vyžadoval bežný podnik zvažujúci poskytovanie SVHZ napríklad poskytnutím odkazov na výnosy získané pri podobných typoch zmlúv udelených za konkurenčných podmienok.

Náhrada, ktorá by presahovala sumu nevyhnutnú na pokrytie čistých nákladov vzniknutých podniku pri poskytovaní SVHZ a primeraného zisku, by bola nadmernou náhradou, ktorá odporuje pravidlám EÚ.

**Vychádzajúc z vyššie uvedeného úrad zastáva názor, že cena/úhrada za zdravotnú starostlivosť dohodnutá v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti by mala okrem iného reflektovať:**

1. cenovú reguláciu (§ 7 ods. 9 písm. c) a e) zákona č. 581/2004 Z. z.),
2. zákonnú povinnosť zdravotných poisťovní účelne, efektívne a hospodárne vynakladať finančné prostriedky verejného zdravotného poistenia a pri dohadovaní cien zohľadňovať kategóriu ekonomicky oprávnených nákladov a primeraný zisk, a napokon tiež
3. kritériá vymedzené európskou legislatívou pre kompenzáciu služieb vo všeobecnom hospodárskom záujme, ktorých náhrada predpokladá náhradu potrebnú na pokrytie čistých nákladov vzniknutých podniku pri poskytovaní SVHZ a primeraného zisku.

Úrad zastáva názor, že uvedené kritériá by mala spĺňať tiež cena obvyklá za neodkladnú zdravotnú starostlivosť (§ 8 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z.), keďže táto sa odvíja od zmluvnej ceny za obdobnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú v danom mieste a čase.

---

<sup>21)</sup> v zásade sa zohľadňujú len náklady súvisiace so službou všeobecného hospodárskeho záujmu

<sup>22)</sup> Miera rentability kapitálu je vymedzená ako vnútorná miera návratnosti, ktorú podnik dosiahne zo svojho investovaného kapitálu počas doby trvania poverenia. Miera rizika závisí od príslušného sektora, typu služby a povahy náhrady; viď článok 5 ods. 7 rozhodnutia Európskej komisie č. 2012/21/EÚ.

<sup>23)</sup> Podľa článku 8 rozhodnutia Európskej komisie č. 2012/21/EÚ „Ak z dôvodu osobitných okolností nie je vhodné použiť mieru rentability kapitálu, členské štáty sa môžu v záujme určenia primeraného zisku spoliehať na iné ukazovatele úrovne zisku než len na mieru rentability vlastného imania, akými sú napríklad priemerná rentabilita vlastného imania, rentabilita investovaného kapitálu, rentabilita aktív alebo rentabilita tržieb. „Rentabilita“ je vymedzená ako príjmy pred zaplatením úrokov a daní (earnings before interests and taxes – EBIT) v danom roku. Priemerná rentabilita sa vypočíta pomocou diskontného faktoru počas dĺžky trvania zmluvy, ako sa uvádza v oznámení Oznámenie Komisie o revízii spôsobu stanovenia referenčných a diskontných sadzieb (9). V prípade voľby ktoréhokoľvek ukazovateľa musia byť členské štáty schopné na žiadosť Komisie poskytnúť dôkaz o tom, že zisk nepresahuje sumu, ktorú by vyžadoval bežný podnik zvažujúci poskytovanie služieb všeobecného hospodárskeho záujmu napríklad poskytnutím odkazov na výnosy získané pri podobných typoch zmlúv udelených za konkurenčných podmienok.“