NEPREDAJNÉ
3 / 2026

mediPRÁVNIK

VYDANIE PRE OFTALMOLÓGOV

OFFLINE

INFORMÁCIE O VYBRANÝCH LEGISLATÍVNYCH ZMENÁCH TÝKAJÚCICH SA POSKYTOVATEĽOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PRE TRETÍ KVARTÁL ROKA 2026

ROZŠÍRENÉ ONLINE VYDANIE S INTERAKTÍVNYMI ODKAZMI



Od cenníka k pokladnici: všetko, čo potrebuje ambulancia vedieť o poplatkoch

Cenník ambulancie pod lupou: čo v ňom má byť a na čo si dať pozor?

Za čo môže pacient platiť? Hranice poplatkov v ambulancii

Ako nastaviť vyberanie poplatkov v ambulancii

ID elektronického zdravotného záznamu vo výkaze pre poisťovňu: nová povinnosť, ktorá vám môže siahnuť na úhrady

ÚDZS: Poisťovňa zamenila zoznam liekov za rozsah liečby, pacientovi s lymfómom prizná úhradu v zahraničí

Doplnkové ordinačné hodiny po novom. Ako by mohli vyzerať?

Vyhodnotenie stavu siete poskytovateľov ambulantnej starostlivosti

Čo sa deje, keď pacient alebo jeho blízky nie je spokojný s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou?

Úhrada zdravotnej starostlivosti mladistvým a hranice špecializovaných ambulancií

Sprievodca pacienta s ŤZP: novela má rozšíriť právo, jej znenie však vyvoláva otázky

Združenie Ambulantných Očných Lekárov

ADVOKÁTSKA KANCELÁRIA ATTORNEYS AT LAW RECHTSANWALTSKANZLEI STUDIO LEGALE
h&h PARTNERS

mediPRÁVNIK | právny anjel vždy na vašej strane

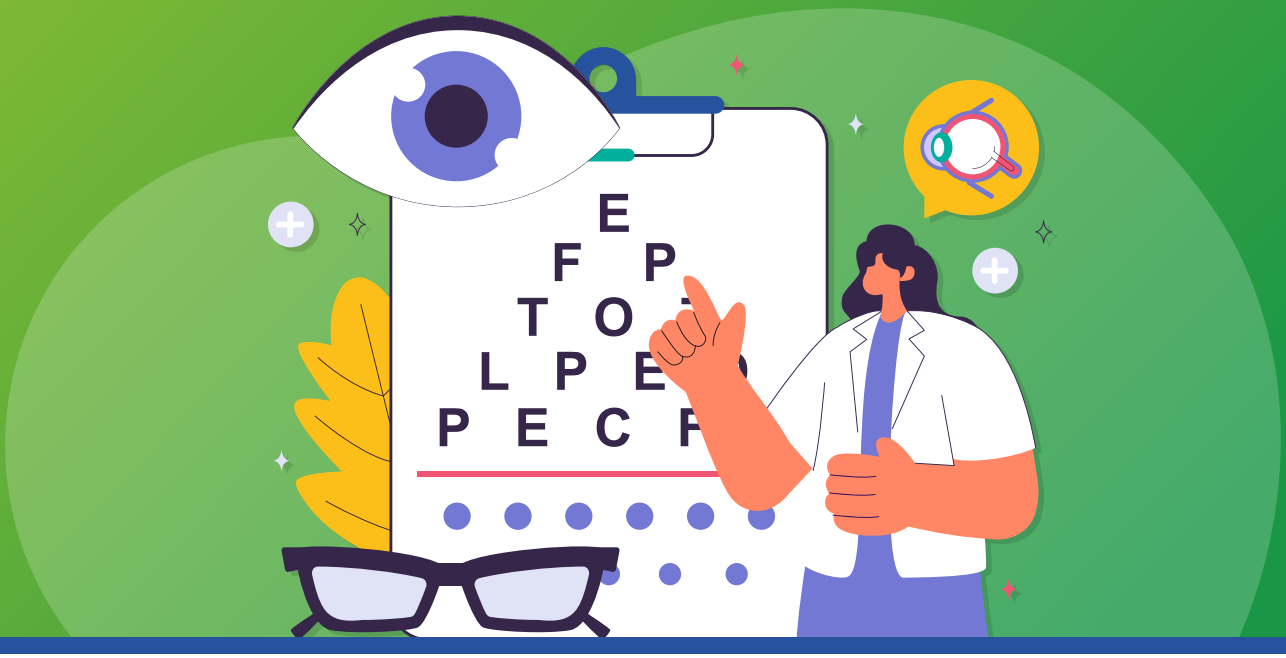
Službu mediPRÁVNIK poskytuje advokátska kancelária h&h PARTNERS, špecializovaná na medicínske právo.

mediPRÁVNIK.sk
právna istota pre ambulancie a lekárne

Vážení poskytovatelia zdravotnej starostlivosti,

prinášame vám prehľad najdôležitejších tém za obdobie tretieho štvrťroka 2026. Tento materiál má za cieľ priblížiť právne názory na aktuálne otázky týkajúce sa postavenia ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v odbore oftalmológia. V tejto súvislosti je potrebné dodať, že obsahom tohto materiálu nie je súhrn všetkých povinností, ktoré sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti pri výkone svojej činnosti povinní dodržiavať.

Zároveň upozorňujeme na to, že je dôležité, aby boli právne predpisy čítané a aplikované komplexne a v kontexte konkrétnej situácie, v ktorej sa poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nachádza. Zjednodušený postup spočívajúci len v automatickom uplatnení všeobecných informácií môže totiž viesť k nesprávnym záverom.



Materiál je vypracovaný v súlade s právnym stavom ku dňu 18.09.2026. Účelom tohto materiálu nie je poskytnúť cielené a komplexné právne poradenstvo. Praktickú aplikáciu právnych predpisov uvedených v tomto materiáli poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti je vhodné konzultovať s advokátskou kanceláriou.

Tento materiál je určený výlučne osobám oprávneným predpisovať a/alebo vydávať lieky.

JUDr. Ivan Humeník, PhD., JUDr. Lenka Kavarniková
h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.

Obsah

Na jednotlivé články môžete prejsť kliknutím na ich názov v obsahu.

1 | **Od cenníka k pokladnici: všetko, čo potrebuje ambulancia vedieť o poplatkoch**
↳ Cenník ambulancie pod lupou: čo v ňom má byť a na čo si dať pozor? 4

2 | **Od cenníka k pokladnici: všetko, čo potrebuje ambulancia vedieť o poplatkoch**
↳ Za čo môže pacient platiť? Hranice poplatkov v ambulancii 6

3 | **Od cenníka k pokladnici: všetko, čo potrebuje ambulancia vedieť o poplatkoch**
↳ Ako nastaviť vyberanie poplatkov v ambulancii 9

4 | ID elektronického zdravotného záznamu vo výkaze pre poisťovňu: nová povinnosť, ktorá vám môže siahnuť na úhrady 13

5 | Úhrada zdravotnej starostlivosti mladistvým a hranice špecializovaných ambulancií 15

6 | Doplnkové ordinačné hodiny po novom. Ako by mohli vyzerať? 18

7 | Čo sa deje, keď pacient alebo jeho blízky nie je spokojný s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou? 19

8 | Sprievodca pacienta s ŤZP: novela má rozšíriť právo, jej znenie však vyvoláva otázky 22

9 | Vyhodnotenie stavu siete poskytovateľov ambulantnej starostlivosti 24

10 | ÚDZS: Poisťovňa zamenila zoznam liekov za rozsah liečby, pacientovi s lymfómom prizná úhradu v zahraničí 27

11 | Prečítajte si aj... 29

1

JUDr. Lenka Kavarniková

Od cenníka k pokladnici: všetko, čo potrebuje ambulancia vedieť o poplatkoch

Cenník ambulancie pod lupou: Čo v ňom má byť a na čo si dať pozor?

Cenník patrí k základným dokumentom každej ambulancie. Jeho význam však nespočíva iba v tom, že pacientovi ukáže, koľko za konkrétny výkon zaplatí. Správne nastavený cenník má pacientovi transparentne ukázať, aké zdravotné výkony ambulancia poskytuje, pričom pre poskytovateľa predstavuje dôležitý základ celého systému vyberania poplatkov. Pripraviť cenník preto neznamená iba spísať niekoľko spoplatnených služieb a priradiť k nim ceny. Ak chcete mať poplatky v ambulancii nastavené správne, treba sa na cenník pozerať komplexnejšie. (právny stav k 18.09.2026)

Cenník nie je iba zoznam toho, za čo pacient platí

Jednou zo základných povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti je umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste cenník všetkých zdravotných výkonov, ktoré poskytuje. Dôležité sú pritom slová **„všetkých zdravotných výkonov“**.

Cenník ambulancie preto nemožno vnímať iba ako zoznam niekoľkých položiek, za ktoré ambulancia aktuálne vyberá platbu priamo od pacienta. Mal by reflektovať zdravotné výkony, ktoré poskytovateľ poskytuje, a teda aj tie, ktoré sú inak hradené z verejného zdravotného poistenia. Táto požiadavka má aj praktický význam. Pacient by mal mať možnosť vopred sa zorientovať v cenách a poskytovateľ by mal mať jasne nastavené, za akých podmienok bude pri jednotlivých výkonoch požadovať úhradu.

Samotné uvedenie ceny v cenníku však ešte automaticky neznamená, že túto cenu možno požadovať od každého pacienta. To, **či konkrétny pacient za daný výkon zaplatí**, závisí najmä od toho, či je zdravotná starostlivosť v jeho prípade hradená z verejného zdravotného poistenia a či právne predpisy umožňujú požadovať od pacienta úhradu.

Pozor, cenník a zoznam zdravotných výkonov nie sú to isté

Pri zmluvných poskytovateľoch vstupuje do hry ešte jeden dokument, na ktorý sa v praxi niekedy zabúda. Ak má poskytovateľ uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou, zákon mu ukladá povinnosť umiestniť na prístupnom a viditeľnom mieste vo vstupných priestoroch alebo v čakárni aj **zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu**, a tiež tých, ktoré sú hradené z verejného zdravotného poistenia.

Cenník a tento zoznam preto nie sú tým istým dokumentom. Ide o dve zákonné povinnosti, ktoré je potrebné pri nastavovaní poplatkov v ambulancii rozlišovať. V praxi je však dôležité predovšetkým to, aby mal pacient z informácií dostupných v ambulancii jasnú predstavu o tom, aké výkony ambulancia poskytuje a za čo od neho môže byť požadovaná úhrada.

Nestačí cenník vytvoriť. Musíte ho aj správne zverejniť

Cenník, ktorý zostane uložený v počítači ambulancie alebo v zásuvke na recepcii, svoju zákonnú funkciu nesplní. Zákon vyžaduje, aby bol **umiestnený na prístupnom a viditeľnom mieste**. Za takéto miesto považuje vstupné priestory, čakáreň alebo iné verejne prístupné priestory zdravotníckeho zariadenia. Ak má poskytovateľ zriadené webové sídlo, cenník sa zverejňuje aj tam.



Pri zmluvnom poskytovateľovi musí byť zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu, umiestnený vo vstupných priestoroch alebo v priestoroch čakárne.

Myslite preto aj na praktickú stránku veci. Pacient má mať prístup k cenníku bez toho, aby ho hľadať alebo sa naň osobitne pýtať personálu. Má sa s ním vedieť jednoducho oboznámiť ešte predtým, ako od neho budete požadovať úhradu.

Cenník musí poznať aj samosprávny kraj

Povinnosti ambulancie sa nekončia zavesením cenníka na stenu. Poskytovateľ je povinný svoj cenník všetkých zdravotných výkonov **bezodkladne a preukázateľne zaslať samosprávnemu kraju príslušnému podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia**.

Rovnaké pravidlo platí pri každej jeho zmene. Ak teda napríklad zmeníte cenu výkonu, pridáte nový výkon alebo cenník inak upravíte, nestačí vymeniť jeho verziu v čakárni a na webovej stránke. Myslieť treba preto aj na zaslanie aktualizovaného cenníka príslušnému samosprávnemu kraju. Pri zmluvnom poskytovateľovi sa obdobná povinnosť vzťahuje aj na zoznam zdravotných výkonov.

Web ambulancie je pri cenách podstatný

Online priestor má pri informovaní pacientov čoraz väčší význam. Pacient si často ešte pred návštevou ambulancie zisťuje, aké služby poskytuje a koľko za ne zaplatí. Aj zákon o poskytovateľoch (z. č. 578/2004 Z. z.) počíta s poskytovaním informácií prostredníctvom webového sídla. Poskytovateľ má povinnosť zverejňovať na svojom webovom sídle informácie o možnostiach ošetrenia, dostupnosti, kvalite a bezpečnosti zdravotnej starostlivosti a **o cenách zdravotných výkonov, ktoré poskytuje**.

Ak teda cenník zmeníte, nezabudnite sa pozrieť aj na svoju webovú stránku. Jedna cena v čakárni a druhá na webe je presne ten typ situácie, ktorý môže viesť k nedorozumeniu s pacientom.

Dobrý cenník musí fungovať aj v praxi

Pri príprave cenníka je jednoduché sústrediť sa iba na jeho formálnu stránku. Podstatné však je, aby bol použiteľný aj pri každodennom fungovaní ambulancie.

Pacient by mal z cenníka vedieť pochopiť, za čo platí a aká je cena. Rovnako dôležité je, aby personál ambulancie vedel cenník správne používať a aby pacient nedostal inú informáciu podľa toho, koho sa na cenu opýta. Preto sa pri príprave alebo aktualizácii cenníka oplatí skontrolovať najmä:

- či cenník zodpovedá zdravotným výkonom, ktoré ambulancia skutočne poskytuje,
- či sú jednotlivé položky a ich ceny formulované dostatočne zrozumiteľne,
- či ambulancia nepožaduje úhradu za výkon alebo službu, za ktoré ju podľa právnych predpisov požadovať nemôže,
- či je aktuálna verzia cenníka zverejnená na požadovaných miestach,
- či bol cenník a každá jeho zmena preukázateľne zaslaná príslušnému samosprávnemu kraju,
- a pri zmluvnom poskytovateľovi aj to, či má správne nastavený zoznam zdravotných výkonov a služieb, pri ktorých možno požadovať úhradu.

Cenník je iba začiatok

Správne pripravený cenník vytvára základ pre transparentné vyberanie poplatkov v ambulancii. Ani dokonale spracovaný cenník však poskytovateľovi nedáva možnosť vyberať od pacientov akékoľvek poplatky. Pri každej spoplatnenej položke je potrebné vedieť odpovedať na ďalšiu otázku: **môžem túto úhradu od pacienta vôbec požadovať?** Práve tejto otázke a zákonným hraniciam poplatkov v ambulancii sa budeme venovať v nasledujúcom článku.

2

JUDr. Lenka Kavarniková

Od cenníka k pokladnici: všetko, čo potrebuje ambulancia vedieť o poplatkoch

Za čo môže pacient platiť? Hranice poplatkov v ambulancii

Cenník máte pripravený a ceny nastavené. Znamená to však, že každú položku uvedenú v cenníku môžete od pacienta aj vybrať? Nie nevyhnutne. Pri poplatkoch v ambulancii totiž nestačí určiť cenu. Pri každom poplatku je potrebné vedieť aj to, či ho právne predpisy vôbec umožňujú od konkrétneho pacienta požadovať. Práve hranica medzi tým, čo pacientovi uhrádza zdravotná poisťovňa a za čo môže platiť sám, je jednou z najdôležitejších otázok pri nastavovaní cenníka ambulancie. (právny stav k 18.09.2026)

Základné pravidlo: za hradenú zdravotnú starostlivosť nemožno pýtať ďalšiu úhradu

Pri nastavovaní poplatkov je potrebné vychádzať zo základného pravidla. Poskytovateľ nesmie od poistenca požadovať úhradu za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s jej poskytovaním nad rozsah spoluúčasti poistenca podľa zákona o úhradách (z. č. 577/2004 Z. z.).

Ak je teda zdravotný výkon v konkrétnom prípade plne hradený z verejného zdravotného poistenia, nemožno k úhrade zdravotnej poisťovne jednoducho pridať ďalší „doplatok“ pacienta iba preto, že úhrada poisťovne podľa poskytovateľa nepokrýva jeho reálne náklady.



Pri čiastočnej úhrade z verejného zdravotného poistenia môže byť od pacienta požadovaná spoluúčasť iba v rozsahu, ktorý pripúšťajú právne predpisy. Pri každej položke cenníka si preto treba najskôr položiť otázku: **Kto má tento výkon v konkrétnom prípade uhradiť?** Až následne možno riešiť jeho cenu.

To, čo je v cenníku, nemusí platiť každý pacient

Cenník určuje cenu výkonu, no ešte neodpovedá na otázku, kto túto cenu v konkrétnom prípade zaplatí. Rovnaký zdravotný výkon totiž môže byť u jedného pacienta hradený z verejného zdravotného poistenia, zatiaľ čo pri inom pacientovi môžu byť podmienky úhrady odlišné. Pri výbere poplatku preto nestačí, že personál nájde príslušnú položku v cenníku. Pred požadovaním úhrady je potrebné posúdiť aj postavenie konkrétneho pacienta a režim úhrady konkrétneho výkonu.

Práve preto by mal byť cenník nastavený tak, aby ambulancii pomáhal pri vyberaní poplatkov, nie aby vytváral dojem, že každá uvedená cena sa automaticky vyberá od každého pacienta.

Sú aj úkony, za ktoré poplatok vyberať nemôžete

Pri tvorbe cenníka treba myslieť aj na to, že právne predpisy pri niektorých úkonoch výslovne vylučujú možnosť požadovať od pacienta úhradu. Zákon o úhradách napríklad považuje za súčasť zdravotného výkonu aj:

- objednanie pacienta na vyšetrenie vrátane objednania na konkrétny čas,
- vypísanie lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu,
- vypísanie návrhu na kúpeľnú starostlivosť,
- vypísanie výmenného lístka,
- vystavenie potvrdenia o návšteve lekára alebo iného zdravotníckeho pracovníka.

Ak zákon určitý úkon považuje za súčasť zdravotného výkonu, poskytovateľ z neho nemôže vytvoriť samostatnú spoplatnenú službu iba tým, že mu dá iný názov a zaradí ho do cenníka. Pri tvorbe cenníka je preto potrebné skúmať nielen názov položky, ale predovšetkým to, **čo pacient za daný poplatok reálne dostáva**.

Poplatok nesmie byť vstupenkou k hradenej zdravotnej starostlivosti

Osobitnú pozornosť si zaslúžia rôzne doplnkové, nadštandardné alebo komfortné služby. Samotná skutočnosť, že určitá služba nie je zdravotným výkonom, ešte neznamená, že ju možno bez ďalšieho povinne spoplatniť každému pacientovi ambulancie. Základom musí zostať dobrovoľnosť.

Pacient, ktorý má nárok na zdravotnú starostlivosť hradenú z verejného zdravotného poistenia, nesmie byť postavený pred situáciu, že sa k nej dostane iba vtedy, ak si zároveň zaplatí ďalšiu službu, členstvo, balík alebo inú spoplatnenú výhodu. Rizikové preto môže byť napríklad nastavenie, pri ktorom sa pacient bez zakúpenia plateného balíka fakticky nevie dostať k zdravotnej starostlivosti, na ktorú má nárok z verejného zdravotného poistenia.

Pri doplnkových službách by teda mala existovať reálna možnosť povedať **„nie, túto službu nechcem“** bez toho, aby tým pacient prišiel o prístup k hradenej zdravotnej starostlivosti.

Pozor na balíky a paušálne poplatky

Ambulancie môžu z praktických dôvodov uvažovať aj nad rôznymi balíkmi služieb, členskými programami alebo paušálnymi platbami. Takýto spôsob nastavenia úhrad však sám osebe nevyrieši otázku ich zákonnosti. Rozhodujúci je opäť **obsah balíka**.

Ak by pacient prostredníctvom paušálneho poplatku fakticky platil aj za zdravotné výkony, ktoré má v jeho prípade uhradiť zdravotná poisťovňa, pomenovanie platby ako „členský poplatok“, „program“, „balík“ či „paušál“ na jej podstate nič nemení.

Pri každom takomto produkte je preto vhodné rozobrať jednotlivé benefity a položiť si otázku, za čo pacient v skutočnosti platí. Čím viac je balík obsahovo postavený na výkonoch hradených z verejného zdravotného poistenia, tým väčšiu pozornosť treba jeho právnemu nastaveniu venovať.

A čo neindikovaná zdravotná starostlivosť?

Iná situácia môže nastať, ak pacient požaduje zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je vzhľadom na jeho zdravotný stav indikovaná a nie je uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia. V takom prípade môže ísť o zdravotnú starostlivosť, ktorú si pacient hradí sám.

Ani tu však neplatí, že požiadavka pacienta automaticky znamená povinnosť lekára výkon vykonať. Lekár zostáva osobou, ktorá musí postupovať odborne a zdravotnú starostlivosť poskytovať správne. Ak pacient požaduje výkon, ktorý podľa odborného posúdenia nie je pre neho vhodný alebo by pre neho mohol predstavovať zdravotné riziko, samotná ochota pacienta výkon zaplatiť nie je dôvodom na jeho vykonanie.

Ak ambulancia neindikovanú zdravotnú starostlivosť poskytne za priamu úhradu pacienta, je vhodné pacienta vopred jasne informovať o tom, že výkon nie je hradený z verejného zdravotného poistenia a že jeho cenu bude znášať sám.

Nezabúdajte ani na zmluvu so zdravotnou poisťovňou

Pri posudzovaní jednotlivých položiek cenníka nemusí byť jediným relevantným dokumentom zákon. Ak ste zmluvným poskytovateľom zdravotnej poisťovne, treba sa pozrieť aj na obsah vašej zmluvy a jej dodatkov. Rozsah výkonov, ktoré vám zdravotná poisťovňa uhrádza, môže mať význam aj pri posudzovaní toho, čo následne požadujete zaplatiť od jej poistenca.

Pri tvorbe cenníka preto neodporúčame vychádzať iba zo všeobecnej otázky, či právny predpis určitý typ úhrady pripúšťa. Pri zmluvnom poskytovateľovi treba zároveň preveriť, **čo má zazmluvnené so zdravotnou poisťovňou a za čo už od nej dostáva úhradu**.

Pri poplatkoch rozhoduje obsah, nie názov

„Administratívny poplatok“, „manažment pacienta“, „nadštandard“, „komfortný balík“ alebo „členský program“. Názov môže znieť akokoľvek dobre, ale pri posudzovaní oprávnenosti poplatku nebude rozhodujúce to, ako ste položku v cenníku pomenovali. Podstatné bude, **za čo pacient v skutočnosti platí**.



Pri každej novej položke cenníka si preto skúste odpovedať najmä na tieto otázky:

- Čo konkrétne pacient za poplatok dostane?
- Ide o zdravotný výkon, inú službu súvisiacu so zdravotnou starostlivosťou alebo o inú službu?
- Je tento výkon alebo služba v konkrétnom prípade hradená z verejného zdravotného poistenia?
- Nejde o úkon, za ktorý právne predpisy zakazujú požadovať osobitnú úhradu?
- Ak ide o doplnkovú službu, môže ju pacient reálne odmietnuť?
- Dostane pacient zdravotnú starostlivosť hradenú z verejného zdravotného poistenia aj bez zaplatenia tejto položky?
- A ak ste zmluvným poskytovateľom, čo o úhrade daného výkonu hovorí vaša zmluva so zdravotnou poisťovňou?

Ak pri niektorej položke neviete na tieto otázky jednoznačne odpovedať, je lepšie jej nastavenie preveriť ešte predtým, ako ju začnete od pacientov vyberať.

Správne nastavený poplatok treba vedieť aj správne vybrať

Cenník teda nie je pri vyberaní poplatkov jediným pravidlom. To, že určitá suma je v cenníku uvedená, ešte neznamená, že ju možno automaticky požadovať od každého pacienta. Pri poplatkoch treba vždy sledovať, **za čo pacient platí, či danú starostlivosť neuhrádza zdravotná poisťovňa a či zaplatenie poplatku nie je podmienkou prístupu k hradenej zdravotnej starostlivosti**.

Keď už máte jasno v tom, ktoré poplatky môžete vyberať, prichádza ďalšia praktická otázka: **ako ich od pacientov efektívne vyberať, ako nastaviť spôsob platby a ako prijatú úhradu správne evidovať?** Práve tomu sa budeme venovať v nasledujúcom článku.

Vypočujte si podcast

Zaplať a príď skôr? Pravda o poplatkoch za termín u lekára

www.bit.ly/4dTreEc

§ mediPRÁVNIK WEBINÁR

Sledujte pravidelné webináre mediPRÁVNIK

Online semináre na právne témy, ktoré zaujímajú lekárov. Vždy v posledný utorok v mesiaci o 17:00. Pripojte sa aj vy!

- **Bezplatný webinár** pravidelne každý mesiac
- **Aktuálne témy**, ktoré riešite v ambulancii
- **Sledujte naživo alebo zo záznamu** na platforme YouTube
- **Priestor pre otázky** účastníkov



Prihlásiť odber

Zoznam webinárov

www.youtube.com/@medipravnik

3

JUDr. Lenka Kavarniková

Od cenníka k pokladnici: všetko, čo potrebuje ambulancia vedieť o poplatkoch

Ako nastaviť vyberanie poplatkov v ambulancii

Máte pripravený cenník a viete, za ktoré výkony či služby môžete od pacienta požadovať úhradu. Tým však nastavovanie systému poplatkov v ambulancii nekončí. Rovnako dôležité je premyslieť si, ako budete platby reálne vyberať, ako o nich budete pacientov informovať a ako prijaté tržby správne evidovať. Platba v ambulancii totiž nie je iba otázkou toho, či pacient zaplatí v hotovosti alebo kartou. Dobre nastavený systém by mal byť zrozumiteľný pre pacienta, jednoducho použiteľný pre personál a zároveň v súlade so zákonnými povinnosťami poskytovateľa. (právny stav k 18.09.2026)

Najskôr si nastavte systém, až potom vyberajte poplatky

Pri poplatkoch sa v praxi často venuje najväčšia pozornosť samotnému cenníku. Ten je síce základom, no na jeho obsah musí nadväzovať aj praktický proces vyberania úhrad. Personál ambulancie by preto mal napríklad vedieť:

- za akých okolností sa konkrétny poplatok od pacienta vyberá,
- v akom okamihu má pacient zaplatiť,
- akým spôsobom môže platbu vykonať,
- aký doklad mu má byť vydaný,
- a ako sa prijatá platba zaeviduje.

Ak tieto pravidlá nie sú jasné, ani správne pripravený cenník nemusí zabrániť nejasnostiam pri každodennom kontakte s pacientmi.

Jednorazová platba alebo paušál?

Jednou z otázok, ktoré si ambulancia môže pri nastavovaní poplatkov položiť, je spôsob, akým bude pacient za jednotlivé služby platiť. Pri službe, ktorú pacient využije iba príležitostne, môže byť praktické požadovať úhradu osobitne pri každom jej využití. Pacient tak platí iba vtedy, keď konkrétnu službu skutočne využije. Pri opakovane poskytovaných doplnkových službách môže ambulancia uvažovať aj nad určitým paušálnym alebo balíkovým modelom.

Ani jeden z týchto spôsobov však nie je automaticky vhodný pre každú ambulanciu alebo každú službu. Pri výbere modelu treba zohľadniť predovšetkým jeho obsah a praktické fungovanie. Pri paušále alebo balíku je navyše potrebné vrátiť sa k pravidlám, ktorým sme sa venovali v predchádzajúcom článku. Treba si overiť, **za čo pacient v skutočnosti platí** a či sa prostredníctvom paušálu nevyberá úhrada aj za zdravotnú starostlivosť, ktorú má pacient hradenú z verejného zdravotného poistenia. Forma platby sama osebe teda zákonnosť poplatku nevyrieši.

Pacient by mal o poplatku vedieť ešte pred zaplatením

Transparentnosť je pri poplatkoch jedným z najdôležitejších preventívnych nástrojov. Pacient by nemal byť o cene výkonu alebo služby informovaný až vo chvíli, keď po jeho vykonaní stojí pri recepcii a personál od neho požaduje platbu. Cenník má preto veľký význam, ale v praxi môže byť vhodné pacienta na úhradu upozorniť aj individuálne, najmä ak ide o výkon alebo službu, pri ktorých nemusí byť na prvý pohľad zrejmé, že ich hradí sám. Predíde sa tak situácii, keď pacient nespochybňuje samotnú cenu, ale tvrdí, že o poplatku vopred nevedel.



Každá prijatá úhrada musí mať svoj doklad

Ak poskytovateľ od pacienta prijme úhradu, zákon o poskytovateľoch (z. č. 578/2004 Z. z.) mu ukladá povinnosť vydať pacientovi doklad o výške úhrady. Táto povinnosť sa nevzťahuje iba na úhradu za zdravotnú starostlivosť. Doklad treba vydať aj za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a za výkony, ktoré nie sú zdravotnými výkonmi ani takýmito službami.

Spôsob dokladovania pritom závisí aj od spôsobu prijatia platby a od toho, či ide o platbu podliehajúcu evidencii tržieb. Zákon o poskytovateľoch pri hotovostnej platbe počíta s pokladničným dokladom, ak má poskytovateľ podľa osobitného predpisu povinnosť takýto doklad vydať, a pri bezhotovostnom prevode s faktúrou. Pre ambulanciu je preto dôležité, aby systém vyberania poplatkov a systém vydávania dokladov fungovali spoločne.

Od roku 2026 platia nové pravidlá evidencie tržieb

Práve pri registračnej pokladnici nastala oproti staršej právnej úprave významná zmena. Od 1. januára 2026 sa evidencia tržieb riadi zákonom o evidencii tržieb (z. č. 384/2025 Z. z.). Predchádzajúci zákon č. 289/2008 Z. z. bol zrušený.

Základné pravidlo nového zákona je postavené na tom, že predávajúci, ktorý prijíma tržbu za predaj tovaru alebo poskytovanie služby, je povinný tržbu bez zbytočného odkladu po jej prijatí evidovať v systéme eKasa prostredníctvom pokladnice eKasa, ak sa na neho nevzťahuje niektorá zo zákonných výnimiek.

Nie každá platba na účet musí ísť cez eKasu

Pri evidencii tržieb je dôležité rozlišovať aj spôsob, akým ambulancia platbu prijme. Ak poskytovateľ prijíma platbu **výlučne bezhotovostným prevodom z bankového účtu pacienta na bankový účet ambulancie mimo predajného miesta**, napríklad na základe faktúry, takto prijatá platba sa prostredníctvom pokladnice eKasa evidovať nemusí. Iná situácia však nastáva pri tržbe prijatej na predajnom mieste, teda typicky priamo v ambulancii.

Preto by si poskytovateľ nemal nastaviť systém iba podľa jednoduchého pravidla „hotovosť ide cez eKasu a bezhotovostná platba nie“. Rozhodujúci je konkrétny spôsob prijatia platby a podmienky zákona o evidencii tržieb.

Pokladnica nemusí znamenať veľké zariadenie na recepcii

Pojem pokladnica eKasa dnes neznamená iba klasickú registračnú pokladnicu. Zákon počíta s viacerými riešeniami, medzi ktoré patria on-line registračná pokladnica, softvérová on-line registračná pokladnica a virtuálna registračná pokladnica. Pre menšiu ambulanciu preto môže byť praktickým riešením napríklad virtuálna registračná pokladnica. Finančná správa poskytuje aplikáciu VRP2, ktorú možno použiť na evidovanie tržieb bez potreby klasickej veľkej registračnej pokladnice. Pri výbere riešenia je vhodné zohľadniť počet prijímaných platieb, fungovanie recepcie, používaný informačný systém a spôsob, akým pacienti najčastejšie platia.

Od mája 2026 musíte myslieť aj na bezhotovostnú platbu

Nový zákon priniesol ešte jednu prakticky veľmi významnú povinnosť. **Od 1. mája 2026** musí predávajúci, na ktorého sa vzťahuje povinnosť evidovať tržbu prostredníctvom eKasy, umožniť kupujúcemu pri tržbe **presahujúcej 1 euro** aj bezhotovostnú platbu, ak sa na neho nevzťahuje zákonná výnimka. To však neznamená, že každá ambulancia musí mať klasický platobný terminál.

Zákon nepredpisuje iba jeden konkrétny spôsob. Bezhotovostnú platbu možno umožniť napríklad platobnou kartou, QR kódom, prevodom na účet alebo iným vhodným bezhotovostným platobným prostriedkom. Ambulancia si teda môže zvoliť riešenie, ktoré jej organizačne a ekonomicky najviac vyhovuje.

Hotovosť tým však nekončí

Povinnosť ponúknuť bezhotovostnú možnosť neznamená, že pacient už nemôže platiť v hotovosti. Ide o rozšírenie možností pacienta pri platení, nie o všeobecný zákaz hotovostných úhrad. Z praktického pohľadu je preto vhodné, aby ambulancia jasne určila, aké spôsoby platieb umožňuje, a aby o nich vedel aj jej personál.



Pri vyberaní poplatkov myslite na celý proces

Fungujúci systém poplatkov v ambulancii by preto nemal končiť pri poslednom riadku cenníka. Pri každom poplatku by ste mali vedieť odpovedať minimálne na tieto otázky:

- Môžeme tento poplatok od pacienta zákonne požadovať?
- Vie pacient vopred, koľko a za čo zaplatí?
- Kedy sa platba vyberá?
- Akými spôsobmi môže pacient zaplatiť?
- Podlieha prijatá platba evidencii prostredníctvom eKasy?
- Aký doklad pacient dostane?
- Vieme pri tržbe nad jedno euro zabezpečiť aj zákonom požadovanú možnosť bezhotovostnej platby?

Ak máte tieto procesy nastavené vopred, cenník sa nestane iba povinným dokumentom na stene ambulancie, ale reálnym nástrojom, ktorý pomáha pri jej každodennom fungovaní.

Od správneho cenníka k správne prijatej platbe

Vyberanie poplatkov v ambulancii je potrebné vnímať ako jeden celok. Najskôr je potrebné **správne nastaviť cenník**, následne posúdiť, **ktoré úhrady možno od pacienta požadovať**, a napokon zabezpečiť, aby bola každá prijatá platba **transparentne vybratá, zdokladovaná a tam, kde to zákon vyžaduje, riadne zaevidovaná**. A práve prepojenie týchto troch krokov vytvára systém poplatkov, ktorý je zrozumiteľný pre pacienta a zároveň bezpečnejší pre samotnú ambulanciu.

Pozrite si webináre

Platby pacienta v ambulancii: čo sa mení od roku 2026

www.bit.ly/45QUuXo

Chcete od pacientov vyberať poplatky? Majte správne pripravený cenník, aby bol váš postup zákonný

www.bit.ly/4u62dvt

Prečítajte si aj...

Novela zákona navrhuje jasnejšie hranice priamych platieb v ambulantnej zdravotnej starostlivosti

www.bit.ly/3TFQjMa

www.**medipravnik**.sk

Nastavíme priame platby pacienta vo vašej ambulancii

- **Vieme, ako fungujú platby** za zdravotnú starostlivosť
- **Posúdime** váš model poplatkov
- **Upozorníme** vás na potenciálne riziká
- **Poradíme** vám, ako postupovať pri priamych platbách
- **Navrhneme** pre vás model poplatkov šitý na mieru

Chcete sa dozvedieť viac?

Kliknite na **www.bit.ly/cennik-amb**, alebo nám zavolajte na **0948 075 965**, či napíšte email na **podpora@medipravnik.sk**.

bit.ly/cennik-amb



mediPRÁVNIK.sk
právna istota pre ambulancie a lekárne
prináša h&h PARTNERS

www.medipravnik.sk | podpora@medipravnik.sk | +421 948 075 965

4

Mgr. Katarína Uhrinová

ID elektronického zdravotného záznamu vo výkaze pre poisťovňu: nová povinnosť, ktorá vám môže siahnuť na úhrady

Predstavte si, že mesiac čo mesiac vykazujete zdravotnej poisťovni svoje výkony tak ako doteraz, a zrazu vám poisťovňa časť z nich jednoducho neuhradí. Nie preto, že by ste niečo urobili zle po odbornej stránke, ale preto, že vo výkaze chýba jeden konkrétny technický údaj. Presne to od 1. júla 2026 hrozí poskytovateľom, ktorí si nezosúladia svoje informačné systémy s novou legislatívou. (právny stav k 02.07.2026)

Čo sa zmenilo a od kedy

Národná rada SR schválila novelu zákona o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou (zákon č. 581/2004 Z. z.). Kľúčová časť novely, ktorá sa priamo dotýka stanoveného spôsobu vykazovania, nadobudla účinnosť **1. júla 2026**.

Jadro zmeny je jednoduché. Zúčtovacia dávka, ktorou vykazujete zdravotnej poisťovni poskytnutú starostlivosť na účely úhrady, musí odteraz obsahovať **identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu**. Toto číslo generuje váš vlastný ambulantný informačný systém pri zápise do elektronickej zdravotnej knižky pacienta a jeho úlohou je jednoznačne prepojiť konkrétny fakturovaný výkon s konkrétnym zápisom v knižke.

Prečo je to dôležité – sankcia je priama

Novela dopĺňa do § 8 zákona o zdravotných poisťovniach nový odsek 25 s jasným pravidlom: **ak zúčtovacia dávka toto identifikačné číslo neobsahuje, zdravotná poisťovňa vám poskytnutú starostlivosť neuhradí**. Žiadne dodatočné vysvetľovanie, žiadna výzva na doplnenie – chýbajúci údaj automaticky znamená, že výkon zostane nepreplatený, kým si evidenciu neopravíte a znovu nevykážete.

Súčasne sa mení aj § 8aa ods. 2 písm. g) zákona o zdravotných poisťovniach, podľa ktorého je toto identifikačné číslo povinnou súčasťou zúčtovacej dávky vždy, keď vediete zdravotnú dokumentáciu elektronicky, čo dnes robí už prakticky každá ambulancia a nemocnica.

Poisťovne dostávajú aj nový kontrolný nástroj

Novela rozširuje aj to, čo sa považuje za takzvanú kontrolu na diaľku (§ 9 ods. 3). Zdravotná poisťovňa bude môcť automatizovane porovnávať údaj, ktorý je uvedený v zúčtovacej dávke, s údajom, ktorý má k danému zdravotnému záznamu vedené Národné centrum zdravotníckych informácií v elektronickej zdravotnej knižke.

Prakticky to znamená, že poisťovňa už nemusí posielať revízneho lekára fyzicky do ambulancie, aby overil, či fakturovaný výkon zodpovedá reálne vykonanému zásahu – vie si to overiť automaticky, na diaľku, porovnaním dvoch čísel. Pre poctivo vykazujúcich poskytovateľov by to nemal byť problém. Pre prax to však znamená, že softvérové riešenie musí generovať a odosielať správne číslo úplne spoľahlivo, pri každom jednom výkone.

Na koho sa výnimka vzťahuje – a dokedy

Zákonodarca si uvedomoval, že nie každý typ zariadenia má rovnakú „technologickú výbavu" na okamžité splnenie tejto povinnosti. Preto zákon obsahuje pomerne rozsiahly zoznam výnimiek.

Trvalé výnimky (nový § 8aa ods. 5) sa týkajú napríklad:

- starostlivosti poskytnutej formou zlúčeného klasifikačného prípadu,
- starostlivosti poskytnutej osobe bez verejného zdravotného poistenia na Slovensku,
- starostlivosti poskytnutej žene, ktorá požiadala o utajenie totožnosti v súvislosti s pôrodom,
- prevádzok, ako sú očné banky, biobanky, nemocničné krvné banky, tkanivové zariadenia, transplantačné centrá pre krvotvorné bunky, optiky či výdajne audioprotetických pomôcok.

Dočasné výnimky do 31. decembra 2026 (nová príloha č. 7) sa vzťahujú okrem iného na:

- špecializované ambulancie – klinickú logopédiu, liečebnú pedagogiku, klinickú psychológiu, psychoterapiu, psychofyzickú prípravu na pôrod, dentálnu hygienu,

- stacionáre naprieč veľkým množstvom odborov – od vnútorného lekárstva, neurológie a psychiatrie cez pediatriu a chirurgiu až po onkológiu, geriatriu či paliatívnu starostlivosť.

Dočasné výnimky do 30. júna 2027 dostali:

- ústavná ošetrovateľská starostlivosť, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, mobilné hospice,
- spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – rádiológia, klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfúziológia, klinická mikrobiológia, radiačná onkológia, nukleárna medicína, lekárska genetika, CT, MR, endoskopické metódy a ďalšie,
- novorodenci dočasne identifikovaní rodným číslom matky (v ústavnej starostlivosti aj pri prvých troch preventívnych prehliadkach),
- prípady, keď nie je známy dátum prepustenia pacienta z ústavnej starostlivosti,
- poskytovatelia, ktorých odborné zameranie pribudlo do číselníka zdravotníckej informatiky až po 1. apríli 2026.

Praktická rada: ak neviete s istotou, do ktorej kategórie vaše zariadenie patrí, neponechávajte to na náhodu. Zaradenie do prílohy č. 7 rozhoduje o tom, či vám hrozí strata úhrad už teraz, alebo máte na prípravu ešte niekoľko mesiacov až rok.

Čo sa nevzťahuje na starostlivosť poskytnutú pred 1. júlom 2026

Nová prechodná úprava (§ 86zv) potvrdzuje logické pravidlo: za zdravotnú starostlivosť poskytnutú do 30. júna 2026 sa identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu nevyžaduje vôbec, keďže samotná povinnosť dovtedy ešte neexistovala.

Čo by ste mali urobiť ešte dnes?

1. **Overte si u dodávateľa vášho informačného systému**, či a ako generuje identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu a či sa toto číslo automaticky prenáša do zúčtovacej dávky pre poisťovňu.
2. **Skontrolujte, do ktorej výnimky (ak vôbec) vaše pracovisko patrí** – podľa odbornosti a typu poskytovanej starostlivosti podľa prílohy č. 7.
3. **Nastavte si internú kontrolu vykazovania** aspoň na prechodné obdobie, kým sa presvedčíte, že systém funguje spoľahlivo – je lepšie, ak chybu odhalíte sami, než by ste prišli o úhradu.
4. **Sledujte komunikáciu vašej zdravotnej poisťovne** – tá bude mať záujem informovať poskytovateľov o technických detailoch prenosu údajov ešte skôr, než sa chyby prejavia na preplatených faktúrach.

Zhrňme si to

Od 1. júla 2026 platí, že bez identifikačného čísla elektronického zdravotného záznamu vo výkaze vám poisťovňa výkon neuhradí. Poisťovne zároveň dostávajú nástroj na automatizované overovanie tohto čísla oproti elektronickej zdravotnej knižke. Ak patríte medzi poskytovateľov s dočasnou výnimkou podľa prílohy č. 7, máte čas do konca roka 2026, prípadne do polovice roka 2027, no aj vtedy sa oplatí pripraviť sa vopred, nie na poslednú chvíľu.

Vypočujte si podcast

Zoznam zdravotných výkonov po novom: menej chaosu alebo viac kontroly?

www.bit.ly/49ZGjCr

5

Mgr. Ivana Ivanocová

Úhrada zdravotnej starostlivosti mladistvým a hranice špecializovaných ambulancií

Do Národnej rady SR bol predložený návrh zákona, ktorým sa dopĺňa zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia (č. 577/2004 Z. z.). Navrhovaná novela zákona zamýšľa zaviesť nové pravidlo úhrady zdravotnej starostlivosti poskytnutej vo všetkých špecializáciách v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. (právny stav k 15.07.2026)

Pacienti od 15 rokov v systéme úhrad špecializovanej zdravotnej starostlivosti

Primárna zdravotná starostlivosť je detským pacientom poskytovaná všeobecnými lekármi pre deti a dorast. V prípade potreby odbornej diagnostiky alebo špecifickej liečby poskytujú zdravotnú starostlivosť lekári v príslušných špecializačných odboroch. Ide najmä o pediatrické špecializácie zamerané na deti a dorast alebo špecializácie, v rámci ktorých sa zdravotná starostlivosť poskytuje bez ohľadu na vek dospelým aj detským pacientom.

Do parlamentu však bol predložený návrh novely zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, **na základe ktorého by mala byť zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom vo veku od 15 rokov uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia, aj keď bola poskytnutá lekárom špecialistom pre dospelých pacientov**. Zmena by sa mala dotknúť všetkých špecializácií v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Ako by mala vyzerať nová úprava poskytovania zdravotnej starostlivosti deťom od 15 rokov?



Aktuálne je návrh legislatívnych zmien iba na začiatku procesu jeho parlamentného schvaľovania. Všetky dokumenty nájdete na tomto odkaze:

www.bit.ly/4z5YUXj

Čo hovorí návrh?

Navrhovaná novela zákona teda **vymedzuje rozsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej mladistvým poistencom, ktorá má byť hradená na základe verejného zdravotného poistenia**. Nárok na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti by mal pokrývať zdravotnú starostlivosť poskytnutú aj lekárom špecialistom pre dospelých pacientov. V aplikačnej praxi však vzniká otázka, či všetky špecializované ambulancie budú schopné reálne zabezpečiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti aj pacientom od 15 rokov. Rozdielna miera odborného zamerania a pripravenosti jednotlivých špecializácií môže viesť k situáciám, keď zdravotná starostlivosť pre túto vekovú skupinu nie je v niektorých špecializovaných ambulanciách fakticky poskytovaná, čo následne obmedzuje aj možnosť jej úhrady na základe verejného zdravotného poistenia.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti lekárom špecialistom je viazané na získanie odbornej spôsobilosti v príslušnom špecializačnom odbore. Minimálny obsah špecializačného štúdia lekárov je určený minimálnymi štandardmi pre špecializačné študijné programy (výnos MZ SR č. 12422/2010-OL).

Špecializačné študijné programy sú koncipované aj s ohľadom na vekovú skupinu pacientov, ktorej má byť zdravotná starostlivosť v príslušnom odbore poskytovaná. V systéme špecializačného vzdelávania sú odbory, ktorých špecializačná príprava má primárne reflektovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom (vnútorné lekárstvo). Súčasne existujú odbory, ktoré majú výslovne pediatrické zameranie. Tieto v systéme špecializačného vzdelávania vznikli ako samostatné pediatrické špecializácie, ktoré reflektujú špecifiká poskytovania zdravotnej starostlivosti deťom a mladistvým (napr. pediatrická kardiológia alebo detská psychiatria). Naopak, niektoré špecializačné odbory sa v rámci vzdelávania pripravujú nezávisle od vekovej skupiny pacientov. Ich špecializačná príprava povinne zahŕňa poskytovanie zdravotnej starost-

livosti deťom aj dospelým pacientom (napr. dermatovenerológia).

Takéto rozdelenie nie je len formálne. Z uvedenej systematiky špecializačných odborov vyplýva, že vek pacienta je kritériom pre vymedzenie rozsahu kompetencií v rámci jednotlivých odborov. Tento prístup sa premieta aj do samotnej štruktúry špecializačných odborov, kde popri všeobecnej špecializácii existuje aj samostatná pediatrická špecializácia. Lekár špecialista pre dospelých pacientov má odbornú spôsobilosť v príslušnom odbore a v individuálnych prípadoch môže poskytnúť zdravotnú starostlivosť aj mladistvému pacientovi. Neznamená to však, že jeho špecializačná príprava zahŕňa rovnaký rozsah vzdelávania zameraného na deti a dorast ako u pediatrického špecialistu. Pediatrická špecializácia je samostatný odbor s vlastnými referenčnými hodnotami a liečebnými štandardmi. Nemožno teda vychádzať z predpokladu, že každá špecializovaná ambulancia je rovnako systematicky pripravená na liečbu mladistvých pacientov, tak ako špecializované ambulancie pre deti a dorast.

V tomto kontexte bude potrebné vnímať aj úhradové pravidlo, ktoré by zaviedla navrhovaná právna úprava. Tá síce navrhuje možnosť úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti pacientom od 15 rokov aj lekármi špecialistami pre dospelých v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti, samotná právna možnosť úhrady však automaticky neznamená, že takéto výkony bude možno realizovať vo všetkých špecializáciách v ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Záver

Navrhovaná právna úprava smeruje k rozšíreniu úhradového krytia zdravotnej starostlivosti poskytnutej pacientom po dovŕšení 15. roku veku aj lekármi špecialistami pre dospelých v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Návrh novely nevytvára homogénnu situáciu vo všetkých špecializačných odboroch. Naopak, jeho praktický dopad môže byť rozdielny, v závislosti od toho, či konkrétny špecializačný odbor je reálne pripravený aj na poskytnutie zdravotnej starostlivosti mladistvým pacientom.

Pozitívom navrhovanej právnej úpravy je snaha o zníženie záťaže pediatrických špecializácií a tým aj skrátenie čakacích lehôt na vyšetrenie pri ochoreniach, ktoré by si vyžadovali včasnú liečbu. Zároveň bude potrebné zohľadniť, do akej miery je daný cieľ v súlade s rozsahom kompetencií a odbornou pripravenosťou špecializovaných ambulancií.



www.**medipravnik**.sk

Kontrola zo zdravotnej poisťovne?

Zastúpime vás!

Postaráme sa, aby ste kontrolu prežili bez zbytočnej ujmy na psychickom zdraví a peňaženke.

0907 911 389

Zavolajte nám alebo napíšte email na **podpora@medipravnik.sk**. Sme pripravení poradiť a pomôcť aj vám.

Chcem zistiť viac

bit.ly/kontrolazp



h&h PARTNERS
ADVOKÁTSKA KANCELÁRIA
ATTORNEYS AT LAW
RECHTSANWALTSKANZLEI
STUDIO LEGALE

Komplexné právne služby pre ambulanciu a portál mediPRÁVNIK.sk vám prináša advokátska kancelária h&h PARTNERS.

mediPRÁVNIK.sk
právna istota pre ambulancie
prináša h&h PARTNERS

6

Mgr. Ivana Ivanocová

Doplnkové ordinačné hodiny po novom. Ako by mohli vyzerať?

Návrh novely zákona o zdravotnej starostlivosti (z. č. 576/2004 Z. z.) a zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia (z. č. 577/2004 Z. z.), ktorý bol do parlamentu predložený, sa dotýka aj právnej úpravy doplnkových ordinačných hodín. V nadväznosti na predchádzajúci článok sa preto zameriame na zmeny, ktoré by mali viesť k sfunkčneniu režimu doplnkových ordinačných hodín. (právny stav k 07.08.2026)

Doplnkové ordinačné hodiny v súčasnosti

Doplnkové ordinačné hodiny sú nástrojom poskytovania zdravotnej starostlivosti pacientovi **bez čakania a na priamu platbu**. Vytvárajú možnosť poskytovať zdravotnú starostlivosť aj mimo riadnych ordinačných hodín ambulancie, pričom je na poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, či ich chce vo svojej ambulancii poskytovať. Cieľom ich zavedenia do právnej úpravy bolo, aby pacienti, ktorí majú s poskytovateľom ambulantnej zdravotnej starostlivosti uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, mali **možnosť objednať sa na vyšetrenie na konkrétny termín bez čakania, a to aj mimo riadnych ordinačných hodín ambulancie**.

Poskytovanie doplnkových ordinačných hodín však neslúži len na predĺženie riadnych ordinačných hodín za úhradu. Pri ich zavedení je potrebné dodržať podmienky stanovené zákonom o zdravotnej starostlivosti (z. č. 576/2004 Z. z.). Doplnkové ordinačné hodiny musia byť **schválené samosprávnym krajom a následne umiestnené na viditeľnom mieste** s označením „DOPLNKOVÉ ORDINAČNÉ HODINY".

Aktuálne je návrh legislatívnych zmien iba na začiatku procesu jeho parlamentného schvaľovania. Všetky dokumenty nájdete na tomto odkaze.

Čo sa nemení?

Podľa znenia navrhovanej právnej úpravy majú byť doplnkové ordinačné hodiny určené tak, aby ich rozsah za kalendárny týždeň **nepresiahol 30 %** schválených ordinačných hodín v kalendárnom týždni. Uvedené platí aj teraz, čiže maximálny rozsah doplnkových ordinačných hodín by sa nemal meniť. Rovnako zdravotná starostlivosť poskytnutá počas doplnkových ordinačných hodín bude uhrádzaná podľa cenníka všetkých zdravotných výkonov, ktoré poskytuje poskytovateľ. Naďalej bude teda platiť, že doplnkové ordinačné hodiny budú predstavovať možnosť výberu priamej platby od pacienta za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

Od čoho navrhovaná právna úprava upúšťa?

Podľa súčasnej právnej úpravy je poskytnutie zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín podmienené objednaním sa na vyšetrenie prostredníctvom informačného systému na objednávanie osôb. Návrh novely túto požiadavku vypúšťa. **Spôsob objednania na vyšetrenie počas doplnkových ordinačných hodín by si mal určovať poskytovateľ.** Navrhovaná novela zároveň stanovuje podmienku, že spôsob, akým sa bude možné objednať na vyšetrenie počas doplnkových ordinačných hodín by mal preukázateľne zahŕňať **poskytnutie informácie osobe alebo jej zákonnému zástupcovi**, že sa objednáva na poskytnutie zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín, a rovnako aj o podmienkach úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovanej počas doplnkových ordinačných hodín. Objednanie sa na vyšetrenie sa bude následne považovať za preukázateľný súhlas s týmito podmienkami úhrady.

Rovnako sa navrhuje **vypustiť súčasný limit počtu pacientov**, ktorých možno v rámci doplnkových ordinačných hodín vyšetriť, a 20-dňovú lehotu na vyšetrenie, ktorá plynie od objednania pacienta. Pacient by mal poskytnutú zdravotnú starostlivosť hradiť podľa cenníka poskytovateľa. Úhrada za jednu návštevu **by nemala byť obmedzená zákonným limitom 30 eur**.

Zhrnutie na záver

Možno konštatovať, že navrhovaná zmena zákona opúšťa pomerne detailnú reguláciu organizácie doplnkových ordinačných hodín a smeruje k flexibilnejšiemu modelu, v ktorom má poskytovateľ väčšiu voľnosť pri organizácii a objednávaní pacientov. Dôraz sa pritom kladie najmä na informovanie pacienta a jeho preukázateľný súhlas s úhradou.

7

Mgr. Ivana Ivanocová

Čo sa deje, keď pacient alebo jeho blízky nie je spokojný s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou?

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) v uplynulom roku evidoval tisíce podnetov týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pozreli sme sa na to, ktoré špecializácie sa v podnetoch objavovali najčastejšie a v koľkých prípadoch boli napokon pochybenia naozaj zistené.

V prípadoch, keď sa pacient domnieva, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti došlo k porušeniu jeho práv, môže podať podnet na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou patrí do pôsobnosti ÚDZS, ktorý pri jeho výkone posudzuje, či bola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne (z. č. 581/2004 Z. z.). (právny stav k 01.09.2026)

Súhrnná štatistika podaní za rok 2025

ÚDZS každoročne zverejňuje štatistiky svojej činnosti. Tie umožňujú pozrieť sa na dohľad aj cez konkrétne čísla. ÚDZS k 31. decembru 2025 evidoval celkovo 2 516 podaní, pričom 1 946 podaní bolo podaných v roku 2025 a 570 podaní bolo prenesených z predchádzajúcich rokov. Z celkového počtu podaní bolo do konca roka 2025 ukončených 1 794 a 722 podaní naďalej ostáva v riešení.

Uvedené štatistické údaje zároveň poukazujú na dôležitú úlohu ÚDZS pri dohľade nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a ochrane práv pacientov. Zároveň poskytujú verejnosti pohľad na to, aké problémy sa v zdravotníctve vyskytujú a ako na ne dohľadový orgán reaguje.

Vypočujte si podcast

Každý štvrtý podnet bol oprávnený. Čo sa deje v slovenskom zdravotníctve?

www.bit.ly/4wWv9I8

Predmet podaných podnetov – čo bolo v podnetoch vyčítané?

Najčastejším predmetom podaní bola nespokojnosť pacientov s postupom pri ich liečbe, ktorá predstavovala celkovo až 1 143 podaní. Druhou najčastejšou kategóriou bolo namietanie úmrtia pacienta v súvislosti s poskytnutou zdravotnou a ošetrovateľskou starostlivosťou, ku ktorému sa viazalo 549 podaní. V podnetoch boli namietané aj organizácia práce, odmietnutie vyšetrenia zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, etika, zdravotná dokumentácia, určenie nesprávnej diagnózy či namietanie výberu poplatku poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Podanie riešené výkonom dohľadu

Nie všetky podania, ktoré boli úradu doručené, bolo možné vyhodnotiť ako podnety, pri ktorých možno postupovať výkonom dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. Až 567 podaných podnetov bolo v roku 2025 vyhodnotených ako neopodstatnených. ÚDZS za rok 2025 ukončil výkonom dohľadu 767 podnetov, pričom výkon bol vykonaný u 925 dohliadaných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, keďže niektoré podania sa súčasne týkali viacerých poskytovateľov.

Prečítajte si aj...

Ako prebieha kontrola zo strany Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou?

www.bit.ly/4aDCwf2

V ktorých špecializáciách boli pochybenia najčastejšie?

Pri opodstatnených podaniach ÚDZS najčastejšie zistil pochybenia v oblasti vnútorného lekárstva, kde išlo o 27 prípadov. Nasledovalo všeobecné lekárstvo s 18 prípadmi a chirurgia s celkovým počtom 16 prípadov. Úrad evidoval pochybenia aj v špecializačných odboroch, ako ošetrova-

teľstvo, stomatológia či gynekológia a pôrodníctvo.

Z hľadiska predmetu opodstatnených podaní sa pochybenia najčastejšie týkali poskytnutej zdravotnej starostlivosti, ďalších 40 prípadov sa týkalo zdravotnej dokumentácie. Dohľadová činnosť bola v roku 2025 vykonávaná na celom území Slovenska. Najviac dohľadov uskutočnila pobočka ÚDZS v Banskej Bystrici s počtom 211 dohľadov, tesne nasledovaná pobočkou v Košiciach.

Čo ak pacient s výsledkom dohľadu nesúhlasí?

ÚDZS v roku 2025 riešil okrem podnetov posudzovaných na jednotlivých pobočkách aj 66 prípadov v druhostupňovom konaní. Išlo o prípady, keď sa podávatelia domnievali, že pobočka úradu ich podnet neprešetrila správne. Druhostupňové konanie pritom neznamenalo vždy iba potvrdenie alebo zmenu pôvodného záveru pobočky. V 11 prípadoch bol nariadený aj následný dohľad, ktorého cieľom bolo opätovne preveriť správnosť predchádzajúceho posúdenia podania, a to v prípade zistenia nových skutočností a dôkazov, ktoré majú na výsledok dohľadu podstatný vplyv.

Keď dohľad odhalí pochybenie, nasleduje sankcia

Ak ÚDZS zistí porušenie zákonných povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, je oprávnený uložiť pokutu alebo uložiť iné opatrenie na odstránenie zistených nedostatkov. V roku 2025 ÚDZS uložil 78 pokút v celkovej výške 78 950 eur a až v 149 prípadoch nariadil opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin. V dvoch prípadoch zároveň navrhol uloženie pokuty Ministerstvu zdravotníctva SR alebo príslušnému vyššiemu územnému celku.

Význam ÚDZS nespočíva len v počte prešetrených podnetov či uložených pokút. Jeho úlohou je prispievať k tomu, aby bola zdravotná starostlivosť poskytovaná v súlade so zákonom a odbornými štandardmi a aby prípadné pochybenia nezostali bez preverenia.

Vypočujte si podcast

Keď sa pacient sťažuje: ako reagovať na dohľad ÚDZS správne a efektívne

www.bit.ly/3Uaspsg



www.**medipravnik**.sk

Dohľad ÚDZS?

Zastúpime vás!

Postaráme sa, aby ste výkon dohľadu prežili bez zbytočnej ujmy na psychickom zdraví a peňaženke.

0907 911 389

Zavolajte nám alebo napíšte email na **podpora@medipravnik.sk**. Sme pripravení poradiť a pomôcť aj vám.

Chcem zistiť viac

bit.ly/dohlad-udzs



h&h PARTNERS
ADVOKÁTSKA KANCELÁRIA ATTORNEYS AT LAW RECHTSANWALTSKANZLEI STUDIO LEGALE

Komplexné právne služby pre ambulanciu a portál mediPRÁVNIK.sk vám prináša advokátska kancelária h&h PARTNERS.

mediPRÁVNIK.sk
právna istota pre ambulancie
prináša h&h PARTNERS

8

JUDr. Lenka Kavarniková

Sprievodca pacienta s ŤZP: novela má rozšíriť právo, jej znenie však vyvoláva otázky

Pacienti s ťažkým zdravotným postihnutím by mohli získať výrazne širšie právo na prítomnosť sprievodcu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Navrhovaná novela zákona č. 576/2004 Z. z. odstraňuje viaceré súčasné obmedzenia a nové pravidlá by sa mali dotknúť aj ambulancií. Pri bližšom pohľade na znenie návrhu však vzniká otázka, či zákonodarca pri rozšírení okruhu pacientov nezabudol primerane rozšíriť aj okruh osôb, ktoré ich môžu sprevádzať. (právny stav k 07.09.2026)

Čo platí dnes?

Podľa aktuálneho § 11 ods. 15 zákona č. 576/2004 Z. z. sa právo na prítomnosť sprevádzajúcej osoby týka pomerne úzko vymedzenej skupiny pacientov. Musí ísť o osobu, ktorá je držiteľom preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom alebo obdobného zahraničného dokladu a **zároveň je osobou nespôsobilou dať informovaný súhlas**. Navyše sa toto právo v súčasnosti viaže na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení ústavnej starostlivosti. Zákon zároveň umožňuje prítomnosť sprevádzajúcej osoby nezabezpečiť, ak by narušila alebo narúšala poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Súčasná úprava je teda postavená na troch významných obmedzeniach:

- týka sa len určitej skupiny osôb s ŤZP,
- len ústavnej zdravotnej starostlivosti a
- poskytovateľ má zároveň možnosť reagovať na situáciu, keď prítomnosť sprievodcu narúša poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Do parlamentu však bol predložený návrh novely zákona o zdravotnej starostlivosti (z. č. 576/2004 Z. z.), ktorý by mal zmeniť podmienky výkonu tohto práva osôb s ťažkým zdravotným postihnutím.

Aktuálne ide len o návrh zákona, ktorý je na začiatku legislatívneho procesu. Dokumenty k návrhu môžete nájsť na **tomto odkaze**.

Čo má novela zmeniť?

Poslanecký návrh novely predložený do Národnej rady SR má zmierniť jednotlivé obmedzenia výkonu práva na prítomnosť sprievodcu osôb s ťažkým zdravotným postihnutím. Jeho deklarovaným cieľom je posilniť postavenie osôb s ťažkým zdravotným postihnutím a umožniť im využívať pomoc sprevádzajúcej osoby vo väčšom rozsahu.

Najvýznamnejšou zmenou je **vypustenie požiadavky, aby osoba s ŤZP bola zároveň osobou nespôsobilou dať informovaný súhlas**. Právo na sprievodcu by tak už nemalo byť viazané na spôsobilosť pacienta rozhodovať o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Druhou zásadnou zmenou je rozšírenie tohto práva mimo ústavnej zdravotnej starostlivosti. Navrhované ustanovenie už nehovorí o poskytovaní zdravotnej starostlivosti „v zdravotníckom zariadení ústavnej starostlivosti“, ale všeobecne o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Podľa dôvodovej správy ide o zámernú zmenu, ktorá má zabezpečiť uplatnenie práva **aj pri ambulantnej zdravotnej starostlivosti**.

Treťou zmenou je posilnenie samotného rozsahu práva. Návrh výslovne hovorí o práve na **nepretržitú prítomnosť** sprevádzajúcej osoby.

Napokon sa má vypustiť aj súčasná možnosť neposkytnúť toto právo v prípade, že prítomnosť sprevádzajúcej osoby narúša poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Dôvodová správa túto podmienku považuje za príliš širokú a umožňujúcu rozsiahly výklad v praxi.

Čo to bude znamenať pre poskytovateľov?

Ak by bola novela prijatá v predloženom znení, poskytovatelia by sa museli pripraviť na podstatne širšie uplatňovanie práva na sprievodcu.

Zmena by sa už netýkala iba nemocníc a iných zariadení ústavnej starostlivosti. **Povinnosť rešpektovať prítomnosť sprievodcu by sa rozšírila aj na ambulantných poskytovateľov**, a teda na situácie, v ktorých sa s takýmto právom v súčasnosti podľa § 11 ods. 15 nepočíta.

Pre poskytovateľov je významné najmä vypustenie súčasnej výnimky pre prípad narúšania zdravotnej starostlivosti. Navrhované znenie totiž priamo v § 11 ods. 15 neobsa-

huje obdobnú možnosť prítomnosť sprievodcu obmedziť napríklad s poukazom na charakter konkrétneho výkonu. V praxi preto môže vzniknúť potreba riešiť vzťah nového práva pacienta k požiadavkám na bezpečné a správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ochranu súkromia ďalších pacientov či osobitnému režimu niektorých zdravotných výkonov.

Pre poskytovateľov tak nepôjde iba o formálne rozšírenie jedného pacientskeho práva. Nové pravidlo môže vyžadovať aj úpravu interných postupov a jasné nastavenie toho, ako bude prítomnosť sprievodcu zabezpečovaná pri jednotlivých druhoch zdravotnej starostlivosti.

Kto však môže byť sprievodcom?

V otázke toho, kto môže byť sprievodcom, vyvoláva navrhované znenie dôležitú otázku. Návrh totiž priznáva osobe s ŤZP právo na nepretržitú prítomnosť **„sprevádzajúcej osoby podľa § 6 ods. 1 písm. b) alebo inej plnoletej osoby písomne určenej osobou podľa § 6 ods. 1 písm. b)“**. Odkaz na § 6 ods. 1 písm. b) upravuje osoby, ktorým sa poskytuje poučenie v prípade, ak pacientom je maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony. Ide najmä o zákonného zástupcu, opatrovníka, poručníka a ďalšie osoby uvedené v tomto ustanovení. Zákon tieto prípady súhrnne označuje ako situácie, keď ide o **osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas**.

A práve tu vzniká určitý rozpor. Novela na jednej strane **výslovne vypúšťa podmienku, aby osoba s ŤZP bola nespôsobilá dať informovaný súhlas**. Právo na sprievodcu teda chce priznať aj plnoletej osobe s ŤZP, ktorá je plne spôsobilá na právne úkony a o svojej zdravotnej starostlivosti rozhoduje sama. Dôvodová správa tento zámer výslovne potvrdzuje. Na druhej strane však návrh ponecháva určenie sprievodcu naviazané na osobu podľa § 6 ods. 1 písm. b). **Pri plnoletej osobe s ŤZP, ktorá je plne spôsobilá na právne úkony, pritom spravidla nebude existovať zákonný zástupca alebo iná osoba vystupujúca vo vzťahu k nej podľa § 6 ods. 1 písm. b)**. Samotný pacient podľa navrhovaného znenia zároveň nie je výslovne oprávnený jednoducho si zvoliť inú plnoletú osobu, ktorá ho bude sprevádzať.

Môže tak vzniknúť paradoxná situácia. Pacient bude patriť medzi osoby, ktorým zákon priznáva právo na sprievodcu, avšak z textu zákona nebude jednoznačné, kto môže byť jeho sprievodcom a kto je oprávnený takúto osobu písomne určiť.

Ide o významnú legislatívnu nepresnosť návrhu. Ak bolo zámerom predkladateľov umožniť sprievod všetkým držiteľom príslušného preukazu ŤZP bez ohľadu na ich spôsobilosť dať informovaný súhlas, logickým riešením by bolo umožniť osobe, ktorá je spôsobilá rozhodovať sama za seba, aby si sprevádzajúcu plnoletú osobu určila sama. V predloženom texte však takéto oprávnenie výslovne uvedené nie je.

Zhrnutie na záver

Navrhovaná novela prináša z pohľadu osôb s ťažkým zdravotným postihnutím významné rozšírenie existujúceho práva. Sprievodca by už nemal byť výsadou len osôb nespôsobilých dať informovaný súhlas a právo na jeho nepretržitú prítomnosť by sa malo uplatňovať aj pri ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Pre poskytovateľov by to znamenalo potrebu prispôsobiť svoje postupy širšiemu právu pacientov na prítomnosť ďalšej osoby.

Zároveň však návrh v aktuálnom znení prináša otázku, ktorú bude potrebné v ďalšom legislatívnom procese vyriešiť. **Ak má mať právo na sprievodcu aj plne spôsobilá dospelá osoba s ŤZP, právna úprava by mala jednoznačne určiť, že si takéhoto sprievodcu môže zvoliť sama.** Inak môže odkaz na § 6 ods. 1 písm. b) paradoxne skomplikovať využitie práva práve tej skupine pacientov, o ktorú sa má novela rozšíriť.

Navrhovaná účinnosť novely je od 1. januára 2027. Keďže však ide zatiaľ iba o návrh zákona, jeho konečné znenie sa môže v priebehu legislatívneho procesu zmeniť.

Prečítajte si články

Ministerstvo zdravotníctva vydalo usmernenie k novému právu dieťaťa na sprevádzajúcu osobu

www.bit.ly/3W9cURU

Právo na prítomnosť sprievodcu pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti. Má ho každý pacient?

www.bit.ly/3TM8Hmy

9

Mgr. Ivana Ivanocová

Vyhodnotenie stavu siete poskytovateľov ambulantnej starostlivosti

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) zverejnil vyhodnotenie stavu verejnej optimálnej siete poskytovateľov k 1. januáru tohto roka. Hodnotenie stavu siete predstavuje významný nástroj na posúdenie dostupnosti, kapacity a personálneho zabezpečenia zdravotnej starostlivosti v jednotlivých regiónoch Slovenska. V tomto článku vám prinášame aktuálne vyhodnotenie stavu verejnej optimálnej siete poskytovateľov ambulantnej starostlivosti. (právny stav k 21.07.2026)

Verejná sieť poskytovateľov a význam jej optimálneho zabezpečenia

Verejná optimálna sieť poskytovateľov predstavuje také usporiadanie verejne dostupných ambulancií, ktoré má zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti v potrebnom rozsahu na príslušnom území. Na naplnenie tohto cieľa je nevyhnutné, aby ambulancie boli pre poistencov reálne dostupné, disponovali dostatočnou kapacitou a personálnym zabezpečením.

ÚDZS má preto povinnosť každoročne vyhodnocovať optimálnosť siete poskytovateľov ambulantnej starostlivosti. Tá zahŕňa poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých a osobitne pre deti a dorast, poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Výsledky hodnotenia slúžia najmä ako podklad pri prijímaní opatrení zo strany zdravotných poisťovní so zámerom posilniť dostupnosť a personálne zabezpečenie ambulancií.

ÚDZS je povinný zverejniť údaje o vyhodnotení do 30. júna aktuálneho kalendárneho roka (§ 5c zákona č. 578/2004 Z. z.). Aktuálne výsledky vyhodnotenia sú zverejnené na webovom sídle ÚDZS, dostupné na **tomto odkaze**.

V rámci hodnotenia optimálnosti verejnej siete poskytovateľov sa neposudzuje iba samotný počet ambulancií, ale aj ich reálna schopnosť poskytovať zdravotnú starostlivosť. Počet ambulancií sa preto prepočítava na počet štandardizovaných ambulancií, ktorý zohľadňuje rozdiely v dĺžke ordinačných hodín a výške pracovných úväzkov sestier i praktických sestier – asistentov. Takýto spôsob vyjadrenia umožňuje presnejšie určiť skutočný rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci verejnej siete.

Ďalej sa hodnotí miestna dostupnosť ambulancií pre poistencov. Tento ukazovateľ sleduje, aký čas potrebuje pacient na dopravu k najbližšiemu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. Dostupnosť sa považuje za zabezpečenú vtedy, ak čas dojazdu nepresiahne 25 minút. V prípade poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti je čas dojazdu stanovený na max. 35 minút. Posledným kritériom hodnotenia je demografická štruktúra lekárov, teda výpočet priemerného veku lekárov. Sledovanie veku lekárov je významné z hľadiska budúcej udržateľnosti siete, keďže vyšší podiel lekárov vo vyššom veku môže predstavovať riziko budúceho nedostatku poskytovateľov ambulantnej starostlivosti.

Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

Verejnú sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých k 1. 1. 2026 tvorilo 1 835 poskytovateľov, ktorí prevádzkovali 2 215 ambulancií všeobecného lekárstva, čo zodpovedalo 2 129 štandardizovaným ambulanciám. Vyhodnotenie poukazuje na nedostatočné zabezpečenie siete, keďže optimálna kapacita bola dosiahnutá len v 3 okresoch, pričom v ostatných okresoch chýbalo celkovo až 408 ambulancií všeobecného lekárstva. Miestna dostupnosť poskytovateľa bola zabezpečená všetkým poistencom, pričom takmer 39 % zo všeobecných lekárov bolo vo veku 63 a viac rokov.



Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast

Všeobecnú ambulantnú starostlivosť pre deti a dorast zabezpečovalo 909 poskytovateľov v rámci 1 046 ambulancií všeobecného lekárstva pre deti a dorast, ktoré v prepočte zodpovedali 978 štandardizovaným ambulanciám. Optimálna kapacita bola teda zabezpečená v 32 okresoch, v ostatných okresoch chýbalo 107 ambulancií všeobecného lekárstva pre deti a dorast. Miestnu dostupnosť poskytovateľa nemalo zabezpečenú iba 70 poistencov spadajúcich do starostlivosti pediatra s trvalým pobytom v 5 obciach okresu Humenné (išlo o obce Prituľany, Rohožník, Ruská Poruba, Vyšná Sitnica a Závada). Vo veku 63 a viac rokov bolo necelých 44 % pediatrov.

Primárna špecializovaná gynekologická ambulantná starostlivosť

Verejnú sieť tvorilo 622 poskytovateľov, ktorí prevádzkovali celkovo 713 primárnych gynekologicko-pôrodníckych ambulancií, čo po zohľadnení skutočného rozsahu ich ordinačných hodín a výšky pracovných záväzkov zodpovedalo 737 štandardizovaným ambulanciám. Optimálna kapacita bola teda zo strany všetkých zdravotných poisťovní zabezpečená v 41 okresoch, v ostatných okresoch chýbalo 46 primárnych gynekologicko-pôrodníckych ambulancií.

Primárne gynekologicko-pôrodnícke ambulancie patriace do verejnej siete boli prevádzkované v 222 obciach SR, pričom miestnu dostupnosť nemalo súhrnne za všetky zdravotné poisťovne zabezpečenú 81 poisteniek vo veku 15 a viac rokov z obce Nová Sedlica v okrese Snina. Demografickú štruktúru lekárov nebolo možné vyhodnotiť z dôvodu nenahlásenia informácií o personálnom zabezpečení ambulancií zo strany poskytovateľov.

Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Špecializovanú ambulantnú starostlivosť poskytovalo 3 444 poskytovateľov, ktorí prevádzkovali 6 673 špecializovaných ambulancií, ktoré v prepočte zodpovedali 6 778 štandardizovaným ambulanciám. Aj napriek tomu bola kapacita verejnej siete nedostatočná vo všetkých okresoch SR.

Najväčší počet chýbajúcich ambulancií (viac ako 100) bol zaznamenaný v prípade:

- ambulancie fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie,
- psychiatrickej ambulancie,
- ambulancie klinickej psychológie,
- neurologickej ambulancie.

Demografickú štruktúru lekárov v rámci špecializovaných ambulancií ÚDZS nehodnotil z dôvodu nenahlásenia informácií o ich personálnom zabezpečení zo strany poskytovateľov.

Záver

Hodnotenie stavu verejnej optimálnej siete poskytovateľov ambulantnej starostlivosti nepredstavuje iba nástroj na sledovanie organizačného zabezpečenia zdravotníctva, ale aj významný prostriedok na identifikáciu prekážok, ktoré by mohli obmedzovať uplatnenie práva na prístup k zdravotnej starostlivosti. Výsledkom hodnotenia ÚDZS je identifikácia nedostatkov siete poskytovateľov, ktoré tvoria podklad na prijatie opatrení s cieľom zabezpečiť optimálnu verejnú sieť poskytovateľov ambulantnej starostlivosti.

mediPRÁVNIK Podcast

Právne rady, ktoré sa oplatí počuť

- **Získajte prístup k zrozumiteľným informáciám** o zmenách v zdravotníckej legislatíve.
- **Zoznámte sa s kazuistikami** súdnych rozhodnutí týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti.
- **Počúvajte odporúčania,** ako bezpečne vykonávať zdravotnícke povolanie.



medIPRÁVNIK Podcast



Legislatívny **sumár**



Dvakrát meraj a raz rež

Chcem to počuť

Prihláste sa na odber

Sledujte všetky seriály mediPRÁVNIK Podcastu aj vo vašej obľúbenej podcastovej službe.

Apple Podcasts | Spotify | PodBean | YouTube

www.medipravnik.sk/podcasty

10

Mgr. Katarína Uhrinová

ÚDZS: Poisťovňa zamenila zoznam liekov za rozsah liečby, pacientovi s lymfómom prizná úhradu v zahraničí

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) rozhodnutím zmenil zamietavé rozhodnutie Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VšZP) a poistencovi s agresívnym onkologickým ochorením priznal súhlas na úhradu nákladov zdravotnej starostlivosti v Českej republike. Konanie trvalo od mája 2025, VšZP žiadosť zamietla trikrát a ÚDZS ju dvakrát vrátil na nové posúdenie, kým napokon vo veci rozhodol sám. (právny stav k 31.07.2026)

O čo v prípade išlo?

Poistenec trpel chronickou lymfocytovou leukémiou (CLL), ktorá sa u neho transformovala na agresívny difúzny veľkobunkový B-lymfóm (tzv. Richterova transformácia) – ochorenie so zlou prognózou, pri ktorom bez účinnej liečby lekári odhadovali prežívanie rádovo v mesiacoch. Národný onkologický ústav (NOÚ) aj pražský Ústav hematologie a krevní transfuze (ÚHKT) odporučili CAR-T bunkovú liečbu prípravkom Breyanzi, keďže lieky bežne dostupné a hradené na Slovensku (Kymriah, Yescarta) nie sú podľa schválených indikácií určené práve na tento typ transformovaného ochorenia.

Poistenec preto v máji 2025 požiadal VšZP o predchádzajúci súhlas s úhradou liečby v inom členskom štáte EÚ.



Kde ÚDZS videl zásadnú chybu?

Vo finálnom rozhodnutí úrad konštatoval, že argumentácia VšZP vo všetkých troch kolách stojí na **zámene dvoch odlišných právnych pojmov:**

- **rozsah zdravotnej starostlivosti** hradenej z verejného zdravotného poistenia (druh a typ výkonu – napr. CAR-T bunková liečba ako onkologická liečebná metóda) a
- **zoznam konkrétnych liekov** s určenou úhradou (kategorizačný zoznam).

Podľa ÚDZS CAR-T bunková liečba ako taká na Slovensku existuje, poskytuje sa v špecializovaných zariadeniach a je hradená z verejného poistenia. To, že konkrétny liek Breyanzi nie je v zozname kategorizovaných liekov, samo osebe neznamená, že by CAR-T liečba nepatrila do rozsahu hradenej starostlivosti.

Priame odvolanie sa na právo EÚ

Kľúčovú časť rozhodnutia tvorí výklad **článku 20 nariadenia (ES) č. 883/2004** o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, ktorý má podľa čl. 7 ods. 2 Ústavy SR prednosť pred slovenským zákonom. ÚDZS pripomenul, že § 9b ods. 10 zákona č. 580/2004 Z. z. je len vnútroštátnym vykonaním tohto nariadenia a musí sa vykladať v jeho duchu.

Úrad sa oprel o rozsiahlu judikatúru Súdneho dvora EÚ, najmä o rozsudok vo veci A (C-243/19), ako aj staršie rozsudky Elčinov (C-173/09), Petru (C-268/13) a Watts (C-372/04). Z nej vyplýva, že článok 20 ods. 2 nariadenia stanovuje dve podmienky, po splnení ktorých má poisťovňa povinnosť súhlas udeliť:

1. požadovaná liečba patrí medzi zdravotné výkony hradené v štáte bydliska poistenca,
2. túto liečbu mu nemožno vzhľadom na jeho zdravotný stav a pravdepodobný vývoj ochorenia poskytnúť v medicínsky odôvodnenom čase v domovskom štáte.

Toto posúdenie musí byť podľa citovanej judikatúry výlučne objektívnym lekárskym posúdením zdravotného stavu, anamnézy a pravdepodobného vývoja ochorenia – nie formálnym administratívnym pravidlom typu „liek nie je v zozname“. ÚDZS zdôraznil, že aj argument o ochrane finančnej stability systému je podľa judikatúry SDEÚ len

sekundárny a nemôže nahradiť chýbajúce medicínske posúdenie; VšZP navyše nikdy nepredložila konkrétne, číselne podložené finančné riziko.

Keďže VšZP toto dvojpodmienkové posúdenie podľa práva EÚ nikdy riadne nevykonala, urobil ho napokon sám ÚDZS a dospel k záveru, že obe podmienky sú v prípade poistenca splnené.

Kto nesie dôkazné bremeno

Rozhodnutie výslovne rieši aj otázku, kto má v konaní dokazovať odbornú správnosť liečby. Poistenec si podľa ÚDZS splní svoju povinnosť už tým, že predloží úplnú žiadosť s potvrdením indikácie klinickým pracoviskom. Ak má poisťovňa pochybnosti o správnosti tejto indikácie (napríklad na základe vylučovacích kritérií klinických štúdií), nemôže sa uspokojiť s jednostranným citovaním štúdií, musí sa vecne vysporiadať so závermi klinického pracoviska a svoje pochybnosti sama a konkrétne preukázať. Bremeno dokazovania teda nemožno presúvať na pacienta, ktorý nie je a nemôže byť medicínskym odborníkom.

Ako sa prípad skončil?

Úrad rozhodnutie VšZP zmenil a poistencovi priamo priznal predchádzajúci súhlas na úhradu nákladov zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte. Proti tomuto rozhodnutiu už nie je prípustné odvolanie, preskúmateľné je len súdom.

Pozrite si webinár

Ako napísať žiadosť o výnimkový liek tak, aby mala šancu na úhradu

www.bit.ly/4fWSaTs

Prečítajte si článok

Máte nárok na liečbu v zahraničí, aj keď to poisťovňa tvrdí inak? Čo hovorí európske právo

www.bit.ly/46YOrkJ

11 | Prečítajte si aj...

Nové pravidlá pre ambulancie asistenčnej zdravotnej služby: čo prináša vyhláška č. 113/2026 Z. z.

Od 1. júla 2026 platí na Slovensku vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 113/2026 Z. z., ktorou sa ustanovujú minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie ambulancie asistenčnej zdravotnej služby, podrobnosti o označovaní tejto ambulancie a o označovaní ochranných odevov jej zamestnancov. Ide o vykonávací predpis, ktorý dopĺňa novú kategóriu ambulancie zavedenú do zdravotníckej legislatívy novelou zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a súvisiacich predpisov o záchrannej zdravotnej službe. Pre poskytovateľov, ktorí uvažujú o prevádzkovaní tohto typu ambulancie, ide o kľúčový dokument – bez splnenia jeho podmienok totiž Ministerstvo zdravotníctva povolenie na prevádzkovanie nevydá. (právny stav k 09.07.2026)

www.bit.ly/3VfGNzR

Ochrana zástupcov zamestnancov pred skončením pracovného pomeru: čo prináša pripravovaná novela Zákonníka práce

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR (MPSVR SR) pripravilo v spolupráci s Odborovým zväzom KOVO novelu Zákonníka práce, ktorá má zásadne zmeniť pravidlá pre skončenie pracovného pomeru so zástupcami zamestnancov – teda predovšetkým s odborovými funkcionármi, ale aj s členmi zamestnaneckej rady, zamestnaneckým dôverníkom či zástupcom zamestnancov pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci. (právny stav k 07.07.2026)

www.bit.ly/4hqsDEx

mediPRÁVNIK
OFFLINE

h&h PARTNERS
ADVOKÁTSKA KANCELÁRIA ATTORNEY AT LAW RECHTSANWALTSKANZLEI STUDIO LEGALE

mediPRÁVNIK | právny anjel vždy na vašej strane

Službu mediPRÁVNIK poskytuje advokátska kancelária
h&h PARTNERS, špecializovaná na medicínske právo.

Košice

h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.
Hollého 3, 040 01 Košice
E-mail: office@hhpartners.eu
T: +421 55 694 39 91
www.hhpartners.eu

Bratislava

h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.
Záhradnícka 46, 821 08 Bratislava
E-mail: office@hhpartners.eu
T: +421 907 911 389
www.hhpartners.eu

Tento materiál je určený výlučne osobám oprávneným predpisovať a/alebo vydávať lieky.

Združenie Ambulantných Očných Lekárov

www.**medipravnik**.sk