



## ROZSUDOK V MENE SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Okresný súd Bratislava V v konaní pred samosudkyňou: **Mgr. Ivicou Blecharžovou** v právnej veci žalobcu: **MERKATOR, s.r.o. v likvidácii, Bajkalská 29/C, 821 01 Bratislava, IČO: 00619 345**, zastúpeného: Advokát Pirč, s.r.o., kpt. Nálepku 17, 040 01 Košice, IČO: 36 855 910, proti žalovanej: **Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874**, o zaplatenie **29.789,58 EUR s prísl.**, takto

### r o z h o d o l :

- I. Žalovaná je **p o v i n n á** zaplatiť žalobcovi sumu vo výške 29.789,58 EUR, úrok z omeškania vo výške 9% ročne zo sumy 7.052,01 EUR plynúci od 01.04.2012 do zaplatenia, úrok z omeškania vo výške 9% ročne zo sumy 22.737,57 EUR plynúci od 10.06.2012 do zaplatenia, všetko do troch dní od právoplatnosti tohto rozsudku.
- II. Žaloba má proti žalovanej nárok na plnú náhradu trov konania.
- III. Štát má proti žalovanej nárok na plnú náhradu trov konania.

### O d ô v o d n e n i e :

1. Žalobca sa návrhom doručeným tunajšiemu súdu dňa 26.06.2012 domáhal proti žalovanej zaplatenia sumy vo výške 22.737,57 EUR s úrokom z omeškania vo výške 9 % ročne od 10.06.2012 do zaplatenia a náhrady trov konania.
2. Písomným podaním, predloženým žalobcom súdu na pojednávaní dňa 19.01.2016 žalobca žiadal, aby súd pripustil zmenu žaloby a uložil žalovanej povinnosť zaplatiť žalobcovi sumu 29.789,58 Eur s úrokom z omeškania vo výške 9% ročne, a to zo sumy 7.052,01 Eur od 01.04.2012 do zaplatenia a zo sumy 22.737,57 Eur od 10.06.2012 do zaplatenia a nahradiť trovy konania. Súd uznesením vyhláseným na pojednávaní zmenu žaloby pripustil.
3. Žalobca má s odporkyňou uzatvorenú Zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti č. 11NOLU00311 zo dňa 16.06.2011 vrátane dodatkov, ktorej predmetom je poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

4. Žalobca faktúrou č. 2012102 žalovanej vyfakturoval zdravotnú starostlivosť poskytnutú jej poisťencom za obdobie apríl 2012 v sume 102.926,67 EUR. Žalovaná časť výkonov v sume 146,29 EUR neuznala a požiadala žalobcu dňa 21.05.2012 o vystavenie opravného dokladu. Žalobca túto skutočnosť zohľadnil a vystavil opravnú faktúru č. 2012118 na sumu 149,29 EUR, čím konečná fakturovaná suma predstavovala 102.780,38 EUR.
5. Medzičasom, listom zo dňa 20.04.2012 žalobca od žalovanej obdržal oznámenie/vysporiadanie škody vo výške 29.789,58 EUR, splatnej dňa 14.05.2012, ktorú mal žalobca spôsobiť v zmysle zistení revízných lekárov žalovanej. Listom zo dňa 17.05.2012 bolo žalobcovi oznámené, že žalovaná pristúpila k čiastočnému zápočtu svojej pohľadávky vo výške 7.052,01 EUR, čím sa jej pohľadávka mala znížiť na sumu 22.737,57 EUR.
6. Dňa 04.06. 2012 bola na účet žalobcu vedený v Slovenskej sporiteľni, a.s. pripísaná suma 80.042,81 Eur s variabilným symbolom 2012102, jednalo sa teda o platbu oproti faktúre žalobcu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť za mesiac 04/2012 (102.780,398 Eur) a táto bola krátená o sumu 22.737,57 Eur.
7. Žalobca listom zo dňa 06.06.2012 vyzval žalovanú k vráteniu celej sumy 29.789,58 Eur, žalovaná mu listom zo dňa 14.06.2012 oznámila svoje započítanie. Žalobca si z opatrnosti uplatňoval v konaní len sumu 22.737,57 Eur, úrok z omeškania uplatňoval odo dňa nasledujúceho po určení lehoty na plnenie výzvou zo dňa 06.06.2012. Následne požiadal o zmenu žaloby, v ktorej uplatňoval i nárok vo výške 7.052,01 EUR.
8. Žalobca predložil k žalobe Zmluvu č. 11NOLU000311 o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zo dňa 16.06.2011, Dodatok č. 1 k Zmluve zo dňa 07.11.2011, Dodatok č. 2 k Zmluve zo dňa 11.11.2011, list žalovanej zo dňa 20.04.2012 - Protokol o kontrole č. 11620102 - vysporiadanie vyčíslenej škody, list žalovanej zo dňa 17.05.2012 - Pohľadávka z revíznej kontroly - oznámenie, list žalovanej zo dňa 14.06.2012 - Oznámenie o započítaní, list žalobcu zo dňa 06.06.2012 - Výzva na úhradu splatného záväzku VŠZP vo výške 29.789,58 Eur, list žalovanej zo dňa 14.06.2012 - Oznámenie o započítaní.
9. Žalovaná vo svojom písomnom vyjadrení k žalobe zo dňa 24.07.2012 uviedla, že v zmysle § 9 zák. č. 581/2004 Z.z. (ďalej len zák. č. 581/2004 Z. z.) o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov je 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 uzatvorených podľa § 7 tohto zákona. Táto skutočnosť je premietnutá do Čl. 5 VZP a i tým, že žalobca akceptoval zmluvu, ktorej súčasťou boli i VZP, žalovaná mala kedykoľvek počas trvania zmluvného vzťahu vykonať kontrolu u žalobcu v zmysle § 9 zák. č. 581/2004 Z.z.. Na základe Poverenia na vykonanie kontroly č. 11620102 zo dňa 07.12.2012 bola dňa 12.12.2011 vykonaná kontrola na mieste a dňa 20.01.2012 prebehla kontrola účtov hospitalizovaných poisťencov v informačnom systéme žalovanej. Na základe kontrolných zistení bol vypracovaný Protokol o kontrole č. 11620102, v ktorom boli konštatované zistené nedostatky.

10. Nedostatky boli zistené pri ukončených hospitalizáciách na oddeleniach dlhodobo chorých. Hospitalizácia u niektorých poistencov bola v rozpore s § 9 ods. 1 písm. a) zák. 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, kde zákon striktné definuje, že ústavná zdravotná starostlivosť sa poskytuje, okrem iných, v zákone uvedených dôvodov, na základe: "... odporúčania ošetrojúceho lekára, ak zdravotný stav osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín".
11. Táto podmienka bola porušená najmä pri prijíme poistencov, ktorí sprevádzali rodinného príslušníka a takýmto "sprievodom" bola neoprávnené poskytovaná ústavná zdravotná starostlivosť, na ktorú nemali nárok. Prijímajúcim lekárom žalobcu nebol zhodnotený aktuálny zdravotný stav, rozsah predchádzajúcej liečby a poistenci boli prijímaní na hospitalizáciu napriek tomu, že vzhľadom na ich zdravotný stav hospitalizácia nebola indikovaná. Niektorí poistenci boli prijímaní opakovane na rehospitalizácie po 2-3 mesiacoch a to aj u stavov, ktorí boli stabilizované.
12. Nedostatky sa týkali tiež vedenia zdravotnej dokumentácie, kde poskytovateľ je povinný viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje v zdravotnej dokumentácii poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o zdravotnom stave poistenca a zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi (Čl. 2 písm. m) VZP). Zdravotná dokumentácia bola vedená neprofesionálne, denné záznamy nezobrazovali aktuálny zdravotný stav, ale išlo o kopírovanie znenia nálezu pri prijíme poistenca do zdravotníckeho zariadenia žalobcu a tak sa pokračovalo takmer po celý čas hospitalizácie. Vedenie zdravotnej dokumentácie bolo v rozpore so Zmluvou, Odborným usmernením MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie a najmä s § 19 ods. 2 zák. č. 576/2004 Z. z., ktorý ustanovuje, že zdravotná dokumentácia obsahuje, okrem iných, údaje o chorobe osoby, o priebehu a výsledku vyšetrení, o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti. teda údaje v zdravotnej dokumentácii slúžia ako jeden z dôkazov o tom, či vôbec a aká zdravotná starostlivosť bola poistencovi poskytnutá.
13. Dňa 08.02.2012 boli žalovanej doručené Námietky proti protokolu o kontrole č. 11620102. V Námietskach žalobca akceptoval kontrolné zistenia týkajúce sa zdravotnej dokumentácie. S kontrolným zistením týkajúcim sa ukončených hospitalizácií na oddeleniach dlhodobo chorých žalobca nesúhlasil, v plnom rozsahu ho namietal a žiadal toto kontrolné zistenie odmietnuť. Žalovaná reagovala na Námietky žalobcu Dodatkom k Protokolu, v ktorom trvala na kontrolnom zistení ohľadne ukončených hospitalizácií ako celku, i keď u niektorých poistencov námietky žalobcu akceptovala. Dňa 22.02.2012 bol Dodatok k Protokolu prerokovaný medzi kontrolnou skupinou žalovanej a zástupcami žalobcu. Zápisnicou o tomto prerokovaní boli prijaté nápravné opatrenia so záverom, že celková hodnota neakceptovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti predstavuje sumu 30.380,- Eur a žalobca túto sumu uhradí na základe vystavenej faktúry naraz, alebo v splátkach. Zápisnicu zástupcovia žalobcu odmietli podpísať. V zmysle Čl. 5 bod 8 VZP " je kontrola uzavretá v deň prerokovania protokolu a podpísania zápisnice o prerokovaní protokolu, resp. dňom odmietnutia podpísania zápisnice o prerokovaní protokolu. "

14. V zmysle Dodatku k Protokolu a následnej Zápisnice o jeho prerokovaní so zástupcami žalobcu, žalovaná vykonala opätovnú revíziu kontrolu predmetnej vykázananej zdravotnej starostlivosti a ukončené hospitalizácie zamietla. Po tejto opätovnej revíznej kontrole vznikla pohľadávka žalovanej voči žalobcovi za neoprávnene vykázané výkony zdravotnej starostlivosti vo výške 29.789,58 Eur.
15. Žalovaná vystavila faktúru č. 2011VY1100031055 na pohľadávku vo výške 29.789,58 Eur z dôvodu neoprávnene vykázaných výkonov zdravotnej starostlivosti s dátumom splatnosti 14.05.2012.
16. Žalobca mal pohľadávku voči žalovanej z titulu doučtovania výkonov podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti v súlade s Čl. 6 bod 3 Zmluvy č. 11NOLU000311 zo dňa 16.06.2011, do výšky zmluvného objemu za rok 2011 vo výške 7.052,01 Eur, splatnú ku dňu 31.03.2012.
17. Žalovaná dňa 17.05.2012 započítala pohľadávku žalobcu vo výške 7.052,01 EUR s pohľadávkou žalovanej do sumy 7.052,01 EUR (z celkovej sumy 29.789,58 EUR) a dňa 17.05.2012 písomne žalobcovi oznámila, že týmto dňom pristúpila k čiastočnému započítaniu svojej pohľadávky s pohľadávkou žalobcu ku dňu 14.05.2012.
18. Okresný súd Bratislava V v konaní vedenom pod sp. zn. 29Cb/110/2012 o nariadenie predbežného opatrenia rozhodol dňa 29.05.2012 o nariadení predbežného opatrenia, ktorým uložil žalovanej, aby sa zdržala jednostranného započítania pohľadávky voči žalobcovej pohľadávke vo výške 29.789,58 Eur až do právoplatného skončenia konania vo veci samej. Nakoľko jednostranný zápočet žalovanej v sume 7.052,01 Eur bol realizovaný vrátane oznámenia žalobcovi pred doručením Uznesenia o nariadení predbežného opatrenia, namietala žalovaná vo svojom odvolaní proti Uzneseniu i tú skutočnosť, že v tejto časti je rozhodnutie súdu nevykonateľné.
19. K dátumu doručenia žaloby (10.07.2012) má žalovaná voči žalobcovi pohľadávku v sume 22.737,57 EUR za neoprávnene vykázané výkony zdravotnej starostlivosti a žalobca pohľadávku voči žalovanej v sume 22.737,57 EUR z titulu časti neuhradenej faktúry za poskytnutú zdravotnú starostlivosť za obdobie apríl 2012. Časť faktúry v sume 80.042,81 EUR bola dňa 04.06.2012 žalobcovi zo strany žalovanej uhradená.
20. Pohľadávka žalovanej vo výške 22.737,57 EUR sa týka uplatneného nároku žalovanej na vrátenie neoprávnene vykázaných výkonov zdravotnej starostlivosti (hospitalizácie) za obdobie 01.01.2011 do 30.11.2011. Žalovaná však pravidelne mesačne v súlade s fakturáciou žalobcu, na základe uzatvorenej Zmluvy, hradila v lehotách splatnosti žalobcovi sumu cca 90.000 - 100.000 EUR mesačne. Z uvedených skutočností vyplýva, že chod zdravotníckeho zariadenia nebol ohrozený z dôvodu, že by žalobca nemal iné príjmy. I za tých poistencov, ktorých hospitalizácie boli zamietnuté, žalovaná riadne hradila výkony fyziatrie, balneológie, liečebnej rehabilitácie (FBRL), spoločné výkony a laboratórne zložky (SVLZ) a ďalšiu ambulantnú starostlivosť.
21. Žalovaná v zmysle § 9 zák. č. 581/2004 Z. z. vykonáva kontrolnú (revíziu) činnosť u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorým uhrádza úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a má právo ju vykonať kedykoľvek a bez predchádzajúceho upozornenia, táto skutočnosť bola premietnutá do Čl. 5 VZP. Revízni lekári žalovanej boli oprávnení kontrolovať účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia a taktiež kontrolovali u žalobcu rozsah

a kvalitu poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti a dokumentáciu súvisiacu s rozsahom poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Na základe Poverenia na vykonanie kontroly č. 11620102 bola v Liečebnom ústave Merkator, s.r.o., vykonaná kontrola na mieste 12.12.2011 a následne, dňa 20.01.2012 kontrola účtov hospitalizovaných pacientov.

22. Kontrola č. 11620102 (obdobie 01.01.2011 - 30.11.2011), bola zameraná na ukončené hospitalizácie v oddelení dlhodobochorých - detí, oddelení dlhodobochorých - dospelých a zároveň bola kontrolovaná zdravotná dokumentácia jednotlivých poistencov.

Z kontroly č. 11620102 boli vyhotovené doklady:

- Protokol o kontrole, ktorého predmetom sú zistené nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie a konkrétne nedostatky vo vykazovaní hospitalizácii poistencov žalovanej,
- žalobca podal voči Protokolu o kontrole námietky,
- námietky žalovaná prerokovala so zástupcom žalobcu,
- Zápisnicou o prerokovaní Protokolu o kontrole boli prijaté nápravné opatrenia so záverom, že celková hodnota neakceptovaných ústavných hospitalizácií je 30.380,- Eur,
- následne bola vykonaná ešte spätná revízia a po tejto opätovnej kontrole vznikla pohľadávka žalovanej voči žalobcovi vo výške 29.789,58 EUR.

23. Poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti bolo u niektorých poistencov žalovanej v rozpore s § 9 ods. 1 písm. a) zák. č. 576/2004 Z.z., kde zákon ustanovuje, že ústavná zdravotná starostlivosť sa poskytuje, okrem iných v zákone uvedených dôvodov, *na základe odporúčania ošetrojúceho lekára, ak zdravotný stav osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín*... Povinnosťou prijímajúceho lekára žalobcu bolo zistiť a zapísať v zdravotnej dokumentácii tak, ako to ukladá Čl. III Odborného usmernenia, údaje o terajšej chorobe a subjektívnych problémoch poistenca, údaje o liečbe pred hospitalizáciou alebo údaje o liečbe počas príjmu. Ak by táto povinnosť bola dôsledne splnená, lekár by zistil, že zdravotný stav poistenca nezodpovedá podmienkam poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti. Žalovaná konštatovala, že žalobca poskytoval ústavnú zdravotnú starostlivosť u niektorých poistencov v rozpore s § 9 ods. 1 písm. a) zák. č. 576/2004 Z. z. Poistenci žalovanej boli prijímaní do zdravotníckeho zariadenia žalobcu na základe nedostatočne vyplnených návrhov na kúpeľnú liečbu, bez primeranej indikácie na hospitalizáciu, v mnohých prípadoch bola uvedená iba formulácia "opakovanie hospitalizácie na doporučenie zdravotníckeho zariadenia Merkator, s.r.o.". Pri prijímaní poistencov, ktorí sprevádzali rodinného príslušníka, nebol lekárom zhodnotený aktuálny zdravotný stav, rozsah predchádzajúcej liečby a poistenci boli prijímaní i napriek tomu, že vzhľadom na ich zdravotný stav hospitalizácia nebola indikovaná. Následne bola takto neoprávnené poskytnutá ústavná zdravotná starostlivosť predpísaná (vykázaná) k úhrade žalovanej, ktorá ju uhradila v príslušných zúčtovacích obdobiach.

24. Po kontrole revíznymi lekármi žalovanej bola zistená neoprávnené vykázaná zdravotná starostlivosť vo výške 29.789,58 Eur za obdobie od 01.01.2011 do 30.11.2011, celková suma bola jednostranným započítaním znížená o 7.052,01 Eur. Zostávajúcu pohľadávku si žalovaná uplatnila oproti faktúre žalobcu č. 2012102 za poskytnutú zdravotnú starostlivosť za apríl 2012.

25. Žalovaná predložila súdu listinné dôkazy: Zmluvu č. 11NOLU000311 zo dňa 16.06.2011, Prílohu č. 1 k Zmluve č. 11NOLU000311 - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti od 01.07.2011 do 30.06.2012, Prílohu č. 2 k Zmluve č. 11NOLU000311 - Rozsah zdravotnej starostlivosti od 01.07.2011 do 30.06.2012, Prílohu č. 3 k Zmluve č. 11NOLU000311 - Kritéria na uzatváranie zmlúv od 01.07.2011 do 30.06.2012, Poverenie na vykonanie kontroly zo dňa 07.12.2011, Protokol o kontrole č. 11620102 zo dňa 01.02.2012, Dodatok k protokolu o kontrole zo dňa 22.02.2012, Zápisnicu o prerokovaní Protokolu o kontrole č. 11620102 zo dňa 22.02.2012, Odborné usmernenie MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie zo dňa 15.10.2009.

26. Žalobca následne dňa 15.01.2014 založil do súdneho spisu odborné vyjadrenie Slovenskej lekárskej únie špecialistov, Cottburská 13, Košice zo dňa 10.01.2014, v ktorom sa konštatuje: Podľa predloženej dokumentácie zdravotná poisťovňa neakceptuje hospitalizácie poistencov, uvedených v Protokole o kontrole s odvolaním sa na zák. č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Podľa jeho ustanovenia § 9 písm. a) "sa ústavná starostlivosť poskytuje na základe odporúčania ošetrojúceho lekára, ak zdravotný stav osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. "

Podľa interpretácie citovaného zákona zo strany žalovanej má lekár príjmovej ambulancie ústavného zariadenia povinnosť posudzovať odôvodnenie hospitalizácie plánovanú hospitalizáciu pri príjme zrušiť. ošetrojúcim lekárom pacienta podľa toho, ako sa mu na príjmovej ambulancii pri vstupnom vyšetrení javí klinický stav pacienta. Ak usúdi, že momentálne si stav nevyžaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín, je podľa žalovanej údajne povinný

Odporúčanie ošetrojúceho lekára na prijatie do ústavnej starostlivosti obsahuje údaje uvedené v ust. § 19 ods. 2 písm. a) osobné údaje osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, adresa bydliska a zdravotné údaje potrebné na zistenie anamnézy, h) identifikačné údaje príslušnej zdravotnej poisťovne, i) identifikačné údaje poskytovateľa, stručný opis aktuálneho stavu, predbežné stanovenie choroby vrátane jej kódu a odôvodnenie odporúčania.

Z uvedeného vyplýva, že **odosielajúci ošetrojúci lekár** pacienta dôkladne vyšetril, zvážil možnosti pacienta a ambulantného poskytovateľa zabezpečiť ambulantnú liečbu aj vo vzťahu k forenznej zodpovednosti za stav pacienta a odoslal pacienta na hospitalizáciu.

Podľa VZP Čl.2 ods. 1 písm. m): *Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje v zdravotnej dokumentácii poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o zdravotnom stave poistenca a zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi. V prípade odoslania poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti je povinný vyhotoviť zápis zo zdravotnej dokumentácie s uvedením výsledkov všetkých vykonaných šetrení. Po poskytnutí zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ povinný zaznamenať všetky výkony a vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii tak, aby mohli byť poskytnuté ostatným poskytovateľom (najmä poskytovateľovi, na odporúčanie ktorého bola poskytnutá zdravotná starostlivosť a poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti, s ktorým má poistenc uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti " ods. 2: Poskytovateľ zodpovedá za účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť indikovania zdravotnej*

starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti."

Z uvedeného vyplýva, že indikujúcim hospitalizáciu nie je lekár zdravotníckeho zariadenia MERKATOR, s.r.o., ale ošetrojúci lekár pacienta. Pri ambulantných úväzkoch špecialistov podľa výpisu ORSR detská neurológia 0,2 lekárskeho miesta (ďalej LM), fyziatria, balneológia, liečebná rehabilitácia 0,2 LM, nemohla žalovaná už pri zazmluvňovaní poskytovateľa očakávať ambulantné sledovanie pacientov odoslaných na hospitalizáciu. Navyše, okrem nízkych úväzkov, nemajú ani zastúpené všetky špecializačné medicínske odbory, ktoré by boli potrebné na prehodnotenie indikácií od spektra špecialistov, ktorí pacientov do zariadenia odoslali (neuroológ pre dospelých, ortopéd).

Žalovaná spochybňuje v odporúčaniach ambulantných lekárov údaje o niektorých diagnózach, napr. prekonanie boreliózy u pacienta Petra Bielika s odvolaním sa, že pacient bol vyšetrený u infektológa a iní špecialisti, ktorí ho vyšetřili, uvedenú diagnózu nevykázali. **Diagnózy hospitalizovaných pacientov, ani opodstatnenosť zdravotných výkonov neboli kontrolnou skupinou žalovanej spochybnené.**

Pacienti sú v rámci informovaného súhlasu (§ 6) zo strany ošetrojúceho lekára oboznámení s možnosťami liečebného postupu. Výsledkom bolo odporúčanie na hospitalizáciu.

Ošetrojúci lekár má obvykle v zdravotnej dokumentácii k dispozícii oveľa viac údajov, ako uvedie v odporúčaní na hospitalizáciu. Dokumentácia podľa § 19 ods. 2 zák. č. 576/2004 Z.z. obsahuje, okrem už uvedených údajov aj:

- c) údaje o chorobe osoby, o priebehu a výsledkoch vyšetrení, liečby a ďalších významných okolnostiach súvisiacich so zdravotným stavom osoby a s postupom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- d) údaje o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- e) údaje o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- f) údaje o dočasnej práceneschopnosti pre chorobu a úraz a skutočnosti dôležité na posúdenie zdravotnej spôsobilosti na výkon práce,
- g) epidemiologicky závažné skutočnosti.

Medzi týmito záznamami môžu byť aj záznamy napr. o prekonanej borelióze. V informačnom systéme v zdravotnej poisťovni sa s týmito údajmi nemusia stretnúť, pretože u polymorbidných pacientov pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti nežadáva poskytovateľ do informačného systému všetky diagnózy. **Záznam v laboratóriu o sérologickom vyšetrení na boreliózu poisťovňa teda nemusí mať vo svojom systéme**, napr., ak vyšetrenie bolo realizované za priamu úhradu samotným pacientom, alebo ak bol v minulosti poistencom inej zdravotnej poisťovne. Borelióza môže mať kĺbne, neurologické, kardiovaskulárne, gastroenterálne, dermálne, hepatálne a psychické prejavy, takže pacient môže navštevovať rôzne špecializované ambulancie, a každá uvedenie v systéme svoje bežné diagnózy, ktoré môžu byť komplikáciou boreliózy.

U ochorení, ktoré si vyžadujú fyziatrisko-rehabilitačnú starostlivosť, pacienti často užívajú lieky, ktoré majú minimálnu úhradu zo strany zdravotnej poisťovne, preto si ich kupujú na plnú úhradu bez predpisu, alebo tieto lieky netolerujú pre gastrointestinálne problémy a využívajú radšej domácu fyzikálnu lokálnu liečbu (vyhrievanie, obklady...), napr. u pacientov Barienčíková Marta, Fund'ová Helena, Svitková Irena.

Záznam o užívaní liekov nemusí byť v informačnom systéme zdravotnej poisťovne aj napriek tomu, že pacient mal problémy a užíval liečbu, napr. aj pacientka Belková - zdravotná sestra, Demurová Katarína, Mikulášová Mária a iní. Toto sú

obvykle typy pacientov, ktoré navštívia ambulanciu ošetrojúceho lekára až vtedy, keď zdravotný stav výrazne progredoval a lekár už nemá inú možnosť, ako ich odoslať na ústavnú liečbu.

Pri neurologických ochoreniach a ťažkostiach s pohybovým aparátom má v niektorých prípadoch fyzická záťaž pri dochádzaní na ambulantné procedúry viac negatívnych účinkov na klinický stav pacienta, ako je prínos samotných procedúr (Babicová Mária, Blanár Jozef, Demurová Katarína, Keményová Zlata, Sabová Tamara, Susová, Poláková Martina,...).

Veľmi často má pacient problém zabezpečiť si doprovod na pravidelné ambulantné ošetrenia (príbuzný má zdravotné problémy, alebo ho neuvolnia zo zamestnania, prípadne, nemá financie na cestovné, žije sám, v oblastiach s komplikovaným dopravným spojením, je mentálne postihnutý) napr. Kružliak Matúš, Ličková Martina, Mesterová Veronika, Svitková Irena, Poláková Martina.

Polymorbidný pacient, ktorý by mal navštevovať viacero špecializovaných ambulantných zdravotníckych zariadení si vyberie z uvedených dôvodov len vyšetrenia, ktoré sú pre neho momentálne životne dôležité, napríklad pre predpis liekov alebo prevládajúce, prípadne akútne exacerbované ťažkosti (Gáborová Viera, Juhásová Timea, Mezeiová Henrieta, Novotná Jana, Vokalíková Helena, Zalková...).

Ak musí zdravotne postihnutý človek zabezpečovať návštevy v zdravotníckych zariadeniach pre seba aj pre chronicky chorého rodinného príslušníka, je to pre neho fyzicky, aj časovo nezvládnuteľné. Špecializované ambulantné zariadenia majú v dôsledku preťaženia a limitov objednanej zdravotnej starostlivosti zdravotníkmi poisťovňami, dlhé čakacie doby na vyšetrenie. Výsledkom je zhoršovanie zdravotného stavu pacienta.

**Všetky uvedené okolnosti vo vzťahu k forenznej zodpovednosti za stav pacienta zohľadňuje ambulantný ošetrojúci lekár pri odporúčaní zdravotnej starostlivosti v ústavnom zariadení.** To znamená, že nezávisle na počte dovtedy realizovaných ambulantných ošetrení konkrétneho pacienta v jeho zariadení, nie je za daných okolností schopný a ochotný niesť foreznú zodpovednosť za zdravotný stav pacienta, preto, po zvážení všetkých okolností, odporúča riešenie zdravotného stavu pacienta v ústavnom zariadení.

**Prijímacia ambulancia v ústavnom zariadení slúži na vypísanie dokumentácie pacienta pri prijatí do lôžkového zariadenia, zhodnotenie stavu pri prijatí, vylúčenie akútneho ochorenia, ktoré by bolo kontraindikáciou pre prijatie.** Lekár pri prijme do liečebne pre chronicky chorých nemôže z dokumentácie, ktorú má k dispozícii, posudzovať rozhodnutie ošetrojúceho lekára, odoslať pacienta na hospitalizáciu. Tým by prevzal na seba zodpovednosť za prípadné komplikácie zdravotného stavu pacienta odmietnutého v rozpore s názorom jeho ošetrojúceho lekára a bez adekvátneho kompletného vyšetrenia, t.j. aj bez príslušných relevantných argumentov na odmietnutie hospitalizácie.

Kontrolná skupina žalovanej u viacerých pacientov udáva ako prekážku pre akceptovanie hospitalizácie súčasnú hospitalizáciu rodinného príslušníka. Ak si pacientov zdravotný stav vyžaduje hospitalizáciu a pacient spĺňa indikačné kritériá pre hospitalizáciu v predmetnom ústavnom zdravotníckom zariadení, súčasná hospitalizácia príbuzného nepredstavuje legislatívnu prekážku, v platnej legislatíve, ani v zmluvných podmienkach nie sú stanovené žiadne limitácie na frekvenciu hospitalizácií poisťencov v liečebniach pre dlhodobu chorých.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti humánny prístup. Ak je rodinný príslušník dlhodobu chorý, má platnú indikáciu na hospitalizáciu, odporúčanie od ošetrojúceho lekára, nie je prijatý do zdravotníckeho zariadenia ako doprevádzajúca osoba, ale sa mu poskytne potrebná zdravotná starostlivosť. Je prirodzené, že pri



plánovanej zdravotnej starostlivosti u dlhodobo chorých pacientov sa poskytnú dlhodobo chorým rodinným príslušníkom rovnaké termíny hospitalizácie a nemožno takto hospitalizovaných príbuzných pokladať za sprevádzajúce osoby a požadovať od nich úhradu za pobyt. Zákon, ani Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 11NOLU000311, nevymedzujú žiadne podmienky pri určovaní termínov plánovanej hospitalizácie pre rodinných príslušníkov s diagnózami patriacimi medzi platné indikácie pre príslušnú liečebňu a s odporúčaním zdravotnej starostlivosti od ošetrojúceho lekára.

Hospitalizácia v liečebni je legislatívne podmienená len diagnózou pacienta, ktorá patrí do indikačného zoznamu príslušnej liečebne. Ak je kritérium pre hospitalizáciu v liečebni naplnené a pacient dostal odporúčanie od svojho ošetrojúceho lekára na ústavnú liečbu, podľa § 22 ods. 1 písm. b) zák. č. 580/2004 Z. z. má poistenec právo na úhradu zdravotnej starostlivosti za podmienok ustanovených týmto zákonom.

Slovenská lekárska únia špecialistov považovala rozhodnutie žalovanej neakceptovať úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť za neopodstatnenú s poukazom na skutočnosť, že lekár v prijímacej ambulancii nemá dostatok informácií o pacientovi, aby mohol zamietnuť hospitalizáciu v rozpore s odporúčaním ošetrojúceho lekára pacienta a tým prebrať forenznú zodpovednosť za prípadné komplikácie zdravotného stavu v dôsledku takéhoto rozhodnutia. Podľa priloženej dokumentácie pacienti mali zákonom vymedzené diagnózy indikované na hospitalizáciu v predmetnom ústavnom zariadení. Diagnózy hospitalizovaných pacientov, ani opodstatnenosť zdravotných výkonov realizovaných počas hospitalizácie neboli kontrolnou skupinou žalovanej spochybnené.

Údaje, na ktorých stavia žalovaná odôvodnenie žiadať navrátenie úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť sú obsiahnuté v informačnom systéme zdravotnej poisťovne, takže revízní pracovníci žalovanej mali na osobných účtoch pacientov k dispozícii údaje z predchádzajúceho obdobia o vykázaných diagnózach, hospitalizácii, ošetrovaniach pacienta v špecializovaných ambulanciách a o užívaní liekov. Po kontrole na diaľku, t.j. po zhodnotení údajov z informačného systému vzhľadom na efektivitu a účelnosť, revízní lekári schválili úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a táto bola uhradená. Následne sa po kontrole na mieste pri zamietnutí akceptácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti odvolávajú na tie isté skutočnosti, ktoré zistili z informačného systému a predtým neboli prekážkou pre vyplatenie vykázananej zdravotnej starostlivosti. U viacerých pacientov sa jedná o opakované hospitalizácie, ktoré žalovaná dodatočne neakceptuje, pričom už po prvej hospitalizácii mala k dispozícii v informačnom systéme údaje, ktorými argumentuje pri požadovaní vrátenia úhrady a vtedy, aj neskôr opakovane, úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť realizovala. Poskytovateľ je povinný, v zmysle zákona, poskytnúť zdravotnú starostlivosť správne a na úrovni doby. Povinnosťou zdravotnej poisťovne je účelne zabezpečiť úhradu správne poskytnutej zdravotnej starostlivosti v rozsahu vymedzenom zákonom. Účelom rozumela únia riešenie zdravotného stavu pacienta.

Podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie č. 07594/2009 - OZS Čl. I ods. 4: " V dekurze pri popise nálezu nezmeneného zdravotného stavu je možné použiť formuláciu " stav rovnaký ako" s odvolaním sa na presný dátum a hodinu" Podľa Čl. III ods. 3: "Zápis lekára z vizity alebo z konziliárneho vyšetrenia v dekurze obsahuje: a) dátum a čas, b) údaje o subjektívnych problémoch osoby, c) objektívny nález, d) zhodnotenie výsledkov v tom čase dostupných laboratórnych, zobrazovacích a konziliárnych vyšetrení"

Možno teda povedať, že použitie kópie záznamu z iného dňa je porovnateľné s popísaným postupom v Čl. II ods. 4. Ak jeho obsah zodpovedá pokynom v Čl. II ods. 3, nemožno to hodnotiť ako porušenie všeobecne záväzného právneho predpisu. V liečebni pre dlhodobo chorých nie sú obvykle hospitalizovaní pacienti, ktorých stav sa mohol v priebehu niekoľkých dní dramaticky meniť k horšiemu, ani výrazne zlepšovať. V používaných počítačových programoch sú štandardne pre tieto situácie pripravené preddefinované texty. Legislatíva tento postup nezakazuje a o čo menej strávi zdravotník administratívou, o to viac sa môže venovať pacientovi. Nedostatky v dokumentácii, uvádzané žalovanou v Protokole o kontrole, žiadnym spôsobom neovplyvnili správne poskytnutie zdravotnej starostlivosti, jej kvalitu a nepoškodili pacienta. Pacient navštívi zdravotnícke zariadenie za účelom riešenia svojho zdravotného stavu a nie pre dokonalú dokumentáciu. Zlepšenie zdravotného stavu pacienta a jeho spokojnosť by mali byť pre zdravotnú poisťovňu určujúcimi dôvodmi pre poskytnutie zmluvnej platby za preukázanú, poskytnutú a správne vykázanú zdravotnú starostlivosť.

27. Vzhľadom k uvedenému Slovenská lekárska únia špecialistov skonštatovala, že:

- argumenty, ktoré žalovaná používa, sú z informačného systému poisťovne a neboli pre žalovanú dôvodom pre neuskutočnenie úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť pri revízií na diaľku,
- od lekára prijímacej ambulancie ústavného zariadenia nemá právo poisťovňa požadovať, aby prevzal forenznú zodpovednosť za komplikácie zdravotného stavu, spojené so zamietnutím hospitalizácie,
- podľa zdravotnej dokumentácie pacienti mali zákonom vymedzené diagnózy indikované na hospitalizáciu v kontrolovanom subjekte,
- diagnózy pacientov, ani opodstatnenosť zdravotných výkonov, realizovaných počas hospitalizácie, neboli kontrolnou skupinou žalovanej spochybnené,
- stav pacientov bol po hospitalizácii zlepšený, t.j. hospitalizácia bola účelná a efektívna v zmysle zákona,

nie je zákonný dôvod, aby zdravotná poisťovňa takto správne poskytnutú vykázanú zdravotnú starostlivosť neuhradila.

28. Súd na pojednávaní dňa 03.10.2016 vypočul v pozícii svedkyne hlavnú revíziu lekárku a riaditeľku zdravotného a revízneho odboru žalovanej a hlavnú lekárku pri Ministerstve zdravotníctva SR MUDr. Beátu Havelkovu. Menovaná je atestovanou lekárkou z revízneho lekárstva a vnútornej (internej) medicíny. Uviedla, že pacient je hospitalizovaný v ústavnom zariadení na základe lekára - špecialistu v ústavnom zariadení, ktorý má k dispozícii zdravotnú dokumentáciu pacienta a má možnosť realizovať nejaké vyšetrenia. V ústave žalobcu mal mať lekár - špecialista k dispozícii správu, ktorá hovorí o predchorobí, t.j., čo sa s poistencom dialo v časovom období pred hospitalizáciou. V tomto konkrétnom zariadení bola všetkým pacientom poskytovaná ambulantná starostlivosť súbežne s hospitalizáciou, pričom ambulantné výkony (rehabilitácia v ambulantnom sektore) bola žalovanou plne uhradená. Lekár - špecialista bol v tomto prípade buď internista, alebo lekár s atestáciou fyzioterapeutická, balneologická liečebná rehabilitácia. Lekár špecialista nie je viazaný odporúčaním ošetrojúceho lekára, ako ambulantný lekár nemusí pacienta podľa vlastnej predstavy hospitalizovať. Kontrola žalovanou nebola realizovaná na fyzioterapeutickom pracovisku, ale výlučne v LDCH. (liečebni dlhodobo chorých). V danom prípade sa pozerali účty poistencov, vykázaná zdravotná starostlivosť aj v LDCH, aj v ambulantnej časti. V ambulantnej časti bola súbežne poskytovaná kompletná zdravotná starostlivosť a táto zdravotná starostlivosť bola plne uhradená

žalovanou. V Protokole o revízii boli zamietnuté hospitalizácie v LDCH, pri ktorých v zdravotnej dokumentácii nebola žiadna zmienka o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, čiže žiadna intenzívna farmakoterapia, žiadna ošetrovateľská starostlivosť, ani žiadne intenzívne lekárske výkony. Žiaden z hospitalizovaných pacientov nemal indikáciu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. V skupine 31 pacientov, u ktorých nebola indikovaná hospitalizácia väčšinou išlo o diagnózy: bolesť chrbta, neurologické diagnózy a zápaly. Tieto diagnózy nie sú väčšinou tak komplikované, že by išlo o vážny zdravotný stav.

Lekár ústavného zariadenia môže odmietnuť odporúčanie ambulantného lekára na hospitalizáciu, o tejto skutočnosti pojednáva zák. č. 576/2004 Z.z. a zároveň každý lekár absolvuje skúšku z propedeutiky vnútorného lekárstva v 3. ročníku, kde sa píše: *" Prijímajúci lekár v nemocnici, ak prijme chorého na posteľové oddelenie, začína písať chorobopis. V záhlaví sú osobné údaje pacienta, dôležitý údaj o čase príchodu do nemocnice a meno lekára, ktorý ho poslal. Lekár opäť vyšetří chorého, urobí anamnézu a objektívne vyšetrenie".*

LDCH môže prijímať výlučne pacientov, u ktorých je jasná diagnóza, nejedná sa o akútne stavy, preto lekár s atestáciou všeobecného lekára je kvalifikovanou osobou na posúdenie, či liečba môže prebiehať ambulantne, alebo ústavne. U 31 pacientov, ktorých plnenia boli zamietnuté išlo v posledných 12-tich mesiacoch o prvú, druhú hospitalizáciu. U pacientov, v prípade ktorých bola hospitalizácia zamietnutá, nebola poskytnutá ústavná zdravotná starostlivosť, ale ambulantná. V chorobopise LDCH je nutné pri pacientovi nájsť zdravotnú dokumentáciu z ktorej je zrejmé, že mu napr. bola poskytnutá infúzia, intenzívne sledovanie lekárom vrátane vizity a musí byť zachytené, ako sa stav vyvíja. U zamietnutých pacientov bol stručný popis, napr. jazvy z r. 1988 a tento stručný popis sa aj s gramatickými chybami kopíroval do chorobopisu bez zmeny a pri prepúšťacej správe bolo konštatované, že pacient sa cíti lepšie a bol prepustený. Pri rokovaní primár LDCH uznal, že zdravotnú dokumentáciu majú zlé, avšak nepredložili žiaden dôkaz, ktorý by dokazoval, že na oddelení, čiže v ústavnej zdravotnej starostlivosti poskytovali nejakú zdravotnú starostlivosť.

29. Žalovaná predložila súdu dňa 12.01.2017 písomné stanovisko MUDr. Moniky Paluškovej, PhD., MBA, hlavnej odborníčky Ministerstva zdravotníctva SR pre všeobecné lekárstvo pre dospelých, sama vykonáva prax všeobecného lekára pre dospelých a je zároveň Prezidentkou Spoločnosti všeobecných lekárov Slovenska, ktorá uviedla, že každý ošetrojúci lekár, nielen všeobecný lekár, po komplexnom vyšetrení pacienta stanoví pracovnú (predbežnú) diagnózu. Ak na určenie konečnej (definitívnej) diagnózy potrebuje využiť ďalšie diagnostické možnosti (laboratórne vyšetrenia, zobrazovacie metódy, vyšetrenie iným špecialistom, indikovanie hospitalizácie a pod.), má možnosť pacienta poslať na vyšetrenia a k inému špecialistovi ako indikujúci lekár. Na konzultovaného lekára inej špecializácie je tak delegovaná zodpovednosť, ako bude postupovať pri prevzatí pacienta na dodiagnostikovanie jeho stavu a aké prostriedky na diagnostiku, resp. liečbu pacienta využije. Obaja špecialisti v konkrétnych špecializačných odboroch medzi sebou komunikujú ako rovnocenní partneri a **odporúčanie indikujúceho lekára má odporúčací, nie záväzný charakter.** Na lekárovi, ktorý pacienta od indikujúceho

lekára preberá, spočíva plná zodpovednosť, čo a ako bude pri diagnostike a/alebo liečbe pacienta vykonávať. Znamená to, že návrh indikujúceho lekára posúdi a postupuje v súlade s platnou legislatívou, náplňou vlastného špecializačného odboru, aby zabezpečil najvhodnejší postup pri riešení zdravotného stavu pacienta. Z uvedeného vyplýva, že odporúčanie ošetrojúceho lekára bez ohľadu na jeho špecializáciu, týkajúce sa návrhu diagnostiky a liečby má odporúčací, nie záväzný charakter. Vykonávajúci konzultovaný lekár musí posúdiť zdieľané informácie týkajúce sa pacienta a je plne v jeho kompetencii v súlade s náplňou príslušného špecializačného odboru navrhnúť najvhodnejší diagnostický a/alebo terapeutický postup.

30. Svedok MUDr. Juraj Majzlan na pojednávaní dňa 17.01.2017 uviedol, že príjem pacientov do liečebného ústavu bol plánovaný, pacienti neprichádzali ad hoc s akútnymi ťažkosťami. Pri prijímaní pacientov sa vychádzalo z indikácie špecialistu, ktorý odporučil pacienta na liečbu. Lekár špecialista žalobcovi odporúčenie umiestnenia odoslal poštou, následne žalobca zaslal pacientovi pozývaci list s návratkou, na ktorej potvrdil nástup. V deň nástupu bol pacient vyšetrený v prijímacej ambulancii a hospitalizovaný. Prípady pacientov rodinných príslušníkov sa spájali, vždy však išlo o odporučených pacientov. Pokiaľ išlo o sprevádzajúcu osobu, ktorá nemala status pacienta, ktorého liečba by bola indikovaná ošetrojúcim lekárom, pobyt si hradil sám z vlastných zdrojov.
31. Na predmetnom pojednávaní bola v pozícii svedkyne vypočutá MUDr. Alena Jancová ktorá uviedla, že odporúčanie odborného lekára ústavného zariadenia je možné vnímať v dvoch rovinách, jeho úlohou je skúmať pri časovo rozptyle medzi odporúčaním odborného lekára, ktorý odporučil jeho hospitalizáciu v LDCH a dňom hospitalizácie, či nenastali zmeny zdravotného stavu, či nie sú kontraindikácie u pacienta a pod. Ambulantný lekár ústavného zariadenia aktuálne vyšetří pacienta, zistí, či nenastali zmeny zdravotného stavu, ktoré sú kontraindikáciou hospitalizácie (kontakt s infekčným ochorením, infekčné ochorenie, príhoda). Etický kódex netreba vnímať iba v morálnej polohe, nie je prílohou zákona o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poukázala na skutočnosť, že lekár má pristupovať k pacientovi bez ohľadu na jeho pôvod a jeho rozumovú úroveň. Lekár prihliada na vybavenie zdravotného zariadenia a na svoje možnosti pomoci pacientovi. Pacienti, ktorí sa dostali do LDCH žalobcu boli vyšetrení ambulantne po vyčerpaní možností lekára v mieste trvalého bydliska, pacient absolvoval vyšetrenie pri indikácii odborného ambulantného lekára a keď tento vyčerpal všetky svoje možnosti, odporučil ústavnú liečbu. Pacienti, ktorých výkony zdravotnej starostlivosti neboli žalovanou priznané majú jednotný dôvod, prečo tieto výkony nemali byť zoškrtnuté. Ošetrojúci lekár v mieste bydliska usúdil, že im nevie pomôcť, že na nohy ich postaví liečebná starostlivosť LDCH. Niekedy pacienti nie sú schopní absolvovať ambulantnú starostlivosť, zo sociálnych dôvodov a aj fyzicky zvládnuť dostavenie sa k ambulantnému lekárovi. Ambulantný lekár má limity a nasledujúci termín v rámci ambulancie môže mať napr. o mesiac. Žalovaná argumentuje, že ústavnej starostlivosti má predchádzať ambulantná starostlivosť, ale

to je len jej predpis interného charakteru. Žiaden pacient neprišiel k žalobcovi z ulice, dostaví sa po odporúčaní všeobecného lekára a konštatácii príslušného špecialistu, že boli vyčerpané všetky možnosti liečby a že pacientovi už nevie pomôcť.

32. Odporúčajúci lekár je partner, ktorého odporúčanie je rešpektované. Poist'ovňa nemá právo svojím interným predpisom primäť k zodpovednosti ambulantného špecialistu za zhoršenie zdravotného stavu pacienta. Medzi lekármi existuje výlučne odporúčací charakter, neexistuje subordinačný prístup.

Zdravotná poisťovňa má vo svojom informačnom systéme základné údaje o pacientovi a poskytnutých úkonoch zdravotnej starostlivosti vrátane predpísaných liečiv. Na základe týchto údajov je schopná zhodnotiť, či poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí alebo nie.

Zdravotná poisťovňa ustálila, že neboli využité možnosti ambulantnej starostlivosti z účtu poistenca.

33. Súd konštatuje, že žalovaná v konaní nepreukázala skutočnosť, že v prípade 31 pacientov, u ktorých považuje poskytnutie liečebnej ústavnej starostlivosti v rozpore s ust. § 9 ods. 1 písm. a) zák. č. 576/2004 Z .z. a teda za neoprávnene uhradenú, že zdravotný stav týchto pacientov neindikoval hospitalizáciu, že im neboli poskytnuté príslušné výkony, tvoriace predmet fakturácie žalobcu. Žalovaná vykonala revíziu za 11 mesiacov roka 2011, to znamená, že vykonala 11 krát formálnu a vecnú kontrolu 11-tich faktúr vystavených žalobcom, do účtu pacienta mohla nahliadnuť priebežne počas 11-tich mesiacov. Žalovaná ani raz neupozornila žalobcu na problém nevyčerpania možností ambulantnej liečby alebo farmakoterapie, nikdy neskonštatovala, že odporúčanie ošetrojúcich lekárov je potrebné prehodnocovať, hospitalizácia pacientov u žalobcu bola vždy plánovaná, realizovaná s niekoľkokomesačným čakaním pacienta kvôli voľným termínom vzhľadom k obmedzeným možnostiam (kapacite) žalobcu, vo vytýkanom období neboli prekračované zmluvne dojednané limity, neboli preukázané "čierne výkony" alebo "čierne duše".

34. V čl. 3 Zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (obdobie 01.07.2011 - 30.06.2012) je dohodnuté: *"Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť podľa zmluvy"*.

35. V Prílohe č. 1, bod 1 poslednej vedy je dojednané: *"Odkladná (plánovaná) ústavná zdravotná starostlivosť je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca, odôvodnenia prijatia do ústavu zdravotnej starostlivosti."*

36. V bode 2 je uvedené: *"Poist'ovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie"* a Príloha č. 2, posledná veta na prvej strane znie: *"V prípade tretej a ďalšej plánovanej hospitalizácii počas posledných 12 mesiacov je potrebný predchádzajúci súhlas revízneho lekára podľa miesta bydliska poistenca"*.

37. Všeobecné zmluvné podmienky v čl. 4 (Platobné podmienky) v bode 4 znejú:  
*"Poisťovňa u formálne správnej faktúry vykoná vecnú kontrolu vykázananej zdravotnej starostlivosti zameranú najmä na správnosť a úplnosť vykázaných údajov s prihliadnutím na účelné, efektívne a hospodárne vynakladanie prostriedkov z verejného zdravotného poistenia"*
38. S poukazom na uvedené je nutné konštatovať, že uvedené ustanovenia zmluvy tvrdenia žalovanej o údajnej povinnosti prijímacieho lekára žalobcu prehodnocovať odporúčania indukujúceho lekára, a tvrdenia o nezáväznosti takýchto odporúčaní vyvracajú. Je evidentné, že prvé dve hospitalizácie v priebehu 12-tich mesiacov bolo možné realizovať bez predchádzajúceho súhlasu žalovanej. U všetkých hospitalizácií v ústavnom zariadení žalobcu sa jednalo o prvú, resp. druhú hospitalizáciu, táto skutočnosť vyplýva zo svedeckej výpovede MUDr. Beáty Havelkovej, (č.l. 155 súdneho spisu).
39. Podľa § 9 ods. 3 zák. č. 581/2004 Z.z.: *„Zdravotná poisťovňa môže vykonávať kontrolnú činnosť aj ako kontrolu na diaľku, kontrolou na diaľku sa rozumie vyhodnocovanie informácií o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti...obsiahnutých v informačnom systéme zdravotnej poisťovne alebo tvoriacich dokumentáciu zdravotnej poisťovne podľa § 16.“*
40. Zo znenia tejto zákonnej normy je zrejmé, že dokumentáciu zdravotnej poisťovne tvoria aj účty jej poistencov, ktoré obsahujú o.i. údaje o poskytnutých zdravotných výkonoch a liekoch, výšku úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, dátum jej poskytnutia, označenie jej poskytovateľov v súlade s ust. § 16 zák. č. 581/2004 Z. z. V prípade úhrad poskytnutej zdravotnej starostlivosti žalobcom v roku 2011 žalovaná vykonala formálnu, ako aj vecnú kontrolu faktúr vystavených žalobcom za obdobie 01.01.2011 až 30.11.2011, tieto aj uhradila a až následne, po odstupe času, dňa 12.12.2011 vykonala kontrolu na mieste a dňa 20.01.2012 kontrolu účtov poistencov a poskytnuté plnenie vo výške 22.737,57 Eur začala spochybňovať. Žalovaná v konaní nepredložila žiaden relevantný dôkaz o neposkytnutí výkonov zdravotnej starostlivosti v prípade 31 pacientov špecifikovaných v Protokole o kontrole. Súd konštatuje, že kontrolu v mene žalovanej realizovala kontrolná skupina, MUDr. Ružena Rolná, MPH, MUDr. Eva Tóthová a MUDr. Beata Figlátová (táto skutočnosť vyplýva z Poverenia na vykonanie kontroly č. 11620102 zo dňa 07.12.2011, č.l. 45 súdneho spisu). Žalovaná neosvedčila, že sa jedná o atestované lekárky vo všetkých medicínskych odboroch aplikovaných v ústavnom zariadení žalobcu napr. fyziatrie, balneológie, liečebnej rehabilitácie, interného lekárstva, neosvedčila ich erudovanosť na spochybnenia spôsobu liečby hospitalizovaných pacientov, neosvedčila skutočnosť, že fakturované zdravotnícke výkony neboli zo strany žalobcu poskytnuté. Námitky žalovanej sa týkali najmä spôsobu vedenia zdravotnej dokumentácie, táto skutočnosť bola s primárom LDCH a zástupcami žalovanej prejednaná, boli prijaté opatrenia na odstránenie nedostatkov, táto skutočnosť však nič nemení na tom, že žalovaná pri 31 pacientoch, k spôsobu liečby ktorých má výhrady, nezdôvodnila nedostatok indikácie na ich hospitalizáciu, neosvedčila porušenie zákonných, resp. zmluvných ustanovení

žalobcom. Súd konštatuje, že spochybnenie hospitalizácii 31 pacientov žalovanou znevažuje rozhodnutie lekára prijímacej ambulancie ústavného zariadenia, od ktorého nemožno požadovať, aby prevzal forenznú zodpovednosť za komplikácie zdravotného stavu pacienta spojenú so zamietnutím hospitalizácie. Lekár prijímacej zvažil odporúčanie ambulantného lekára, ktorý vyčerpal všetky možnosti liečby pacienta.

41. S poukazom na uvedené má súd za to, že pohľadávka žalovaného vo vyčíslenej sume 22.737,57 Eur, ktorá bola započítaná s pohľadávkou žalobcu neexistuje, nie je spôsobilá na započítanie. Žalovaná realizáciou započítacieho prejavu uznala existenciu pohľadávky druhej strany. Pohľadávka žalobcu vo výške 29.789,58 Eur je predstavovaná sumou 7.052,51 Eur titulom doúčtovania výkonov do výšky zmluvného objemu za rok 2011 a sumou 22.737,57 Eur z titulu časti neuhradenej faktúry č. 2012102 za poskytnutú zdravotnú starostlivosť za obdobie apríl 2012, súd preto žalobe vyhovel a žalovanej uložil povinnosť dlžné sumy žalobcovi uhradiť. O úroku z omeškania súd rozhodol v súlade s ust. § 369 ods. 1 Obchodného zákonníka.
42. Vzhľadom k plnému úspechu žalobcu vo veci, mu súd v súlade s ust. § 255 ods. 1 CSP priznal plnú náhradu trov konania o ktorých v súlade s ust. § 262 ods. 2 CSP rozhodne súd samostatným uznesením.

**POUČENIE:** Proti rozsudku je prípustné odvolanie v lehote 15 dní od doručenia rozsudku na súde, proti ktorého rozsudku smeruje.

Odvolanie môže podať strana, v ktorej neprospech bolo rozhodnutie vydané.

Odvolanie len proti odôvodneniu rozhodnutia nie je prípustné.

V odvolaní sa popri všeobecných náležitostiach podania uvedie, proti ktorému rozhodnutiu smeruje, v akom rozsahu sa napáda, z akých dôvodov sa rozhodnutie považuje za nesprávne (odvolacie dôvody) a čoho sa odvolateľ domáha (odvolací návrh).

Rozsah, v akom sa rozhodnutie napáda, môže odvolateľ rozšíriť len do uplynutia lehoty na podanie odvolania.

Odvolanie možno odôvodniť len tým, že

- a) neboli splnené procesné podmienky,
- b) súd nesprávnym procesným postupom znemožnil strane, aby uskutočňovala jej patriace procesné práva v takej miere, že došlo k porušeniu práva na spravodlivý proces,
- c) rozhodoval vylúčený sudca alebo nesprávne obsadený súd,
- d) konanie má inú vadu, ktorá mohla mať za následok nesprávne rozhodnutie vo veci,
- e) súd prvej inštancie nevykonal navrhnuté dôkazy, potrebné na zistenie rozhodujúcich skutočností,
- f) súd prvej inštancie dospel na základe vykonaných dôkazov k nesprávnym skutkovým zisteniam,

- g) zistený skutkový stav neobstojí, pretože sú prípustné ďalšie prostriedky procesnej obrany alebo ďalšie prostriedky procesného útoku, ktoré neboli uplatnené, alebo  
h) rozhodnutie súdu prvej inštancie vychádza z nesprávneho právneho posúdenia veci.

Odvolaie proti rozhodnutiu vo veci samej možno odôvodniť aj tým, že právoplatné uznesenie súdu prvej inštancie, ktoré predchádzalo rozhodnutiu vo veci samej, má vadu uvedenú v odseku 1, ak táto vada mala vplyv na rozhodnutie vo veci samej.

Odvolaie dôvody a dôkazy na ich preukázanie možno meniť a dopĺňať len do uplynutia lehoty na podanie odvolania.

Prostriedky procesného útoku alebo prostriedky procesnej obrany, ktoré neboli uplatnené v konaní pred súdom prvej inštancie, možno v odvolaní použiť len vtedy, ak

- a) sa týkajú procesných podmienok,
- b) sa týkajú vylúčenia sudcu alebo nesprávneho obsadenia súdu,
- c) má byť nimi preukázané, že v konaní došlo k vadám, ktoré mohli mať za následok nesprávne rozhodnutie vo veci alebo
- d) ich odvolateľ bez svojej viny nemohol uplatniť v konaní pred súdom prvej inštancie.

Ak povinný dobrovoľne neplní čo mu ukladá vykonateľné rozhodnutie, oprávnený môže podať návrh na exekúciu podľa zákona č. 233/1995 Z.z. o súdnych **exekútoroch** a exekučnej činnosti v znení neskorších predpisov.

V Bratislave dňa 21.03.2017

Za správnosť:  
Z. Ichmannová



**Mgr. Ivica Blecharžová**  
sudkyňa