

Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely

Ministerstvo zdravotnictví upozorňuje, že zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, byla některá ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. (dále jen „zákon“) změněna a doplněna. Zásadní změnou mající dopad na činnost zdravotnických zařízení včetně zařízení lékárenské péče a zdravotních pojišťoven je zavedení regulačních poplatků a limitu regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Platnost: od 1. 1. 2008

I. Regulační poplatek (dále jen „poplatek“) se od 1. 1. 2008 vybírá:

A. ve výši 30,- Kč

1. za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (což je vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření a je vykázáno příslušnými výkony v dané odbornosti podle Seznamu výkonů)

- a) u praktického lékaře *,
- b) u praktického lékaře pro děti a dorost*,
- c) u ženského lékaře,
- d) u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči včetně ambulancí lůžkových zdravotnických zařízení (v pracovních dnech od 7:00 do 17:00 hodin s tím, že ordinační doba může být i delší než do 17:00 hodin, o čemž rozhoduje provozovatel zdravotnického zařízení. Zda se jedná o ordinační dobu ambulance, nebo od 17:00 hodin již o ústavní pohotovostní službu, musí být zřejmé z označení ambulance),
- e) u klinického psychologa,
- f) u klinického logopeda,

Poznámka:

Poplatek se nehradí při vyšetření hospitalizovaného pacienta, o které žádá lůžkové zdravotnické zařízení.

2. za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře. Při návštěvě musí být současně proveden a vykázán jeden z těchto výkonů:

- a) vyšetření a ošetření registrovaného pacienta (výkon číslo 00946 nebo 00901),
- b) vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou (výkon číslo 00903),
- c) stomatologické ošetření registrovaného pacienta do 6 let nebo hendikepovaného pacienta (výkon číslo 00906),
- d) stomatologické ošetření registrovaného pacienta od 6 let do 15 let (výkon 00907),
- e) komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní dutiny (výkon číslo 00940),

* Je-li lékař odměňován kapitační platbou, žádné výkony klinických vyšetření kromě komplexního vyšetření zdravotní pojišťovně nevykazuje. Ze zdravotnické dokumentace ale musí být patrné, že cílené nebo kontrolní vyšetření bylo provedeno, a proto byl poplatek vybrán a vykázán výkon 09543.

- f) kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice (výkon číslo 00941),
 - g) kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu (výkon číslo 00983),
 - h) kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu (výkon číslo 00984),
 - i) cílené vyšetření (výkon číslo 00945),
3. za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,

Poznámka:

Návštěva novorozence praktickým lékařem pro děti a dorost při návštěvní službě podléhá poplatku 30,- Kč. Za návštěvní službu, i když je v jejím rámci provedeno klinické vyšetření, uhradí pojištěnec, nebo jeho zákonný zástupce poplatek 30,- Kč, nebude-li se jednat o případy uvedené v III. 1. až 4.

4. za vydání každého, z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „v.z.p.“) plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení. (V novele vyhlášky č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších právních předpisů, bude omezen počet balení.).

Poznámka:

Na jednom receptu mohou být předepsány maximálně dva druhy léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, tedy dvě položky. Poplatek za recept tak může činit nejvýše 60,- Kč.

Je-li nutné udělat výpis z receptu, uvedou se na něm všechny rozhodné údaje vztahující se k předepisovanému léčivému přípravku nebo potravine pro zvláštní lékařské účely včetně údaje, zda má či nemá být vybrán poplatek při realizaci tohoto výpisu v zařízení lékárenské péče.

- V případech A 1 až 3 se vykazuje při zaplacení poplatku **číslo výkonu 09543. (Regulační poplatek za návštěvu – poplatek uhrazen).** Viz novela Seznamu výkonů.
- V případě A 4 se vykazuje při zaplacení poplatku v datovém rozhraní receptu „null“ a na osobním účtu pojištěnce pak **číslo výkonu 09540. (Regulační poplatek za položku na receptu – poplatek uhrazen).**

B. ve výši 60,- Kč za každý den, ve kterém byla poskytována

- a) ústavní péče (tj. péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech, zařízeních vykazujících OD 00005 a v LDN) nebo
 - b) komplexní lázeňská péče nebo
 - c) ústavní péče v dětských odborných léčebnách a v ozdravovnách,
- příčemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den. Stejně pravidlo platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li mu tento pobyt hrazen z v.z.p.

Poznámka:

Je-li pacient na propustce, poplatek se nehradí. Poplatek se nehradí též při poskytování jednodenní péče na lůžku nebo jedná-li se o pobyt pacienta ve stacionáři (OD 00040 a 00041).

- V případech B a) až c) se vykazuje při zaplacení poplatku **číslo výkonu 09544. (Regulační poplatek za každý den ústavní péče – poplatek uhrazen).** Viz novela Seznamu výkonů.

C. ve výši **90,- Kč** za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

- a) LSPP včetně LSPP poskytované zubními lékaři,
- b) ústavní pohotovostní službu v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin (poplatek se hradí jen v případě, že nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče).

Poznámka:

Poplatek se hradí i v případě, že pohotovostní služba je poskytována u pacienta na jeho výzvu. Zabezpečuje-li LSPP zdravotnická záchranná služba, poplatek se hradí.

- V případech C a) a b) se vykazuje při zaplacení poplatku **číslo výkonu 09545. (Regulační poplatek za pohotovostní službu – poplatek uhrazen).**
Viz novela Seznamu výkonů.

II. Poplatky se nehradí, jedná-li se o:

1. preventivní prohlídku

- a) u dětí, dospělých, ve stomatologii, v gynekologii (podle § 29 zákona),
- b) vyšetření a prohlídky prováděné v rámci opatření proti infekčním onemocněním (podle § 30 zákona, tj. včetně např. vybraných očkování – výkon číslo 02110 a 02120),
- c) závodní preventivní péči (podle § 35 zákona). Jedná se pouze o periodické preventivní prohlídky (výkon číslo 01193 a 01195),

Poznámka:

U pojištěnců se provádí preventivní prohlídka:

- a) v prvním roce života devětkrát do roka,
- b) v 18 měsících věku,
- c) ve třech letech a dále vždy jedenkrát za dva roky.
(výkony číslo 01022, 02022, 02032)

V oboru stomatologie se provádí preventivní prohlídka:

- a) u dětí a dorostu ve věku do 18 let dvakrát ročně,
- b) u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství,
- c) u dospělých jedenkrát ročně.

V oboru gynekologie se provádí preventivní prohlídka při ukončení povinné školní docházky a dále počínaje 15 rokem věku jedenkrát ročně (výkon číslo 63051).

Mezi preventivní vyšetření patří i vyšetření kyčelních kloubů kojence (výkon číslo 66031).

Obsahem preventivních prohlídek je zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pojištěnce, jakož i podrobné klinické vyšetření a zajištění potřebných laboratorních vyšetření. Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek je obsaženo ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 56/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

2. dispenzární péči poskytovanou

- a) vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí (viz § 31 odst. 1 písm. b) zákona),
- b) těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství (viz § 31 odst. 1 písm. d) zákona) – prokáží-li se průkazem pro těhotné,

Poznámka:

Nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče uvedená v bodě 2a), a označení specializace dispenzarizujícího lékaře stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví. Podle této vyhlášky jsou vybrané děti chronicky nemocné a ohrožené poruchami

zdravotního stavu a těhotné ženy zařazeny do dispenzarizace, a proto nehradí poplatek nejen u registrujícího, ale i u ošetřujícího lékaře jen pro diagnózu, pro kterou jsou dispenzarizovány. Resp. u těhotných žen jde o návštěvu u lékaře jen v souvislosti s těhotenstvím. (Zdravotnické zařízení současně vykazuje výkon číslo 09532.) Pokud např. těhotná žena bude ošetřena na chirurgii se zlomenou nohou nebo navštíví zubního lékaře a nebude se jednat o preventivní prohlídku, a nepůjde o osobu pobírající dávky v hmotné nouzi, bude poplatky v těchto případech pojišťovna hradit. Totéž platí při návštěvě dítěte u jiného lékaře, než je lékař, který ho dispenzarizuje. Pokud dítě navštíví lékaře s jiným onemocněním, než je jeho onemocnění, pro které je dispenzarizováno, je tato návštěva zpoplatněna.

3. hemodialýzu (myslí se tím i peritoneální dialýza),
4. laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření (může se jednat i o stejného poskytovatele, který laboratorní nebo diagnostické vyšetření žádá a současně též provádí),
5. vyšetření lékařem transfuzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně (resp. krvetvorných buněk),
6. případy, kdy lékař, psycholog nebo logoped neprovádí klinické vyšetření, ale jiné výkony podle Seznamu výkonů, například:
 - a) výkony, u kterých je v Seznamu výkonů v položce kategorie výkonu označení „Q – nelze vykázat s klinickým vyšetřením“,
 - b) minimální kontakt lékaře s pacientem (výkon číslo 09511)** například při předepisování léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely na recept,
 - c) telefonickou konzultaci ošetřujícího lékaře s pacientem (výkon číslo 09513)** ,
 - d) rozhovor lékaře s rodinou (výkon číslo 09525)** ,
7. výdej zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz,
8. výdej léčivých přípravků předepsaných na recept, avšak nehrazených z v.z.p. (např. antikoncepce předepsaná na recept),
9. výdej léčivých přípravků předepsaných na recept s uvedením „hradí pacient“,
10. výdej léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis,
11. poskytování péče, která není hrazena z v.z.p. (např. při vystavení receptu na antikoncepci, pokud současně nebylo provedeno klinické vyšetření, nebo jedná-li se o akupunkturu, kosmetické výkony, výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky apod.).

Poznámka:

Poplatek 30,- Kč za výdej léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazených z v.z.p. se hradí i v případě, že recept byl předepsán při poskytování péče, která poplatku nepodléhá (viz. II. 1 až 6).

III. Žádné poplatky se nehradí:

1. jde-li o pojištěnce umístěné
 - a) v dětských domovech,
 - b) ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy,
2. při ochranném léčení nařízeném soudem,
3. při:
 - a) léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit,
 - b) nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo

** U praktických lékařů výkony zahrnuté do kapitační platby a nevykazují se zvlášť.

c) nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu,
(zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů),

Poznámka k a) a b) bodu 3:

Seznam infekčních onemocnění, při nichž se nařizuje izolace na lůžkových odděleních nemocnic nebo léčebných ústavů, a nemocí, jejichž léčení je povinné:

1. *Akutní virové záněty jater,*
 2. *Antrax,*
 3. *Dengue,*
 4. *Hemoragické horečky,*
 5. *Cholera,*
 6. *Infekce CNS mezilidsky přenosné,*
 7. *Mor,*
 8. *Paratyfus,*
 9. *Syfilis v I. a II. stadiu,*
 10. *Přenosná dětská obrna,*
 11. *Pertuse v akutním stadiu,*
 12. *Rickettsiózy,*
 13. *SARS a febrilní stavy nezjištěné etiologie s pozitivní cestovní anamnézou,*
 14. *Spalničky,*
 15. *Trachom,*
 16. *Tuberkulóza,*
 17. *Tyfus břišní,*
 18. *Úplavice amébová,*
 19. *Úplavice bacilární v akutním stadiu onemocnění,*
 20. *Záškrt,*
 21. *Další infekce podléhající hlášení Světové zdravotnické organizaci.*
4. jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu (viz zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů).

Poznámka:

Doklad vydávají pověřené obecní úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností. Potvrzení nesmí být starší než 30 dnů.

Dávky v systému pomoci v hmotné nouzi jsou:

- a) *příspěvek na živobytí,*
- b) *doplatek na bydlení a*
- c) *mimořádná okamžitá pomoc.*

Poznámka:

Pojištěnec musí zdravotnickému zařízení nebo zařízení lékárenské péče doložit, že je od placení poplatku osvobozen. Případy, kterých se osvobození týká, jsou uvedeny výše. Povinností zdravotnického zařízení nebo zařízení lékárenské péče je doklad pouze zkontrolovat, nemá povinnost ho archivovat. Bude-li se jednat o případy uvedené v III./1,2,3, sdělí předepisující lékař zařízení lékárenské péče v případě, kdy vystavuje recept, že je pojištěnec od placení poplatku osvobozen.

- **Ve všech případech uvedených pod bodem III. 1 až 4 se vykazuje, jedná-li se o zdravotnické zařízení, číslo výkonu 09547. (Regulační poplatek - pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen).** Viz novela Seznamu výkonů. Důvod osvobození se uvádí do zdravotnické dokumentace.

IV. Kdo HRADÍ poplatky:

1. pojištěnec, který je účasten v.z.p., nebo za něj jeho zákonný zástupce při poskytování zákonem stanovené zdravotní péče v případě, kdy se jedná o zdravotní péči hrazenou z v.z.p.,
2. též pacienti, kteří čerpají zdravotní péči na území České republiky, ačkoli jsou pojištěnci jiného členského státu EU nebo státu, se kterým je uzavřena dvoustranná smlouva. Při poskytování zdravotní péče je nutné jim zajistit rovnost nakládání, což znamená, že se k těmto osobám musí poskytovatelé zdravotní péče chovat stejně jako k jakémukoli českému pojištěnci. Nejedná se jen o turisty, ale i o občany s bydlištěm v ČR, často děti, jejichž rodič – živitel pracuje v zahraničí,
3. cizinci, kterým je poskytována zdravotní péče hrazená na základě resortní mezinárodní smlouvy ze státního rozpočtu (nikoli z v.z.p.).

Poznámka:

Poplatky pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce hradí celý kalendářní rok, tedy i po dovršení limitu 5 000,- Kč. Částka přesahující limit 5 000,- Kč je tvořena opět jen započitatelnými poplatky ve výši 30,- Kč a započitatelnými doplátky. V případě, že existuje u léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely plně hrazená alternativa, je započitatelný doplatek nula. Ovšem ne každá léčivá látka má plně hrazenou alternativu.

Zdravotní pojišťovna je povinna vždy po skončení čtvrtletí do 60 kalendářních dnů vrátit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku přesahující tento limit. Částku, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhne 50,- Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.

V. Kdo NEHRADÍ poplatky:

1. pojištěnec, který je od povinnosti platit poplatek osvobozen nebo v případech, které jsou uvedeny v zákoně a ve kterých se poplatek neplatí,
2. osoba, která není pojištěncem podle zákona, tzn. nemá na území České republiky trvalý pobyt, ani není zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky a ani není uveden ve IV./2 a 3. To znamená, že poplatky nehradí osoba, která poskytnutou zdravotní péči hradí z vlastních prostředků, nebo z komerčního pojištění či jiných zdrojů.

VI. Povinnosti zdravotnických zařízení a zařízení lékárenské péče v souvislosti s poplatky:

1. sdělovat informace o poplatcích zdravotní pojišťovně v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí.
Informace o vybraných poplatcích musí obsahovat:
 - a) číslo pojištěnce,
 - b) výši poplatku,
 - c) datum, ke kterému se poplatek váže,
 - d) pouze v případě, že se jedná o zařízení lékárenské péče, též název léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výši doplátku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč,

Poznámka:

Sdělení informací pod písm. a) až c) je zajištěno pomocí vykázaní jednoho z příslušných „signálních“ výkonů uvedených v platném Seznamu výkonů (09543, 09544, 09545).

Zdravotnické zařízení ani zařízení lékárenské péče nemá povinnost sledovat u jednotlivých pacientů, kolik Kč zaplatili na poplatcích a doplatecích započitatelných do limitu. Tuto povinnost mají zdravotní pojišťovny. Informace uvedená pod písm. d) je nově rozšířena pouze o výši doplatku započitatelného do limitu 5 000,- Kč. Ostatní údaje již zařízení lékárenské péče zdravotním pojišťovnám sdělují.

2. vybírat poplatky a doplatky uvedené v bodě I. A, B a C je povinné. Poplatky jsou příjmem zdravotnického zařízení nebo zařízení lékárenské péče. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000,- Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně,

Poznámka:

Uložení pokuty je možné pouze při opakovaném a soustavném nevybírání regulačních poplatků, to znamená v případech, kdy zdravotnické zařízení úmyslně a plánovitě nevybírá regulační poplatky z důvodu konkurenčního boje, nebo jiných důvodů. Proto musí zdravotní pojišťovna při ukládání pokuty přihlížet k úmyslům zdravotnického zařízení, závažnosti porušení právního předpisu, míře zavinění a okolnostem, za nichž k porušení došlo. Sankci nelze uplatnit v případech ojedinělého opomenutí či individuálního rozhodnutí v daném případě poplatek nevybrat, např. z důvodu nespolupráce pacienta nebo jiných objektivních okolností na jeho straně.

3. vystavit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku.

Poznámka:

Je důležité, aby lékař věnoval pozornost předepisování léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely tak, aby se jednalo o nejlevnější na trhu dostupné varianty. V případě, kdy lékař zvolí dražší variantu, pacient doplácí vyšší doplatek. Na žádost pacienta sice zařízení lékárenské péče může dražší variantu nahradit levnější, ale pouze v omezeném rozsahu, vázaném na stejnou léčivou látku a stejnou cestu podání.

Pokud lékař předepisuje léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s vyšším doplatkem pro pacienta a vyznačí na receptu, že je nelze zaměnit, může vést tato skutečnost k cílené revizi provedené zdravotními pojišťovnami s následným promítnutím do regulačních mechanismů uplatňovaných zdravotními pojišťovnami dle smluvních ujednání, neboť se v tomto případě celý doplatek pacienta započítává do zákonem stanoveného limitu 5 000,- Kč. Neodůvodněný předpis dražší varianty by mohla zdravotní pojišťovna posoudit jako jednání neúčelné a nehospodárné, které může být v rozporu se smlouvou lékaře se zdravotní pojišťovnou.

Informace o výších doplatků i o plně hrazených variantách lze nalézt např. na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví (www.mzcr.cz).

Doklad o zaplacení poplatku musí obsahovat:

1. číslo pojištěnce,
2. výši poplatku,
3. datum jeho zaplacení,
4. otisk razítka zdravotnického zařízení,
5. podpis osoby, která poplatek přijala,
6. název léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výši doplatku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč, pokud se jedná o zařízení lékárenské péče.

Poznámka:

Doklad se vydává jen na žádost pojištěnce. Je-li poplatek uhrazen jiný den, než ke kterému se vztahuje, je nutné na dokladu uvést datum vystavení dokladu i datum, ke kterému se poplatek váže. Do limitu se započítávají jen poplatky ve výši 30,- Kč a započitatelné doplatky na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Jen u těchto bude pojištěnec v případě sporu se zdravotní pojišťovnou předkládat doklady o zaplacení poplatků a doplatků. Poplatky ve výši 60,- Kč a 90,- Kč (tj. poplatek za ústavní péči a za pohotovostní službu) se do limitu 5 000,- Kč nezapočítávají. Zařízení lékárenské péče musí na dokladu, který do 31. 12. 2007 obsahuje pouze zaplacený doplatek, také uvést uhrazený poplatek a jeho výši a dále výši doplatku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč.

VII. Lhůty pro hrazení poplatků:

1. **ihned** v případě, že jde o uhrazení poplatku a o uhrazení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékárenské péče,
2. **ihned, nebo podle dohody** se zdravotnickým zařízením v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
3. **nejdéle do 8 kalendářních dnů** po propuštění z ústavní péče v případě, že hospitalizace byla kratší než 30 dní,
4. **vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce** v případě, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní.

Poznámka:

Výkony (o úhradě poplatku) číslo 09543, 09544, 09545 nebo 09547 (pacient od úhrady poplatku osvobozen) se vykazují podle Seznamu výkonů v rámci vyúčtování zdravotní péče za příslušný měsíc nebo čtvrtletí podle smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Jedná-li se o výkony číslo 09543, 09544, 09545, vykazují se zdravotní pojišťovně ve chvíli, kdy k úhradě došlo s datem, ke kterému se poplatek váže. Výkon číslo 09547 (pacient od úhrady poplatku osvobozen) vykazuje zdravotnické zařízení v den návštěvy. Zařízení lékárenské péče vykazuje uhrazení poplatku současně s vyúčtováním za příslušné období.

VIII. Povinnosti zdravotních pojišťoven:

1. evidovat poplatky a doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelné do limitu na osobním účtu každého pojištěnce,
2. sledovat limit 5 000,- Kč u každého pojištěnce,
3. na vyžádání pojištěnce poskytnout jedenkrát ročně bezplatně výpis z osobního účtu pojištěnce včetně uhrazených poplatků a doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelných do limitu,

Poznámka:

Řada zdravotních pojišťoven připravuje pro své pojištěnce možnost průběžného sledování uhrazených poplatků a doplatků pomocí elektronického přístupu k osobnímu účtu pojištěnce ve smyslu § 43 odst. 2 zákona.

4. ve lhůtě 60 dnů po skončení čtvrtletí uhradit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku přesahující limit 5 000,- Kč za kalendářní rok pro poplatky ve výši 30,- Kč a doplatky za předepsané léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z v.z.p. a započitatelné do limitu,

5. v kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit 5 000,- Kč již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu poplatků a doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelných do limitu za příslušné kalendářní čtvrtletí, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního čtvrtletí. Částku, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhne 50,- Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce,
6. při změně zdravotní pojišťovny v průběhu kalendářního roku je zdravotní pojišťovna, u které byl pojištěnec pojištěn, povinna oznámit nové zdravotní pojišťovně pojištěnce skutečnosti rozhodné pro výpočet částky podle § 16b odst. 2 zákona. Částku uhradí pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci zdravotní pojišťovna, u které je pojištěnec pojištěn k poslednímu dni kalendářního roku, ve kterém byl limit překročen. Nová zdravotní pojišťovna oznámí zdravotním pojišťovnám, u kterých byl pojištěnec v kalendářním roce pojištěn, celkovou částku, o kterou byl limit tohoto pojištěnce překročen, jakož i poměrnou částku vypočtenou podle doby pojištění připadající na pojišťovnu, které je částka oznamována. Zdravotní pojišťovny jsou povinny částku na ně připadající uhradit zdravotní pojišťovně, která částku rozúčtovala, do 30 dnů ode dne doručení oznámení o výši této částky.

Poznámka:

Zdravotní pojišťovna sdělí zdravotnickému zařízení po dohodě v požadovaných intervalech (například do jednoho měsíce po skončení pololetí), kolik výkonů číslo 09543 za dané období zdravotní pojišťovně vykázalo. Charakterem by se mělo jednat o souhrnný daňový doklad.

IX. Práva pojištěnce od 1. 1. 2008:

1. na vystavení dokladu o zaplacení poplatku - zdravotnické zařízení je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,
2. na vystavení dokladu o zaplacení poplatku a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékařské péče - toto zařízení je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,
3. na započtení poplatků uvedených v bodě I. A 1. až 4. do limitu 5 000,- Kč,
4. na započtení doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely do limitu pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání. To neplatí v případě, že předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit, v tom případě se započítává do limitu 5 000,- Kč doplatek v plné výši. (*Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených z v.z.p., s uvedením výše úhrady a výše doplatku započitatelného do limitu, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví na webových stránkách www.mzcr.cz*),
5. na uhrazení částky přesahující limit 5 000,- Kč za kalendářní rok pro poplatky a doplatky za předepsané léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z v.z.p. ve lhůtě 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen,
6. v kalendářních čtvrtletích následujících po kalendářním čtvrtletí, ve kterém byl limit 5 000,- Kč již překročen, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku ve výši součtu poplatků a doplatků na částečně hrazené

léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelných do limitu za příslušné kalendářní čtvrtletí, oznámených zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovně, a to do 60 kalendářních dnů po uplynutí každého takového kalendářního čtvrtletí. Částku, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhne 50,- Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.

Poznámka:

V případě, že má léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely nižší doplatek než je doplatek na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání, započítává se do limitu uhrazený doplatek. V případě, že existuje u léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely plně hrazená alternativa, je započitatelný doplatek nula. Ovšem ne každá léčivá látka má plně hrazenou alternativu.

X. Položky nezapočitatelné a započitatelné do limitu 5 000,- Kč s tím, že částky nad limit 5 000,- Kč jsou zdravotní pojišťovnou vždy po skončení čtvrtletí do 60 dnů vráceny

A: položky nezapočitatelné:

1. **poplatek 90,- Kč** za pohotovostní službu poskytovanou zdravotnickým zařízením poskytujícím
 - a) LSPP včetně LSPP poskytované zubními lékaři,
 - b) ústavní pohotovostní službu v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin (*poplatek se hradí jen v případě, že nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče*),
2. **poplatek 60,- Kč** za každý den, ve kterém byla poskytována
 - a) ústavní péče nebo
 - b) komplexní lázeňská péče nebo
 - c) ústavní péče v dětských odborných léčebnách nebo v ozdravovnách,příčemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den. Stejně pravidlo platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li mu tento pobyt hrazen z v.z.p.,
3. **doplatky** na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, jejichž úhrada stanovená podle § 17 zákona je nižší než 30 % maximální ceny, a částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě,

Poznámka:

Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

4. **doplatky na zdravotnické prostředky vydané na poukazy,**
5. **doplatky** za částečně hrazené léčivé přípravky **účtované jako ZULP** a hrazené z v.z.p. **při poskytování ambulantní péče.**

B: položky započitatelné:

1. **poplatek 30,- Kč** za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření
 - a) u praktického lékaře,
 - b) u praktického lékaře pro děti a dorost,
 - c) u ženského lékaře,

- d) u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči včetně ambulancí lůžkových zdravotnických zařízení *(v pracovních dnech od 7:00 do 17:00 hodin s tím, že ordinační doba může být i delší než do 17:00 hodin, o čemž rozhoduje provozovatel zdravotnického zařízení. Zda se jedná o ordinační dobu ambulance, nebo od 17:00 hodin již o ústavní pohotovostní službu, musí být zřejmé z označení ambulance),*
- e) u klinického psychologa,
- f) u klinického logopeda,
- 2. **poplatek 30,- Kč** za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,
- 3. **poplatek 30,- Kč** za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,
- 4. **poplatek 30,- Kč** za vydání každého, z v.z.p. plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení *(maximální počet balení bude stanoven ve vyhlášce),*
- 5. **doplatky na léčivé přípravky** částečně hrazené z v.z.p. Do limitu se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání. To neplatí v případě, že předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit, pak se do limitu 5 000,- Kč započítává doplatek v plné výši.

Poznámka:

V případě, že má léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely nižší doplatek než je doplatek na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání, započítává se do limitu uhrazený doplatek. V případě, že existuje u léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely plně hrazená alternativa, je započitatelný doplatek nula. Ovšem ne každá léčivá látka má plně hrazenou alternativu.