

Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékařské 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. .../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 lékařské péče a zdravotních pojišťoven je zavedení regulačních poplatků a limitu regulačních poplatků a doplatků na léčiva 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 (jedná se i o ambulance nemocnic v pracovních dnech od 7.00 do 17.00 hodin s tím, že ordinační doba může být i delší než do 17 hodin, o čemž rozhoduje provozovatel zdravotnického zařízení. Zda se jedná o ordinační dobu ambulance nebo od 17 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 00946 nebo 00901),
 - b) vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou (výkon 00903),
 - c) stomatologické ošetření registrovaného pacienta do 6 let nebo hendikepovaného pacienta (výkon 00906),
 - d) stomatologické ošetření registrovaného pacienta od 6 let do 15 let (výkon 00907),
 - e) komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní dutiny (výkon 00940),
 - f) kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice (výkon 00941),
 - g) kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu (výkon 00983),
 - h) kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu (výkon 00984),
3. za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,

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, předepsaných 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 na tři. Výjimku bude oprávněn povolit revizní lékař zdravotní pojišťovny.)*

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 předepsovanému 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 **kód 09543. (Regulační poplatek za návštěvu – poplatek uhrazen).**
Viz novela Seznamu výkonů.
- V případě A 4 se vykazuje při zaplacení poplatku **kód 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 a v LDN) 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.

Poznámka:

Inkubátor je lůžkem ve smyslu placení poplatku. 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.

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

C. ve výši 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).

Poznámka:

Poplatek se hradí i v případě, že pohotovostní služba je poskytována u pacienta na jeho výzvu.

- V případech C a) a b) se vykazuje při zaplacení poplatku **kód 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*),
- c) závodní preventivní péče (*podle § 35 zákona*). *Jedná se pouze o periodické preventivní prohlídky (výkon 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.*

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.

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 se průkazem pro těhotné,*

Poznámka:

Nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče uvedená v bodě 2a), stejně jako časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře, stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví. Osvobození se týká nejen návštěvy u lékaře, u kterého je pacient dispenzarizován, ale také prohlídky pokud jde o onemocnění a časové rozmezí stanovené právě vyhláškou č. 60/1997 Sb.

Pokud pojištěnec, 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 pojištěnka hradit. Totéž platí při návštěvě dítěte u jiného lékaře, než je lékař, který ho dispenzarizuje.

3. hemodialýzu,

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 jen vykazuje jiné výkony podle Seznamu výkonů, například:
 - a) *podrobný výpis z dokumentace (výkon 01040 vykazuje odbornost 001),*

- b) vystavení legitimace práce neschopného nebo žádosti o podporu při ošetřování nemocného člena rodiny (výkon 09550)**,
 - c) ukončení pracovní neschopnosti nebo žádosti o podporu při ošetřování nemocného člena rodiny (výkon 09551)**,
 - d) minimální kontakt lékaře s pacientem (výkon 09511)* například při předepisování léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely na recept,
 - e) telefonickou konzultaci ošetřujícího lékaře s pacientem (výkon 09513)*,
 - f) edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou (výkon 09523)*,
 - g) rozhovor lékaře s rodinou (výkon 09525)*,
7. vydávání zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz,
 8. vydávání léčivých přípravků předepsaných na recept, avšak nehrazených z v.z.p. (např. antikoncepce předepsaná na recept),
 9. vydávání léčivých přípravků předepsaných na recept s uvedením „hradí nemocný“,
 10. vydávání 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).

- Ve všech případech uvedených pod bodem II 1 až 5 se vyazuje kód **09547. (Regulační poplatek - pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen)**. Důvod osvobození by měl být uveden ve zdravotnické dokumentaci.
Viz novela Seznamu výkonů.

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
 - 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:

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,

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

** viz novela Seznamu výkonů

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.

Lékař při předepisování léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely uvede v souladu s platnou Metodikou pro pořizování a předávání dokladů do volného prostoru před předtištěné pole „Sk“ velkými tiskacími písmeny NE, pokud je pojištěnec zproštěn povinnosti platit poplatek za vydání léčivého přípravku. V opačném případě uvede ANO.

- Ve všech případech uvedených pod bodem III 1 až 4 se vykazuje kód **09547. (Regulační poplatek - pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen)**. Důvod osvobození by měl být uveden ve zdravotnické dokumentaci.
Viz novela Seznamu výkonů.

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.,

- těž 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,
- 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. 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:

- pojištěnec, který je od povinnosti platit poplatek osvobozen nebo v případech, které jsou uvedeny v zákoně a ve kterých se poplatek neplatí,
- osoba, která není pojištěncem podle zákona, tzn. nemá na území České republiky trvalý pobyt, ani není zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky a ani není uveden v IV./2. 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:

- sdělovat informace o poplatcích zdravotní pojišťovně v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc nebo příslušné kalendářní čtvrtletí jedním z příslušných výkonů uvedených v platném Seznamu výkonů.
Informace musí obsahovat:
 - číslo pojištěnce,
 - výši poplatku,
 - datum, ke kterému se poplatek váže,
 - pouze v případě, že se jedná o zařízení lékárenské péče, též název léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výši doplatku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč,

Poznámka:

Sdělení informací pod bodem a) až c) je zajištěno pomocí vykázaní jednoho z příslušných výkonů („signálních kódů“) uvedených v platném Seznamu výkonů.

Zdravotnické zařízení ani zařízení lékárenské péče nemá povinnost sledovat u jednotlivých pacientů, kolik Kč zaplatili na poplatcích a doplatcích započítatelných do limitu. Tuto povinnost mají zdravotní pojišťovny.

- vybírat poplatky a doplatky uvedené v bodě I. A, B a C. 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 neúčelně doplácí vyšší doplatek. Předpis dražší varianty bez dohody s pacientem by mohla zdravotní pojišťovna posoudit jako jednání neúčelné a nevhodné, které může být v rozporu se smlouvou lékaře se zdravotní pojišťovnou.

*Na žádost pacienta sice zařízení lékárenské péče může dražší variantu nahradit levnější, ale pouze v omezeném rozsahu, vázaném na léčivou látku, cestu podání a lékovou formu. Pokud lékař předepisuje dražší variantu a vyznačí na receptu, že ji nelze nahradit, celý doplatek, který pacient zaplatí, se započítává do limitu 5 000,- Kč a **tedy i do případných regulací** uplatňovaných zdravotní pojišťovnou vůči zdravotnickému zařízení.*

Informace o výších doplateků 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 potravin 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 doplateků. 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 zaplacení poplatku a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékařenské 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 ve zdravotnických zařízeních podle Seznamu výkonů 09543, 09544, 09545 a 09540 pro zařízení lékařské péče se vykazují zdravotní pojišťovně ve chvíli, kdy k úhradě došlo s datem, ke kterému se poplatek váže. Výkon 09547 (pacient od úhrady poplatku osvobozen) se vykazuje v den návštěvy.

VIII. Povinnosti zdravotních pojišťoven:

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

Poznámka:

Rada zdravotních pojišťoven připravuje pro své pojištěnce možnost průběžného sledování zaplacených 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 regulačních poplatků a doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelné 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.

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 lékárenské 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, ve stejné lékové formě 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 ze zdravotního pojištění, 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 dnů,
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 regulačních poplatků a doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely započitatelné 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, ve stejné lékové formě a se stejnou cestou podání, započítává se do limitu uhrazený doplatek.

X. Položky nezapočitatelné a započitatelné do limitu 5 000,- Kč

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, přičemž 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 (*jedná se i o ambulance nemocnic v pracovních dnech v době od 7.00 do 17.00 hodin*),
 - 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, předepsaných na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení (*maximální počet balení tři 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, ve stejné lékové formě 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, ve stejné lékové formě a se stejnou cestou podání, započítává se do limitu uhrazený doplatek.