

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

Účinnost od 1. ledna 2012

Obsah:	Stránka
I. Regulační poplatek (dále jen „poplatek“) se vybírá	2
A. ve výši 30 Kč	2
1. za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření,	2
2. za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,	3
3. za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,	4
4. za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení hrazených předepsaných léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely a počet předepsaných balení.	4
B. ve výši 100 Kč za každý den, ve kterém byla poskytována	5
a) ústavní péče,	5
b) komplexní lázeňská péče,	5
c) ústavní péče v dětských odborných léčebnách a v ozdravovnách.	5
C. ve výši 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízeními poskytujícím	6
a) lékařskou službu první pomoci (dále jen „LSPP“) včetně LSPP poskytované zubními lékaři,	6
b) ústavní pohotovostní službu (dále jen „ÚPS“) v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin.	6
II. Kdy se příslušné poplatky ve výši 30 Kč nehradí	7
III. Kdy se nehradí poplatek ve výši 100 Kč	10
IV. Kdy se nehradí žádné poplatky	11
V. Kdo hradí poplatky	15
VI. Kdo nehradí poplatky	15
VII. Povinnosti zdravotnických zařízení a zařízení lékárenské péče v souvislosti s poplatky	16
VIII. Lhůty pro hrazení poplatků	18
IX. Povinnosti zdravotních pojišťoven v souvislosti s poplatky	18
X. Práva pojištěnce v souvislosti s poplatky	19
XI. Položky do limitu:	
A. nezapočitatelné,	21
B. započitatelné.	21

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, zákonem č. 270/2008 Sb., zákonem č. 59/2009 Sb. a zákonem č. 298/2011 Sb. 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.

I. Poplatek se 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 až na výjimky příslušnými výkony v dané odbornosti podle Seznamu výkonů)
 - a) u praktického lékaře* (po dovršení 18 let věku),
 - b) u praktického lékaře pro děti a dorost* (po dovršení 18 let do 19 let věku),
 - c) u ženského lékaře (po dovršení 18 let věku),
 - d) u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči včetně ambulancí lůžkových zdravotnických zařízení (po dovršení 18 let věku) (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:

- *Klinické vyšetření začíná pohovorem s pacientem ke zjištění vývoje jeho zdravotních potíží. Lékař posoudí průběh onemocnění, stanoví a vysvětlí diagnostický a léčebný postup, zajistí další potřebná vyšetření, případně předepíše léčivé přípravky a provede administrativní činnosti související s výkonem. Základní úkony fyzikálního vyšetření jsou pohled, pohmat, poslech a poklep.*
- *V jeden den může pojištěnec absolvovat i více návštěv u různých lékařů, kdy při každé této návštěvě je provedeno klinické vyšetření. Pak pojištěnec hradí za každou návštěvu poplatek ve výši 30,- Kč.*
- *Také v případě, kdy je poskytována tzv. jednodenní péče na lůžku a je před plánovaným výkonem provedeno klinické vyšetření, je hrazen poplatek ve výši 30,- Kč. Příkladem plánované péče může být kyretáž, které předchází návštěva u lékaře, při které klinické vyšetření provede jak gynekolog, tak i anesteziolog. Při jednodenní péči na lůžku se nehradí poplatek ve výši 100,- Kč jako v případě ústavní péče, protože jednodenní péče na lůžku není zahrnuta do žádného typu péče uvedené v § 16a odst. 1 písm. f) zákona.*
- *Pokud jde o návštěvu u lékaře ve smyslu ust. § 16a odst. 1 písm. a), b) a c) zákona, může být vybrán poplatek ve výši 30,- Kč pouze, když je provedeno klinické vyšetření. Jedná se o návštěvu u praktického lékaře, u praktického lékaře pro děti a dorost, u ženského lékaře, u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, u klinického psychologa, u klinického logopeda a dále v ambulancích lůžkových*

* 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 číslo 09543, nebo že je pojištěnec od placení poplatku osvobozen (výkon č. 09547).

zdravotnických zařízení v době jejich řádné ordinační doby (u všech kromě klinického psychologa a klinického logopeda se jedná o pojištěnce nad 18 let věku).

- Z uvedeného vyplývá, že např. praktický lékař nebo ambulantní specialista ve své ordinaci nikdy nemůže vybírat poplatek ve výši 90,- Kč, protože se nejedná o zdravotnické zařízení, které provozuje LSPP nebo ÚPS, a to ani tehdy, pokud poskytne zdravotní péči mimo své ordinační hodiny.
- Klinickým vyšetřením je též vyšetření pojištěnce spojené s vystavením návrhu na komplexní nebo příspěvkovou lázeňskou péči nebo předoperační vyšetření pojištěnce.
- Pokud nebyl poplatek vybrán, např. z důvodu nespolupráce pacienta nebo jiných objektivních okolností na jeho straně, měl by být důvod nevybrání poplatku zapsán do zdravotnické dokumentace pojištěnce.
- Poplatek se nehradí při vyšetření hospitalizovaného pacienta, o které žádá lůžkové zdravotnické zařízení. Není rozhodující, zda je vyžadovaná péče poskytována ve stejném zdravotnickém zařízení, kde je pacient hospitalizován, nebo v jiném zdravotnickém zařízení. Vždy je nutné, aby vyžadovaná péče byla předepsána na dokladu 06 Poukaz na vyšetření/ošetření, kde žádajícím pracovištěm je pracoviště s „písmenkovou odborností“ (týká se všech zdravotnických zařízení uvedených v ust. § 16a odst. 1 písm. f) zákona).

2. za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře

(po dovršení 18 let věku)

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) konzervativní léčba chronických onemocnění parodontu (výkon číslo 00931),
- d) udržovací léčba chronických onemocnění parodontu (výkon číslo 00932),
- e) komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní dutiny (výkon číslo 00940),
- 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),
- j) klinické stomatologické vyšetření provedené oprávněným pracovištěm (viz poznámka) (výkon číslo 00909),
- k) diagnostika ortodontických anomálií (výkon číslo 00981),

Poznámka

- Oprávněnými pracovišti podle bodu 2 písm. j) jsou ambulantní části Dětské stomatologické kliniky FN Motol, Stomatologické kliniky FN Královské Vinohrady, Stomatologické kliniky VFN Praha, Stomatologické kliniky FN Plzeň, Stomatologické kliniky FN Hradec Králové, Stomatologické kliniky FN Brno, Kliniky Ústní, čelistní a obličejové chirurgie Brno, Kliniky zubního lékařství Olomouc, Kliniky Ústní, čelistní a obličejové chirurgie Olomouc, VÚS VFN Praha a ostatních lůžkových stomatologických zařízení.
- Pokud nebyl poplatek vybrán, např. z důvodu nespolupráce pacienta nebo jiných objektivních okolností na jeho straně, měl by být důvod nevybrání poplatku zapsán do zdravotnické dokumentace pojištěnce.
- Poplatek se nehradí při vyšetření hospitalizovaného pacienta, o které žádá lůžkové zdravotnické zařízení. Není rozhodující, zda je vyžadovaná péče poskytována ve stejném zdravotnickém zařízení, kde je pacient hospitalizován, nebo v jiném

zdravotnickém zařízení. Vždy je nutné, aby vyžadovaná péče byla předepsána na dokladu 06 Poukaz na vyšetření/ošetření, kde žádajícím pracovištěm je pracoviště s „písmenkovou odborností“ (týká se všech zdravotnických zařízení uvedených v ust. § 16a odst. 1 písm. f) zákona).

3. **za návštěvní službu** poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (po dovršení 18 let věku),

Poznámka:

- Za návštěvní službu, i když je v jejím rámci provedeno klinické vyšetření, uhradí pojištěnec, nebo jeho zákonný zástupce pouze jeden poplatek 30,- Kč, nebude-li se jednat o případy uvedené v IV. 1. až 7.
- Pokud k pacientovi na žádost praktického lékaře přijede specialista, vykáže výkon číslo 09519 (konzilium specialistou – návštěva u pacienta), ale poplatek ve výši 30,- Kč nemůže vybrat (nejedná se o návštěvu u lékaře, protože lékař je u pacienta, a za návštěvní službu mohou vybírat poplatek jen lékaři odbornosti 001 a 002).

4. **za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely a počet předepsaných balení.** (Počet balení je omezen vyhláškou č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů).

Poznámka:

- Na jednom receptu mohou být předepsány maximálně dva druhy léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.
- Je-li léčivý přípravek předepisován na účet veřejného zdravotního pojištění (dále jen v.z.p.), lze na jeden recept předepsat více než jedno balení jednoho druhu léčivého přípravku pro zajištění léčby pacienta do jeho další kontrolní návštěvy u ošetřujícího lékaře, nejdéle však na dobu tři měsíců, zpravidla do počtu tří balení.
- 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. V případě, že lékárník na výpis z receptu vypisuje všechna balení hrazeného léčivého přípravku (v případě, že na receptu byl předepsán jeden léčivý přípravek hrazený a jako druhý nehrazený léčivý přípravek) a nevybral poplatek, uvede poznámku „Poplatek nevybrán“. Je-li na výpisu z receptu tato poznámka uvedena, vybere tento poplatek vydávající lékárník.
- Jestliže se má výdej léčivého přípravku opakovat, na receptu se kromě běžných údajů uvede pokyn k opakovanému výdeji (zpravidla „Repetatur“) a číslicí a slovy údaj o celkovém počtu výdejů, přičemž recept s předepsanými léčivými přípravky, jejichž výdej se má opakovat tzv. opakovací recept, platí 6 měsíců, nestanoví-li předepisující lékař jinak, nejdéle však 1 rok. Jestliže lékárník vydává léčivé přípravky na tzv. opakovací recept, je nutné každý nově zahájený výdej na opakovací recept (resp. na výpis z opakovacího receptu) považovat za výdej prvního z balení předepsaných léčivých přípravků, který jako takový podléhá povinnosti platit regulační poplatek.

- V případech A. 1. až 3. se vykazuje při zaplacení poplatku **číslo výkonu 09543. (Regulační poplatek za návštěvu – poplatek uhrazen).** Viz Seznam 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 recept – poplatek uhrazen).**
- V případech A. 1., kdy je při návštěvě u lékaře (odbornost 001 nebo 002) provedeno klinické vyšetření u pojištěnců do 18 let věku, se vykazuje **číslo výkonu 09547 (Regulační poplatek – pojištěnec od úhrady osvobozen).**

B. ve výši 100,- Kč

za každý den, ve kterém byla poskytována

- a) ústavní péče (tj. péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech, zařízeních vykazujících ošetrovací den (dále také „OD“) 00005 a v LDN) nebo
 - b) komplexní lázeňská péče nebo
 - c) ústavní péče v dětských odborných léčebnách a 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.

Poznámka:

- *Je-li pacient na propustce, poplatek se nehradí. OD propustky nelze vykázat v prvních a posledních třech dnech hospitalizace s výjimkou případů uvedených v platné Metodice pro pořizování a předávání dokladů.*
- *Poplatek se nehradí též při poskytování jednodenní péče na lůžku nebo jedná-li se o pobyt pacienta ve stacionáři (OD 00040 a 00041).*
- *Je rozdíl mezi jednodenní péčí na lůžku a jedním dnem hospitalizace. Jednodenní péče na lůžku je podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., v platném znění, taková plánovaná péče, kdy po provedení invazivního nebo operačního výkonu se vykáže tento pobyt na lůžku bez ohledu na odbornost pracoviště OD 00040 bez připočtení úhrady za výkony agregované do OD. Jako výkony tzv. jednodenní péče na lůžku mohou být vykázány také invazivní nebo operační výkony s omezením místem „H“, „SH“, pokud byl naplněn jejich obsah uvedený v seznamu výkonů a pokud v den jejich provedení následuje jednodenní péče na lůžku.*
- *Pokud se před plánovaným zákrokem provádí klinické vyšetření v rámci návštěvy u lékaře, pojištěnec hradí poplatek ve výši 30,- Kč. Budou-li provedena dvě klinická vyšetření, např. gynekologem a anesteziologem, pak je hrazen poplatek ve výši 2 x 30,- Kč.*
- *Jeden den hospitalizace, kdy se hradí poplatek ve výši 100,- Kč, je pobyt pojištěnce ve zdravotnickém zařízení trvající z různých důvodů (např. po provedených vyšetřeních se zjistí, že není nutná další hospitalizace, nebo je pojištěnec překládán na vyšší pracoviště, nebo odchází na revers nebo dojde k úmrtí apod.) od několika hodin do 24 hodin, a to v každém zdravotnickém zařízení, ve kterém byl pacient hospitalizován, což znamená, že byl vykázán příslušný ošetrovací den.*
- *Při hospitalizaci trvající více dní se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den.*
- *Počet ošetrovacích dnů, které zdravotnické zařízení vykazuje zdravotní pojišťovně, je po zaplacení poplatku shodný s počtem vykázaných výkonů číslo 09544.*
- *Poplatek se nehradí v případě příspěvkové lázeňské péče a hospicové péče.*

- V případě příspěvkové lázeňské péče, kdy se poplatek ve výši 100,- Kč nehradí, se hradí poplatek ve výši 30,- Kč, pokud je při návštěvě u lékaře v lázeňském zařízení provedeno klinické vyšetření. Zpravidla se jedná o vstupní, jedno kontrolní v průběhu pobytu a výstupní vyšetření.
- Poplatek ve výši 100,- Kč nehradí pojištěnec, který je ve zdravotnickém zařízení z jiných, než zdravotních důvodů. Tento pojištěnec ale hradí poplatek ve výši 30,- Kč, pokud je mu při návštěvě u lékaře poskytnuta ambulantní zdravotní péče, při které bylo lékařem provedeno klinické vyšetření, nebo při výdeji léčivých přípravků předepsaných na recept na účet v.z.p.
- Pokud je hospitalizovaný pojištěnec osvobozen od hrazení poplatků z důvodu hmotné nouze, musí být počet dní hospitalizace, kdy je od poplatku osvobozen, vykázán příslušným počtem výkonů číslo 09547, protože pojištěnec může být v hmotné nouzi jen část doby, kdy je hospitalizován,
- Pokud hospitalizace pacienta započne před účinností citovaného zákona a bude pokračovat i po 1. 12. 2011, měl by být účtován regulační poplatek podle příkladů uvedených níže,

první den hospitalizace	poslední den hospitalizace	regulační poplatek 60 Kč	regulační poplatek 100 Kč	regulační poplatek celkem
25. 11. 2011	1. 12. 2011	6 x 60 Kč	0 Kč	360,00 Kč
25. 11. 2011	5. 12. 2011	6 x 60 Kč	4 x 100 Kč	760,00 Kč
30. 11. 2011	1. 12. 2011	1 x 60 Kč	0 Kč	60,00 Kč
30. 11. 2011	5. 12. 2011	1 x 60 Kč	4 x 100 Kč	460,00 Kč

- V případech B a) až c) se vykazuje při zaplacení poplatku číslo výkonu **09544. (Regulační poplatek za každý den ústavní péče – poplatek uhrazen).**
Viz Seznam 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 (po celých 24 hodin) 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.
- Poplatek ve výši 90,- Kč se hradí za pohotovostní službu, což znamená, že pacient uhradí jedenkrát 90,- Kč v rámci jednoho zdravotnického zařízení a není rozhodující, zda mu bude poskytnuto jedno nebo více klinických vyšetření, či zda je např. pouze aplikována injekce.
- LSPP nemá zákonem omezenou ordinační dobu (jako ÚPS), což znamená, že na LSPP (odbornost 003) se vždy hradí poplatek ve výši 90,- Kč.
- U ÚPS je stanoveno, že pouze v sobotu, v neděli nebo ve svátek (po celých 24 hodin) a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin mohou tato zdravotnická

zařízení vybírat poplatek ve výši 90,- Kč. Zákon ale nezakazuje v sobotu, v neděli nebo ve svátek zachovat řádnou ordinační dobu pro některé ambulance, a tak i v těchto dnech v nich neposkytovat ÚPS. Pokud by se jednalo o běžnou ordinační dobu, pak je rozhodující, zda je při návštěvě u lékaře provedeno klinické vyšetření. Pokud ano, vybírá se i v tomto případě poplatek ve výši 30,- Kč. Takto je možné vyřešit například převazy prováděné po pátečních operacích o víkendu apod.

- V případě, že na místo úmrtí pojištěnce (jedná se o ohledání mrtvého mimo lůžkové zařízení - výkon číslo 09527)) vyjede lékař LSPP a provede ohledání, nejde o poskytnutí pohotovostní služby pojištěnci, která podléhá poplatku ve výši 90,- Kč, ale pouze o provedení prohlídky zemřelého, jejímž účelem je zjistit úmrtí a jeho příčiny. Proto se poplatek ve výši 90,- Kč nehradí.
- V případech C. a) a b) se vykazuje při zaplacení poplatku **číslo výkonu 09545. (Regulační poplatek za pohotovostní službu – poplatek uhrazen).**
Viz Seznam výkonů.

II. Příslušné poplatky ve výši 30 Kč se nehradí, jedná-li se o:

1. preventivní prohlídka

- 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 např. 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 patnáctým rokem věku jedenkrát ročně (výkon číslo 63051).
- 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.
- Mezi vyšetření podle § 30 zákona patří různé preventivní a profylaktické ambulantně prováděné akce při podezření na kontakt např. s TBC, žloutenkou apod.
- Závodní preventivní péče je vždy bez poplatku ve výši 30,- Kč, je-li nařízena platnými právními předpisy (viz směrnice č. 49/1967 nebo Nařízení vlády č. 352/2003 Sb. např. v případě dobrovolných hasičů apod.) a hrazena z v.z.p. V tomto případě

se poplatek nehradí i při provedení souvisejících pomocných a odborných klinických vyšetření nařízených právními předpisy a orgány ochrany veřejného zdraví.

- *Pokud lékař závodní preventivní péče nebo specialista při závodní preventivní péči zjistí, že je nutné pojištěnce odeslat na další odborné, příp. odborná vyšetření, která však již nejsou nařízená (tedy nejsou součástí závodní preventivní péče), ale vyplývají ze zdravotního stavu pojištěnce, budou tato podléhat poplatku ve výši 30,- Kč, pokud při nich bude provedeno klinické vyšetření.*
- *Jde-li o závodní preventivní péči nehrazenou z v.z.p. ale hrazenou pojištěncem nebo zaměstnavatelem (např. vstupní a výstupní prohlídky), nemůže být poplatek ve výši 30,- Kč vůbec vybírán.*

2. dispenzární péči poskytovanou

těhotným ženám (starším 18 let věku) ode dne zjištění těhotenství (viz § 31 odst. 1 písm. d) zákona),

Poznámka:

- *Podle zákona pojištěnce zařazuje do dispenzarizace dle odborných kritérií jeho registrující lékař, který odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče. Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře. Například těhotná žena je pro těhotenství dispenzarizována pouze u gynekologa.*
- *Nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, a označení specializace dispenzarizujícího lékaře stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 386/2007 Sb. Dispenzární prohlídky provádějí lékaři v takovém časovém rozmezí, které vyžaduje zdravotní stav pojištěnce, nejméně však jedenkrát ročně. Podle této vyhlášky jsou těhotné ženy zařazeny do dispenzarizace, a proto nehradí poplatek ve výši 30,- Kč u registrujícího nebo ošetřujícího lékaře jen pro diagnózu, pro kterou jsou dispenzarizovány. Resp. u těhotných žen jde o návštěvu u dispenzarizujícího gynekologa 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 pojištěnka hradit. Těhotná žena poslaná na pracoviště lékařské genetiky poplatek na lékařské genetice hradí, pokud jí bylo provedeno klinické vyšetření. Těhotná žena u gynekologa, dostaví-li se se zdravotním problémem, který nelze považovat za související s těhotenstvím, poplatek hradí. Těhotná žena rovněž hradí poplatek za pohotovostní službu (LSPP i ÚPS), stejně jako při hospitalizaci, a to i v případě, že má zdravotní problémy související s těhotenstvím.*

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. děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne, v případě, že je při návštěvě u lékaře provedeno klinické vyšetření nebo se jedná o návštěvní službu,

Poznámka:

- *Dítě neplatí poplatek ve výši 30,- Kč za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření ještě v den, kdy dosáhlo 18 let věku. Následující den po 18. narozeninách již tyto poplatky platí.*

Příklad:

- ❖ *pojištěnec narozen dne 6.4.1991 bude do dne 31.3.2009 hradit všechny poplatky. Ode dne 1.4.2009 do dne 6.4.2009 včetně bude od placení poplatků ve výši 30,- Kč při návštěvě u lékaře, pokud je provedeno klinické vyšetření (dále jen „návštěva u lékaře“), osvobozen. Poplatky ve výši 30,- Kč za návštěvu u lékaře bude opět platit ode dne 7.4.2009.*
- ❖ *pojištěnec narozen dne 1.1.1991 bude po celý rok 2009 již platit všechny poplatky.*

7. 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)** např. při předepisování léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely na recept nebo při opakovaných aplikacích injekcí, infuzí, při převazech ran a v případech, kdy není naplněn obsah kontrolního vyšetření. O tom, zda je nutné provést klinické vyšetření, rozhoduje lékař,*
- c) *telefonickou konzultaci ošetřujícího lékaře pacientem (výkon číslo 09513)** ,*
- d) *rozhovor lékaře s rodinou (výkon číslo 09525)** ,*
- e) *výkony psychoterapie (např. výkon číslo 35520, 35610, 35620, 35630, 35650, 37117 nebo 37119) nebo intervence (např. výkon číslo 37111, 37115 nebo 37121),*
- f) *výkony v logopedii (např. výkon číslo 72211, 72213 nebo 72215),*
- g) *ohledání mrtvého mimo lůžkové zařízení (výkon číslo 09527),*

Poznámka:

- *V psychiatrii se hradí poplatek jen při klinických vyšetřeních, ne však tehdy, je-li prováděna psychoterapie bez klinického vyšetření.*
- *V logopedii se hradí poplatek jen při klinických vyšetřeních, ne je-li prováděno např. pouhé procvičování výslovnosti bez klinického vyšetření.*
- *Ohledání mrtvého mimo lůžkové zařízení (výkon číslo 09527) není klinickým vyšetřením ve smyslu § 16a odst.1 zákona. Z uvedeného vyplývá, že pokud lékař (např. registrující) jede na místo úmrtí pojištěnce, poplatek ve výši 30,- Kč hrazen není.*

8. výdej zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz.

Poznámka:

- *Nehradí se poplatek ve výši 30,- Kč, ale ani se doplatek nezapočítává do limitu 5 000,- Kč, resp. 2 500,- Kč.*

9. výdej léčivých přípravků předepsaných na recept, avšak nehrazených z v.z.p.
(např. antikoncepce předepsaná na recept),

10. výdej léčivých přípravků předepsaných na recept s uvedením „hradí pacient“.

11. výdej léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis a pojištěnec je hradí plně.

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

12. 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, České správy sociálního zabezpečení, Úřadů práce, orgánů Policie České republiky apod.).

Poznámka:

- Poplatek 30,- Kč při výdeji na recept na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, je-li čerpána úhrada z v.z.p., se hradí i v případě, že recept byl předepsán při poskytování péče, která poplatku nepodléhá (viz II. .1 až 7.).
- Poplatky se nehradí, pokud je pojištěnec zařazen do „studie“, která není hrazena z v.z.p., ale tím, kdo si ji objednal. Pokud jde v této souvislosti o návštěvu u lékaře, kdy lékař provádí klinické vyšetření, které neúčtuje zdravotní pojišťovně, ale zadavateli studie, poplatek ve výši 30,- Kč se nehradí.

III. Poplatek ve výši 100 Kč se nehradí, jedná-li se o:

ústavní péči o narozené dítě, a to ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče, ve kterém k porodu došlo, nebo do dne propuštění z jiného zdravotnického zařízení ústavní péče, do kterého bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno.

Poznámka:

- Narodilo-li se dítě dne 28.7.2008 a hospitalizace byla ukončena dne 31.7.2008, zákonný zástupce za dítě uhradí poplatky ve výši 180,- Kč (3x výkon číslo 09544), protože první a poslední den se počítají jako jeden den.
- Za dítě narozené dne 28.7.2008 kde hospitalizace bude ukončena až v srpnu 2008, zaplatí zákonný zástupce poplatek ve výši 240,- Kč (4x výkon číslo 09544), protože se jedná o 4 dny – první den nelze nepočítat.
- Za dítě narozené dne 1.8.2008 a později se poplatek při hospitalizaci od porodu do prvního propuštění po porodu již nehradí. Poplatek se neplatí ode dne narození až do dne prvního propuštění. Z uvedeného vyplývá, že se poplatek nehradí ani v případě, kdy v jednom zdravotnickém zařízení dojde k porodu, ale je nutný bezprostředně po porodu ze zdravotních důvodů překlad do druhého, případně dalšího zdravotnického zařízení.
- Bude-li nutné po propuštění ze zdravotnického zařízení dítě znovu hospitalizovat, poplatky již zákonný zástupce při dalších hospitalizacích bude hradit.

IV. Žádné poplatky se nehradí:

1. jde-li o pojištěnce

1) umístěné

- a) v dětských domovech,
- b) ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy,

Poznámka:

- *Musí se jednat o pojištěnce umístěné do vyjmenovaných zařízení na základě rozhodnutí soudu ve smyslu zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav.*

c) k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením,

Poznámka:

- *Jedná se o pojištěnce umístěné v domovech pro osoby se zdravotním postižením podle ust. § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.*

d) na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc,

Poznámka:

- *Jedná se ale pouze o pojištěnce umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc podle ust. § 42 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.*

2) nebo **svěřené** rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině.

2. **při ochranném léčení nařízeném soudem,**

Poznámka:

- *Tímto ochranným léčením se rozumí ochranné léčení dle ust. § 351 zákona č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů.*
- *Osvobození od úhrady poplatků se týká pouze zdravotní péče, včetně léčivých přípravků, poskytované v rámci výkonu ochranného léčení.*
- *Ochranným léčením ve smyslu osvobození od poplatků **není** případ, kdy je pojištěnci při ochranném léčení nařízeném soudem poskytována zdravotní péče, která nesouvisí s diagnózou, pro kterou je v ochranném léčení, např. při chřipce, zlomené noze či ošetření zubu apod. V těchto případech pojištěnec, nebo za něj jeho zákonný zástupce, poplatky hradí.*

3. **nebo při umístění pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem bez jeho souhlasu do ústavní péče, vysloví-li s přípustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v ústavní péči souhlas soud nebo při výkonu zabezpečovací detence,**

Poznámka:

- *Převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče z důvodů uvedených v § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon č. 20/1966 Sb.“) tj.:*
 - a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,*
 - b) jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo*
 - c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,*
 - d) jde-li o nosiče (viz § 53 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů),*

je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo. Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě 24 hodin projevil souhlas s ústavní péčí.

- Postup zdravotnického zařízení by v těchto případech měl být následující:
- a) Zdravotnické zařízení žádá soud o souhlas s umístěním pojištěnce.*
 - b) Soud vydá (měl by dle ust. § 191b odst. 4 o.s.ř.) ve lhůtě 7 dnů Usnesení o tom, zda k převzetí pojištěnce do ústavní péče v daném zdravotnickém zařízení (dále jen „Usnesení“) došlo ze zákonných důvodů (viz § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb.); toto Usnesení je soudem zasíláno také dotčenému zdravotnickému zařízení, v němž je pojištěnec/pacient umístěn.*
 - c) Zdravotnické zařízení posuzuje zdravotní stav pojištěnce, zda trvá některý z důvodů uvedených v § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb. Pokud ano, pacient je dále hospitalizován, pokud ne, může být propuštěn a není rozhodující, zda již zdravotnické zařízení obdrželo Usnesení soudu. Lhůta 7 dnů se týká pouze soudu, nikoli zdravotnického zařízení, pro které je důležité, zda trvá či nikoli některý z důvodů uvedených v § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb.*
 - d) Je-li zdravotní stav pojištěnce takový, že může být propuštěn ze zdravotnického zařízení a jde o případ, kdy zdravotnické zařízení dosud neobdrželo Usnesení soudu, je pojištěnec povinen do 8 kalendářních dnů od propuštění uhradit poplatek za každý den hospitalizace s tím, že první a poslední den se počítá jako jeden den. Obdrží-li zdravotnické zařízení následně Usnesení soudu, kterým soud vyslovil s umístěním pojištěnce souhlas, resp. rozhodne o tom, že umístění pojištěnce/pacienta bez jeho souhlasu v daném zdravotnickém zařízení bylo v souladu se zákonem, vrátí zdravotnické zařízení pojištěnci již zaplacené poplatky za dobu této hospitalizace. Vzhledem ke lhůtě, kterou má soud, a ke lhůtě, do kdy má povinnost po propuštění zaplatit pojištěnec, by k této variantě mělo docházet zcela výjimečně.*
 - e) Obdrží-li zdravotnické zařízení Usnesení soudu, kterým soud vyslovil s umístěním pojištěnce souhlas v době, kdy je pacient stále ještě hospitalizován pro některý z důvodů uvedených v § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., bude hospitalizovaný pacient osvobozen od placení poplatků po dobu této hospitalizace, a to ode dne přijetí k hospitalizaci. Pomine-li důvod uvedený v § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., avšak bude se souhlasem pacienta dále pokračováno v hospitalizaci, bude pojištěnec povinen ode dne následujícího po dni, kdy důvody uvedené v § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb. pominuly, již hradit poplatek ve výši 100,- Kč za každý den hospitalizace s tím, že první a poslední den se počítá jako jeden den. Jako příklad lze uvést pacienta, který se probрал z bezvědomí a je možné ho dále léčit jen v případě, kdy s léčením dá souhlas (viz § 23 odst. 1 až 3 zákona č. 20/1966 Sb.).*

4. 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 k a) a b) bodu 4:

- *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.*

Poznámka

- *V položce „1. Akutní virové hepatitidy“ nehradí poplatek za hospitalizaci pojištěnci s akutní hepatitidou, přičemž akutní hepatitidy A, B a E jsou definovány na základě klinického průběhu + positivity IgM protilátek, a u hepatitid C a D by k odlišení od chronické hepatitidy měl být požadován*
 - *první záchyt této nemoci u daného pojištěnce pomocí sérologických nebo virologických metod,*
 - *elevace obou aminotransferáz (AST, ALT) nad 5 μ kat/l.*
- *Pojištěnci s čerstvě zjištěnou virovou hepatitidou C, jejichž hladina obou aminotransferáz nedosahuje 5 μ kat/l, tedy nesplňují kritéria pro akutní hepatitidu, a proto při hospitalizaci poplatek hradí.*
- *V položce „6. Infekce CNS mezilidsky přenosné“ nehradí poplatek za hospitalizaci pouze pojištěnci s invazivním meningokokovým onemocněním, a to včetně těch, u nichž onemocnění probíhá jen jako sepse bez meningitidy.*
- *Do položky „12. Rickettsiózy“ se zahrnuje i Q-horečka, přestože coxielly již nejsou taxonomicky řazeny mezi rickettsie.*

5. **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:

- *Pojištěnec musí prokázat, že pobírá dávky pomoci v hmotné nouzi. Dokladem je buď rozhodnutí nebo oznámení nebo potvrzení.*
- *Doklad, který nesmí být starší 30 dnů, vydávají pověřené obecní úřady a obecní úřady obcí s rozšířenou působností.*

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 IV./1.,2. a 4. , sdělí předepisující lékař zařízení lékárenské péče v případě, kdy vystavuje recept, že je pojištěnec od placení poplatku osvobozen.*

6. při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantačního zákona.

Poznámka:

- *Postupuje se podle zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších právních předpisů.*

7. jde-li o pojištěnce, kterému jsou podle ust. § 48 až 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu (ust. § 71 odst. 4 a ust. § 73 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č. 261/2007 Sb.) méně než 800,- Kč nebo pokud nemá žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb.

Poznámka:

- *Nárok mají pojištěnci, kteří splňují obě podmínky současně: musí se jednat o osoby, kterým jsou ve vyjmenovaných zařízeních poskytovány sociální služby a jejichž příjem je menší než 800,- Kč po úhradě za ubytování a stravu nebo žádný. Pak neplatí žádné poplatky ve výši 30,- Kč, 100,- Kč ani 90,- Kč.*

- Ve všech případech uvedených pod bodem IV. 1. až 7. se vykazuje, jedná-li se o zdravotnické zařízení, **číslo výkonu 09547. (Regulační poplatek - pojištěnec od úhrady poplatku osvobozen).** Viz Seznam výkonů. Důvod osvobození se uvádí do zdravotnické dokumentace.

V. 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, resp. 2 500,- Kč. Částka přesahující limit 5 000,- Kč, resp. 2 500,- Kč, je tvořena opět jen poplatky ve výši 30,- Kč a započítatelnými doplatky na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely (doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě se do limitu 5 000,- Kč, resp. 2 500,- Kč, nezapočítávají. To neplatí, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsané na recept pojištěncům starším 65 let, včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku).
- Zdravotní pojišťovna je povinna vždy po skončení čtvrtletí do 60 kalendářních dnů vrátit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku přesahující limit. Částku, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhne 50,- Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.
- Vězni, žadatelé o azyl, obyvatelé zařízení sociálních služeb s výjimkou pojištěnců uvedených v ust. § 16a odst. 2 písm. f) zákona hradí poplatky.

VI. Kdo NEHRADÍ poplatky:

1. pojištěnec, který je od povinnosti hradit poplatek osvobozen nebo v případech, které jsou uvedeny v zákoně a ve kterých se poplatek nehradí,
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 V./2. a 3. To znamená, že poplatky nehradí osoba, která poskytnutou zdravotní péči hradí z vlastních prostředků, nebo z komerčního pojištění či jiných zdrojů.

VII. 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 doplatku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč, resp. 2 500,- Kč.

Poznámka:

- Sdělení informací pod písm. a) až c) je zajištěno pomocí vykazání 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 doplatcích započítatelných do limitu. Tuto povinnost mají zdravotní pojišťovny. Informace uvedená pod písm. d) rozšířena pouze o výši doplatku započítatelného do limitu 5 000,- Kč, resp. 2 500,- 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. Zdravotnické zařízení je povinno použít vybrané poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 1 000 000,- Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Opakované udělení pokuty zdravotnickému zařízení je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez výpovědní lhůty podle § 17 odst. 3 zákona.

Poznámka:

- *Uložení pokuty je možné pouze při opakovaném a soustavném nevybírání poplatků, to znamená v případech, kdy zdravotnické zařízení úmyslně a plánovitě nevybírá 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 (v tom případě by měl být důvod nevybrání poplatku ve výši 30,- Kč za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření, zapsán do zdravotnické dokumentace pojištěnce a může být předmětem kontroly).*

3. **nevybírat poplatky v souvislosti s poskytováním hrazené péče, která podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhá.** Při zjištění opakovaného porušování tohoto zákona je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000,- Kč. Opakované udělení pokuty zdravotnickému zařízení je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez výpovědní lhůty podle § 17 odst. 3 zákona.
4. **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, resp. 2 500,- Kč. Neodůvodněný předpis dražší varianty by mohla zdravotní pojišťovna posoudit jako jednání neúčelné a nevhodné, 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, resp. 2 500,- Kč, pokud se jedná o zařízení lékárenské péče.

Poznámka:

- *Poplatek hradí pojištěnec nebo za něj jeho zákonný zástupce v souvislosti s poskytováním péče hrazené z v.z.p. zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči poskytl. Z uvedeného vyplývá, že by péče měla být poskytnuta a pak teprve při splnění podmínek požadováno uhrazení poplatku.*
- *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.*
- *Limit ve výši 2 500,- Kč pro děti do 18 let věku a seniory starší 65 let věku je limitem ročním. Z tohoto důvodu po celý rok 2009, byť změna nastala až od 1.4.2009, se u těchto pojištěnců bude sledovat snížený limit. Tento snížený roční limit bude platit i pro děti, které v průběhu roku 2009 dosáhly věku 18 let, stejně jako pro ty seniory, kteří v roce 2009 dovršili 65. rok věku.*

Příklad:

- ❖ *pojištěnec narozen dne 1.1.1991 bude po celý rok 2009 již platit všechny poplatky, ale roční limit bude mít v roce 2009 jen 2 500,- Kč.*
 - ❖ *pojištěnec narozen dne 6.4.1991 bude do dne 31.3.2009 hradit všechny poplatky. Ode dne 1.4.2009 do dne 6.4.2009 včetně bude od placení poplatků ve výši 30,- Kč při návštěvě u lékaře, pokud je provedeno klinické vyšetření (dále jen „návštěva u lékaře“), osvobozen. Poplatky ve výši 30,- Kč za návštěvu u lékaře bude opět platit ode dne 7.4.2009. I pro tohoto pojištěnce bude roční limit v roce 2009 jen 2 500,- Kč.*
 - ❖ *pojištěnec, který dne 31.12.2009 dosáhne 65 let věku, bude po celý rok 2009 mít limit 2 500,- Kč.*
- *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 100,- Kč a 90,- Kč (tj. poplatek za ústavní péči a za pohotovostní službu) se do limitu 5 000,- Kč, resp. 2 500,- Kč, nezapočítávají. Zařízení lékárenské péče musí na dokladu, který do 31. 12. 2007 obsahoval pouze zaplacený poplatek, také uvést uhrazený poplatek a jeho výši a dále výši doplatku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč, resp. 2 500,- Kč.*

VIII. 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.*

IX. Povinnosti zdravotních pojišťoven v souvislosti s poplatky:

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 2 500,- Kč (od 1. dubna 2009) u pojištěnců mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, a limit 5 000,- Kč u ostatních pojištěnců,**
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,
4. **ve lhůtě 60 dnů po skončení čtvrtletí uhradit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku přesahující limit 5 000,- Kč, resp. 2 500,- 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, resp. 2 500,- 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. **do 60 dnů po skončení 1. čtvrtletí 2009 bude zdravotní pojišťovna vracet nad limit 5 000,- Kč, resp. 2 500,- Kč, poplatky ve výši 30 Kč**

a započitatelné doplatky na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely uhrazené v období od 1.1.2009 do 31.3.2009.

7. **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.*

X. Práva pojištěnce v souvislosti s poplatky:

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, *resp.* 2 500,- Kč,
4. na započtení doplatků na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely do limitu s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší a u kterého nebylo zjištěno přerušení nebo ukončení dodávání. 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, *resp.* 2 500,- Kč, doplatek v plné výši.
5. na uhrazení částky přesahující limit 5 000,- Kč, resp. 2 500,- 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, *resp.* 2 500,- 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 reálně zaplacený doplatek na částečně hrazený léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely je nižší než započitatelný doplatek (tedy doplatek vypočtený podle doplatku na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší a u kterého nebylo zjištěno přerušeni nebo ukončení dodávání), započítává se do limitu reálně zaplacený 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.*
7. do 60 dnů po skončení 1. čtvrtletí 2009 bude zdravotní pojišťovna vracet nad limit 5 000,- Kč, resp. 2 500,- Kč, poplatky ve výši 30 Kč a započitatelné doplatky na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely uhrazené v období od 1. 1. 2009 do 31. 3. 2009.

XI. Položky nezapočitatelné a započitatelné do limitu 5 000,- Kč, resp. 2 500,- Kč, s tím, že částky nad limit 5 000,- Kč, resp. 2 500,- Kč, jsou zdravotní pojišťovnou vždy po skončení čtvrtletí do 60 dnů vráceny

A: položky nezapočitatelné:

1. **poplatek 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 (po celých 24 hodin) 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 ve výši 100,- 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 a potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě; to neplatí,

jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsané na recept pojištěncům starším 65 let, včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku,

Poznámka:

- Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanovilo Ministerstvo zdravotnictví ve vyhlášce č. 385/2007 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek určených k podpůrné a doplňkové léčbě (viz www.mzcr.cz, sekce Pro odbornou veřejnost, oddíl Léčiva).

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 započítatelné:

I. u dětí do 18 let věku

Do limitu 2 500,- Kč se od 1.4.2009 započítávají:

- a) poplatky za návštěvu u klinického psychologa ve výši 30,- Kč,
- b) poplatky za návštěvu u klinického logopeda ve výši 30,- Kč,
- c) poplatky za recept ve výši 30,- Kč, pokud jsou léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely plně nebo částečně hrazeny z v.z.p.,
- d) doplatky na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší a u kterého nebylo zjištěno přerušení nebo ukončení dodávání.

II. u seniorů nad 65 let věku

Do limitu 2 500,- Kč se od 1.4.2009 započítávají:

- a) poplatky ve výši 30,- Kč za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, ženského lékaře, zubního lékaře, lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- b) poplatky ve výši 30,- Kč za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem,
- c) poplatky za návštěvu u klinického psychologa ve výši 30,- Kč,
- d) poplatky za návštěvu u klinického logopeda ve výši 30,- Kč,
- e) poplatky za recept ve výši 30,- Kč, pokud jsou léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely plně nebo částečně hrazeny z v.z.p.,
- f) doplatky na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší a u kterého nebylo zjištěno přerušení nebo ukončení dodávání,
- g) doplatky na léčivé přípravky částečně hrazené z v.z.p. obsahující léčivé látky určené k podpůrné a doplňkové léčbě předepsané na recept.

III. u ostatních kategorií pojištěnců starších než 18 let a mladších než 65 let věku

Do limitu 5 000,- Kč se od 1.4.2009 započítávají:

- 1. poplatek ve výši 30,- Kč** za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření
 - a) u praktického lékaře,
 - b) u praktického lékaře pro děti a dorost (po dovršení 18 let do 19 let věku),
 - 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 ÚPS, musí být zřejmé z označení ambulance*),
 - e) u klinického psychologa,
 - f) u klinického logopeda,

- 2. poplatek ve výši 30,- Kč** za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,

- 3. poplatek ve výši 30,- Kč** za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost,

- 4. poplatek ve výši 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,

- 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 s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší a u kterého nebylo zjištěno přerušení nebo ukončení dodávání. 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 pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší a u kterého nebylo zjištěno přerušení nebo ukončení dodávání, započítává se do limitu uhrazený doplatek. V případě, že existuje u léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely plně hrazená alternativa, je započítatelný doplatek nula. Ovšem ne každá léčivá látka má plně hrazenou alternativu.*