

# NÁVOD NA POUŽITÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ V ROCE 2008



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

# OBSAH

## I. JAK DŮLEŽITÉ JE NAŠE ZDRAVÍ?

4

aneb kapitola o tom, jak rádi Češi utrácejí, kolik stojí zdravotní péče a k čemu jsou dobré poplatky

## II. NAPLÁNUJTE SI SVŮJ „ZDRAVOTNÍ“ ROZPOČET

8

aneb kapitola o tom, jak se připravit na nové změny, jak plánovat osobní i rodinné finance a na co se ptát lékaře a lékárníka

## III. NEBOJTE SE POPLATKŮ

12

aneb kapitola o tom, jak to přesně bude s regulačními poplatky a doplatky na léky a také o tom, jak vás ochrání roční limit

### Jaké poplatky nás čekají

12

**A** Poplatek za návštěvu

13

**a** Kdy se hradí

13

**b** Kdy se nehradí

14

**c** Jak se platí

15

**B** Poplatek za výdej léku

16

**C** Poplatek za pohotovost

17

**D** Poplatek za pobyt

18

**Osvobození od všech poplatků**

19

**Ochranný limit 5 000 korun**

20

**Léky, jejich ceny a doplatky**

22

## IV. A OBČAN SE PTÁ ...

24

aneb kapitola reálných otázek občanů a odpovědí ministerstva zdravotnictví na téma poplatky a doplatky

NÁVOD NA POUŽITÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ V ROCE 2008 – publikace pro širokou veřejnost

Vydalo v roce 2007: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Grafická úprava, sazba, ilustrace: KONCEPT DESIGN

Tisk: POLYGOS

## Vážení čtenáři,

každý z nás může být někdy pacientem. Někteří naši spoluobčané však mají neskonale trnitější osud než ti ostatní. Jsou to lidé, kteří jsou buď přímo v ohrožení života, nebo se potýkají s velmi komplikovanými zdravotními potížemi po řadu dlouhých a těžkých dní, často měsíců, nezřídka let. Vážně nemocných spoluobčanů žije v naší zemi odhadem 200 tisíc, tedy tvoří zhruba jedno krajské město. Nikdo z nás asi nechce v takovém městě žít, ale může se to stát. Zdravotnický systém musí být připraven kdykoliv nám pomoci, a to díky vzdělaným a schopným zdravotníkům, špičkové zdravotnické technice a nejmodernějším lékům. To všechno stojí ohromné peníze, doslova dvě stovky miliard korun ročně.

Jsou to vzácné peníze. Skládáme se na ně všichni prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. A s těmito vzácnými financemi se neuvěřitelně plýtvá. Tato rozmařilost jde na vrub nám všem, my všichni jsme odpovědní za to, že se peníze na léčbu infarktu či rakoviny vyhadzují oknem. Když říkám, že jsme odpovědní všichni, myslím tím nejen například lékaře a zdravotní pojišťovny, nebo ministra zdravotnictví, ale také pacienty.

Zavádíme regulační poplatky a to není populární. A přitom by mohlo. Poplatky by měli přivítat všichni potenciální pacienti, protože směřují k tomu, aby bylo vždy dost peněz na zajištění včasné a vysoce moderní, kvalitní pomoci. Nové změny by měli vítat právě teď chronicky a vážně nemocní lidé, protože spolu s poplatky zavádíme – vůbec poprvé v českém zdravotnictví - ochranný roční finanční limit na doplatky na léky a některé nové poplatky. To, že nikdo nějak zvlášť nejásá ale není překvapující. Cítíme, že změny potřebujeme, ale nechceme, aby se týkaly přímo nás. Je to lidsky přirozené.

Jako ministr jsem si mohl vybrat pohodlnou cestu a vézt se na vlně hospodářského růstu. Jenže já chci, aby se české zdravotnictví finančně udrželo i v příštích letech, aby přinášelo ještě pestřejší a kvalitnější služby a chci také, aby se v něm cítili pacienti dobře – jako důstojní a svéprávní lidé, kteří se svobodně rozhodují o svém zdraví a přijímají za svá rozhodnutí příslušnou porci odpovědnosti.

Proto na vás všechny apeluji: nebuďte lhostejní! Stejnou pozornost, jakou věnujete radovánkám současné ekonomické prosperity, prosím věnujte svému zdraví. A když už jste nemocní, nebojte se vést otevřený dialog se svými lékaři, neváhejte se jich na cokoli zeptat, stejně jako využijte k otázkám návštěvu lékárny. Zkrátka chovejte se jako partneři a zákazníci zdravotníků. K tomu by vám měla napomoci i tato brožurka. Přeji vám méně návštěv u lékaře a více zdraví!



MUDr. Tomáš Julínek  
ministr zdravotnictví



# I. JAK DŮLEŽITÉ JE NAŠE ZDRAVÍ?

aneb kapitola o tom, jak rádi Češi utrácejí, kolik stojí zdravotní péče a k čemu jsou dobré poplatky

Při každé možné příležitosti se navzájem ujišťujeme o tom, jak důležité je naše zdraví. Zdraví(me) se, připijíme na zdraví, přeje si vše dobré, ale hlavně to zdravíčko ...

Mezi těmito frázemi a realitou je ale v našich končinách propastný rozdíl. Podle Českého statistického úřadu představovaly přímé výdaje na zdraví v roce 2005 pouze dvě procenta všech výdajů průměrné české rodiny. Alkoholické nápoje naproti tomu tři procenta, rekreace a koníčky přes deset procent.

## Hazard nad zdravím

Kdybychom uspořádali fiktivní soubor, kde by na jedné straně stály výdaje na zdraví a na straně druhé výdaje za alkohol a tabák, zvítězily by neřesti na celé čáře. Podle statistiků **zaměstnanec v domácnosti bez dětí dá zhruba dvojnásobek peněz na alkohol a tabák než na zdraví** (v roce 2005 to bylo 4358 vs 2382 korun). Výdaji na zdraví jsou myšleny zejména výdaje na volně prodejné léky, doplatky na léky, brýle a další pomůcky, a přímé platby na rehabilitaci, u stomatologa, případně dalších lékařů. Také u rodin s dětmi mírně vítězí zhoubný tandem nad kolonkou zdraví a to cca o 500 korun, zhruba nerozhodně je to pak u neúplných rodin. Až u důchodců dochází k vyrovnání, anebo dokonce k vítězství zdraví, ale pozor – platí to pouze u žen. Muž důchodce žijící v domácnosti sám vynaložil v roce 2005 na alkohol a tabák 4486 korun (žena 1976), kdežto na zdraví pouze 2836 korun (žena 3093).

Statistiky však chrlí ještě horší čísla. **Češi například prosází ročně téměř 100 miliard korun** (to je polovina částky, jaká proteče českým zdravotnictvím! Blíže viz tabulka). Je zajímavé,

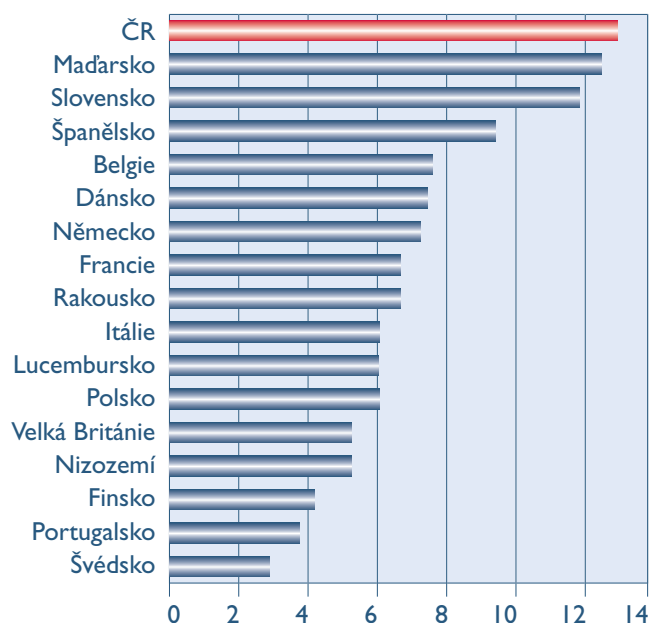
že sportku a podobné hry sází pouze 7 procent populace, kdežto do loterií se zapojí téměř každý (více ženy). Jeden los stojí 20 korun, šance, že získáte jackpot je mizivá a 30 korun jako poplatek za návštěvu u lékaře se nám zdá příliš i když získáváme zcela hmatatelnou hodnotu – zdravotní službu.

Přehled vsazených částek za rok 2006 v miliónech korun

Loterie	7 564
Kurzové sázky	12 293
Bingo	152
Kasina	10 472
VHP (automaty)	52 760
Technické hry	14 847

## Současná situace v ČR – kontakty s lékařem

Počet návštěv lékaře za rok na obyvatele v EU



graf č. 1

## Co stojí zdravotní péče

Zdravotnictví spotřebuje obrovský balík peněz, v roce 2007 už dosáhlo hranice 200 miliard korun. Většinu z tohoto balíku tvoří peníze z veřejného zdravotního pojištění, na který se všichni skládáme. Činíme tak proto, abychom měli jistotu, že když skutečně onemocníme, dostane se nám včas moderní léčby. Protože ale tyto peníze nevytahujeme přímo z peněženky, nejsme si vůbec vědomi, co která péče stojí. Připomeňme si to na některých příkladech (viz vedlejší strana).



## Úkony, které stojí veřejné zdravotní pojištění u jednoho pacienta:

- » prohlídka u ambulantního specialisty **170 až 600 korun, i více**
- » angína **1500 korun**  
(tj. kolik by stála prohlídka u praktického lékaře, kdyby neměl kapitační platbu + laboratorní testy + antibiotika, bez dalších léků)
- » operace slepého střeva **22 tisíc korun**
- » totální endoprotéza kyčelního kloubu **80 tisíc korun** (z toho polovinu tvoří cena materiálu)
- » rakovina tlustého střeva a konečníku **150 tisíc korun**
- » ischemická choroba srdeční (léčená revaskularizací) **100 až 300 tisíc korun**
- » koronární bypass **350 až 400 tisíc korun**
- » akutní leukémie (komplikovaná) **200 tisíc až jeden milión korun**
- » transplantace plic s pooperačními komplikacemi a péčí na ARO **2 milióny korun**
- » dlouhodobá ventilace na ARO **2,5 miliónu korun**

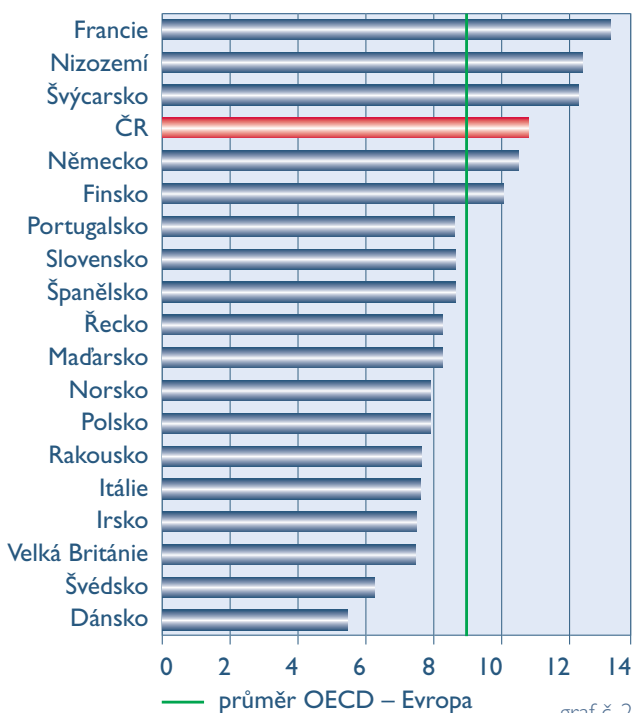
Základní úhrada na anesteticko-resuscitačním oddělení (ARO) se pohybuje kolem 30 tisíc korun denně, ale náklady tu značně kolísají, zejména díky použití velmi drahých léků (kupříkladu jedna dávka derivátů krevních destiček stojí kolem 40 tisíc korun). Za určitých okolností se tato částka může vyšplhat i na půl miliónu korun. Podobné je to s péčí o novorozence, který je ve vážném zdravotním stavu – jenom provoz inkubátoru stojí

denně i více než dvacet tisíc korun, pokud k tomu připočteme podávání speciálních léků v desetitisíkových hodnotách a některé velmi specifické techniky například na zajištění dýchání nezralých novorozenců, náhle se pohybujeme ve stotisících korun.

Čím dále tím více lidí bude potřebovat zdravotní péči, včetně té velmi drahé. Je proto nezbytné s vážnými penězi z veřejného zdravotního pojištění začít zacházet velice uvážlivě.

### Současná situace v ČR – hospitalizace

Dny hospitalizace na obyvatele



### Peníze vyhozené oknem

Češi jsou mistry Evropy v plýtvání. Na jednoho obyvatele ČR připadne průměrně 13 návštěv u lékaře ročně, tj. více než jedna návštěva měsíčně (viz graf č. 1). Takto vysoká frekvence kontaktů s lékařem představuje nejen plýtvání prostředky veřejného zdravotního pojištění, s rizikem následné finanční nerovnováhy celého systému, ale má nepříznivý dopad i na samotný způsob poskytování zdravotní péče. Lékař totiž pacientovi věnuje jenom velmi krátký čas.

Také počet dnů hospitalizace v ČR (čili doba pobytu v nemocnici) je téměř o polovinu vyšší než průměr v ekonomicky vyspělých zemích a stále roste (viz graf č. 2). Tento trend je možné pozorovat jak u akutních, tak dlouhodobých hospitalizací a je přesně opačný než velí trend světový. Neméně znepokojující situace je u léků. Ročně se u nás předepíše 96,6 miliónu lékařských receptů a poukazů. Za léky a zdravotnické prostředky se utratí téměř 60 miliard korun. Velká část léků je sice předepsána, pacienti si je vyzvednou, pojišťovny zaplatí, ale nakonec skončí likvidované zpátky v lékárně a nebo jsou doslova spláchnuty do odpadu. Kromě případných ekologických škod (léky obsahují toxické látky), tím vznikají značné finanční ztráty. Během jednoho roku vrátí pacienti do lékáren nepoužité prošlé léky za 2 miliardy korun, to je však jenom část smutného celku.

Odhady se sice různí, ale **celková hodnota nepoužitých (ale předepsaných a z veřejného zdravotního pojištění zaplacených!) léků vychází mezi 4 až 10 miliardami korun ročně**. Dosahují tedy až čtvrtinu výdajů zdravotních pojišťoven na léky. Jiné

odhady zase říkají, že průměrný český senior užívá devět léků najednou. Podle odborníků takový počet léků jednoznačně poškozuje, než prospívá zdraví (s výjimkou některých nemocí a stavů, například po transplantacích).

## I Proč poplatky?



Nově zavedené regulační poplatky, které podrobně popisujeme v kapitole III této příručky, je **nutné zavést především za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb**. V okamžiku, kdy bude pojištěnec čerpat nějakou zdravotní službu, si přes symbolickou částku 30, 60 a 90 korun uvědomí, že tato služba něco stojí, že péče mu poskytovaná má nějakou finančně vyjádřitelnou hodnotu. To by mělo vést ke změně jeho chování a ke zvážení, zda takovou službu, v takové frekvenci nebo takovém množství (u léků) skutečně potřebuje. Zavedení regulačních poplatků je dnes běžné ve většině evropských zemí a všude přineslo kýžený efekt. Lidé omezili plýtvání a méně zdravotní služby zneužívali.

Ministerstvo zdravotnictví očekává díky poplatkům nárůst celkových příjmů systému veřejného zdravotního pojištění o 3,5 až 4 miliardy korun a současně dosažení úspory celkových výdajů

tohoto systému o další 4 miliardy korun. **Každá koruna, která se změnou chování pacientů ušetří, zůstane ve zdravotnictví a ve svém důsledku tedy půjde ve prospěch buď léčby vážně nemocných lidí a drahých život zachraňujících lékařských výkonů, nebo na zlepšení kvality poskytovaných služeb**. Posílí se tak solidarita zdravých s nemocnými. Změní se postavení pacienta, neboť i symbolická částka jeho pozici vůči lékařům a dalším zdravotníkům upevní. Lékař, kterému ubude část návštěv díky poplatkům, může ušetřený čas plně věnovat pacientům, kteří to skutečně potřebují.

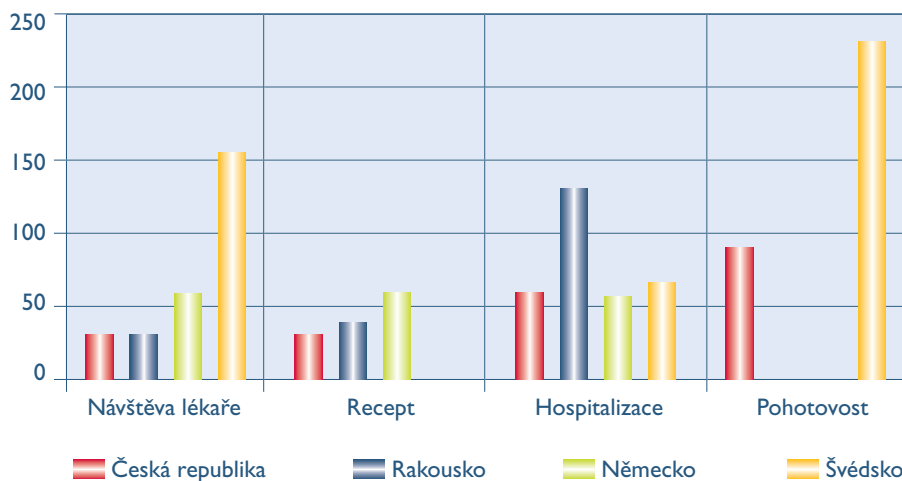
## I Citlivá výše a zajištění dostupnosti péče

**Výše poplatků je nastavena velmi citlivě**. Porovnáme-li se s našimi vyspělými sousedy Rakouskem a Německem, ale také velmi sociálním Švédskem, zjistíme, že i když výši poplatků vztáhneme k výši průměrné mzdy, **jsou „české“ poplatky nejnižší** (viz graf č. 3). Jsou také nižší či srovnatelné s takovými zeměmi jako je Chorvatsko, Maďarsko, Bulharsko, Lotyšsko, Estonsko a Slovensko (viz graf č. 4). Jediným středoevropským státem, ve kterém nejsou zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví, je Polsko, ale to jen za cenu, kterou čeští občané „platit“ nemusejí. V Polsku je totiž vysoká spoluúčasť pacientů a to 28,1 procenta výdajů na zdravotnictví (u nás zhruba 11 procent) a kromě toho jsou tam běžné přímé neoficiální platby (čili korupce). Například na vyšetření u ambulantního specialisty se tam čeká týdny až měsíce nebo si ho musí pacient zaplatit z vlastní kapsy.

Vedle opravdu symbolické výše poplatků, která odpovídá ceně některých alkoholických nápojů, cigaret či zákusku v cukrárně, je navíc zajištěna ochrana pacientů před nadměrnou kumulací regulačních poplatků, ale také doplčků na léky. **Z ročního ochranného limitu** budou mít užitek zejména chroničtí pacienti, kteří užívají více léků najednou. Podle analýz ministerstva jsou takových pacientů desetitisíce a doplčejí deset, patnáct a v extrémních případech i více tisíc korun ročně na léky. Tito většinou vážně nemocní na novém systému v roce 2008 vydělají, zdravotní pojišťovny jim budou vracet tisíce korun.

### Situace v západní Evropě

Regulační poplatky – srovnání s Rakouskem, Německem a Švédskem

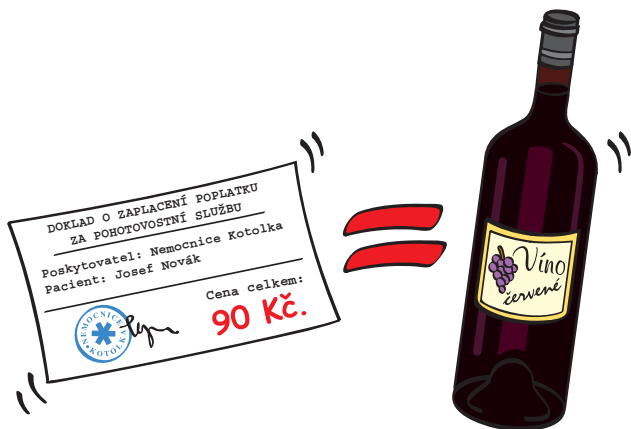


graf č.3



## Poplatky nejsou reforma

Zavedení regulačních poplatků je startovním výstřelem samotné zdravotnické reformy. Další zákony, které předloží ministr zdravotnictví vládě a parlamentu v průběhu roku 2008, jasně vymezí nárok občanů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tedy na co a dokdy mají nárok, včetně garance maximálních objednacích dob a místní dostupnosti zdravotní péče. Občan bude mít například garantovanou dobu, do které má být proveden určitý druh operace, nebo bude zřejmé na jak velkém území musí pojišťovna zajistit dostupnost praktického lékaře. Pojištěnci si přitom budou moci legálně

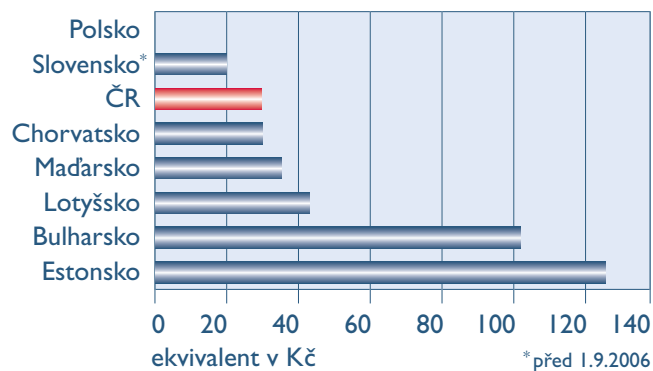


Co je to Veřejné zdravotní pojištění? Veřejné zdravotní pojištění je základem takového systému zdravotnictví, ve kterém se všichni občané povinně skládají do zvláštního fondu, z něhož je pak financována zdravotní péče. Každý zaměstnaný občan, každý podnikatel odvádí na zdravotní pojištění 13,5 procenta ze svého příjmu (respektive zaměstnanec zaplatí 1/3 a zaměstnavatel 2/3). Odvody do zdravotního pojištění si zdravotní péči nepředplácíme, ani si tak „nešetříme“ na svoji léčbu. Odvádíme všichni stejné procento, přestože každý budeme čerpat jinou péči za velmi rozdílné peníze. Odvody totiž především vyjadřujeme svoji solidaritu, svoji připravenost pomoci si navzájem. Solidarizujeme se my všichni zdraví, nebo občas lehce nemocní s chronicky a vážně nemocnými. Nikdy nevíme, kdy budeme tuto solidaritu sami potřebovat. Léčba některých nemocí je natolik drahá, že by si na ni nedokázal našetřit ani velmi bohatý člověk. Jestliže zaměstnanec přispěje



příplatit za „nadstandard“ a získat bonusy za zdravý životní styl nebo aktivní přístup k prevenci. Reforma dále změní postavení a motivace poskytovatelů zdravotních služeb a zejména pak zdravotních pojišťoven tak, aby pojištěncům nabízel pestřejší a lepší služby. Zdravotní pojišťovny také musejí více začít nakupovat zdravotní péči pouze tam, kde je skutečně efektivní a kvalitní. Stát nad nimi bude dohlížet prostřednictvím nového štíhlého, ale přísného úřadu pro dohled. Reformní míček tak rozhodně nezůstává jenom na straně pacientů.

Situace ve střední Evropě  
Poplatek za návštěvu u lékaře



graf č.4

do zdravotního pojištění za svých deset pracovních let částkou 250 až 300 tisíc korun, pak se tato částka může rozplynout během deseti, ale také během jediného dne například na ARO oddělení. Fond zdravotního pojištění není přímou součástí státního rozpočtu a funguje relativně samostatně. Stát ale do něj přispívá a to za ty spoluobčany, kteří nejsou výdělečně činní a nepatří mezi osoby bez zdanitelných příjmů, tedy například za děti, důchodce, vojáky, ženy na mateřské dovolené, studenty. Někdy jsou tyto skupiny označovány také jako státní pojištěnci. Účelem tohoto příspěvku není pokrýt všechny náklady na zdravotní služby pro uvedené skupiny spoluobčanů. Slouží jen jako doplněk peněz vybraných od občanů, kteří mají vlastní příjem.



# II. NAPLÁNUJTE SI SVŮJ „ZDRAVOTNÍ“ ROZPOČET

aneb kapitola s několika tipy, jak se připravit na nové změny, plánovat osobní finance a na co se ptát lékaře a lékárníka

II Každá rodina i každý člověk, který žije sám, mají nějaký finanční rozpočet. Jsou lidé velice pečliví, kteří sledují každou korunu, a jsou lidé, kteří se protloukají životem, jak jim to vyjde. Ale každý umí nějak zhruba plánovat. Víme, kolik musíme zaplatit třeba za složenky, či jak vysoký je nájem bytu a typická česká rodina má velké zkušenosti s šetřením na dovolenou či koupí auta. Jenom v oblasti zdraví

a výdajů s ním spojených český občan není zvyklý plánovat. Snad je to tím, že nikdy nemusel. Neví ani, co zdravotní péče stojí, je zvyklý čerpat zdravotní služby „zadarmo“. Jestli je ochoten do něčeho občas investovat, pak to jsou všelijaké zázraky na hubnutí a žraločí chrupavky, aniž by se alespoň trošku snažil zjistit, zda se nejedná o pouhý reklamní trik.

## Sedm šťastných rad

Zkusme se podívat alespoň na několik málo tipů, jak plánovat výdaje na zdravotní služby a tím ochránit nejen svoji peněženku, ale také zdraví. Berte je prosím s nadhledem, jsou inspirací, ne vyčerpávajícím přehledem. Je to vlastně taková hra.

### 1. Rada první: Myslete na zlaté pravidlo

Zdravotní péče, včetně léků, ovlivňuje zdraví populace jen z 20 procent! To znamená, že je také pro zdraví každého z nás z 80 procent důležité, jak a kde žijeme, co jíme, jak se pohybujeme ... a také, na co dáváme peníze. Velkou část z oněch dvaceti procent pak tvoří náklady, které hradí zdravotní pojišťovny – je to ona jistota, že když vás přepadne infarkt nebo rakovina, přímé náklady

(vyjma poplatků), přesto, že jsou velmi vysoké, hradit nebudete. Ale je ve vlastním zájmu každého z nás, aby náš životní styl byl co nejzdravější. Ostatně o tom pojednává velké množství zdravotních rubrik časopisů a užitečných knížek, a to nejen pro ženy (například teď na podzim 2007 vyšla vynikající knížka slovenského lékaře Bukovského *Návod na přežití muže*).

### 2. Rada druhá: Udělejte si soupis

Na kus papíru si udělejte soupis všech současných i budoucích výdajů. Například ve struktuře tabulky:

Zdravotní a se zdravotnictvím související výdaje

ZDRAVOTNÍ A SOUVISEJÍCÍ VÝDAJE

ZDRAVOTNÍ VÝDAJE	SOUČASNÉ	2008
Doplatky na léky		
Koupené léky		
Koupené doplňky (v lékárně, mimo lékárny)		
Výdaje u zubaře		
Zdravotní pomůcky		
Rehabilitace (ve smyslu fyzioterapie)		
Poplatek za návštěvu u lékaře		
Poplatek za výdej léku na recept		
Pobyty v nemocnici (v láních, v léčebně)		
Trend		
<b>Celkem</b>		



Udělejte si také podobný seznam „hříšných výdajů“ – tedy takových, které vynaložíme na položky, které buď vyloženě škodí, nebo jsou samy o sobě neutrální, ale jejich nadměrná spotřeba je škodlivá, patří sem alkohol, cigarety, hamburgery (a další perly rychlého občerstvení), jídlo navíc (například, když si nakoupíte sladkosti, anebo naplníte lednici potravinami „navíc“, určitě využijete příležitosti a třeba v noci je zkonsumujete, když je tam mít nebudete, nemusíte odolávat pokušení a ušetříte). Udělejte si bilanci: zdravotní versus nezdravé (hříšné) výdaje (na co dáte více peněz?). Promyslete změny, dejte si nějaký reálný cíl.

Můžete si vymyslet, jakou tabulku chcete, buďte hraví a nápadití, uspořádejte si své priority jak je libo, ale věnujte tomu čas, zamyslete se a něco ve svém životě změňte! Příklad fiktivních manželů Ocáskových uvádí druhá tabulka. Udělali si přehled, jak tráví svůj čas, předpokládáme, že jim vyšla negativní varianta. Proto zkusili hledat tu pozitivní a znovu si to zapsali do tabulky. Vy byste to možná udělali jinak.

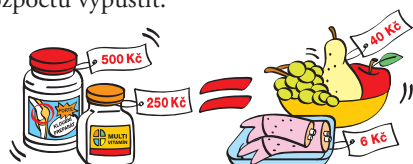
### Bilance času stráveného při zdravých a nezdravých aktivitách (týden) - manželé Ocáskovi

ZDRAVÉ AKTIVITY	NEGATIVNÍ	POZITIVNÍ	NEZDRAVÉ AKTIVITY	NEGATIVNÍ	POZITIVNÍ
Rozcvička	0	7 × 5 min	Bezcílné válení	7 × 1 hod	7 × 5 min
Procházka	1 × 30 min	2 × 40 min	Televize (celkem, z toho naprosté hlouposti)	28 hod týdně (20)	14 hod týdně (max. 3)
Plavání	0	1 × 30 min	Počítač	7 × 8 hod	7 × 4 hod
Další sport (kolo)	0	1 × 40 min	Jízda autem	7 × 2 hod	5 × 1 hod
Spánek	5 × 4 a 2 × 8 hod	7 × 8 hod	Obchody	5 × 2 hod	1 × týdně
Další (četba knih, dobrý sex...)	1 × týdně	Alespoň 2 × týdně	Přejídání	21 × týdně	0

### Rada třetí: Odhalte „vyhozené“ peníze

Když si své tabulky prohlédnete pořádně, určitě tam najdete peníze, které vynakládáte zcela zbytečně, mohou to být platby za neúčinné přípravky a metody, platby za dražší léky, přestože existují levnější alternativy atd. Kde si nejste jisti – udelejte si otazníky – zeptejte se lékaře či v lékárně.

Jisté ale je, že v určitých případech se lidé vůbec nerozpačují vytáhnout z peněženky velké sumy peněz na přípravky, o jejichž účinnosti mají odborníci vážné pochybnosti. Podle údajů agentury IMS vynaloží Češi ročně na přípravky, které se prodávají v lékárnách, ale nejsou registrovány jako léky (čili není ověřována jejich účinnost a bezpečnost) přes 4 miliardy korun. A to na další výrobky, jako jsou nutriční přípravky, vydáme z peněženky dalších 1,6 miliardy korun, na přípravky osobní péče (vlasové přípravky, ústní hygiena) 1,2 miliardy korun a na výrobky další péče, například různé testy, péči při inkontinenci (ale ne registrované zdravotnické prostředky) 1,1 miliardy korun. Celkem tedy téměř 8 miliard korun a to jenom v lékárnách, čili o něco více než vydáme za řádné léky prodávané bez lékařského předpisu. Jisté jsou mezi těmito výrobky věci užitečné, ale celá řada z nich je pouhým reklamním mámením. Vzpomeňte, co všechno kupujete, jaký to mělo efekt a zvažte, zda to nemůžete ze svého rozpočtu vypustit.



Jak poznám podfuk? Několik doporučení, jak nenaletět:

1. **Nevěřte tvrzením o „zázračnosti“** nebo „téměř zázračném“ přístroji, léku nebo postupu či přípravku. Nic zázračného v medicíně totiž neexistuje. Existují pouze vědecky ověřené nebo neověřené, léčebnou zkušeností prověřené nebo zcela nepodložené postupy a přípravky.
2. **Nevěřte tvrzením o univerzálním použití** („diagnostika veškerých onemocnění“). Z povahy složitosti lidského těla je nemožné nalézt nějakou univerzální pomoc. Lidstvo po celou svoji historii hledalo tzv. Panaceum, čili lék na všechno. A nikdy ho nenašlo.
3. **Nevěřte nabídkám**, které tvrdí, že mají cosi nového a úžasného, co nahradí dosavadní terapie nebo diagnostiku. Nikde na světě se neobjeví znenadání zázračná metoda, která je schopna vystřídat tu stávající. Je to holý nesmysl.
4. Dejte si veliký pozor na **skrytý obchodní záměr**. Jestliže vám někdo nabízí vyšetření údajným diagnostickým přístrojem, který vám „doporučí“ nějaké další „téměř zázračné“ přípravky (obvykle jde o doplňky stravy), pravděpodobně mu jde pouze o prodej konkrétních výrobků vlastní nebo spřátelené firmy.
5. Pozorně vyhodnoťte **(ne)přiměřenost ceny za nabízenou službu**. Pokud někdo chce za pár minut jakési pochybné diagnostiky 2 500 korun, je zřejmé, že taková nabídka nemůže být seriózní.
6. Důležitý je i **model prodeje**. Čím více se vzdaluje od běžných obchodů v případě různých přípravků a přístrojů od lékáren a prodejen zdravotnické techniky, tím více budete ostražití. Zcela bez záruky je pak podomní prodej.

## 4. Rada čtvrtá: Optimalizujte svůj rozpočet

Řekněme, že už jste svůj rozpočet očistili od „vyhozených“ peněz a že výdaje, které zůstávají, se opakují a budete je vsuknutu potřebovat i příští rok. Sepište si je opět do tabulky. Čeká vás nějaký plánovaný výkon v nemocnici? Nezapomeňte jej zařadit také. Informujte se přímo ve zdravotnickém zařízení, jak dlouho tam budete muset kvůli zákroku zůstat a podle počtu dnů si vypočítejte své náklady (poplatek za den pobytu v nemocnici - více informací dále v této brožurce). Z tabulky také odvoďte, kolik za rok zaplatíte za nové poplatky za návštěvu u lékaře

a za položku na receptu. Přčtete si tuto brožurku a odhadněte, které náklady (které poplatky a doplátky na léky) se vám budou počítat do ročního ochranného limitu a zkuste vypočítat, kdy limitu dosáhnete. Nezapomeňte, že platit budete dál, i po překročení limitu.

Dejte si nějaký finanční rozpočtový závazek, například, že snížíte své „zdravotní“ náklady o 15 procent. Podívejte se znovu na tabulku, které náklady by to mohly být?



## 5. Rada pátá: Vytvořte si rezervu

Příští rok nebude jednoduchý, pokud se na něj nepřipravíte a nestanovíte si jasné priority. Je nezbytné vytvořit si finanční rezervu. To nutně neznamená mít celý potřebný obnos pod polštářem, ale hospodařit tak, abyste mysleli na to, kolik musíte měsíčně odložit na zdraví a zdravotnictví. Samozřejmě určitou „jistotu“ byste měli mít na účtu či v hotovosti pro případ náhlé hospitalizace nebo když vám předcházejícím plánováním vyjde, že máte vysoké měsíční náklady. Efekt ochranného limitu se dostává vždy se zpožděním od 3 měsíců do půl roku (velmi hrubý odhad, záleží na tom, kdy v příslušném kvartále limit překročíte).

Rodiny s malými dětmi by také měly vzít v potaz dávky či příspěvky, které od státu dostanou v prvním roku života dítěte, tyto peníze jsou totiž mimo jiné určeny také na úhradu zdravotních a se zdravím souvisejících nákladů.

Rodiče se střední hodnotou (mediánem) mzdy v průběhu prvního roku života dítěte od 1. ledna 2008 mohou dostat:

- » porodné 13 000 korun
- » slevu na dani (na dítě) 10 680 korun
- » rodičovský příspěvek (matka bude doma tři roky) 116 400 korun



## 6. Rada šestá: Jděte do lékárny

Už u dvou léků podávaných najednou může dojít k takzvaným interakcím, tedy situacím, kdy se navzájem chemicky ovlivňují. Někdy může jít o interakci zcela neškodnou, jindy zásadně mění původní účinek jednoho nebo druhého léku. U tří léků najednou je téměř jisté, že k nějaké interakci dochází, čím více léků, tím více interakcí. Hromaděním užívaných léků pak může dojít k prohloubení jejich nežádoucích účinků, a to už je zpravidla vážný problém. Průměrný český senior užívá devět léků najednou, ale nejsou zřídka případy, kdy užívá 15, 20 i více léků! To může být ohrožující jak finančně, tak zdravotně (ale pozor: samozřejmě se to netýká některých vážných stavů, kdy je velký počet léků zcela namístě, například stavy po transplantacích). Někdy se ale nemocný člověk dostává do bludné spirály, když od určité chvíle začne užívat další a další léky, aby maskovaly či překryly nežádoucí účinky původní „sady“ léků. Typickým příkladem je léková bolest žaludku. Často namísto výměny léku, který ji způsobuje, jsou předepisovány další léky, které mají bolest tlumit. Senioři jsou zvláště ohroženou skupinou z hlediska užívání léků, protože jejich metabolismus (látková přeměna) je jiný než u mladších osob, a to opět může měnit předpokládané účinky léků. Protože mnozí z nás navštěvují různé lékaře, kteří o sobě a o svém předepisování léků navzájem nic nevědí, a protože si sami přikupujeme různé další přípravky, které mohou

s předepsanými léky interagovat, je vhodné poradit se s lékárníkem. Doporučujeme si s sebou vzít do lékárny seznam vašich léků (předepsaných i volně kupovaných) a připojit i seznam dalších přípravků, které užíváte (doplňků stravy, vitaminových preparátů atd.). Na co se zeptat (kromě obvyklého rozhovoru na téma alergie, jídlo atd.)?

### Například se ptejte:

- » Neužívám dva léky na totéž a lékař o tom neví (lékaři navzájem)?

### Nebo:

- » K jakým interakcím může dojít, nevylučují se některé léky navzájem?
- » Upozorníte na problémy s lékem (bolest žaludku, bolest hlavy, vyrážka apod.) a ptejte se, co je příčinou, jaká je možnost náhrady?
- » A nesmí chybět otázka, která je namísto díky novým změnám: Existuje k nějakému léku levnější alternativa?

Léky, které lékárník zpochybní a předepsal je lékař, proberete následně s lékařem.

## Rada sedmá: Navštivte své lékaře a zvolte si průvodce

Musí to být především váš lékař, s kým je nutné konzultovat celou vaši léčbu včetně léků (ty zdůrazňujeme zejména proto, že se na nich dá nejlépe ušetřit).

### Proto se ptejte:

- » Na co přesně mám jednotlivé léky?
- » Beru ještě tyto léky a přípravky (předepsal mi je jiný lékař, koupil jsem si je sám), nemohou se navzájem negativně ovlivňovat?
- » Předepisujete mi nejlevnější alternativu? Pokud ne, proč?
- » Co jiného mohu udělat kromě užívání léků?
- » Jaká jiná příčina mého stavu připadá v úvahu, než k jaké jste se přiklonil?

Je důležité hledat společně s lékařem příčinu vašich obtíží všude tam, kde je to možné. Velmi častým problémem, který se obývá léky bez hledání pravé příčiny, je bolest zad nebo bolesti, které mají původ v potížích s páteří.

**Zvolte si jednoho koordinátora své péče.** Vyberte si jednoho lékaře, kterému důvěřujete. Doporučujeme vám, aby to byl praktický lékař.

Informujte ho o všem, co s vámi dělají jeho kolegové – ostatní lékaři. Udělejte si oba – vy i váš lékař – čas na podrobný rozhovor a dohodněte se s ním na dalším postupu léčby.



## Proberte to ještě jednou od začátku

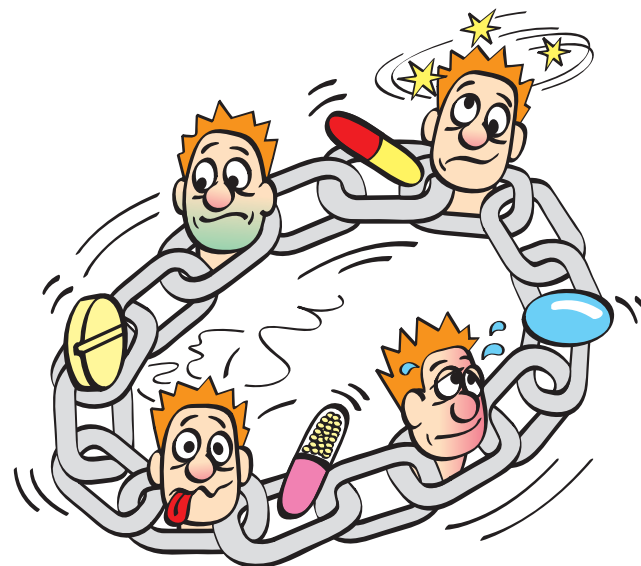
Začněte znovu od první rady až po sedmou. Nevychází vám to finančně? Podívejte se na další položky vašeho osobního nebo rodinného rozpočtu. Zaměřte se znovu na „hříšné“ položky.

### A ptejte se stále dokola sami sebe:

- » Pijete alkohol, pijete do polopita?
- » Kouříte? Přestaňte!
- » Jíte hamburgery – víte kolik stojí jeden? Můžete za jeden tučný hamburger navštívit třikrát lékaře?
- » Kolikrát navštívíte rychlé občerstvení ročně? Jste ochotni snížit počet těchto návštěv na polovinu?

**Hrajte si se svým rozpočtem. Jste předsedy vlády i ministři svých financí a ministři svého zdraví.**

Mnoho štěstí!



# III. NEBOJTE SE POPLATKŮ

aneb kapitola o tom, jak to přesně bude s regulačními poplatky a doplatky na léky a také o tom, jak vás ochrání roční limit

Parlament České republiky schválil takzvaný batoh stabilizačních opatření, který má přispět k ozdravení veřejných financí. Batoh obsahuje i zdravotnickou část, kde jsou, kromě několika dalších méně viditelných změn, zakotveny i dvě podstatné novinky, které se od 1. ledna 2008 přímo dotknou všech občanů, čerpajících zdravotní služby na náklady veřejného zdravotního pojištění. První novinkou je zavedení **regulačních poplatků** (dále jen poplatky) a druhou pak zavedení **ročního ochranného limitu** těchto poplatků, do kterého budou navíc započítávány i doplatky na léky. Vedle toho batoh mění i způsob stanovování **cen a úhrad léků**.

Nové zákonné změny jsou nastaveny tak, aby na jedné straně zvýšily motivaci lidí k racionální spotřebě zdravotní péče a na straně druhé nahradily s tím spojené výdaje například rodinám

s dětmi nebo nejvíce nemocným lidem. Takže pokud je zaveden poplatek za výdej léku na recept, je to vynahrazeno změnou tvorby cen, která umožňuje snížit ceny a úhrady u drahých léků. Nebo – jestliže jsou zavedeny poplatky i pro rodiče velmi malých dětí, je to vyrovnáno výraznými úlevami na daních.

Co je to batoh a jakou přináší slevu? Jedná se zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým se v případě zdravotnictví mění především zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a některé další zákony. Batoh také zásadně mění daně.

Dosavadní výše daňového zvýhodnění (fakticky jde o slevu na dani) na **vyživované dítě** žijící s poplatníkem daně z příjmů ve společné domácnosti činí 6000 korun ročně. V rámci prorodinné politiky bylo právě prostřednictvím batohu toto zvýhodnění **zvýšeno od 1. ledna 2008 na 10 680 korun**.

## III JAKÉ POPLATKY NÁS ČEKAJÍ

Od 1. ledna 2008 budou v českém zdravotnictví zavedeny čtyři základní typy poplatků:

### 30 korun za návštěvu u lékaře

(různých odborností a také psychologa a logopeda)

### 30 korun za výdej léku na předpis

### 90 korun za návštěvu pohotovosti

### 60 korun za den pobytu v nemocnici

(a některých dalších zařízeních)

recept), nebo co za vás hradí někdo jiný, ale nikoliv zdravotní pojišťovna (například výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky apod.).

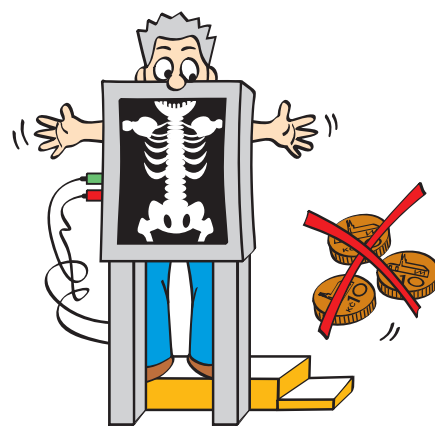
Vzhledem k různým výjimkám a zákoutím nových změn, si prosím následující text přečtěte velice pečlivě. Kdyby vám přesto nebylo něco jasné, zkuste se podívat do **kapitoly IV. A občan se ptá ....** Pokud by vaše nejistota přetrvávala i nadále, prosím obraťte se s dotazem na ministerstvo zdravotnictví (nejlépe na mailovou adresu [verejnost@mzcr.cz](mailto:verejnost@mzcr.cz)).

Pro úplnost ještě shrňme, že poplatky budou platit nejen naši občané, kteří jsou účastní veřejného zdravotního pojištění (nebo jejich zákonní zástupci), ale také **občané jiných členských států EU** (případně států s nimiž je uzavřena dvoustranná smlouva), kteří čerpají zdravotní péči na území České republiky. K těmto osobám se 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.

JAKÉ POPLATKY NÁS ČEKAJÍ



Všechny poplatky se týkají pouze těch zdravotních výkonů, léků a pobytů, které jsou částečně anebo zcela hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Nevztahují se tedy na nic, co si platíte bez zbytku z vlastní kapsy (například nebudete hradit poplatek za výdej léku, který si platíte plně, i když vám na něj lékař vystavil





## Povinnost poskytovatelů

Lékaři, lékárníci, nemocnice a další zdravotnická zařízení mají **povinnost** poplatky a doplatky **vybírat**. Poplatky jsou přitom příjmem poskytovatelů. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je jim zdravotní pojišťovna oprávněna

uložit pokutu až do výše 50 000 korun. Při ukládání pokuty se musí přihlížet k závažnosti porušení právního předpisu, míře zavinění a okolnostem, za nichž k porušení došlo. Tato sankce má za cíl zajistit, aby zdravotnická zařízení poplatky vybírala a na tuto povinnost nerezignovala.

## A) POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU U LÉKAŘE

Hned v úvodu zdůrazněme zásadu, že tento **třicetikorunový poplatek je možné vybírat pouze za takovou návštěvu, při které bylo provedeno takzvané klinické vyšetření lékařem**. Současně platí hned několik výjimek, kdy se poplatek nehradí, jde zejména o preventivní prohlídku, laboratorní a diagnostická vyšetření a dále pak některé zvláštní případy – na všechny tyto výjimky vás upozorníme v další části této kapitoly.

Aby nedocházelo k nejasnostem, ministerstvo poskytlo lékařům výklad, k jakým úkonům či kontaktům může v ordinaci dojít, ale není je přitom možné považovat za klinické vyšetření, a tudíž v takové situaci vybírat poplatek.

Co je klinické vyšetření? Je to vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření a je vykázáno příslušnými výkony v dané odbornosti podle takzvaného Seznamu výkonů. Lidově bychom klinické vyšetření mohli označit jako řádnou prohlídku pacienta lékařem, tedy nikoliv pouhé letmé „přejetí pohledem od stolu“.



### Aa) Kdy a kde se poplatek 30 korun za návštěvu HRADÍ

Poplatek ve výši 30 korun je za podmínky provedení klinického vyšetření vybírán u:

#### » praktického lékaře

#### » dětského lékaře

(správně řečeno praktického lékaře pro děti a dorost)

#### » ženského lékaře

(gynekologa)

#### » ambulantního specialisty

(správně terminologicky se mu říká lékař poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči, jedná se o celé spektrum různých odborností lékařů)

#### » klinického psychologa

#### » klinického logopeda

#### » zubaře

(pozor na odlišnou definici vyšetření – viz dále)

výši 90 korun (poplatek za pohotovost viz podkapitola D). Provozovatel zdravotnického zařízení se však může sám rozhodnout, že posune běžnou ordináční dobu až za 17. hodinu, a pak se za návštěvu i po této době platí pouze 30 korun. Provozovatel ale musí jasně na ambulanci označit, zda se jedná o ordináční dobu ambulance za 30 korun nebo od 17 hodin již pouze o ústavní pohotovostní službu za 90 korun (tato povinnost se vztahuje na všechna zdravotnická zařízení).

**Pozor:** Pokud je pacient hospitalizován (čili leží v nemocnici) hradí poplatek 60 korun za den pobytu, ale nehradí žádné jiné poplatky, tedy ani za vyšetření v ambulanci (situace, kdy si lékař oddělení, kde pacient leží, „objednají“ vyšetření u kolegů například ve specializované ambulanci).

**3. Poplatek 30 korun se také vztahuje na návštěvní službu** poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost. Lékař může přijet za pacientem přímo domů, nebo ho může navštívit například v zařízení sociálních služeb.

Na jaké výkony u zubaře se poplatek 30 korun vztahuje? Poplatek 30 korun za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře, se platí, pokud byl současně proveden a vykázán jeden z těchto výkonů: vyšetření a ošetření registrovaného pacienta, vyžádané vyšetření odborníkem nebo specialistou, stomatologické ošetření registrovaného pacienta do 6 let nebo hendikepovaného pacienta, stomatologické ošetření registrovaného pacienta od 6 let do 15 let, komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní dutiny, kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice, kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu, nebo jinými postupy než s použitím tohoto aparátu, cílené vyšetření.

K tomu je třeba připojit tři důležité poznámky:

**1. Poplatek 30 korun se vztahuje i na vyžádané klinické vyšetření**, to znamená, že pokud půjdete například k praktickému lékaři a ten vás doporučí k ambulantnímu specialistovi, zaplatíte 30 korun jak při návštěvě u praktika, tak potom dalších 30 korun následně u specialisty. Samozřejmě jenom za předpokladu, že návštěva je provázena provedením klinického vyšetření.

**2. Poplatek 30 korun se vztahuje také na ambulance nemocnic**, a to v pracovních dnech od 7.00 do 17.00 hodin. Po 17. hodině už nejde o běžnou ordináční dobu, ale o pohotovost (ústavní pohotovostní službu), na kterou se vztahuje jiný poplatek, a to ve

Poplatek 30 korun za návštěvu se v ordinacích nevybírání v těchto čtyřech situacích:

### 1. není provedeno klinické vyšetření

### 2. jedná se o preventivní prohlídku

### 3. jedná se o laboratorní a diagnostické vyšetření

### 4. jde o některé zvláštní léčebné úkony, a to buď takzvanou **dispensární péči**

(u vážně nemocných dětí a těhotných žen)

nebo **hemodialýzu** nebo **dárcovství krve**

Jak je z výše uvedeného výčtu patrné, jsou výjimky vázány na určité situace a nikoliv přímo jenom na určité skupiny pacientů. To například znamená, že „hemodialyzovaní“ hradí poplatky ve stejných situacích jako všichni ostatní pacienti, s výjimkou samotné hemodialýzy (viz podobné vysvětlení dále u těhotných žen a malých dětí). Tyto výjimky také není možné zaměňovat s osvobozením od všech poplatků, které se týká pouze vybraných skupin pojištěnců (viz dále v Osvobození od všech poplatků).

U jednotlivých situací, kdy se nevybírání 30-ti korunový poplatek za návštěvu, se zastavíme podrobněji:

**1. Lékař, psycholog nebo logoped neprovede klinické vyšetření, ale pouze některé jiné výkony.** Ono klinické vyšetření jsme si definovali výše a rozumíme jím lidově řečeno řádnou lékařskou prohlídku. Mezi výkony, na které se poplatek 30 korun nevztahuje, patří například podrobný výpis z dokumentace, nebo potvrzení žádosti o podporu při ošetřování nemocného člena rodiny, stejně jako o její ukončení. Zjednodušeně řečeno, protože za klinické vyšetření není možné považovat vypisování „papírů“, není ani možné za něco takového vybírat poplatek. To se týká i **vystavení receptu** na lék (anebo potravinu pro zvláštní lékařské účely), které často představuje jenom minimální kontakt lékaře s pacientem. Samozřejmě, že pokud lékař nejprve provede klinické vyšetření a pak na jeho základě vystaví recept, pacient za toto vyšetření zaplatí jedenkrát 30 korun, ale za samotné vystavení receptu pak už platit nebude (ale zaplatí následně v lékárně 30 korun za položku na receptu při výdeji léku - viz podkapitola B poplatek za výdej léku). Na tomto místě je třeba ale také uvést, že by **lékař neměl předepisovat léky jen tak mezi dveřmi a recept by měl vystavit na základě řádného vyšetření**, tedy provedení klinického vyšetření. Pouze pokud pacienta dobře zná a předpisuje mu jeho obvyklý lék, lze akceptovat i pouhé předepsání léku bez vyšetření. To lze však řešit například i vystavením opakovaného receptu (viz podkapitola B poplatek za výdej léku).

**Poplatek se nebude hradit ani za telefonickou konzultaci ošetřujícího lékaře s pacientem, ani za rozhovor lékaře s rodinou.**

**2. Význam prevence je snad každému zřejmý, protože se ale podle toho často nechováme, připomeňme pro inspiraci alespoň základní časový rozvrh preventivních prohlídek (viz níže). U žádných preventivních prohlídek se poplatky nevybírání.**

Do této skupiny výjimek patří i vyšetření a prohlídky prováděné v rámci „opatření proti infekčním onemocněním“, což v praxi představují zejména vybraná očkování. **Na žádné očkování, hrazené částečně anebo zcela z veřejného zdravotního pojištění nebo na očkování placené státem (například v rámci očkovacího kalendáře), se poplatky nevztahují.** Dalším specifickým případem je takzvaná závodní preventivní péče, v jejímž rámci jsou prováděny i **periodické preventivní prohlídky**, na ně se také poplatky nevztahují.

**Co je preventivní prohlídka a kdy se provádí?** 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.

**Prevence u dětského lékaře:**

» v prvním roce života devětkrát do roka (z toho minimálně šestkrát v prvním půlroce života a z toho minimálně třikrát v prvních třech měsících života),

» v 18 měsících věku,

» ve třech letech a dále vždy jedenkrát za dva roky.

Mezi preventivní prohlídky se počítá i vyšetření kyčelních kloubů kojence.

**Prevence u praktického lékaře pro dospělé:**

» od 15 let vždy jedenkrát za dva roky, nejdříve však 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky.

**Prevence u stomatologa:**

» u dětí a dorostu ve věku do 18 let dvakrát ročně,

» u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství,

» u dospělých jednou ročně.

**Prevence u gynekologa:**

» při ukončení povinné školní docházky a dále počínaje 15 rokem věku jedenkrát ročně.



**3. Laboratorní nebo diagnostická vyšetření** zahrnují celou škálu různých úkonů, na které se poplatek 30 korun nevztahuje – od obyčejného odběru krve až po rentgen nebo magnetickou rezonanci. Přitom nezáleží na tom, kde (ve kterém zdravotnickém zařízení) je dané vyšetření provedeno. Může se tedy jednat i o stejného poskytovatele, který laboratorní nebo diagnostické vyšetření žádá a současně též provádí. Opět zde přitom platí to, co uvádíme výše o vystavení receptu: pokud lékař nejprve provede klinické vyšetření a pak na jeho základě žádá provedení laboratorního nebo diagnostického vyšetření, za klinické vyšetření zaplatíte jedenkrát 30 korun, za samotné laboratorní či diagnostické vyšetření, i kdyby ho prováděl stejný lékař, který ho „žádá“, hradit poplatek nebudete.

**4. Zvláštní léčebné úkony**, se týkají jenom konkrétních specifických situací u některých skupin pacientů, patří mezi ně:

– **dispenzární péče poskytovaná chronicky nemocným dětem nebo těhotným ženám.** To, že je někdo takzvaně dispenzarizován, znamená, že je z nějakého zdravotně závažného nebo jinak specifického důvodu zvlášť sledován a evidován a dostává se mu tedy jisté mimořádné pozornosti. **Děti** jsou dispenzarizovány od jednoho roku věku pokud jsou chronicky nemocné a ohrožené poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí. **Těhotné ženy** jsou dispenzarizovány ode dne zjištění těhotenství (což prokáží průkazem pro těhotné). Dispenzarizaci blíže rozvádí vyhláška ministerstva zdravotnictví, ta také uvádí seznam nemocí dětí, u nichž se poskytuje dispenzární péče.

Osvobození se týká nejen návštěvy u praktického lékaře, u kterého je pacient registrován, ale také prohlídky provedené kvůli nemoci, pro kterou je pacient dispenzarizován, ošetřujícím lé-

kařem – specialistou, kterému praktický lékař svěřil pacienta do péče. Osvobození se ale vždy týká jenom prohlídek provedených kvůli příčině (nemoci nebo těhotenství), pro kterou je pacient dispenzarizován. Pokud těhotná žena bude ošetřena na chirurgii se zlomenou nohou nebo navštíví zubního lékaře a nebude se jednat o preventivní prohlídku, bude poplatky v těchto případech hradit. Totéž platí při návštěvě dítěte u jiného lékaře, než je lékař, který ho dispenzarizuje, nebo z jiné příčiny, než pro kterou je dispenzarizován, tam budou jeho rodiče nebo zákonný zástupce poplatek hradit.

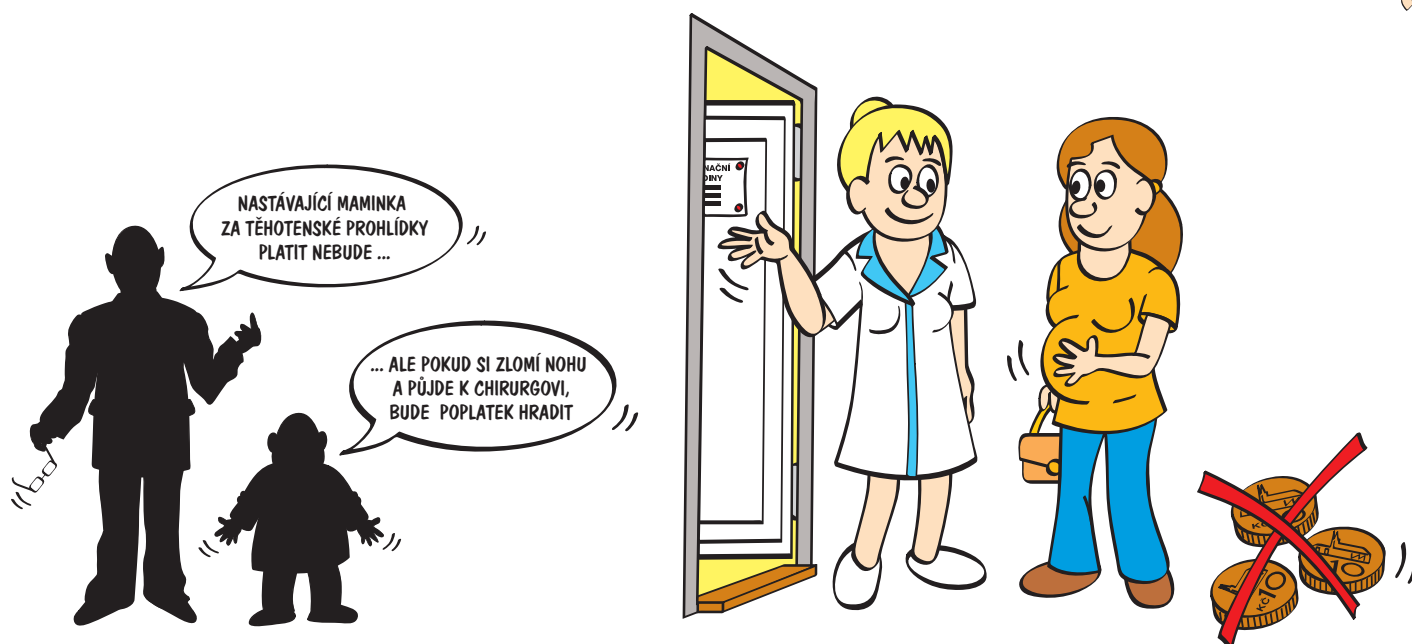
– **hemodialýza**, včetně peritoneální dialýzy (jak už jsme uvedli výše, výjimka neplacení poplatku se týká pouze samotné hemodialýzy a nikoliv hemodialyzovaných),

**Co je hemodialýza?** Hemodialýza je léčebná metoda nahrazující základní funkci ledvin, kterou je očišťování krve od zplodin látkové přeměny. Princip této metody je založen na dialýze, čili prostupu látek polopropustnou membránou z jedné tekutiny (krve) do druhé (dialyzáčního roztoku) po koncentračním spádu. Je dnes základní léčebnou metodou při akutním i chronickém selhávání ledvin. Při peritoneální dialýze přechází látky z krve přes pobříšnici (=peritoneum) do tekutiny v břišní dutině (tato tekutina se pak vyměňuje přes cévku vyvedenou z břicha ven).

– **vyšetření lékařem transfuzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně** (respektive krvetvorných buněk) – opět stejný přístup jako u hemodialýzy - dárce krve si hradí všechny poplatky za stejných podmínek jako ostatní pojištěnci, pouze při úkonech spojených se samotným darováním krve jsou povinnosti hradit poplatky ušetřeni.

### Ac) Zaplacení poplatku 30 korun za návštěvu u lékaře

Pacient musí zaplatit **ihned nebo podle dohody** se zdravotnickým zařízením (v ordinaci, oddělení, pokladně, automatu atd. – dle nastavení systému placení u konkrétního zdravotnického zařízení).



### III B) POPLATEK ZA VÝDEJ LÉKU

B



» Až půjdete v roce 2008 do lékárny a ponese si s sebou recepty od lékaře, na nichž budou předepsány léky, které budou plně nebo částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, zaplatíte za **výdej každého takového léku 30 korun**. Stejná povinnost se bude týkat i takzvaných potravin pro zvláštní lékařské účely, ale v této publikaci budeme dále hovořit jenom o lécích s tím, že pro zmíněné potraviny platí úplně stejná pravidla.

#### Recept, položky, balení ...

Pro lepší pochopení nastavení tohoto poplatku se prosím podívejte na příložený obrázek receptu, na kterém je označeno co je položka na receptu a co počet balení. **Poplatek 30 korun se vztahuje na vydání jednoho druhu léku, což na receptu představuje jednu položku. Na jednom receptu mohou přitom být maximálně jen dvě položky (dva druhy léků).** Každá položka může mít teoreticky různý počet balení. Teoreticky proto, že

vyhláška omezuje počet balení na rozumný počet pro jednotlivá onemocnění, obvykle však na tři balení. Na jeden recept tak bude možné vybrat buď 30 nebo maximálně 60 korun za regulační poplatek plus částku, kterou budou představovat aktuální doplátky na léky.

Pokud nebude mít lékárník jeden ze dvou předepsaných léků a vy budete zkoušet, zda tento lék nemají v jiné lékárně, pořídí pro vás **výpis z receptu**. Na něm uvede všechny rozhodné údaje vztahující se k předepisovanému léčivu, včetně údaje, zda má či nemá být vybrán poplatek při realizaci tohoto výpisu v jiné lékárně.

#### Opakovaný recept

Lékař může pacientovi, který trpí chronickou nemocí a musí si často nechat předepisovat své obvyklé léky, vystavit takzvaný opakovaný recept. Pacient tak nemusí znovu a znovu chodit k lékaři jenom proto, aby mu recept vypsál. Ušetří hlavně čas strávený v čekárně a pak i poplatek za návštěvu lékaře, v případě, že by lékař chtěl provádět před předepsáním léků také klinické vyšetření. Pokud se má výdej léku opakovat, musí lékař na receptu uvést údaje o počtu opakovaných výdejů. Každý výdej takového léku musí být pak na receptu vyznačen razítkem lékárny. Toto opakování není možné při předepisování léků, obsahujících omamné nebo psychotropní látky, efedrin nebo pseudoefedrin v množství větším než 30 mg v jednotce lékové formy (například v jedné tabletě). Za výdej léku na opakovaný recept se platí poplatek 30 korun při každém jeho „vyzvednutí“ v lékárně.

RECEPT

Kód pojišťovny	<b>RECEPT</b>	poř. č.
série XC	0356523	
Příjmení a jméno Novák Jan		
Číslo pojištění	7,9,0,3,2,6,9,1,9,3	f.
Bydliště (adresa) Radlická 828 Praha		
I	Rp.	0 0 0 4 3 6 1 Cena
C	ANAVENOL drg. 60	Sic - Kód
P	Exp. orig. No. III (tres)!	
	D.S. 1,1,1	
I	Rp.	0 0 9 0 9 8 6
C	DEOXYMYKOLIN tbl 0,10x10mg	
P	Exp. orig. No. I (unam)	
	D.S. 1,0,1	12 hodin
Dne:	02.01.2008	
05 MUDr. Kamil Pekař 256 praktický a interní lékař - 001 002 Žehušická 1640, 190 16 Praha 9 tel.: 252 555 007, 252 555 008 IČO: 12345678		
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře		
Připravil:		Vydal:

**Na jednom receptu může být buď jeden lék za poplatek 30 korun nebo maximálně dva léky za poplatek 2 x 30 korun = 60 korun (plus doplátky)**

Jedna položka

Počet balení (3 balení) – 30 korun

Jedna položka

Počet balení (1 balení) – 30 korun

## KDY SE POPLATEK 30 KORUN ZA VÝDEJ LÉKU NEHRADÍ

Z toho, co jsme až dosud uvedli, lze snadno logicky dovodit, kdy se poplatek 30 korun za výdej léku nehradí, a to sice při:

- » vydávání léků **předepsaných na recept, avšak nehrazených** z veřejného zdravotního pojištění (například antikoncepce), nebo pokud lékař na receptu vyznačí „**hradí pacient**“
- » vydávání léků, jejichž **výdej není vázán na lékařský předpis**

Podobně logicky lze ale dovodit i opačnou situaci: poplatek 30 korun za výdej léku hrazeného z veřejného zdravotního pojištění se hradí i v případě, že recept byl předepsán při poskytování péče, která poplatku nepodléhá (například jestliže lékař v rámci dispenzární péče o těhotné ženy budoucí mamince předepíše železo nebo kyselinu listovou).

Na rozdíl od léků, takzvané zdravotnické prostředky (například různé pomůcky, vozíky, prostředky pro inkontinenci apod.) zákonodárci do „poplatkové“ legislativy nezahrnuli. Z toho

plyne, že za vydávání zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz ani za vystavení tohoto poukazu se nehradí žádný regulační poplatek.

### Zaplacení poplatku 30 korun za výdej léku

Pacient musí zaplatit **ihned**, popřípadě ihned spolu se zaplacením doplatku na lék (přichází v úvahu v případě, že lék není plně, ale jenom částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění) a to v lékárně (nebo výdejně léků, kterou lékárna provozuje).

Jak se vyhnout poplatku u levného léku?

Pokud lék stojí například 10 korun, je škoda, aby jste platili zbytečně poplatky.

Mohou nastat dva případy:

- 1) Lék je pouze na lékařský předpis, pak požádejte lékaře ať na receptu vyznačí „hradí pacient“. Ušetříte 20 korun, protože nemusíte hradit poplatek za výdej léku.
- 2) Lék je volně prodejný, ale lékař ho může předepsat. Právě tady se plýtvalo s penězi veřejného zdravotního pojištění, protože si lidé chodili pro recept jenom proto, aby lék dostali „zadarmo“. Nyní se jim vyplatí jít rovnou do lékárny, protože ušetří 50 korun, neboť nemusí hradit ani poplatek za výdej léku ani poplatek za navštívení u lékaře.

## C) POPLATEK ZA POHOTOVOST

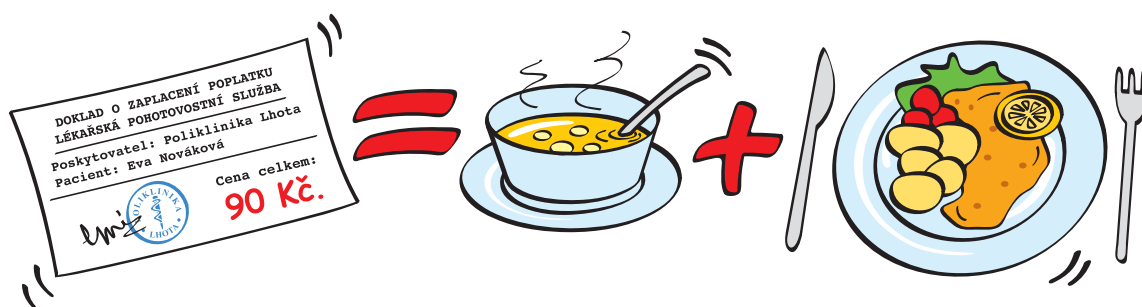
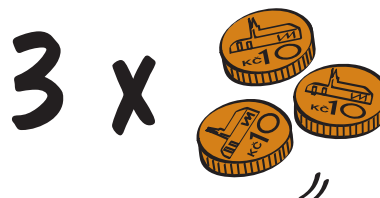
Za pohotovostní službu hradí pacient **poplatek ve výši 90 korun**, týká se to:

- » **ambulantní pohotovostní služby** včetně pohotovostní služby poskytované zubními lékaři anebo pohotovostní služby, která je poskytována **u pacienta doma**
- » **ústavní pohotovostní služby** (pohotovost v nemocnici) v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 do 7.00 hodin, přičemž se poplatek hradí jen v případě, že nedojde k následnému přijetí pacienta do nemocnice

**Pozor:** Na výdej léků při lékařské pohotovostní službě se poplatek 90 korun nevztahuje, ale samozřejmě, že se během této pohotovosti platí 30 korun za výdej léku na předpis, pokud je hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

### Zaplacení poplatku 90 korun za pohotovost

**Ihned** ve zdravotnickém zařízení nebo podle dohody s tímto zařízením.



### III D) POPLATEK ZA POBYT V NEMOCNICI

D

Každý pobyt kohokoliv z nás v nemocnici je spojen nejen s čerpáním samotné zdravotní péče, ale také „spotřebováním“ určitých doprovodných nákladů. Pokud bychom byli ve stejný čas doma, spotřebovávali bychom energie, prali a uklízeli, utráceli za jídlo a přitom všem by u nás nestál nikdo, kdo by nám byl schopen kdykoliv s čímkoliv na špičkové profesionální úrovni pomoci. Jako symbol těchto nákladů byla stanovena částka pouze ve výši **60 korun za každý den strávený**:



- » v nemocnici, v odborných léčebných ústavech, v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) a na lůžku následné péče, nebo
- » v lázních (komplexní lázeňská péče) nebo
- » v dětských odborných léčebnách nebo v ozdravovnách

Stejná pravidla platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li mu tento pobyt hrazen z veřejného zdravotního pojištění (čili i rodič platí za sebe 60 korun i za dítě 60 korun za den pobytu). Novorozенец je z hlediska poplatků považován za dítě, jehož rodiče mají stejnou povinnost platit jako rodiče starších dětí. Ve smyslu placení je za lůžko považován také inkubátor, jinými slovy rodiče mají povinnost za dítě v inkubátoru poplatek za den pobytu také uhradit. Stejná pravidla jako na rodiče se vztahují i na zákonného zástupce dítěte.

Den, ve kterém jsme do nemocnice přijati (nebo jiného zařízení, uvedeného výše) a den, ve kterém bylo poskytování zdravotní péče v této nemocnici ukončeno, se počítá jako jeden den.



Tento poplatek se **NEPLATÍ**:

- » pokud je pacient „na propustce“
- » při poskytování **jednodenní péče** na lůžku
- » jedná-li se o pobyt pacienta **ve stacionáři**

#### Zaplacení poplatku 60 korun za pobyt

Pacient nebo zákonný zástupce a také jeho ubytovaný průvodce musí uhradit poplatek v celkové výši dané počtem dní strávených ve zdravotnickém zařízení, a to:

- » nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče v případě, že hospitalizace byla kratší než 30 dní,
- » vždy k **poslednímu dni každého kalendářního měsíce** v případě, kdy je pacient umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní.





# OSVOBOZENÍ OD VŠECH POPLATKŮ

Lidé, kteří se ocitnou v níže uvedených životních či zdravotních situacích, jsou osvobozeni od všech poplatků, o kterých jsme až dosud hovořili, tedy od poplatků za návštěvu u lékaře, výdej léku, pohotovost a den pobytu v nemocnici. Jinými slovy tito lidé v těchto konkrétních situacích nebudou od roku 2008 hradit žádný z nově zavedených poplatků.

## Jedná se o čtyři skupiny občanů:

**1. Pojištěnci v hmotné nouzi.** Podmínkou ale je, že se pojištěnec prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením, že má na tuto dávku nárok. Takový doklad nesmí být starší než 30 dnů. Vydávají ho pověřené obecní úřady, respektive obecní úřady obcí s rozšířenou působností (odbory sociálních věcí), které jsou také místem, kde se o dávky hmotné nouze žádá.

Co je to hmotná nouze? Hmotná nouze je označení pro situace spojené s nedostatečným zabezpečením základní obživy, bydlení a mimořádnými událostmi a je upravena příslušným zákonem o pomoci

**2. Pojištěnci umístění v dětských domovech anebo ve školských zařízeních** pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy.

**3. Občané, kterým soud nařídil ochrannou léčbu.**

**4. Občané, kteří se musí podřídit zvláštním opatřením z důvodu ochrany veřejného zdraví, patří sem případy:**

- » **léčení infekčního onemocnění**, kterému je pojištěnec povinen se podrobit,
- » **nařízené izolace** ve zdravotnickém zařízení nebo
- » **nařízených karanténních opatření** k zajištění ochrany veřejného zdraví.

Při výskytu některého z infekčních nemocnění, jejichž výčet je uveden v rastru nebo při podezření na výskyt takového onemocnění jsou zdravotnická zařízení povinna naříditi izolaci vždy na infekčním oddělení (případně na oddělení tuberkulózy nebo venerologickém oddělení) nemocnice nebo léčebného ústavu.

Každý, kdo je od poplatků osvobozen, musí tuto skutečnost **doložit zdravotnickému zařízení**, včetně lékárny (u poplatku za výdej léků). Povinností zdravotnického zařízení je

v hmotné nouzi. Při hmotné nouzi osoba nemá dostatečné příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry neumožňují uspokojení základních životních potřeb. Současně si tyto příjmy nemůže z objektivních důvodů zvýšit. Stejný přístup má zákon i k takzvaným společně posuzovaným osobám, což jsou vesměs osoby trvale žijící spolu a společně uhrazující náklady na své potřeby – tedy rodiče a děti, manželé, jiné osoby užívající společný byt. V českém systému existují **tři dávky pomoci v hmotné nouzi**: 1) příspěvek na živobytí, 2) doplatek na bydlení 3) mimořádná okamžitá pomoc. Při stanovení nároku na tyto dávky se mimo jiné vychází z výše existenčního a životního minima a stanoví se individuálně pro každou osobu na základě zhodnocení její snahy, možností a potřeb. Bližší informace viz [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz).

Orgány ochrany veřejného zdraví – hygienici buď na krajské nebo celostátní úrovni - rozhodnutím stanoví rozsah protiepidemických (karanténních) opatření a mohou též svým rozhodnutím naříditi i izolaci konkrétních osob. Podrobnosti určuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

**Kdy je občan povinen se léčit a být izolován?** Seznam infekčních onemocnění, při nichž se nařizuje izolace na lůžkových odděleních nemocnic nebo léčebných ústavů, a nemocí, jejichž léčení je povinné: akutní virové záněty jater; antrax, dengue, hemoragické horečky, cholera, infekce CNS mezilidsky přenosné, mor; paratyfus, syfilis v I. a II. stadiu, přenosná dětská obrna, pertuse v akutním stadiu, rickettsiízy, SARS a febrilní stavy nezjištěné etiologie s pozitivní cestovní anamnézou, spalničky, trachom, tuberkulóza, tyfus břišní, úplavice amébová, úplavice bacilární v akutním stadiu onemocnění, záškrť, další infekce podléhající hlášení Světové zdravotnické organizaci.

doklad pouze zkontrolovat, nemá povinnost ho archivovat. Důvod osvobození by měl být uveden ve zdravotnické dokumentaci.



**Ochranný limit ve výši 5 tisíc korun ročně** je v českém zdravotnictví absolutní novinkou. Jeho hlavním úkolem je chránit zejména chronicky nemocné před nadměrnou kumulací doplatků na léky a některých nově zaváděných regulačních poplatků.

Průlom tkví v obrácení stále se horšící situace zhruba 200 tisíc vážně nemocných lidí. Až dosud jim totiž sice nenápadně, ale trvale rostly doplatky na léky a těžké to měli a mají zejména ti nemocní, u nichž se potkalo hned několik chorob najednou. Tyto pacienty nedokáže před vysokými náklady dostatečně ochránit ani dobře nastavený systém určování cen a doplatků léků, právě proto vznikla pojistka ve formě ročního limitu (další informace k lékům viz kapitola Léky, jejich ceny a doplatky).



## Co se do limitu POČÍTÁ

Každý platící pojištěnec má právo na to, aby mu do limitu byly započteny

- » doplatky na léky (upřesnění viz dále)
- » poplatky ve výši 30 korun za návštěvu u lékaře
- » poplatky ve výši 30 korun za výdej léku

Co všechno se pod regulačními třicetikorunovými poplatky „za návštěvu u lékaře“ a za „výdej léku“ rozumí jsme popsali v přecházející části této kapitoly (viz Jaké poplatky nás čekají část A a B). Pokud je někdo povinen platit jeden z těchto dvou poplatků, má také právo, aby mu byl započten bez nějakých dalších podmínek do limitu, čili zde je situace relativně jednoduchá. Složitější je to ovšem u doplatků za léky a potraviny pro zvláštní lékařské účely (PPLÚ). Protože je postup u léků úplně stejný jako u PPLÚ, budeme nadále psát jenom o léčích s tím, že se všechny zásady plně vztahují i na PPLÚ.

### Započtení doplatků na léky

Do limitu budou započítávány doplatky na částečně hrazené léky **pouze ve výši doplatku na nejlevnější** na trhu dostupný lék s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání. To ovšem neplatí v případě, že **předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný lék nelze nahradit, pak se započítává do limitu 5 000 korun doplatek v plné výši** (způsob vyznačení na receptu určí vyhláška).

Lékař by měl ovšem s tímto označením šetřit a používat jej jenom v opravdu odůvodněných případech, například u pacienta, u něhož se obává alergické reakce, nebo u pacientů, kde mohou být záměny značek léků problematické (například v psychiatrii). Jinak by měl upřednostňovat nejlevnější na trhu dostupnou variantu daného léku. Když totiž lékař zvolí dražší variantu, pacient neúčelně dopláčí vyšší doplatek. Pokud by tak lékař činil neodůvodněně „jako na běžícím pásu“, mohl by se vystavit postihu ze strany zdravotních pojišťoven, s nimiž má smlouvu. Musely by totiž drazí vracet peníze za léky, které mohly být na náklady veřejného zdravotního pojištění pořízeny levněji. Lékař by tak mohl od pojišťoven očekávat cílenou revizi s následným promítnutím do takzvaných regulačních mechanismů, což česky řečeno znamená, že by přišel za trest o peníze.

Pokud lékař předepíše dražší variantu léku, ale na receptu nevyznačí, že na ní trvá, může si **pacient v lékárně vyžádat variantu levnější**, ale pouze se stejnou léčivou látkou, stejnou cestou podání a stejnou lékovou formou.

Zkusme si možné scénáře, ke kterým může dojít, ilustrovat na fiktivním praktickém příkladu:

Lék	Léčivá látka	Léková forma	Cesta podání	Doplatek
A	xxxx	tableta	ústí	100
B	xxxx	kapsle	ústí	50
C	xxxx	tableta	ústí	50
D	xxxx	injekce	do žíly	200
E	yyyyy	tableta	ústí	0

Předpokládejme, že všechny léky v tabulce je možné vydávat na lékařský předpis. Léky A,B,C, D obsahují stejnou účinnou látku xxxx, ale rozdílnou cestu podání (lék D je injekční přípravek – jediný svého druhu na trhu). Léky B a C jsou nejlevnějšími na trhu dostupnými variantami se stejnou účinnou látkou jako obsahují léky A a D, ale ty jsou dražší. Lék E obsahuje jinou účinnou látku yyyyy, ale patří do stejné skupiny jako léky A, B, C, D, tato skupina je jednou ze 300 skupin, u nichž zákon požaduje, aby v ní byl k dispozici alespoň jeden lék zcela bez doplatku.

### Jaké možnosti předepsání a hrazení nám tak vznikají:

1. Lékař předepíše lék B nebo C. Pojištěnci (= pacientovi) se do limitu započítá doplatek, který skutečně zaplatí, tedy 50 korun.
2. Lékař předepíše lék A. Pojištěnci se započítá do limitu doplatek pouze ve výši 50 korun, přestože reálně zaplatí doplatek 100 korun. Lék není totiž nejlevnější variantou na trhu (na tu se dopláčí jenom 50 korun) a lékař nevyznačil na receptu, že na něm trvá. Pacient však může v lékárně od lékárníka dostat levnější variantu – tedy lék B, nebo C, doplatí pouze 50 korun, které se mu celé započítají do limitu.
3. Lékař předepíše lék D. Pojištěnec doplatí 200 korun a tento doplatek se mu plně započítá do limitu, protože neexistuje levnější alternativa se stejnou účinnou látkou a stejnou cestou podání.
4. Lékař předepíše lék E. Pojištěnec nebude doplácet nic a tedy ani nemůže dojít k žádnému započtení do limitu.

### Pro pacienta je asi nejlepší, když si z toho všeho vezme ono základní pravidlo:

**Vždy se zeptat lékaře (při předepisování), nebo lékárníka (při výdeji léku), zda neexistuje levnější varianta léku a tak se vyhnout situaci, kdy dopláčí zbytečně, respektive, kdy se mu doplatek nezapočítá celý do limitu.**





Do ročního ochranného limitu se nezapočítávají

- » **doplatky na některé léky (viz dále)**
- » **doplatky na zdravotnické prostředky vydané na poukazy**
- » **poplatek 90 korun za pohotovost**
- » **poplatek 60 korun za pobyt**

Oba nově zavedené poplatky, tedy za pohotovost a za pobyt, které se nebudou započítávat do limitu, jsme v plném rozsahu definovali v předcházející části kapitoly (Jaké poplatky nás čekají část C a D). Doplatky na zdravotnické prostředky (vozíky, plenky atd.) nejsou započítávány, podobně jako nejsou tyto prostředky předmětem nové regulace v podobě poplatků. O něco složitější je to u doplatků na léky.

### Mezi doplatky, které se do limitu nezapočítávají patří:

- » **doplatky na částečně hrazené léky, jejichž úhrada je nižší než 30 procent maximální ceny, anebo obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě.** V tomto případě jde o léky, které nemají zásadní léčebný význam a není tudíž vhodné jejich placením příliš zatěžovat veřejné zdravotní pojištění. Proto jim buď byla přisouzena velmi malá úhrada (oněch méně než 30 procent) anebo mají opravdu pouze podpůrný či doplňkový efekt k jiné účinnější léčbě. Seznam léčivých látek určených pouze k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanovuje ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.
- » **doplatky za částečně hrazené léky účtované jako takzvané ZULP (zvláště účtované léčivé přípravky předepisované na žádanku) a hrazené z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče.**

### Sledování limitu a vrácení peněz

Starost o sledování a naplňování limitu v kalendářním roce, okamžiku jeho překročení i vrácení peněz zákon uložil na bedra **zdravotním pojišťovám**. Pojištěnci se vůbec nemusejí obávat, že by se zrovna na jejich limit zapomnělo, nebo že by jim v zákonné lhůtě nebyly vráceny peníze. Dobře promyšlená evidence poplatků takové opomenutí prakticky vylučuje. Přesto, pokud by byl občan nedůvěřivý, má právo žádat si při placení příslušného poplatku **doklad**, který musí vykazovat konkrétní náležitosti (tento doklad se tedy vydává jenom na žádost pojištěnce, více viz rastr). Ten, kdo si doklady uchová, je může použít ve chvíli, kdy nabude dojmu, že je o svá práva krácen. Vývoj naplňování limitu by však občané měli sledovat kvůli sobě a svému plánování

osobních a rodinných rozpočtů. Zdravotní pojišťovny jsou navíc povinny, pokud si to pojištěnec vyžádá, poskytnout mu jedenkrát ročně **bezplatně výpis z jeho osobního účtu**, kde budou mimo jiné uvedeny všechny zaplacené poplatky a doplatky na léky, které se započítávají do limitu. Řada zdravotních pojišťoven chystá také přístup k tomuto osobnímu účtu přes internet.

Pokud pojištěnec **změní zdravotní pojišťovnu**, je jeho původní pojišťovna povinna té nové sdělit všechny potřebné informace. Částky, které vznikly překročením limitu, hradí pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci ta pojišťovna, u které byl pojištěn k poslednímu dni kalendářního roku, ve kterém byl limit překročen. Peníze si pak pojišťovny přeúčtují mezi sebou.

**Jak dojdeme k limitu?** Postupně. Tak, jak budeme navštěvovat lékaře, platit doplatky na léky a poplatky za výdej léku, se nám automaticky za pomoci počítačů v naší zdravotní pojišťovně budou tyto platby sčítat až jednoho dne narazí na hranici 5 tisíc korun. To bude pro pojišťovnu znamení, že všechny peníze za započítatelné poplatky a doplatky, které zaplatíme nad tuto částku, nám bude muset vrátit. Pozor ale: **platit budeme dál a pojišťovna nám bude po kvartálech posílat peníze zpátky.**

Vyhodnocování, zda byl limit překročen, se totiž bude provádět po jednotlivých kalendářních čtvrtletích. Postup bude takový, že pokud v jednom čtvrtletí překročíte limit 5 000 korun, ve čtvrtletí následujícím vám (nebo vašemu zákonnému zástupci) musí pojišťovna uhradit do 60 dnů částku ve výši součtu poplatků ve výši 30 korun a doplatků na léky, o kterou jste limit překročil(a). Pochopitelně **jde o vrácení peněz pouze za poplatky a doplatky, které se do limitu započítávají** (viz výše).

Částku, která bude tak malá, že v kalendářním čtvrtletí nepřesáhne 50 korun, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.

**Jak má vypadat doklad o zaplacení poplatku?** 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. 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.

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.

V lékárně je nyní (až do 31. 12. 2007) uveden na dokladu pouze zaplacený doplatek na lék, od 1. ledna 2008 musí lékárna zvláště ještě na dokladu také uvést nově zavedený uhrazený regulační poplatek a jeho výši a dále výši doplatku, který se započítává do limitu 5 000,- Kč.



### III LÉKY, JEJICH CENY A DOPLATKY



Vládní batoh stabilizačních opatření přinesl také některé další novinky v oblasti léků, než o jakých jsme psali výše. Bylo je nutné zavést nejen s ohledem na zavedení poplatku za položku na receptu, ale i kvůli zvýšení daně z přidané hodnoty (DPH) u léků. Nové změny umožňují, aby tyto zvýšené náklady byly občanům kompenzovány nižší obchodní přírůzkou zejména u drahých léků. Před čtením dalšího textu se prosím také podívejte na doplňující informaci **Co je lék a co účinná látka?**

#### Cena, úhrada, doplatek

Od 1. ledna 2008 se mění způsob, jakým jsou stanovovány ceny a úhrady léků. Bude plně vyhovovat požadavkům Evropské komise, která v minulosti kritizovala Českou republiku za netransparentní postup v této oblasti. Vznikne nový systém, který bude daleko pružnější než dnes a povede k tlaku na snižování cen léků a tím pádem i doplateků. Z toho budou mít přímý užitek zejména ti lidé, kteří užívají drahé a nejdražší léky. Jak se toho dosáhne? Ještě než odpovíme, připomeňme si význam základních pojmů:

a) **Nejvyšší možná konečná cena léku** v lékárně vzniká tak, že se k takzvané maximální ceně, za kterou smí nabízet svůj přípravek výrobce, připočte obchodní přírůzka distributorů a lékáren. Tato přírůzka je odstupňovaná do několika pásem a je tím menší, čím je lék dražší (v odborném slangu se jí říká diferencovaná marže). Maximální cenu výrobce a vyšší obchodní přírůzky až dosud regulovalo ministerstvo financí. Tato regulace byla předmětem velké kritiky, pro svoji neúčinnost. Nový systém tuto kompetenci přenesl na Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) spolu s kompetencí rozhodovat o úhradách léků. **Skutečná konečná**

**cena léku v lékárně** může být v různých lékárnách různá, někdy dokonce může být u stejného léku různá i v jedné lékárně (nikdy ale nesmí překročit nejvyšší možnou cenu léku). Záleží totiž na tom, za jakou cenu jej prodává výrobce, od kterého distributora, v jakém čase a za jakých podmínek (například množstevní slevy) lékárna lék nakoupila a zda si uplatňuje obchodní přírůzku v plné výši nebo vydává pacientům lék za nižší doplatek, než nejvyšší možný.

b) **Úhrada léku** vyjadřuje kolik peněz je na lék vynaloženo z balíku, na který se všichni občané skládají, tedy z veřejného zdravotního pojištění. Léky mohou být buď zcela **bez úhrady**, nebo jsou **hrazeny částečně** a některé mají **plnou úhradu** z veřejného zdravotního pojištění. Výše úhrady by měla vyjadřovat důležitost léku pro navrácení či udržení zdraví i spolehlivost jeho účinnosti a bezpečnosti. Zákon (o veřejném zdravotním pojištění) přitom vyjmenovává 300 nejdůležitějších lékových skupin, v nichž v každé musí být za všech okolností alespoň jeden lék hrazen plně (čili musí být bez doplatku). O tom, které účinné látky (obsažené v léčích) jsou částečně anebo plně hrazeny a za jakých podmínek (například lékař jaké odbornosti je smí předepisovat) do nynějška rozhodoval ministr zdravotnictví a to

na návrh takzvané kategorizační komise, sestavené ze zástupců různých lékařských odborností, zdravotních pojišťoven, ministerstva apod. Nyní se tento systém mění. O úhradách léků bude rozhodovat SÚKL ve správním řízení, což jinými slovy znamená, že každý argument pro lepší nebo horší hrazení konkrétního léku musí být řádně písemně doložen. Rozhodovat se bude suše úředně a nikoliv v komisi, kde nebylo úplně zřejmé „kdo za koho kope“. Pokud nebude účastník řízení – výrobce, ale také zdravotní pojišťovna, spokojen s výsledkem, může se odvolat k ministerstvu zdravotnictví a nakonec má možnost nechat celé rozhodnutí přezkoumat soudem.

c) **Doplatek pacienta** je dán rozdílem mezi konečnou cenou léku v lékárně (a) a výší jeho úhrady z veřejného zdravotního pojištění (b). Přestože úhrady jsou po určité období stálé, konečná

cena v lékárně může být různá (jak jsme vysvětlili výše), proto i doplatek může být v různých lékárnách různý.

#### Co je lék a co je účinná látka?

V našem textu používáme pro zjednodušení výraz „lék“, ale správně bychom měli používat výraz **léčivý přípravek**. Ten se skládá z:

» **léčivé látky** (někdy také označované jako účinná látka), což je zpravidla konkrétní chemická látka, která je odpovědná za samotný účinek léku v organismu. Účinná látka je v léku ve velmi malém množství, doslova v mili a mikrogramech, kdybychom ji konzumovali ve velkém, působila by jako jed a mohla by nás i zabít. V léku bývá obvykle jenom jedna, zcela výjimečně i více účinných látek.

» **pomocných látek**, což jsou různé neškodné „přísady“ – škroby, plniva a pojiva, odpovědné za to, že lék drží pohromadě a že se účinná látka dostane na správné místo určení. Kdybychom požili větší množství těchto pomocných látek („ujedli“ například ve farmaceutické továrně), pravděpodobně by se nám nic nestalo.

**Léková forma** je výsledný systém „soužití“ účinné látky s pomocnými látkami – nejčastěji se setkáme s tabletami (kde je účinná látka slisována s pomocnými látkami do pevného tvaru), kapslemi, injekcemi, mastmi, náplastmi na kůži, čípky, sirupy apod.

**Cesta podání** nám říká kudy se lék dostane do organismu – například ústy (tablety a kapsle), přímo do krevního oběhu (injekce), či do recta (čípky).

## Kompenzace nákladů změnou marží

Jak vyplývá z předcházejícího textu, regulace cen i regulace úhrad léků budou nově „pod jednou střechou“ Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Nově ale také zákon vložil do kompetence ministerstva zdravotnictví vydat **cenové rozhodnutí**. Ministerstvo v něm upraví dosavadní obchodní přírážku lékáren tak, aby kompenzovalo přímé výdaje občanů i výdaje z veřejného zdravotního pojištění, které jim vznikly zejména díky vyšší dani z přidané hodnoty (DPH - u léků se mění z 5 procent na 9 procent). Úprava obchodní přírážky je navržena tak, aby **všechny léky byly od nového roku stejně drahé nebo dokonce levnější než před zvýšením DPH**.

**Kompenzace** se projeví zejména u drahých a nejdražších léčiv, což je plně v souladu se záměrem ulevit nemocným lidem tam, kde jsou v současnosti zatěžováni příliš vysokými náklady, například doplatky na léky v řádu tisíců korun a naopak přenést větší díl financování levných léků, v řádu korun a desetikorun na přímé platby pacientů. Mechanismus kompenzace spočívá v přísnějším **prohloubení odstupňování obchodní přírážky**

## Náhrada léku za levnější variantu

Další významnou změnou od 1. ledna 2008 je možnost lékárníka zaměnit pacientovi předepsaný lék za levnější variantu. Je ale striktně omezen tím, že náhradní lék musí obsahovat stejnou účinnou látku, se stejnou cestou podání (například ústy) a stejnou lékovou formu (například tablety). Pokud lékař trvá na přede-

psání konkrétního, i když dražšího léku, musí tuto skutečnost vyznačit na receptu. Obojí má své dopady na započítání doplatku na lék do ročního limitu, o kterém informujeme v předcházející podkapitole.

Díky zavedení a sledování ochranného ročního limitu budou tyto informace k dispozici a bude je možné použít k optimálnímu nastavení výše doplatků tak, aby jejich kumulace nepředstavovala pro konkrétní skupinu pacientů nadměrnou finanční zátěž.

na léky (v prohloubení progresivity diferencované marže). To znamená, že bude přírážka ještě nižší čím bude lék dražší než tomu bylo dosud.

Uvedeme příklad. Pokud pacient ke své léčbě potřebuje lék, který dnes stojí více než 6 tisíc korun (a takových léků kupodivu není málo) při výdeji dvou balení sice zaplatí třicetikorunový regulační poplatek za položku na receptu, ale ten se mu vrátí ve snížených doplatecích (samozřejmě pokud nejde o lék bez doplatku). Tohoto efektu bude dosaženo i přesto, že cena každého balení tohoto léku se vlivem vyšší DPH zvýšila o více než 220 korun. Pacient v popsáném případě nezaplatí ani o korunu víc než dnes, kdy se poplatky neplatí a sazba DPH je nižší. Pokud ke své léčbě bude potřebovat taková balení tři, dokonce ještě ušetří proti dnešku 15 korun! Nové zákonné změny také povedou k dalším postupům, které budou tlačit na snižování cen léků – například zavádí cenové soutěže nebo porovnávání nejnižších cen ve vybraných zemích EU atd. Podrobnější vysvětlení jde nad rámec této publikace, doporučujeme se proto podívat na [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) nebo [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz).

## O doplatecích budeme mít přehled

Možná tomu nebudete věřit, ale až dosud zdravotní pojišťovny ani ministerstvo zdravotnictví neměly přehled o tom jaké částky doplácí pacienti na léky. Nikdo se nezjímal o to kolik doplácí nejen konkrétní pacient, ale také různé skupiny pacientů ať už je definujeme podle zdravotního stavu, například diabetici, pacienti na dialýze, onkologicky nemocní nebo jako vybrané skupiny obyvatel například důchodci.

**Co je to SÚKL?** SÚKL je zkratka označující Státní ústav pro kontrolu léčiv, což je jeden z nejdůležitějších úřadů v českém zdravotnictví. SÚKL dohlíží nad bezpečností léků, schvaluje, které léky smí být na trhu a které ne, je oprávněn nařídit okamžité stažení léku z trhu v případě, že zjistí jakýkoliv problém s jeho bezpečností. SÚKL je navázán na celoevropskou a celosvětovou síť informací o bezpečnosti léků, je schopen na něm trhu okamžitě zareagovat, kdyby se kdekoliv na světě zjistily například nové nežádoucí účinky nějakého léku. SÚKL dohlíží nad řádným prováděním takzvaného klinického hodnocení léků, což je proces ověřování účinnosti a bezpečnosti zejména nových léků v klinické praxi (včetně prvního podání nového léku člověku). SÚKL také dohlíží nad reklamou na léky nebo nad kvalitou práce lékáren a distributorů léků.

Nyní mu přibyla nová odpovědnost – a to stanovování cen a úhrad léků. SÚKL tak bude činit čistě úřední cestou v takzvaném správním řízení. Všechna jeho rozhodnutí provedená v rámci správního řízení budou přezkoumatelná soudem.

**POZOR:** Na webových stránkách ministerstva zdravotnictví na [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) naleznete v rubrice **LÉKY** databázi léků, které jsou k dispozici v České republice a to včetně informací o jejich cenách a úhradách z veřejného zdravotního pojištění, nově také výši průměrného doplatku a do budoucna i doplatku započítatelného do limitu. Také tam můžete zjistit, které léky mají stejnou léčivou látku, čili jsou tam informace o možnosti případné záměny drahého léku za levnější, případně plně hrazenou variantu léku. V databázi najdete i takzvané příbalové informace, neboli „návody k použití“ léků.

# IV. A OBČAN SE PTÁ ...

## aneb kapitola reálných otázek občanů a odpovědí ministerstva zdravotnictví na téma poplatky a doplatky

IV

Vybrali jsme pro vás jenom malou část typických otázek, s nimiž se na ministerstvo v uplynulých měsících obrátili občané, anebo které naši pracovníci zodpovídali v různých on-line diskusích na internetu. Pokud máte jakékoliv další otázky, prosím neváhejte a napište na ministerstvo, nejlépe prostřednictvím mailu na [verejnost@mzcr.cz](mailto:verejnost@mzcr.cz) nebo na klasickou poštovní adresu: Ministerstvo zdravotnictví – odbor komunikace s veřejností, Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2.

### Bude se platit za recepty na antikoncepci?

Za položku na receptu (= výdej jednoho druhu léku) v případě, že se bude jednat o antikoncepci, poplatek platit nebudete, protože antikoncepce není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Uhradíte tedy plnou cenu antikoncepce, ale ne poplatek.



### Ráda bych se zeptala, jak to bude s prohlídkami v době těhotenství?

Prohlídky v době těhotenství jsou osvobozeny od poplatků.

### Popište mi prosím, jak má lékař postupovat, když pacient zaplacení poplatku odmítne?

Určitě se někdy lékaři stane, že mu pacient nezplatí, a on ho bude muset přesto ošetřit, protože půjde o neodkladný problém. Pokud se pak na platbě nedohodnou, vzniká pacientovi dluh a je pouze na lékaři, jakým způsobem ho bude vymáhat. Může se například více lékařů spojit a dluhy vymáhat společně. Nepředpokládáme ale, že s neplatiči bude nějaký zvláštní problém, nebyl ani na Slovensku, ani v Německu, ani v jiných zemích, kde byly poplatky zavedeny.

### Budu platit jen první návštěvu u doktora nebo i ty další, na které mne doktor objedná? Např. skoro všichni kojenci chodí pravidelně (i několikrát týdně) na rehabilitaci. To budou platit za každou návštěvu?

Na první otázku zní odpověď ano, zaplatíte za každou návštěvu u lékaře, při níž vám bude provedeno klinické vyšetření. Na další otázky zní odpověď ne, neboť kojeneček a ani žádný jiný pacient za fyzioterapii (rehabilitaci) prováděnou tak, jak popisujete, neplatí.

### Nechávám si předepisovat léky na rok dopředu. Bude to možné i nadále, nebo budu každé čtvrtletí stát na recept frontu u lékaře?

Léky pro chronické pacienty bude možné předepsat na tzv. opakovaný recept, který Vám lékař vystaví tak, že si na něj budete moci svůj lék vyzvednout v lékárně několikrát (počet opakování stanoví vyhláška). Současně bude omezen počet balení jednoho léku, které lze předepsat na jednu položku na jednom receptu.

### Bude pacient dostávat doklad o úhradě poplatků?

#### Jak budou probíhat u lékaře platby?

Účtenku od lékaře dostanete pouze, pokud o to požádáte. Od regulačních poplatků očekáváme, že poklesne počet návštěv u lékaře a že tedy bude mít více času na pacienty, kteří to skutečně potřebují. Administrace poplatků je čistě technickou záležitostí a jsme si jisti, že se s ní šikovně čeští lékaři snadno vyrovnají. Zvládli to už jejich kolegové v jiných evropských zemích.

### Můj bratr chodí každý týden k psychiatrovi na injekci, již několik roků. To bude pokaždé platit?

Platí se pouze za klinické vyšetření. Pokud Váš bratr opravdu dostane jenom injekci, nebude platit nic.



### Je pravdou, že poplatky za recepty nejsou stanoveny zákonem pro všechny lékárny? Je možné, že řetězové lékárny nebudou muset poplatky vybírat?

Není to pravda. Poplatky jsou povinná vybírat všechna zdravotnická zařízení, včetně lékáren. Ukládá jim to zákon – a to dokonce pod hrozbou pokuty.

### Děti chodí k logopedovi, budou platit za každou návštěvu?

Ano, v případě, že se jedná o klinické vyšetření logopeda, bude zpoplatněno částkou 30 Kč. Nejedná se tedy například o pouhé procvičování výslovnosti.

### Myslíte, že by bylo možné platit kartou?

Ušetřilo by to spoustu práce a opravdu u sebe mnoho lidí nenosí hotovost.

V budoucnosti to tak určitě bude. Nejspíš bezhotovostní platbu kartou nabídnou některá větší zdravotnická zařízení. Zákon to nevyklučuje, jedná se spíše o otázku technického vybavení.



Budou platit poplatky také chronicky nemocní, má je snad „zachránit“ limit nebo sledování systémem IZIP? Chronicky nemocní budou platit za návštěvu u lékaře (s výjimkou takzvaně dispenzarizovaných dětí - které to jsou, stanoví vyhláška). Chronicky nemocné ochrání limit, který dopad poplatků zmírňuje. Pokud celková částka uhrazená pojištěncem (nebo jeho zákonným zástupcem) za poplatky za návštěvu u lékaře ve výši 30 korun, za poplatky za položku na receptu ve výši 30 korun a započitatelné doplatky na léky předepsané na recept a hrazené částečně ze zdravotního pojištění překročí v kalendářním roce limit ve výši 5 000 korun, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci částku, o kterou je tento limit překročen. Systém internetové zdravotní knížky (IZIP) s poplatky vůbec nesouvisí.

### Komu zůstanou vybrané poplatky?

Poplatky zůstanou tomu, kdo je vybírá. Čili lékaři, nemocnici či lékárně. U lékařů a nemocnic by tuto skutečnost měly zohlednit zdravotní pojišťovny při vyjednávání o úhradách zdravotní péče na rok 2008. V případě lékáren bude příjem z poplatků kompenzován snížením obchodních přírůžek na léky, z čehož budou profitovat pacienti díky nižším cenám a nižším doplatkům, zejména u drahých léků.

### Celý život jsem si platil zdravotní pojištění a teď mám ještě navíc platit poplatky. K čemu mi to tedy je, když musím platit dvakrát?

Odvody na zdravotní pojištění nepředstavují platbu za poskytnuté služby, ani předplacení těchto služeb. Ony opravdu jenom vyjadřují solidaritu nás všech s nemocnými. Protože nikdo nemůže vědět, zda tím nemocným, nebo dokonce vážně nemocným nebude už za hodinu nebo zítra ráno právě on sám, a protože je léčba některých onemocnění nesmírně drahá, existuje povinné veřejné zdravotní pojištění. Pokud sečteme všechny odvody na zdravotní pojištění, kterými obohatí občan společný fond v průběhu deseti let, dostaneme se například k částce 250 až 300 tisíc korun. Za jediný den strávený na jednotce ARO v nemocnici by v případě vážného stavu stejný člověk takovou sumu „utratil“ za jediný den!

Jak dlouho musí minimálně trvat vyšetření lékařem, aby vznikl nárok na poplatek ve výši 30 Kč (od 1.1.2008)? A co když mi sestra napíše recept a lékaře ani nevidím? Regulační poplatek 30 Kč se platí jenom v tom případě, že lékař provede klinické vyšetření. Samu dobu trvání vyšetření si určí sám lékař podle nálezu, nikoliv ministerstvo. Lékař má ale samozřejmě k dispozici jisté vodítko v podobě takzvaného seznamu výkonů.

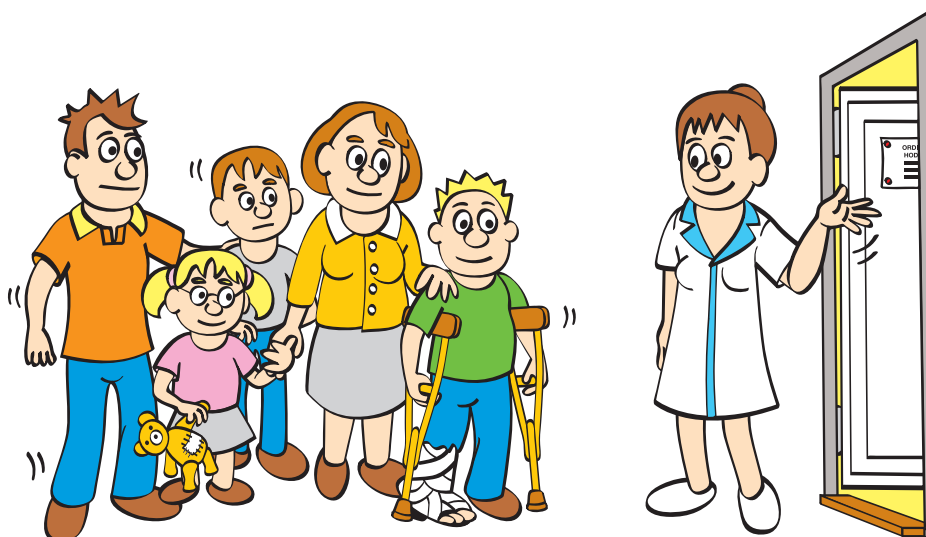
Sjednání termínu či podání receptu mezi dveřmi opravdu klinickým vyšetřením nejsou, tudíž za ně ani nic neplatíte. Navíc z titulu pracovních povinností sestra recepty správně sama ani vystavovat nesmí.

### Budou při poplatcích nějak zvýhodněni lidé, kteří pracují rizikově? U některých povolání je určitě daleko vyšší možnost zranění, než třeba v kanceláři.

Péči o lidi, kteří jsou vystaveni určitým zdravotním rizikům v souvislosti se svým zaměstnáním, se zabývá celá jedna velká lékařská disciplína - pracovní lékařství. Málo se ví, že za předcházení těmto rizikům jsou odpovědní především zaměstnavatelé. Oni by měli vytvářet takové pracovní podmínky, a případně ve spolupráci se specialisty z oblasti pracovního lékařství nabízet takové preventivní programy, které budou rizika vznikající na pracovišti maximálně omezovat.

### Jak se vůbec poplatky u lékaře slučují s Listinou lidských práv a svobod, se článkem 31? A podle ústavy má také každý z nás právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Poplatky jsou plně v souladu s touto listinou, protože, jak sám správně citujete, ústava, i při své velkorysosti, počítá s tím, že veřejné zdroje jsou omezené, a proto ukládá zákonodárcům právo bezplatnou zdravotní péčí upravit zákonem. A to je to, co činíme. Již od startu systému veřejného zdravotního pojištění v roce 1993 se platí doplatky na léky nebo na zdravotnické prostředky a některé zdravotní služby nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění vůbec.



Ráda bych se zeptala, zda budu muset platit u lékaře za svého syna. Ve třetím měsíci prodělal akutní zánět ledvin, od té doby pravidelně docházíme do nefrologické poradny. Tam budu muset také platit? A pokaždé, když synovi stoupne teplota nad 38°C, musíme donést k obvodní lékařce na kontrolu moči, jestli jsou ledviny a močové cesty v pořádku. Tak by mě zajímalo, zda za každou kontrolu moči budu muset platit.

„Kontrola moči“ je laboratorní vyšetření a ta jsou všechna od poplatků osvobozena. Naopak zpoplatněna 30 korunami je návštěva lékaře, pokud je spojena s klinickým vyšetřením (čili není to podání papíru mezi dveřmi, ale řádná prohlídka). Děti s některými vybranými diagnózami, pro které jsou dlouhodobě sledovány (takzvané dispenzarizovány), budou osvobozeny i od poplatku návštěvy u lékaře, který je léčí pro tuto diagnózu. Jakých konkrétních diagnóz se to týká, určuje vyhláška, kterou musí lékař znát.

### Budu platit za ambulantní péči v nemocnici a u specialisty mimo nemocnici?

Za návštěvu ambulance v nemocnici se při provedení klinického vyšetření poplatek 30 korun platit bude, je to stejné, jako když navštívíte ambulantního lékaře - specialistu mimo nemocnici. Výjimkou je situace, kdy je pacient v nemocnici hospitalizován, pak platí 60 korun za den pobytu v nemocnici, ale už nikoliv případné vyšetření v ambulanci během této hospitalizace.

### Můj pes užívá léky určené primárně pro lidi. Budu za něj platit nějaké regulační poplatky?

Zvířata, ani pokud jsou to vaši nejmilejší příslušníci společně sdílené domácnosti, si neužívají výhod veřejného zdravotního pojištění, čili se na ně ani nevztahují žádné regulační poplatky. Pro nemilovníky zvířat dodáváme, že si jejich majitelé platí všechno ze své kapsy.

### Budu platit také za návštěvu fyzioterapeuta s magisterským vzděláním? A pokud ano, bude to za každou návštěvu?

Pokud budete klinicky vyšetřeni lékařem - odborníkem v oboru fyziatrie, budete platit 30 korun. Bude-li lékař provádět bez klinického vyšetření jen například mobilizační techniky, poplatek se nehradí. Poplatek se nehradí také v případě, že se jedná například o fyzikální terapii, kterou provádí fyzioterapeut s magisterským vzděláním.

Mám letošní poukaz na křížkové lázně, ale protože je kapacita roku 2007 plná, mohu podle sdělení lázní tamní léčbu nastoupit až po 1.1.2008. Jak to bude s platbou? Nemohu přece za to, že lázně jsou naplněné až do konce roku.

I pacient hospitalizovaný přes Silvestra v nemocnici ještě 31.12.2007 platit 60 Kč za pobyt nebude, ale od 1.1.2008 už ano. Poukaz na křížkové lázně (tedy komplexní lázeňskou péči) přechází do příštího roku a nemohla -li jste jej (byť i nikoli vlastním zaviněním) využít letos, je třeba se podřídit právním normám platným od roku příštího.

Přestože pacient odmítne zaplatit, lékař ho ošetřit musí. I v neakutním případě? Má to logiku? Dále pak chcete nutit lékaře, aby žaloval každého neplatiče pro 30 Kč. To opravdu myslíte vážně?

Určitě se někdy lékaři stane, že někdo nezaplatí a on ho bude muset ošetřit, protože půjde o neodkladný problém. Je to obdoba ošetření bezdomovců. Je tedy pouze na lékaři, aby se rozhodl, zda a jak dluh vymáhat. A pokuty? Chrání lékaře před nekalou konkurencí jiných lékařů, kteří by založili svoji prosperitu na zásadním nevybírání poplatků. Proto pokuta až do výše 50 tisíc korun. Co jiného by mohlo „zabrat“ na velkou polikliniku nebo řetězec? Jde tu o postih opakovaných a soustavně nevybíraných poplatků. Normální lékař, kterému se občas nepodaří poplatek vybrat, se žádné pokuty bát nemusí.

### Do nemocnice se dostanu cizí vinou, třeba po nezaviněné dopravní nehodě. Kdo bude platit můj pobyt, následné návštěvy u lékaře a mé léky?

Situace bude zcela analogická jako v jiných oblastech. Ten, kdo Vám způsobil dopravní nehodu, Vám musí uhradit vzniklou škodu, včetně Vašich výdajů na léčení, kam samozřejmě poplatky patří. Nemocnici, lékaři i lékárnám budete samozřejmě platit. Vy a záleží na Vašich právnících, co na viníkovi nakonec vymůžou.



### Porod je přece přirozený proces, proč za něj platit, když to není nemoc?

Ano, jistě máte pravdu. Porod není nemoc, přesto je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Probíhá v nemocnici, tedy ve zdravotnickém zařízení a pobyt maminky a dítěte je spojen s určitými doprovodnými či nezdravotnickými náklady. To je vyváženo zárukou kvalifikované pomoci a dostupnosti špičkových přístrojů, které zaručují bezpečí novorozence i jeho maminky, nezřídka i záchranu jejich života.

### Proč platí poplatky i ty nejmenší děti? Není to scestné?

Tato otázka svádí k bizarní představě, jak kojeneček v ordinaci sahá někam do plínek a vytahuje naspořené penízky ... Za dítě samozřejmě platí poplatek rodiče (nebo samozivitel rodič, nebo zákonný zástupce). Náklady, které tak rodinám vzniknou, jsou z velké části kompenzovány úlevami v daňové oblasti.

Zajímalo by mne, jak je naplánováno vybírání těchto poplatků. To bude u dveří nějaká kasička nebo sestřička bude mít peněženku jako vrchní v restauraci? Nebylo by lepší, kdyby se ten poplatek platil například jednou měsíčně složenkou a hlídala by jej zdravotní pojišťovna? U regulačních poplatků je důležité, aby je pacient platil v okamžiku, kdy zdravotní péči „konzumuje“, čili při návštěvě u lékaře, při vyzvedávání léku v lékárně a podobně. Jde o to, aby si v okamžiku spotřeby zdravotní služby uvědomil, že ta něco stojí. To by mělo vést ke změně jeho chování. Způsob výběru si vyřeší každé zdravotnické zařízení tak, aby to pro něj a pro pacienty bylo co nejjednodušší.



Zapomněli jste také dát do reformy poplatek za každou návštěvu obchodu!

Oceňujeme snahu o vtip. Váš přírámek by seděl jenom v tom případě, že byste u lékaře, tak jak jste zvyklý v obchodě, platil plnou cenu. Někdy je to 600 Kč za prohlídku, jindy půl milionu za den na anesteticko-resuscitačním oddělení. Proto nejsou zdravotnická zařízení obchody a proto existuje veřejné zdravotní pojištění.

**Co se stane s neuhrazenými poplatky, pokud pacient umře?**

Poplatky se mohou stát pohledávkou v rámci dědictví (analogie s úmrtím například klienta domova pro seniory).

**Bude platit i člověk, který je třeba dva roky v kómatu?**

Ano, i takovému člověku běží důchod nebo jiné příjmy ze sociální oblasti a může se tedy (prostřednictvím svých zákonných zástupců) podílet na úhradě péče alespoň 60 korunami za den.



**Jak je to s placením DPH u poplatků?**

Poplatky u lékaře, za návštěvu pohotovosti a za den pobytu v nemocnici nejsou předmětem DPH. U lékáren je DPH již zahrnuta do poplatku ve výši 30 Kč.

**Platí se za ozařování při radioterapii na onkologii?**

Ne.



Mám dceru alergika, astmatika a měsíčně doplácím na její léky 2 000 Kč. Zatímco fetáky, alkoholiky a gamblerů léčíme zadarmo. Mohl byste mi to pomoci pochopit že dítě, které nemůže za to, že se narodilo nemocné, si léčbu musí platit, zatím co oni si za to mohou sami a mají to zdarma. Jaké je procento úspěšně vyléčených? Myslím, že jsou to vyhozené peníze, které by se daly využít lépe. Děkuji a prosím nemluvte mi nic o solidaritě, vždyť kdo je solidární s mojí dcerou.

Nevíme, kde jste dospěl k závěru, že léčíme lidi nemocné závislostí „zadarmo“. Ale to, že je léčíme za podobných podmínek jako jiné nemocné, má své velmi dobré důvody, etické, ekonomické i zdravotní. Protože Vás patrně nepřesvědčíme žádnou etikou, poukážeme pouze na to, že společnost, která tyto nemocné vytěšňuje a nestará se o ně, se vystavuje obrovskému riziku, např. šíření infekčních nemocí, zvýšené trestné činnosti apod. Neberte to prosím nijak osobně, ale nikdo si nemůže být jist, zda se právě jeho dítě najednou neocitne ve špatné společnosti, nepodlehne vábení alkoholové, drogové, či jiné závislosti. Zaslouží si takové dítě naši pomoc? Pokud ano, jak rozlišíme jednoho nemocného od druhého? Jak odlišíme kdo si svoji závislost „zavinil“ a kdo „nezavinil“.

Uvádíte, že musíte měsíčně doplácet na léky pro svoji dceru 2 000 Kč. Právě proto, že jsme si velmi dobře vědomi, že jsou v České republice – i přes proklamace předcházejících ministrů zdravotnictví – vážně nemocní lidé, kteří doplácí příliš vysoké částky za své léky, prosadil ministr Tomáš Julínek v poslanecké sněmovně zcela nový institut ročního limitu 5 000 Kč na započitatelné doplatky na léky plus na poplatky za návštěvu lékaře a za položku na receptu. Pokud tedy vaše dcera doplácí 2 000 Kč měsíčně na léky, které skutečně potřebuje, což ročně představuje 24 000 Kč, v příštím roce ve skutečnosti zaplatíte 5 000 Kč a ušetříte za celý rok 19 000 Kč. Otázkou však je, co všechno do této částky počítáte Vy. Zda tam nejsou některé podpůrné léky, či vitamíny. Nicméně, pokud bychom toto odečetli, vychází výsledná částka pro Vás velmi dobře. Pokud Vám tedy stát garantuje, že ročně nezaplatíte více než 5 000 Kč za léky, jejichž cena je několikanásobně vyšší, pak je na místě mluvit o solidaritě společnosti s Vaší dcerou.





POKRAČOVÁNÍ PŘÍŠTĚ ...