

Novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

Stav: aktuálně Legislativní rada vlády, do vlády v září 2020

Legislativní změny týkající se vysoce inovativních léčiv a léčiv na vzácná onemocnění

Výchozí situace

- Pomalý vstup inovativních léčiv do systému v.z.p. zejména vlivem administrativně náročného procesu
- Největší meziroční nárůsty úhrad jsou u centrové péče
- Masivní nárůst nákladů a počtu žádostí o úhradu na § 16
- § 16 supluje těžkopádný standardní mechanismus úhrad přes SÚKL (1/3 léčiv hrazených na § 16 neprošla nebo ani nepožádala o stanovení úhrady na SÚKL)
- Postup podle § 16 je pro pacienty dnes nepředvídatelný, nekonzistentní mezi zdravotními pojišťovnami, i mezi jednotlivými případy téže pojišťovny

Význam nové legislativy

- Změny připravila pracovní skupina pro revizi systému cen a úhrad léčiv (MZ, SÚKL, ČLS JEP, VZP, SZP, AIFP, ČAFF, AVKV, ČLK, ČLnK, Pacientská rada, Koalice pro zdraví)
- Jedná se o maximálně konsensuální materiál
- Vznikla největší novela za posledních 13 let
- 2 roky práce

Přínosy nové legislativy

- Zásadně větší dostupnost nejmodernějších léků a léků na vzácná onemocnění pro pacienty
- Pacienti se dostanou k většímu množství účinných inovativních léků standardní cestou, na které by si dnes museli žádat přes § 16
- Motivuje výrobce k podávání žádostí o standardní úhrady a ne skrze § 16
- Poprvé do rozhodování o úhradě vstupují pacienti a odborné společnosti (u léků na vzácná onemocnění)
- Při rozhodování o vstupu nových léčiv do systému v.z.p. jsou zohledněny měkká kritéria a vliv na kvalitu života (zejména orphany, moderní terapie...)
- Zrychluje administrativní proces na SÚKL
- Zajistí udržitelné financování
- Přizpůsobení legislativy novým technologiím

4 cesty vstupu inovací do systému

1. nákladově efektivní inovace – vstup do trvalé úhrady

2. vysoce inovativní léčivé přípravky (VILP)

- léčivý přípravek není nákladově efektivní (popř. nemá data validně prokazující nákladovou efektivitu)
- panuje však předpoklad, že po určité době nákladově efektivní bude, popř. získá data z klinické praxe k prokázání efektivity, a bude moci získat úhradu

3. léky na vzácná onemocnění (orphan drugs)

- u těchto léků není předpoklad nákladové efektivity

- tvrdá kritéria (nákladová efektivita) musí ustoupit měkkým kritériím; ta jsou do určité míry hodnocena subjektivně, proto musí rozhodnout kolektivní orgán
- historicky první zapojení pacientů a odborných společností do rozhodovacího procesu o stanovení úhrady pro lék

4. § 16

- tato mimořádná cesta je zachována, avšak proces bude pro pacienta mnohem transparentnější a jednotný napříč pojišťovnami

Rozhodování zdravotních pojišťoven o nároku pojištěnce na hrazené zdravotní služby

Výchozí situace

- v současnosti nejsou stanovena jasná procesní pravidla pro případy, kdy je poskytnutí některých zdravotních služeb podmíněno předchozím schválením revizního lékaře (zdravotní pojišťovny)
- především jde o situace, kdy je poskytnutí zdravotní služby jako hrazené svázáno dalšími podmínkami (např. množství, frekvenční nebo indikační omezení, jediná možnost z hlediska zdravotního stavu pojištěnce podle § 16 atd.)
- jedná se přitom o více než 450 tisíc žádostí ročně – netýká se pouze § 16 zákona č. 48/1997 Sb. (ten tvoří naopak jen zlomek případů), ale především schvalování zdravotnických prostředků, lázeňské rehabilitační péče apod.
- **cílem novelizace je sjednotit proces rozhodování u jednotlivých pojišťoven, zrychlit řízení a posílit postavení pojištěnce**

Změny

- u některých zdravotních služeb již nebude nutné předchozí schválení zdravotní pojišťovnou, neboť není důvod, aby indikaci přezkoumávala, např. přímé překlady z lůžka akutní péče do následné rehabilitace včetně lázeňské = **snížení administrativní zátěže i zjednodušení čerpání hrazené péče pro pojištěnce**
- vzhledem k tomu, že naprostá většina žádostí je bez složitějšího přezkoumávání schválena, nebude nutné, aby o nich zdravotní pojišťovna vedla správní řízení, ale může automaticky a bezodkladně vydat souhlas, na jehož základě lze hrazené služby okamžitě poskytnout = **snížení administrativní zátěže a zrychlení dostupnosti zdravotních služeb pro pojištěnce**
- naopak tam, kde bude např. potřeba provést další dokazování, je třeba držet se striktně pravidel správního řízení tak, aby byl pojištěnec chráněn a měl možnost se proti postupu zdravotní pojišťovny bránit = **zvýšení transparentnosti řízení a posílení právní jistoty pojištěnců**
- v neodkladných případech se výslovně zakotvuje oprávnění poskytovatele potřebnou péči poskytnout i bez předchozího souhlasu zdravotní pojišťovny, ta potom může odmítnout takovou péči uhradit pouze tehdy, pokud by prokázala, že nebyly naplněny podmínky úhrady – rozhodnutí poskytovatele nelze ovšem přičítat k tíži pacienta či po něm dokonce zpětně požadovat úhradu = **zjednodušení čerpání hrazené péče pro pojištěnce**

- odvolacím orgánem je „revizní komise“ zřízená při zdravotní pojišťovně, obsazená většinou experty z oblasti práva a zdravotnictví, kteří nejsou zaměstnanci zdravotní pojišťovny = **snaha o zamezení průtahů v řízení a zajištění nezávislosti rozhodování**

Transparentnější dohodovací řízení

Zveřejňování údajů v dohodovacím řízení – navrhuje, aby byly na stránkách MZ zveřejňovány:

- Seznam účastníků dohodovacího řízení (tzn. profesních sdružení) a plných mocí, na základě, kterých jsou účastníky (kdo a kdy udělil profesnímu sdružení plnou moc). Profesní sdružení budou tyto údaje předávat MZ ke zveřejnění prostřednictvím mandátové komise.
- Protokoly o výsledku dohodovacího řízení, ze kterých bude zřejmé, kdo jednal, o čem a s jakým výsledkem.

Cílem je, aby bylo dohodovací řízení **pro zastoupené poskytovatele i pro veřejnost transparentnější**.

Aktuální změny v úhradách zdravotnických prostředků

Návrh novely zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, obsahuje všechny konsensuální návrhy projednané v Komisi pro kategorizaci a úhradovou regulaci zdravotnických prostředků. Pro osoby se zdravotním postižením je díky domluveným změnám očekáván u mnohých položek **nárůst dopadu do rozpočtu z v.z.p.** a v celém kategorizačním stromě **nedošlo u žádné položky ke zrušení úhrady**. Úhradový limit zdravotnických prostředků (ZP) je uveden bez DPH.

- **ZP, které nejsou dnes hrazeny a nově hrazeny budou:**
 - **úpravy sériově vyrobené obuvi** s frekvencí úhrady 2 páry za rok a 80 % úhradou ze zdravotního pojištění
 - **prostředky pro lokální kyslíkovou terapii** s úhradovým limitem 228,-Kč / 1 ml
 - **ochranné přilby** s úhradovým limitem 2.125,- Kč
 - **prostředky pro mobilizaci podkožních tkání** při léčbě lymfedému s úhradovým limitem 0,1729 Kč / cm²
 - **sluchadla pro vzdušné vedení pro binaurální korekci – od 19 let** s úhradovým limitem 6.087 Kč bez DPH za 1 ks na 5 let.
 - **ZP pro léčbu poruch dýchání ve spánku – výměnná komora zvlhčovače integrovaného v přístroji** s úhradovým limitem 2.173,91 Kč / ks.
 - **přístrojová vybavení pro invazivní domácí umělou plicní ventilaci (ventilátor, odsávačka, pulzní oxymetr, manometr, ambuvak)** např. při výrazně omezené spolupráci pacienta úhradový limit 940,50 Kč / 1 den
 - **opravy obličejových epitéz na zakázku** – 75% úhrada zdravotní pojišťovnou s frekvencí 2 ks / 1 rok
- **ZP, kde se navýšuje úhrada, počet kusů:**

- **biokeramické krytí** – navýšení úhradového limitu na 2,782 Kč bez DPH bez rozdílu plochy
 - **chodítka** – zjednodušení kategorizace, bližší specifikace, do limitu bez schvalování zdravotní pojišťovnou, při schválení zdravotní pojišťovnou bez limitu
 - **sluchadla** – v popisu navýšení ze 3 na nejméně 4 kanály pro výrazně lepší kompenzaci a úprava popisu o digitální zpracování signálu „nejméně“ v x kanálech
 - **řečové procesory – výměna zevní části implantabilního systému** – navýšení úhradového limitu a zpřesnění indikačních omezení
 - **ZP pro korekci poruch zraku (brýle, čočky)** - přesunutí do tabulky č. 2 k ZP na zakázku a rozšíření pro věkovou skupinu do 17 let, zjednodušení popisu
 - **slepecké hole bílé a červené** – navýšení frekvenčního a úhradového limitu
 - **inhalátory, nebulizátory a membrány k vysoce výkonným inhalátorům** – rozšíření indikačních omezení
 - **ortézy z prefabrikátu trupové, horních a dolních končetin, tříbodové stavebnicové** – zavedení 100 % úhrady u všech dětských ortéz a 95% u ortéz pro dospělé, stanovení finančního limitu na 3.478,- Kč bez DPH, do kterého se nebude požadovat schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny
 - **protézy dolních končetin – bionický kloub – stupeň aktivity III. a IV** – rozšíření indikačního omezení
 - **tvarovky ušní a skořepiny** – rozšíření indikačního omezení
 - **tvarovky ušní k závěsným sluchadlům** – navýšení úhrady
 - **úprava vozíků mechanických a elektrických** – navýšení úhrady, přepočítání DPH
- **ZP, kde se snižuje úhrada:**
 - **vložky, kapsy, intravaginální tampony, vložné pleny, fixační kalhotky, plenkové kalhotky** – pro zajištění kontroly vykazování navrhována 2% spoluúčast u III. stupně inkontinence

Rozšíření preskripčního omezení

- **posílení kompetencí všeobecných a dětských sester** se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí (získanou na základě certifikovaného kurzu a rozvíjejícího odbornou způsobilost u pracovníků bez atestace) pro skupiny zdravotnických prostředků 01, 02, 03 a 06
- **rozšíření preskripčního omezení pro praktického lékaře a internistů** u glukometrů, lancet pro lancetová pera a diagnostických proužků pro stanovení glukózy z krve
- **rozšíření o praktického lékaře** u antidekubitní matrace
- **rozšíření preskripčního omezení pro lékaře se způsobilostí pro ortopedickou protetiku** u ortézy trupu na zakázku (dětské i dospělé)

Reforma části stomatologické péče

Česká stomatologická komora navrhla úpravy v úhradách ortodontické péče (včetně ortodontických výrobků, tzv. rovnátek) a stomatologických výrobků a MZ ČR je zaneslo do novely zákona o veřejném zdravotním pojištění. V souvislosti s nimi vynaloží zdravotní pojišťovny na stomatologickou péči o čtvrt miliardy navíc.

Ortodontická péče (včetně ortodontických výrobků)

Změna se týká vyjmutí ortodontické péče a výrobků pro pacienty starší 22 let z úhrad veřejného zdravotního pojištění a rozšíření úhrady u pacientů s vážnými diagnózami.

? Proč?

- Ortodontické vady se **projeví v dětském věku** (7 až 11 let). Pojištěnec má tedy dostatek času na zahájení a dokončení hrazené léčby.
- Léčba ortodontických vad **je efektivnější v dětském věku a může přinést skutečné zlepšení zdravotního stavu**, nikoliv pouhý kosmetický efekt, který je akcentován v dospělosti.
- Z medicínského hlediska je nutné **vadu řešit v době, kdy vzniká**, usměrňovat prořezávání zubů a pracovat s růstem čelistí.
- Omezením úhrady v dospělosti je pacient **motivován k tomu, aby léčbu zahájil** v době, kdy je její účinnost vyšší.
- Ortodontická léčba v dospělosti má **pouze estetický charakter**. Jde o anomálie, které nemají významný vliv na funkci zubů, jejich řešení nezlepšuje zdravotní stav pacienta.
- Věková hranice dosažení 22 let **reflektuje věk, kdy dochází k ukončení vývoje čelistí**, a současně umožňuje úhradu předmětných ortodontických výkonů u těch pacientů, jejichž zdravotní stav vyžaduje chirurgický zákrok, který lze právě vzhledem k vývoji čelistí realizovat až po 22. roce věku.
- Hranice 22 let garantuje hrazenou léčbu i pro pacienty, kteří se pro ni rozhodnou **po dosažení zletilosti**. Léčba trvá obvykle 2, nejvýše 4 roky. I pacient, jehož rodiče o jeho ortodontickou léčbu neměli zájem, tak může po dosažení zletilosti absolvovat léčbu fixními rovnátky z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

! Pozor!

Pacienti starší 22 let, kteří zahájili léčbu před účinností zákona (cca 14 000 pacientů), budou mít 2 roky na dokončení léčby za dosavadních podmínek.

ZMĚNA U FIXNÍCH ROVNÁTEK

? Současný stav

Všem pojištěncům bez ohledu na věk je hrazena veškerá péče, nikoliv však materiál (materiál fixních ortodontických aparátů nebyl nikdy hrazen z veřejného zdravotního pojištění).

? Nově navrhujeme

Rozdělení pojištěnců do 3 kategorií podle diagnóz:

- **Kategorie A – závažné diagnózy, jako rozštěpy, vrozené nebo systémové vady** = úhrada jak péče, tak materiálu v plném rozsahu, a to bez ohledu na věk.
- **Kategorie B a C – méně závažné vady, ostatní vady** = úhrada péče, nikoliv materiálu, a to jen do dosažení věku 22 let.

? Jak to bude fungovat v praxi?

PŘÍKLAD 1

Pacient ve věku 12 let s hemifaciální mikrosomií (vrozená vada projevující se nedostatečně rozvinutou částí obličeje).

Stávající úprava: léčba fixními rovnátky hrazena, materiál rovnátek hradí pacient. Pacient má jedinou možnost, jak dosáhnout úhrady, a to žádostí o úhradu podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Navrhovaná úprava: léčba i materiál automaticky plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění

PŘÍKLAD 2

Pacient ve věku 25 let s mnohočetnou hypodoncií (10 chybějících zubů), rozštěp čelisti.

Stávající úprava: léčba fixními rovnátky hrazena ze zdravotního pojištění, materiál rovnátek hradí pacient. Pacient má jedinou možnost, jak dosáhnout úhrady, a to žádostí o úhradu podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Navrhovaná úprava: léčba i materiál plně hrazeny ze zdravotního pojištění.

PŘÍKLAD 3

Pacient ve věku 13 let s mírně otevřeným skusem předních zubů (do 1 mm). Vada nemá vliv na funkci chrupu, jde o ryze estetickou záležitost.

Stávající úprava: estetická úprava fixními rovnátky hrazena ze zdravotního pojištění, materiál rovnátek hradí pacient.

Navrhovaná úprava: beze změny.

PŘÍKLAD 4

Pacient ve věku 25 let s mírně otevřeným skusem předních zubů (do 1 mm). Vada nemá vliv na funkci chrupu, jde o ryze estetickou záležitost.

Stávající úprava: estetická úprava fixními rovnátky hrazena ze zdravotního pojištění, materiál rovnátek nikoliv hradí pacient.

Navrhovaná úprava: péče ani materiál nehrazeny ze zdravotního pojištění.

PŘÍKLAD 5

Pacient ve věku 70 let s mírně otevřeným skusem předních zubů (do 1 mm). Vada nemá vliv na funkci chrupu, jde o ryze estetickou záležitost.

Stávající úprava: estetická úprava fixními rovnátky hrazena ze zdravotního pojištění, materiál rovnátek hradí pacient.

Navrhovaná úprava: léčba ani materiál nehrazeny ze zdravotního pojištění.

ZMĚNA U SNÍMATELNÝCH ROVNÁTEK

? Současný stav

Všem pojištěncům bez ohledu na věk hrazena veškerá péče (diagnostika, kontroly). Pro účely úhrady snímatelného aparátu (stomatologický výrobek) se pacienti rozdělují do 4 kategorií A až D:

- **U dospělých i dětských pacientů kategorie A** – nejzávažnější poruchy, jako rozštěpy, systémová onemocnění, vrozené vady = snímatelná rovnátka hrazena v plném rozsahu.
- **U dospělých i dětských pacientů kategorie B** – méně závažné vady = hrazeno 80 % z plné úhrady, zbytek doplácí pacient, úhrady jsou u jednotlivých typů rovnátek přímo uvedeny v zákoně a pohybují se ve výši od 542 Kč do 3 258 Kč.
- **U dětí kategorie C** – ostatní vady = přispívá zdravotní pojišťovna dětem do 18 let 50 % z plné úhrady, zbytek hradí pacient, úhrady jsou u jednotlivých typů rovnátek přímo uvedeny v zákoně a pohybují se ve výši od 339 Kč do 2 036 Kč.
- **U dospělých pacientů kategorie D** – ostatní vady = snímatelná rovnátka nejsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění vůbec.

? Nově navrhujeme

Rozdělení pojištěnců do 3 kategorií podle diagnóz. Kategorie A a B existují již v současné době, kategorie C nově zahrne tzv. ostatní vady nejen u dětí, ale i u dospělých do 22 let, u nichž dosud snímatelná rovnátka při tzv. ostatních vadách nebyla hrazena vůbec.

- **Kategorie A** – úhrada jak péče, tak snímatelných rovnátek, a to bez ohledu na věk.

- **Kategorie B a C** – plná úhrada péče a částečná úhrada snímatelných rovnátek, a to jen do dosažení věku 22 let.

! Pozor!

Návrh předpokládá významné zvýšení příspěvku zdravotní pojišťovny na snímatelná rovnátka, čímž dojde ke zlevnění těchto výrobků pro pacienty!

? Jak to bude fungovat v praxi?

PŘÍKLAD 1

Pacient ve věku 12 let v kategorii B (např. obrácený skus řezáků).

Stávající úprava: snímatelná rovnátka hrazena ze zdravotního pojištění částečně (příspěvek zdravotní pojišťovny činí podle typu rovnátek 1 289 Kč až 2 450 Kč), léčba (diagnostika, kontroly) plně hrazena.

Navrhovaná úprava: beze změny, zvýšení příspěvku pojišťovny na snímatelná rovnátka na 1 875 Kč za jednoduchý aparát a na 3 000 Kč za složitý aparát.

PŘÍKLAD 2

Pacient ve věku 20 let v kategorii B (např. obrácený skus řezáků).

Stávající úprava: snímatelná rovnátka hrazena ze zdravotního pojištění částečně (příspěvek zdravotní pojišťovny činí podle typu rovnátek 1 289 Kč až 2 450 Kč), léčba (diagnostika, kontroly) plně hrazena.

Navrhovaná úprava: beze změny, zvýšení příspěvku pojišťovny na snímatelná rovnátka na 1 875 Kč za jednoduchý aparát a 3 000 Kč za složitý aparát.

PŘÍKLAD 3

Pacient ve věku nad 22 let v kategorii B (např. obrácený skus řezáků)

Stávající úprava: snímatelná rovnátka hrazena ze zdravotního pojištění částečně, léčba (diagnostika, kontroly) hrazena plně.

Navrhovaná úprava: léčba ani rovnátka nehrazeny ze zdravotního pojištění.

PŘÍKLAD 4

Pacient ve věku 12 let v kategorii C (ostatní vady, např. chybějící 2 zuby).

Stávající úprava: snímatelná rovnátka hrazena ze zdravotního pojištění částečně (příspěvek zdravotní pojišťovny rovnátek činí podle typu rovnátek 806 Kč až 1 532 Kč), léčba (diagnostika, kontroly) plně hrazena.

Navrhovaná úprava: beze změny, zvýšení příspěvku pojišťovny na 1 250 Kč za jednoduchý aparát a na 2 000 Kč za složitý aparát.

PŘÍKLAD 5

Pacient ve věku 20 let v kategorii D (ostatní vady, např. chybějící 2 zuby).

Stávající úprava: snímatelná rovnátka nehrazena ze zdravotního pojištění, léčba (diagnostika, kontroly) plně hrazena.

Navrhovaná úprava: snímatelná rovnátka částečně hrazena (1 250 Kč za jednoduchý aparát a 2 000 Kč za složitý aparát), léčba (diagnostika, kontroly) plně hrazena ze zdravotního pojištění.

PŘÍKLAD 6

Pacient ve věku 25 let v kategorii A (např. rozštěp čelisti).

Stávající úprava: snímatelná rovnátka i léčba (diagnostika, kontroly) plně hrazeny ze zdravotního pojištění.

Navrhovaná úprava: beze změny, zvýšení úhrady v kategorii A s cílem zvýšit dostupnost péče pro pacienty s nejtěžšími vadami.

Stomatologické výrobky

? Současný stav

Pro každé onemocnění či vadu, které lze řešit protetickým ošetřením, existuje varianta plně hrazená ze zdravotního pojištění. Současně se však v souladu s dosud uplatňovanou praxí umožňuje pojištěncům, aby si vybrali variantu, která podle okolností může být částečně hrazená nebo zcela nehrazená ze zdravotního pojištění.

? Nově navrhujeme

Vyšší úhrada

Zavádí se kategorie protetických výrobků v základním provedení, které jsou **plně hrazené**, a v jiném než základním provedení (snímatelné náhrady a estetické korunky/členy ostatní), které se zařazují mezi **částečně hrazené** výrobky.

Pojištěnec tak získá možnost:

- Čerpat příspěvek zdravotní pojišťovny (částečná úhrada) i u jiných než základních protetických výrobků, a to jak v případě korunek, tak v případě částečných i celkových snímatelných náhrad. Stávající právní úprava tyto možnosti pojištěncům nedávala.
- Do budoucna čerpat částečnou úhradu ze zdravotního pojištění i na nové technologie či materiály. Tím návrh přispívá ke kvalitě ošetření hrazeného ze zdravotního pojištění ve prospěch pojištěnců, neboť jim (na rozdíl od stávající úpravy) i do budoucna zpřístupňuje takové zdravotní služby, které budou odpovídat stavu vědy, aniž by k tomu bylo nutno schvalovat změny zákona.

Úprava časového úseku úhrady

Nově se upravují množstevní limity, tedy počet konkrétních výrobků, které se hradí v určeném časovém úseku (např. na jednom zubu lze uhradit celokovovou plášťovou korunku jednou za 8 let).

Jak?

Doba, po které lze stejný výrobek u stejného pojištěnce uhradit, se prodlužuje ze 2, popř. 3 let na 4 roky a z 5 let na 8 let.

Proč?

- Toto prodloužení reaguje na **zvýšenou kvalitu moderních postupů a používaných materiálů** a z toho plynoucí **delší „trvanlivost“ výrobků**.
- Zvyšuje současně **motivaci pojištěnce k řádné péči** o stomatologický výrobek.
- **Omezí možnosti zneužívání** opakované úhrady výrobku bez skutečné terapeutické potřeby.

❑ Aktualizace seznamu hrazených stomatologických výrobků

- Seznam pochází z roku 1997, od té doby došlo v zubním lékařství k dramatickému posunu.
- Vyřazují se obsoletní či non lege artis výrobky.
- Zjednodušuje se seznam hrazených stomatologických výrobků.
- Do seznamu se promítají poznatky z praxe, a to jak odborné, tak právní.
- Navržená úprava nejen posouvá seznam hrazených stomatologických výrobků na současnou úroveň vědy, ale současně i staví efektivní překážky zneužívání některých kódů ze strany některých poskytovatelů.
- Zpřehledněním a zjednodušením seznamu návrh dává pojištěnci možnost snazší orientace v právní úpravě a tím i identifikace jeho nároku na úhradu ze zdravotního pojištění.

? Jak to bude fungovat v praxi?

PŘÍKLAD 1 – ESTETICKÁ KORUNKA Z KOMPOZITNÍHO PLASTU

Pacient v jakémkoliv věku, přední zub.

Stávající úprava: výrobek částečně hrazený ze zdravotního pojištění, příspěvek zdravotní pojišťovny 745 Kč, na stejném zubu možno uhradit jednou za 2 roky.

Navrhovaná úprava: výrobek plně hrazený ze zdravotního pojištění, na stejném zubu možno uhradit jednou za 4 roky (množstevní limit reflektuje reálnou praxi, vyšší trvanlivost moderních materiálů a také zákonnou odpovědnost poskytovatele za vady výrobku).

PŘÍKLAD 2 – ESTETICKÁ KORUNKA S FAZETOU Z KOMPOZITNÍHO PLASTU

Pacient do 18 let, stálý zub.

Stávající úprava: výrobek částečně hrazený ze zdravotního pojištění, příspěvek zdravotní pojišťovny 1 066 Kč, na stejném zubu možno uhradit jednou za 5 let.

Navrhovaná úprava: výrobek plně hrazený ze zdravotního pojištění, na stejném zubu možno uhradit jednou za 8 let (množstevní limit reflektuje reálnou praxi a vyšší trvanlivost moderních materiálů).

PŘÍKLAD 3 – ESTETICKÁ KORUNKA Z KERAMIKY

Pacient do 18 let s diagnózou amelogenesis imperfecta (geneticky podložené onemocnění projevující se měkkou, poddajnou sklovinou), stálý zub.

Stávající úprava: nehrazeno ze zdravotního pojištění.

Navrhovaná úprava: výrobek plně hrazený ze zdravotního pojištění po schválení revizním lékařem (zdravotní pojišťovnou).

PŘÍKLAD 4 – ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA

Dospělý pacient, horní i dolní čelist, náhrada s jednoduchými retenčními prvky.

Stávající úprava: plně hrazeno ze zdravotního pojištění, možno uhradit jednou za 3 roky.

Navrhovaná úprava: plně hrazeno ze zdravotního pojištění, podmínky úhrady zajišťují vyšší kvalitu výrobku oproti stávající úpravě, možno uhradit jednou za 4 roky (množstevní limit reflektuje reálnou praxi, vyšší trvanlivost moderních materiálů a také zákonnou odpovědnost poskytovatele za vady výrobku).

PŘÍKLAD 5 – ČÁSTEČNÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA

Dospělý pacient, horní i dolní čelist, náhrada se zásuvnými spoji.

Stávající úprava: nehrazeno ze zdravotního pojištění.

Navrhovaná úprava: částečně hrazeno ze zdravotního pojištění, příspěvek zdravotní pojišťovny 2 500 Kč.

PŘÍKLAD 6 – CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA

Dospělý pacient, horní i dolní čelist, náhrada z jednobarevné metylakrylátové pryskyřice s pryskyřičnými zuby.

Stávající úprava: plně hrazeno ze zdravotního pojištění, možno uhradit jednou za 3 roky.

Navrhovaná úprava: plně hrazeno ze zdravotního pojištění, možno uhradit jednou za 4 roky (množstevní limit reflektuje reálnou praxi, vyšší trvanlivost moderních materiálů a také zákonnou odpovědnost poskytovatele za vady výrobku).

PŘÍKLAD 7 – CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA

Dospělý pacient, horní i dolní čelist, náhrada s litou patrovou deskou.

Stávající úprava: částečně hrazeno ze zdravotního pojištění, příspěvek zdravotní pojišťovny 1 531 Kč, možno uhradit jedno za 3 roky.

Navrhovaná úprava: částečně hrazeno ze zdravotního pojištění, příspěvek zdravotní pojišťovny 4 500 Kč, možno uhradit jednou za 4 roky (množstevní limit reflektuje reálnou praxi, vyšší trvanlivost moderních materiálů a také zákonnou odpovědnost poskytovatele za vady výrobku).

PŘÍKLAD 8 – CELKOVÁ SNÍMATELNÁ NÁHRADA

Dospělý pacient, horní i dolní čelist, náhrada s keramickými zuby.

Stávající úprava: nehrazeno ze zdravotního pojištění.

Navrhovaná úprava: částečně hrazeno ze zdravotního pojištění, příspěvek zdravotní pojišťovny 4 500 Kč.