



V Praze dne 10. března 2020



MZDRX019CSPN

Stanovisko k platbám pojištěnců u poskytovatelů zdravotních služeb za poskytnutí zdravotní služby

Následující text shrnuje základní informace týkající se otázky, za jakých podmínek může poskytovatel zdravotních služeb po pojištěncích žádat platbu v souvislosti s poskytnutím zdravotní služby, a to zejména takové zdravotní služby, která je plně nebo částečně hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Má poskytovatel právo žádat od pojištěnce přímou úhradu?

Podle § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění, platí, že „*Pojištěnec má právo na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu*“. Protože § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění je obecným pravidlem, mohou z něj být jinými ustanoveními zákona o veřejném zdravotním pojištění stanoveny výjimky, kdy je možné přijmout od pojištěnce úhradu i v souvislosti se službou hrazenou zdravotní pojišťovnou. Takové výjimky skutečně stanoveny jsou. Proto z § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění vyplývá, že poskytovatel zdravotních služeb je oprávněn od pojištěnce žádat v souvislosti s poskytnutím hrazené služby **platbu pouze tehdy, pokud mu to výslovně umožňuje jiné ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění**.

Ve kterých případech může poskytovatel žádat od pojištěnců přímou úhradu?

Případy, kdy lze od pojištěnců žádat přímou úhradu, představují regulační poplatky, zákonem předvídané doplatky u částečně hrazených služeb, zdravotní služby sice podle zákona hrazené, ale čerpané u poskytovatele zdravotních služeb, se kterým zdravotní pojišťovna pojištěnce nemá uzavřenou smlouvu, a zdravotní služby, které jsou podle zákona ze zdravotního pojištění zcela nehrazené.

Úhrada zdravotní pojišťovnou a smluvní vs. nesmluvní poskytovatel





Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění má každý pojištěnec **právo na výběr jak zdravotní pojišťovny**, tak i poskytovatele zdravotních služeb, který je ve smluvním vztahu k jeho zdravotní pojišťovně (smluvní poskytovatel). Jestliže pojištěnec **čerpá zdravotní péči u smluvního poskytovatele**, pak má právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, ledaže jde o péči, která je uvedena v zákoně o veřejném zdravotním pojištění jako nehrazená ze zdravotního pojištění nebo hrazená jen zčásti (viz dále).

Pro všechny druhy péče si může pojištěnec vybrat i **nesmluvního poskytovatele zdravotních služeb**. Tím se však vzdává práva na úhradu péče z veřejného zdravotního pojištění a veškerou zdravotní péči poskytnutou nesmluvním poskytovatelem, včetně léků a doprovodných vyšetření, si hradí ze svých prostředků. To neplatí pouze u neodkladné zdravotní péče, tedy zdravotní péče poskytované tehdy, pokud je pojištěnec v bezprostředním ohrožení života nebo bezprostředním vážným ohrožením zdraví, trpí intenzivní bolestí nebo ohrožuje své okolí v důsledku změn chování. **Neodkladnou péči musí zdravotní pojišťovna pojištěnce uhradit i nesmluvnímu poskytovateli a poskytovatel tedy nesmí požadovat žádnou platbu po pojištěnci**. Smlouva se zdravotní pojišťovnou není vyžadována ani u lékárny, jelikož plně a částečně hrazené léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky zdravotní pojišťovna hradí všem lékárnám nezávisle na tom, zda s nimi má smlouvu uzavřenou, viz § 11 odst. 1 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění. To tedy znamená, že **léky na recept si lze vyzvednout ve kterékoliv lékárně a zdravotní pojišťovna je vždy v předepsané výši uhradí**.

Jaké regulační poplatky zákon v současnosti připouští?

V současné době výslovně připouští zákon o veřejném zdravotním pojištění pouze regulační poplatek 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství, který musí pojištěnec či jeho zákonný zástupce poskytovateli zdravotní služby uhradit. Existují nicméně zákonné výjimky, kdy se tento poplatek neplatí (blíže viz § 16a odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění), zejména pokud ošetřující lékař pohotovostní služby rozhodne, že pojištěnec má být hospitalizován.

Kdy připadají v úvahu doplatky za zdravotní službu hrazenou zdravotní pojišťovnou pouze částečně?

Druhou skupinou plateb pojištěnců v souvislosti s poskytnutím hrazené zdravotní služby, které zákon výslovně zakotvuje, jsou **doplatky**. V současné době se může jednat zejména o **doplatek na částečně hrazený léčivý přípravek, potravinu pro zvláštní lékařské účely, zdravotnický prostředek nebo stomatologický výrobek**, a to v případě, že jejich cena pro konečného spotřebitele je vyšší než stanovená úhrada od zdravotní pojišťovny. V těchto případech má pojištěnec právo na úhradu od zdravotní pojišťovny do stanovené





výše a doplácí pouze rozdíl mezi výší konečné ceny a výší úhrady od zdravotní pojišťovny. Na úhradě ceny částečně hrazené zdravotní služby se tedy podílí pojištěnec i zdravotní pojišťovna. Každý pojištěnec má pak mj. právo na vystavení dokladu o zaplacení doplatku za vydaný částečně hrazený léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely poskytovatelem lékařské péče.

Lze požadovat doplatek u zdravotní služby plně hrazené zdravotní pojišťovnou?

U **plně hrazené** zdravotní služby žádný doplatek nevzniká, neboť její cenu plně hradí zdravotní pojišťovna. Plně hrazenou zdravotní službou může být zdravotní výkon, léčivý přípravek, potravina pro zvláštní lékařské účely nebo zdravotnický prostředek. Plně hrazené jsou preventivní prohlídky. Pokud smluvní poskytovatel zdravotních služeb vyžaduje za plně hrazenou zdravotní péči platbu v hotovosti, jedná v rozporu se zákonem.

Kde najdu seznam výší cen a úhrad pro léčivé přípravky a zdravotnické prostředky?

Maximální výše cen, úhrad a doplatků pro léčivé přípravky na recept lze nalézt na webu <https://www.mzcr.cz/leky.aspx>, pro hrazené zdravotnické prostředky na poukaz na webu <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-zdravotnickych-prostredku-hrazenych-na-poukaz>.

Kde najdu informace o zdravotních výkonech?

Informace o rozsahu hrazených součástí zdravotních výkonů lze nalézt v aplikaci <https://szv.mzcr.cz/>.

Lze požadovat doplatky či poplatky v rámci lůžkové péče?

V souvislosti s poskytováním léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků či jiných zdravotních služeb v rámci **lůžkové péče** neplatí pojištěnec žádné poplatky či doplatky, ani se na poskytování lůžkové péče finančně nijak jinak nepodílí.

Může poskytovatel nabízet tzv. nadstandardní služby?

V souvislosti s ambulantní i lůžkovou péčí sice může poskytovatel pojištěnci nabízet nadstandardní služby za přímou úhradu pojištěncem, nicméně pojištěnec tyto služby nesmí být žádným způsobem nucen čerpat, jejich čerpání musí být plně na principu dobrovolnosti. **Poskytovatel je vždy povinen poskytnout služby hrazené plně nebo částečně zdravotní pojišťovnou, nezávisle na tom, zda se pojištěnec rozhodl čerpat služby nabízené ze strany poskytovatele jako nadstandardní.**





Které zdravotní služby jsou ze zdravotního pojištění nehrazené?

Pro úplnost je nutné dodat, že ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce (§ 15 odst. 15 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Další zdravotní služby, které nejsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny, uvádí příloha č. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Mám právo na informaci o výši přímé úhrady a na doklad o jejím zaplacení?

Pojištěnec musí být předem před poskytnutím nehrazené nebo částečně hrazené zdravotní služby vždy **informován** o ceně této služby a poskytovatel mu musí za uhrazené zdravotní služby vystavit účetní doklad. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen také zpracovat seznam cen poskytovaných zdravotních služeb nehrazených a částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a umístit ho tak, aby byl seznam přístupný pacientům; to neplatí pro poskytovatele lékařské péče (§ 45 odst. 2 písm. a) a b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů).

Kam se mohu obrátit, pokud se domnívám, že byl porušen zákon?

Dojde-li ze strany poskytovatele zdravotních služeb k porušení zákazu žádat od pojištěnce úhradu za poskytnutí hrazené zdravotní služby vyjma regulačního poplatku a doplatků, má pojištěnec mimo jiné možnost proti postupu poskytovatele podat stížnost, a to nejprve u poskytovatele, proti kterému směřuje, a poté i u krajského úřadu kraje, na jehož území tento poskytovatel poskytuje zdravotní služby (blíže viz § 93 zákona č. 372/2011 Sb.). Může zaslat proti postupu poskytovatele i stížnost ke zdravotní pojišťovně, neboť půjde o porušení smlouvy mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Není vyloučena ani možnost vymáhání vrácení platby občanskoprávní cestou.

Mohu kontrolovat, jaké zdravotní služby za mne moje zdravotní pojišťovna uhradila?

Každý pojištěnec má právo požádat u své zdravotní pojišťovny jedenkrát ročně o detailní **výpis čerpání zdravotní péče** a zdravotní pojišťovna je povinna tento **přehled vykázané zdravotní péče** písemně zdarma a bez zbytečného odkladu poskytnout (§ 43 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Zdravotní pojišťovny umožňují k přehledu vykázané péče i dálkový přístup.





Jsou ceny zdravotních služeb regulované?

Závěrem lze uvést, že cena některých zdravotních služeb je v České republice státem regulována. Ať už má pacient na úhradu těchto cenově regulovaných služeb právo či nikoliv, vždy musí každý poskytovatel zdravotních služeb (smluvní i nesmluvní) jejich cenovou regulaci dodržovat a nesmí cenově regulovanou zdravotní službu pacientovi nabídnout za cenu, která není v souladu s cenovou regulací, např. za cenu převyšující úředně stanovený horní limit, což by mohlo znamenat neoprávněně vyšší doplatek. Tuto povinnost stanoví poskytovatelům zdravotních služeb ustanovení § 5 odst. 5 a § 6 odst. 2 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů.

Shrnutí klíčových informací

Ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění jednoznačně vylučuje, aby poskytovatel žádal od pojištěnce platbu za zdravotní službu plně nebo částečně hrazenou zdravotní pojišťovnou mimo výše uvedených případů. Nezávisí přitom na tom, zda to nazývá platbou, úhradou, poplatkem, příspěvkem či jakkoliv jinak. Jsou-li v přímé souvislosti s poskytováním hrazené služby požadovány poskytovatelem zdravotních služeb po pojištěnci jiné platby než výše uvedené doplatky a regulační poplatky (např. za použití rukavic při vyšetření, za předepsání hrazeného léčivého přípravku nebo zdravotnického prostředku), jedná poskytovatel zdravotních služeb v rozporu s platnými právními předpisy.

Je také vyloučeno, aby poskytovatel podmiňoval poskytnutí hrazené zdravotní služby tím, že u něj bude pojištěnec jako samoplátce čerpat jinou službu dle nabídky poskytovatele (zdravotní služby nebo úkony administrativního charakteru, konzultace, informování přes sms nebo e-mail apod.). Nezávisle na tom, zda se pojištěnec rozhodne tyto služby čerpat nebo nikoliv, má poskytovatel povinnost pojištěnci poskytnout veškeré zdravotní služby plně nebo částečně hrazené zdravotní pojišťovnou za podmínek vymezených zákonem a pojištěnec má právo na jejich poskytnutí trvat.

Se žádostí o detailnější informace se samozřejmě lze vždy obrátit na příslušnou zdravotní pojišťovnu a v případě nespokojenosti s odpovědí také na Ministerstvo zdravotnictví na adresu verejnost@mzcr.cz nebo mzcr@mzcr.cz.

Mgr. Pavlína Žilová v. r.

ředitelka odboru regulace cen a úhrad
podepsáno elektronicky

