

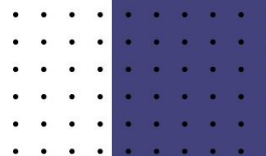


PRŮVODCE ZDRAVOTNICTVÍM PRO PACIENTY

Příručka pro pacienty, jak se orientovat
ve zdravotnické legislativě

JUDr. **ONDŘEJ DOSTÁL**, Ph.D., LL.M.

 **Královéhradecký kraj**



Úvodem

Zdravotnictví v moderní době provází občana celým jeho životem. Většina z nás se narodila v porodnici, během života nás čekají pravidelná očkování, preventivní prohlídky u praktika či zubaře, zdravotní péči čerpáme při nemocech či úrazech, využíváme lázní a ozdraven, v neodkladných situacích je nám k dispozici zdravotnická záchranná služba a pohotovosti, mnoho z nás svůj život v nemocnici i ukončí. Ale i ti pacient, kteří onemocněli vážnými chorobami, dříve neléčitelnými, mohou dnes počítat s bezplatnou dostupností širokého spektra moderních léčiv, zdravotnických prostředků a léčebných metod. To vše a mnoho dalšího nám zajišťuje solidární zdravotní systém České republiky.

Jak tento systém funguje, kolik stojí peněz, kdo ho financuje? Jak se dozvědět, co můžeme dělat v jednotlivých životních situacích, včetně těch, kdy dostupnost či kvalita péče selhává? Jak můžeme k péči o zdraví přispět sami? To vše se dočtete na stránkách této příručky, připravené ve spolupráci s Královéhradeckým krajem, s využitím dotazů a podnětů z besed a setkání s občany uskutečněných v Hradci Králové, Jičíně, Náchodě, Rychnově nad Kněžnou a Trutnově v letech 2022 a 2023.

Tato příručka je zaměřena především právně a měla by sloužit jako orientační pomůcka pro pacienty, jejich blízké i pro zdravotníky, aby se ve zdravotnické legislativě zorientovali a splnili, foglearovsky řečeno, „bobříka základních právních znalostí“ v situacích, kdy potřebují pomoci sobě nebo druhému. Podrobnosti lze nalézt v zákonech, nařízeních a vyhláškách, na něž v příručce odkazujeme, v soudních rozsudcích a v odborné medicínskoprávní literatuře.

Naším přáním je, aby se vám tato informační brožura líbila a pomohla vám v řešení životních situací souvisejících se zdravotnictvím a čerpáním zdravotní péče.

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL. M.
Odborný garant

Obsah

Úvodem.....	2
Jak funguje systém zdravotnictví	6
Bezplatná zdravotní péče jako základní právo.....	7
Kolik stojí solidárně hrazená péče?	7
Kdo systém solidárního zdravotnictví financuje?.....	8
Jaká péče je hrazena ze zdravotního pojištění?.....	9
Kdo je zdravotním pojištěncem a lze se připojistit komerčně?.....	9
Kde mohu čerpat hrazenou péči, platí stále tzv. spádovost?	10
Lze čerpat hrazenou péči i v jiných zemích Evropské unie?	11
Jak funguje celý systém solidárního zdravotnictví dohromady?	12
Prevence aneb Lepší je zůstat zdravý	15
Přínos prevence.....	16
Druhy preventivních prohlídek	16
Všeobecné preventivní prohlídky u dospělých (dle vyhlášky č. 70/2012 Sb.)	17
Všeobecné preventivní prohlídky u dětí (dle vyhlášky č. 70/2012 Sb.)	18
Zubní preventivní prohlídky (dle vyhlášky č. 70/2012 Sb.)	18
Gynekologické preventivní prohlídky (dle vyhlášky č. 70/2012 Sb.).....	19
Právo na přístup k preventivní péči.....	20
Další zdroje	21
Právo na přístup k hrazené péči	22
Důležitost práva na přístup k hrazené péči	23
Definice neodkladné péče	23
Zákonná záruka dostupnosti péče	24
Místní dostupnost péče	25
Časová dostupnost péče	27
Jak se bránit v případě nedostupné péče?	28
Kdy lze pacientovi odmítnout péči	31
Odmítání péče.....	32
Neodkladná péče a porody.....	33
Odmítání v situacích plánované péče.....	34
Kdo posuzuje, zda jsou dány důvody k odmítnutí?	35
K zapamatování: kdy péči odmítnout nelze.....	36
Kdy (ne)musíme za zdravotní péči platit	37
Příplácení za péči: Možnost volby, nebo protiprávní nešvar?.....	38
Právo pojištěnce na bezplatnost péče hrazené pojišťovnou.....	38
Práva pojištěnce a povinnosti smluvního poskytovatele.....	39

Kdy může poskytovatel péče požadovat peníze legálně?	39
Právo pacienta na poučení o ceně péče	40
Kdy platit a kdy neplatit za „nadstandard“?.....	41
Příplatky za přednostní ošetření	43
Jak se může pacient bránit?.....	44
Zdravotnická dokumentace	46
Lékařská mlčenlivost	47
Vedení zdravotnické dokumentace.....	48
Přístup pacienta do zdravotnické dokumentace	50
Opatření kopií zdravotnické dokumentace	51
Informovaný souhlas a komunikace s pacientem	53
Vztah lékař-pacient dříve a dnes	54
Právo pacienta na poučení a souhlas v zákoně o zdravotních službách.....	55
Poučení pacienta (dle § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).....	55
Odmítnutí péče – negativní revers	56
Souhlasové formuláře: Jsou vždy nezbytné?	57
Informovaný souhlas u dětí a osob s omezenou svéprávností	58
Dříve vyslovená přání	59
Informovaný souhlas a poučení o ceně	59
Úhrada léčiv a doplatky	60
Doplatky na léčivé přípravky a ochranný limit.....	61
Které léky jsou hrazené a které ne?	61
Jak vzniká cena léku?.....	62
Jaká jsou další omezení úhrady léčiv?	64
Limity na doplatky	67
Kde získat další informace o úhradách léčiv?.....	68
Léky a pomůcky v nemocnici Výjimečná úhrada	69
Nákladné léky a veřejné sbírky	70
Úhrada léčivých přípravků a zdravotnických prostředků v nemocnici	70
Výjimečná úhrada	72
Jak může pojištěnec zažádat o výjimečnou úhradu?.....	73
Výjimečná úhrada v neodkladných případech	75
Právní odpovědnost ve zdravotnictví	76
Ochrana práv pacienta.....	77
Nástroje ochrany práv	78
Odškodnění vzniklé újmy – občanskoprávní žaloby	78
Trestní odpovědnost.....	79

Ochrana práv zdravotníků.....	80
Co musí nespokojený pacient doložit	80
Účel právní odpovědnosti	81
Seznam právních předpisů z oblasti zdravotnictví, na které je v textu odkazováno:.....	82

Jak funguje systém zdravotnictví

Bezplatná zdravotní péče jako základní právo

Zdravotnictví v ČR vychází z principu solidarity zdravých s nemocnými. Je založeno na tom, že pracující odvádějí na zdravotní pojištění finanční prostředky, které slouží k financování nemocnic a ordinací, léků a zdravotnických prostředků.

Právo občana na bezplatnou zdravotní péči je zakotveno již v Ústavě, konkrétně v článku 31 Listiny základních práv a svobod.

Článek 31 Listiny základních práv a svobod

Každý má právo na ochranu zdraví.

Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Toto právo na bezplatnou péči ale není neomezené. Povšimněme si v textu článku 31:

- Právo na ochranu zdraví má „každý“, například neodkladná péče nemůže být odmítnuta nikomu, ani cizinci. Je ale možné, že za ni bude muset zaplatit.
- Bezplatnou péči garantuje Listina pouze „občanům“, tj. účastníkům systému veřejného zdravotního pojištění, jejichž okruh vymezuje zákon.
- Bezplatnou péči, léky a pomůcky dále Listina garantuje jen v rozsahu a za podmínek, které „stanoví zákon“.

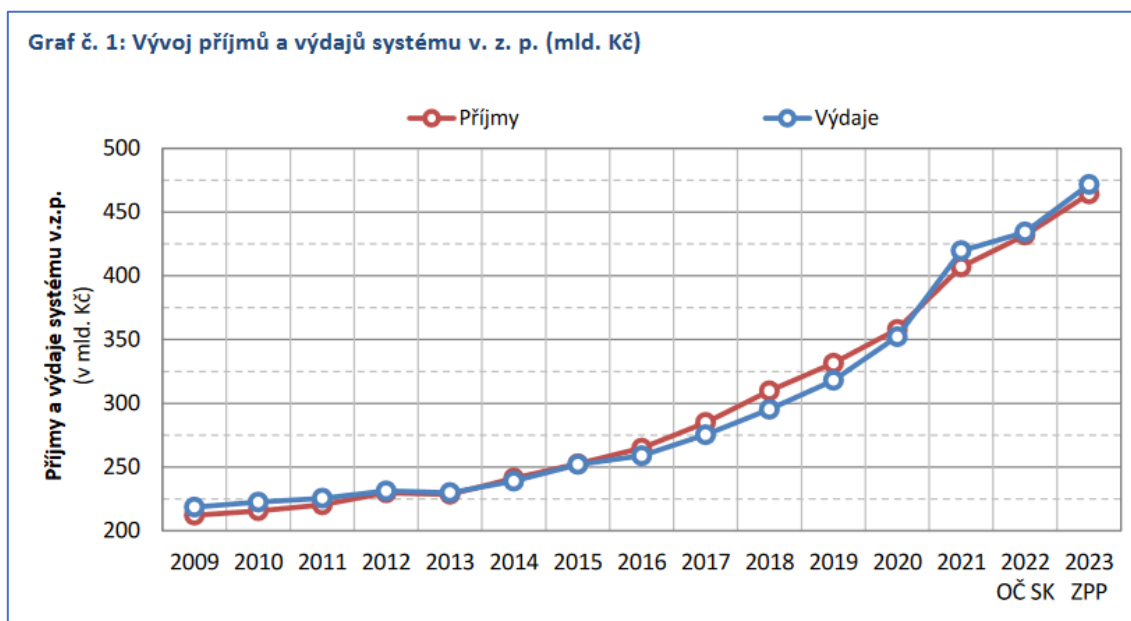
Tímto zákonem, na který Listina v článku 31 odkazuje, se rozumí zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. V dalším výkladu si ukážeme podrobněji, na co nám uvedený zákon nárok dává, na co ne, případně kdy a kde. Nejprve si ale řekněme, z čeho je tento bezplatný systém financován, protože nic, ani bezplatná péče, není zadarmo.

Kolik stojí solidárně hrazená péče?

Provoz veřejného, solidárního systému zdravotnictví stojí obrovské množství peněz, které průběžně narůstá. V roce 2022 jsme „prolétli“ přes 430 miliard korun, v roce 2023 se počítá, že zdravotní pojišťovny vydají přes 465 miliard. Při cca 10,8 milionech obyvatel ČR tedy na veřejné zdravotnictví vydáme přes 43 tisíc Kč na osobu a na rok.

Pro srovnání, v roce 2013 jsme byli zhruba na 230 miliardách. Za deset let tedy vzrostly výdaje na veřejný systém zdravotnictví více než dvojnásobně.

Na zdravotnictví dáváme podstatně více finančních prostředků než na armádu, školství či třeba stavbu dálnic. Vedle důchodového systému je zdravotnictví jednou z největších položek veřejných rozpočtů.



v.z.p. (veřejné zdravotní pojištění)

Zdroj: Zdravotně-pojistné plány zdravotních pojišťoven, Sněmovní tisk 422, www.psp.cz

Kdo systém solidárního zdravotnictví financuje?

Stručná odpověď zní: Výdělečně činní občané.

Na zdravotní pojištění odvádíme **13,5% z našich výdělků**, přesněji z vyměřovacího základu. Za zaměstnance odvede dvě třetiny této částky zaměstnavatel, zbylou třetinu mu srazí z platu. Živnostníci a podnikatelé odvádějí pojistné přímo.

To se však týká jen zhruba 4,6 milionů osob, které jsou ekonomicky aktivní. Za zbylých zhruba šest milionů lidí platí zdravotní pojištění stát, hovoříme proto o tzv. státních pojištěncích. Jedná se například o děti, důchodce, nezaměstnané vedené v evidenci Úřadu práce, ženy na mateřské, azylanty, v posledním roce též o některé uprchlíky z Ukrajiny, v režimu tzv. dočasné ochrany, kteří nejsou výdělečně činní. Protože však stát čerpá peníze z daní, tedy přímo či zprostředkovaně od občanů, i za státní pojištěnce zaplatí pojistné občané, převážně pak ti ekonomicky aktivní. Pro hrubou představu lze říci, že „běžný živitel rodiny“ odvede skrz daně a povinné odvody na zdravotnictví skoro sto tisíc korun ročně.

Bezplatné zdravotnictví tedy rozhodně není „zadarmo“, jedná se o veřejnou službu financovanou občany – pojištěnci a daňovými poplatníky.

Jaká péče je hrazena ze zdravotního pojištění?

Toto uvádí zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon rozděluje veškeré existující medicínské služby, léky, pomůcky a další benefity na položky **plně hrazené ze zdravotního pojištění**, kterých je v České republice většina. Dále položky **hrazené ze zdravotního pojištění jen částečně**, na které pacienti doplácí. A konečně na položky, které jsou **ze zdravotního pojištění vyřazeny, ty si platí pacient sám v plné výši**.

Nárok na hrazenou péči může každý pojištěnec vyžadovat po zdravotní pojišťovně, která je povinna zajistit časovou a místní dostupnost všeho, co je v zákoně popsáno jako hrazené plně či zčásti. Pojišťovna tak činí prostřednictvím smluvních nemocnic, léčeben, ordinací, lékáren a dalších poskytovatelů zdravotních služeb, kterým platí za to, co tito poskytovatelé pro její pojištěnce vykonají, tedy za to, že provedou hrazené vyšetření, poskytnou hrazený lék či pomůcku pacientovi. **Smluvní poskytovatel neúčtuje tyto služby pacientovi, nýbrž zdravotní pojišťovně, pokud jde o službu plně hrazenou. Pokud však jde o službu hrazenou pouze částečně, potom účtuje zdravotní pojišťovně jen hrazenou část, kdežto doplatek, typicky u léků, zaplatí pacient přímo.**

Kdo je zdravotním pojištěncem a lze se připojistit komerčně?

Účast na zdravotním pojištění je povinná. V České republice není možnost se od zdravotního pojištění odhlásit, ani není možno domluvit se se zdravotní pojišťovnou, že část zdravotního pojištění pojištěnec nebude hradit a některé hrazené služby pak nebude požadovat. Zákonný nárok je pro všechny stejný a je vymezen zákonem, stejně jako částka, kterou na pojistné odvádíme.

V našem systému zdravotnictví máme nyní sedm zdravotních pojišťoven. Každý pojištěnec si může vybrat kteroukoliv ze zdravotních pojišťoven s tím, že základní nárok na bezplatnou péči je u všech zdravotních pojišťoven stejný. Zdravotní pojišťovny se liší především preventivními programy a dalšími dodatečnými službami, které svým pojištěncům nabízejí. Nikdo se však nemusí bát, že jenom proto, že si zvolil jinou zdravotní pojišťovnu, by se ocitl bez péče. Dle § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, lze **zdravotní pojišťovnu měnit jednou za 12 měsíců**, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí (tj. k 1.1., či k 1.7. daného roku). Přihlášku opatřenou podpisem je pojištěnec, jeho zákonný

zástupce, opatrovník nebo poručník povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně v průběhu kalendářního pololetí bezprostředně předcházejícího tomu, ve kterém má ke změně zdravotní pojišťovny dojít, **nejpozději 3 měsíce před požadovaným dnem změny.**

Pokud se někdo chce pojistit i nad rámec toho, co je základní nárok hrazený ze zdravotního pojištění, může využít služeb komerčních pojišťoven. To však zatím v České republice není příliš běžné. Komerčně se pojišťovat dává smysl pouze na ty služby, léky či zdravotnické prostředky, které jsou zákonem vyloučeny z rozsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tedy služby doplatkové či služby nehrazené, těch je však vzhledem k širokému vymezení zákonného nároku velmi málo.

Kde mohu čerpat hrazenou péči, platí stále tzv. spádovost?

Každý pojištěnec má právo na volbu smluvního poskytovatele zdravotních služeb, ať už jde o nemocnici, léčebnu či ordinaci. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění uvádí v § 11, že pojištěnec má právo, na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území ČR, který je ve smluvním vztahu k jeho zdravotní pojišťovně, a na výběr zdravotnického zařízení tohoto poskytovatele. **V případě registrujícího poskytovatele, tedy například praktika či dětského praktika, může tuto volbu provést nejvýše jednou za tři měsíce,** u ostatních smluvních poskytovatelů není tato volba omezena.

§ 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění

*Pojištěnec má právo...na **výběr poskytovatele zdravotních služeb** na území České republiky, který je **ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně**, a na **výběr zdravotnického zařízení** tohoto poskytovatele;
V případě registrujícího poskytovatele může toto právo uplatnit jednou za 3 měsíce.*

Omezení na smluvní poskytovatele zdravotní pojišťovny, jejímž je pacient pojištěncem, platí pouze v situaci, **kdy chce pacient čerpat zdravotní péči bezplatně.** Pokud mu nevádí za péči zaplatit z vlastní kapsy, může si zvolit i jiné, tzv. nesmluvní poskytovatele.

Jsou pacienti omezeni pouze na nemocnice a ordinace v místě svého bydliště? Už dávno tomu tak není. Takzvaná spádovost, která byla aspektem dřívějšího systému zdravotnictví a která vedla pacienta k tomu, aby vyhledal zdravotní péči výhradně v jeho obvodu, byla již před desetiletími zrušena. **Nyní je tomu tak, že pojištěnec může čerpat zdravotní služby na účet své zdravotní pojišťovny, a to u kteréhokoliv smluvního poskytovatele v České republice.** Tedy například pojištěnec z Jičínska může vyhledat poskytovatele v Praze, v Brně či v Ostravě. **Musí pouze zkontrolovat, že je daná nemocnice či ordinace ve smluvním**

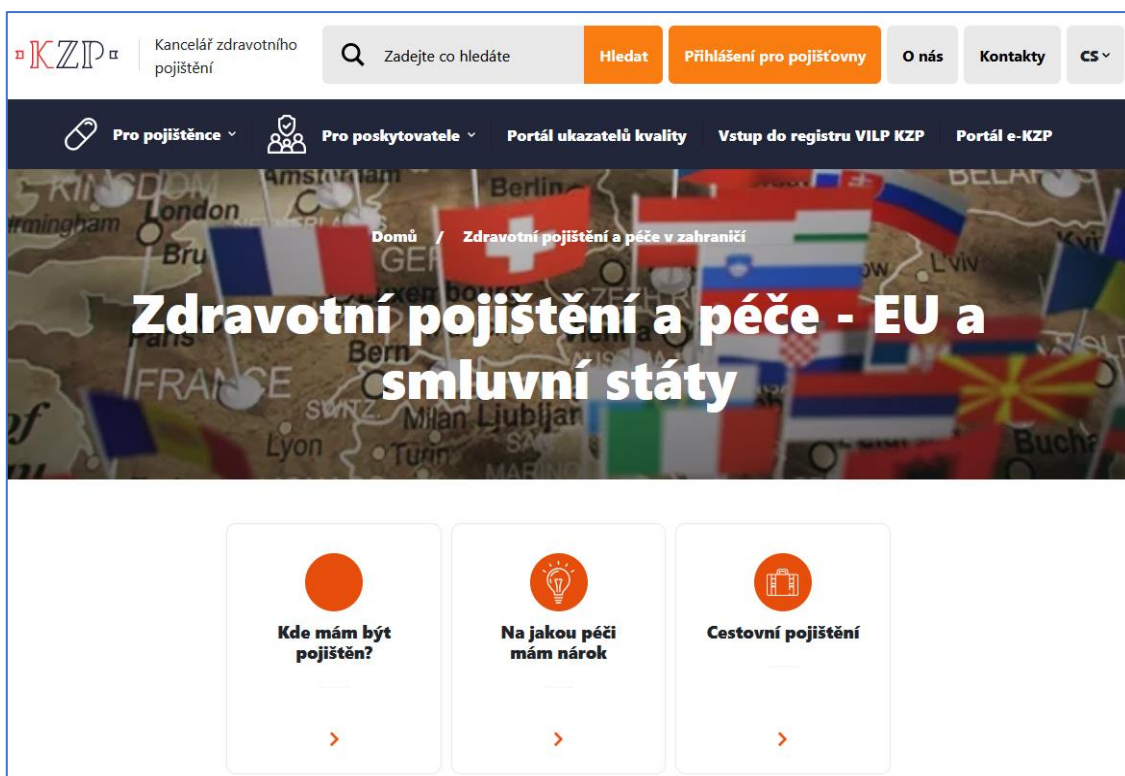
vztahu právě s jeho zdravotní pojišťovnou. Většina nemocnic je ve smluvním vztahu se všemi zdravotními pojišťovnami. U ambulantních poskytovatelů se však mohou vyskytnout poskytovatelé zdravotních služeb, kteří mají smlouvy uzavřené pouze s některými zdravotními pojišťovnami. Takový poskytovatel by pojištěnci, který je od nesmluvní pojišťovny, musel péči účtovat napřímo, kromě případů, kdy by se jednalo **o péči neodkladnou - tu i nesmluvní poskytovatel účtuje zdravotní pojišťovně, nikoliv přímo pacientovi.**

Existují taktéž poskytovatelé, kteří nemají uzavřeny smlouvy s žádnými zdravotními pojišťovnami. Někdy se o nich nesprávně hovoří jako o „soukromých poskytovatelích“, ale to je nepřesnost vedoucí k omylům. To, zda je poskytovatel vlastněn soukromníkem, krajem či státem, není podstatné. I soukromí poskytovatelé mohou mít smlouvy se zdravotními pojišťovnami a zpravidla je mají, naopak veřejná nemocnice nemusí mít nutně smlouvu s pojišťovnami na specializovanou péči s využitím velmi drahých léčiv či postupů (hovoří se o tzv. „centrové péči“). **Pokud poskytovatel smlouvu s pojišťovnou daného pacienta nemá, nabízí ji pacientům za přímou úhradu, tzn. pacient takové zdravotní služby hradí sám v plné výši.** Toto je časté například u zubařů, v estetické chirurgii či v dalších profesích.

Lze čerpat hrazenou péči i v jiných zemích Evropské unie?

Český pacient má právo čerpat péči na účet své zdravotní pojišťovny i v jiných zemích EU, například v Rakousku, v Německu, v Polsku, či na Slovensku. Tato péče je hrazena ze zdravotního pojištění v ČR za zvláštních podmínek. Neodkladná péče v jiných zemích EU, například ošetření po úrazu na lyžích v Rakousku, se hradí **za stejných podmínek, za kterých by ji čerpali tamní občané. Za zdravotní péči lze do zahraničí vycestovat i plánovaně.** Pojištěnec si k tomu může vyžádat souhlas své zdravotní pojišťovny, jehož součástí je i proplacení takové péče. Pokud pojištěnec vycestuje bez předchozího schválení své zdravotní pojišťovny, platí, že bude tato péče uhrazena pouze do výše, kolik by za ni zaplatila zdravotní pojišťovna českému poskytovateli, a případný rozdíl si pacient musí zaplatit sám.

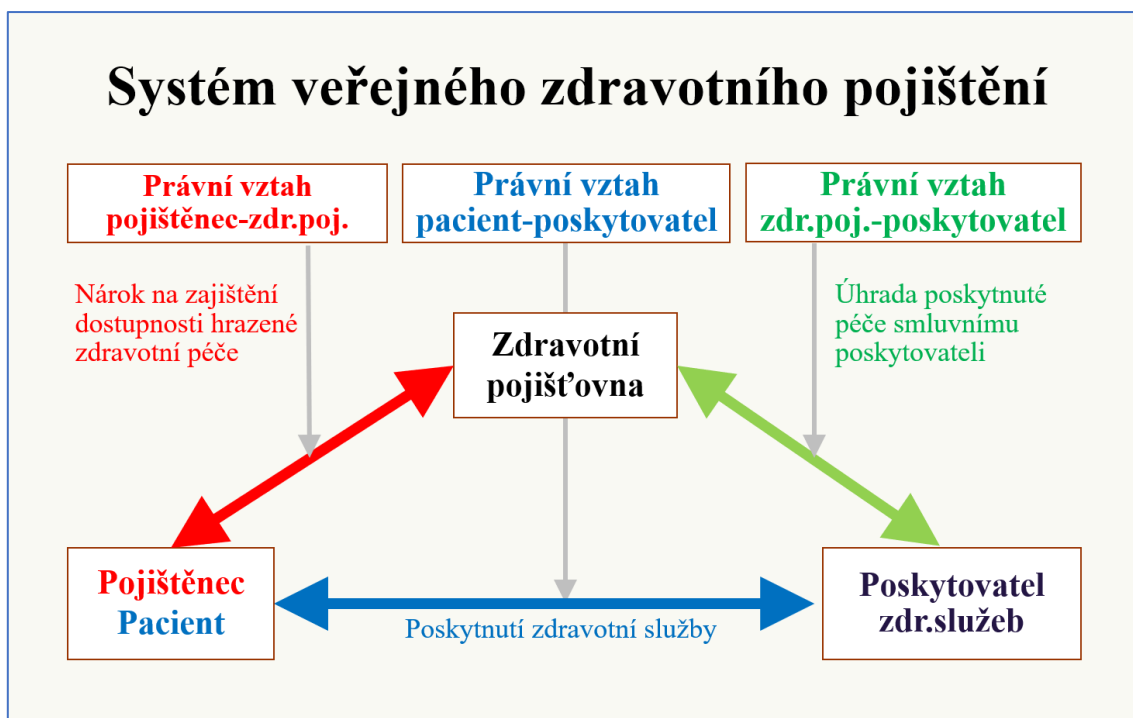
Podrobnosti uvádí zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v § 14 a násl. a také cenové a úhradové předpisy Ministerstva zdravotnictví ČR. Bližší informace lze nalézt na webových stránkách Kanceláře zdravotního pojištění.



Kancelář zdravotního pojištění (web: kancelarzp.cz) je národní kontaktní a informační místo pro čerpání a proplácení péče v zahraničí. Naleznete zde informace o přeshraniční zdravotní péči v jiných státech EU, ale také o mezinárodních smlouvách a pravidlech upravujících čerpání a úhradu zdravotní péče v zemích mimo Evropskou unii.

Jak funguje celý systém solidárního zdravotnictví dohromady?

System veřejně hrazené zdravotní péče v České republice si lze zjednodušeně představit jako trojúhelník vztahů mezi **pojištěnci**, kteří odvádějí do systému pojistné a zdravotní péči čerpají, **smluvními poskytovateli**, kteří péči poskytují, a **zdravotními pojišťovnami**, které zdravotní péči smluvně zajišťují, proplácejí a kontrolují.



Na grafu vidíme tři základní právní vztahy systému veřejného zdravotního pojištění:

- Tím prvním, znázorněným modře, je **vztah mezi poskytovatelem zdravotních služeb, například nemocnicí či ordinací, a pacientem**, v rámci kterého poskytovatel nabízí pacientovi zdravotní služby, léky a pomůcky potřebné pro jeho zdraví. Pacient si ty, které chce, vybírá informovaným souhlasem nebo odmítá ty, které nechce, tzv. negativním reversem. O tom si řekneme v dalších kapitolách naší publikace (viz kapitoly: [Kdy lze pacientovi odmítnout péči](#), strana 32, a [Informovaný souhlas a komunikace s pacientem](#), strana 56). Služby, které pacient odsouhlasil, a které mu byly poskytnuty, musí též zaplatit, ovšem s výjimkou situace, kdy se jedná o službu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a současně se jedná o smluvního poskytovatele. **Tato výjimka je u nás ve skutečnosti spíše pravidlem, neboť naprostá většina běžných zdravotních služeb je u nás plně kryta zdravotním pojištěním.**
- Druhou stranou trojúhelníku, znázorněnou červeně, je **právní vztah mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou**, jehož obsah je zakotven přímo v zákonech o zdravotním pojištění. Každý pojištěnec má právo **zvolit si jednu ze sedmi zdravotních pojišťoven**. Tato zdravotní pojišťovna za to, že od pojištěnce získává odvody pojistného (případně platbu od státu za tzv. státní pojištěnce, tedy osoby, které nejsou výdělečně činné), **je povinna zajistit mu časovou a místní dostupnost všech hrazených služeb**. Pokud by zdravotní pojišťovna tuto dostupnost nezajistila, může se po ní pojištěnec domáhat této

služby i právně, a to nejen stížností na Ministerstvo zdravotnictví ČR – formulář pro podání stížnosti naleznete na webových stránkách: nedostupnapece.mzcr.cz, ale v krajním případě i žalobou. **Správným postupem v případě nedostupnosti péče je proto obracet se na svoji zdravotní pojišťovnu, která je povinna svému pojištěnci hrazenou službu zajistit.**

- **Zajištění zdravotní péče zdravotní pojišťovnou** je znázorněno zeleně a tvoří třetí stranu našeho trojúhelníku. **Zdravotní pojišťovny zajišťují péči prostřednictvím smluvních vztahů s poskytovateli zdravotních služeb.** V něm se pojišťovna zavazuje zaplatit smluvní nemocnici či ordinaci za veškerou hrazenou péči, kterou takový poskytovatel poskytl jejím pojištěncům, řádně ji zdokumentoval a dle smlouvy pojišťovně vykázal. **Zdravotní pojišťovna je povinna vytvářet natolik hustou síť poskytovatelů zdravotních služeb, aby byla schopna nejen ve velkých městech, ale i ve všech regionech zajistit každému svému pojištěnci časovou a místní dostupnost hrazených služeb, jak stanoví vyhláška a zákon.**

O těchto právních předpisech a o postupech, jak se domoci včasné péče bez „sponzorských darů“, příplatků či neúměrného dojíždění, si řekneme v následujících kapitolách (viz např. kapitoly [Právo na přístup k hrazené péči](#), strana 22, a [Kdy \(ne\)musíme za zdravotní péči platit](#), strana 39).

Prevence
aneb Lepší je zůstat zdravý

Přínos prevence

Prevence je důležitým nástrojem zdravotního systému k udržení zdravé populace, ale je také důležitým nástrojem pro každého z nás, jak se udržet zdravým a nepotřebovat zdravotní služby. Již za starého zákona o péči o zdraví lidu platilo, že péči o zdraví musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví. I dnes v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, v části o povinnostech pojištěnce, nalézáme ustanovení nabádající k prevenci.

Prevence v právních předpisech, dříve a dnes

Dřívější zákon o péči o zdraví lidu 20/1966 Sb., preambule

Péči společnosti o zdraví lidu musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví. Zároveň má každý občan napomáhat dobrému vývoji zdraví svých spoluobčanů, a proto aktivně přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života a práce.

Péče o zdraví lidu se zaměřuje především preventivně k ochraně a k soustavnému upevňování a rozvíjení tělesného i duševního zdraví lidu; zvláštní pozornost je přitom věnována péči o novou generaci a ochraně zdraví pracujících.

Dnešní zákon o veřejném zdravotním pojištění 48/1997 Sb., §12

Pojištěnec je povinen

...podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, pokud tak stanoví tento zákon nebo obecně závazné právní předpisy,

...dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci,

...vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví

Sankční mechanismy sice v zákoně chybí, ale je dobré si říci, že odměnou za dodržení těchto povinností je samotný fakt, že pacient ne onemocní a zůstane zdrav.

Druhy preventivních prohlídek

Druhy preventivních prohlídek uvádí vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, ve znění pozdějších předpisů. Tyto preventivní prohlídky se člení na čtyři druhy podle oborů:

- všeobecné preventivní prohlídky u dospělých,
- všeobecné preventivní prohlídky u dětí,
- zubní preventivní prohlídky a
- gynekologické preventivní prohlídky.

Každý z těchto druhů prohlídek provádějí příslušní poskytovatelé, tedy praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, případně gynekolog. **Pojištěnec má právo na volbu lékaře, v tomto případě přesněji registrujícího lékaře, kdy volbu registrujícího lékaře, tj. praktika, dětského praktika, zubaře či gynekologa lze provést nejvýše 1x za tři měsíce (§11 odst. 1, písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.). Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit svému pojištěnci časovou a místní dostupnost zdravotních služeb včetně zdravotní péče preventivní.**

Všeobecné preventivní prohlídky u dospělých (dle vyhlášky č. 70/2012 Sb.)

Všeobecné preventivní prohlídky u dospělých se provádějí vždy jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí dvaceti tří měsíců. Tyto preventivní prohlídky dle vyhlášky zahrnují mimo jiné zjištění anamnézy (dřívější léčby pacienta a dalších podstatných informací pro hodnocení současného zdravotního stavu), profesních rizik, rodinné zátěže. Zjišťuje se, zda je pacient ohrožen srdečními či plicními onemocněními, diabetem či dalšími neduhy. U pacientů se dále kontroluje očkování, zejména těch předepsaných právním předpisem jako povinných, která se provádějí pravidelně. Dále je součástí všeobecné preventivní prohlídky kompletní fyzikální vyšetření, které zahrnuje mimo jiné změření krevního tlaku, zvážení pacienta, kontrolu zraku a sluchu či onkologickou prevenci. U pacientů mezi 45 a 61 lety též může být doporučeno preventivní oční vyšetření.

Všeobecné preventivní prohlídky

Všeobecná preventivní prohlídka se provádí vždy jednou za 2 roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců

Obsahem všeobecné preventivní prohlídky je

- a) **doplnění anamnézy včetně sociální,** se zaměřením na její změny, rizikové faktory a profesní rizika; v rodinné anamnéze je zvláštní důraz kladen na výskyt kardiovaskulárních a plicních onemocnění, výskyt hypertenze, diabetes mellitus, poruchy metabolismu tuků a nádorových onemocnění, a na výskyt závislostí,
- b) **kontrola očkování,**
- c) **kompletní fyzikální vyšetření** včetně změření krevního tlaku, zjištění indexu tělesné hmotnosti a orientačního vyšetření zraku a sluchu; součástí všeobecné preventivní prohlídky je v rámci onkologické prevence zhodnocení rizik z hlediska anamnézy rodinné, osobní a pracovní, vyšetření kůže a u zjištěného podezření na riziko vyšetření per rectum, u mužů při pozitivní rodinné anamnéze nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů klinické vyšetření varlat, u žen od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný nebo familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo přítomnosti jiných rizikových faktorů klinické vyšetření prsů, a to spolu s poučením o samovyšetřování,
- d) **vyšetření moči** diagnostickým papírkem,
- e) **kontrola a zhodnocení výsledků dalších předepsaných preventivních vyšetření,** a pokud nebyly v předepsaných termínech provedeny, jejich zajištění; (...)
- f) u pacientů ve věkovém rozmezí **od 45 let do 61 let doporučení preventivního očního vyšetření** u poskytovatele ambulantní péče v oboru oftalmologie ve čtyřletých intervalech.

Tato vyšetření může pojištěnec využít bezplatně – jsou plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Právo i zákonnou povinnost prevence má každý z nás.

Všeobecné preventivní prohlídky u dětí (dle vyhlášky č. 70/2012 Sb.)

U dětí se provádí preventivní prohlídky od narození a pak v pravidelných intervalech až do doby dospělosti. Po narození se u praktického lékaře založí zdravotnická dokumentace dítěte, provede se zjištění případných nežádoucích změn ve zdravotním stavu. Kontroluje se vždy očkování dítěte, neboť děti mají právním předpisem stanoven podrobný očkovací kalendář. Provádí se fyzikální vyšetření, dítě se zváží, provádí se interní vyšetření, zjištění, zda je v pořádku psychomotorický vývoj a zda u dítěte nejsou žádné další rizikové faktory. Závěrem takové prohlídky je poučení rodiče o tom, jak mají po zdravotní stránce o dítě pečovat, o správné výživě, o vhodném režimu, včetně úrazové prevence, pokud je to u dítěte potřeba.

Zubní preventivní prohlídky (dle vyhlášky č. 70/2012 Sb.)

Zubní preventivní prohlídky se provádějí pravidelně u dospělých i u dětí, právní předpis též zvláště zmiňuje zubní prohlídky u těhotných žen. U dospělých se zubní preventivní prohlídky provádějí jedenkrát ročně, u dětí mezi 1. a 18. rokem života dvakrát ročně. Součástí prohlídky je vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní. Provádí se onkologická prevence. Pacient je poučen o předcházení stomatologickým onemocněním, o správné hygieně dutiny ústní, o správných stravovacích návycích či předcházení vzniku zubních kazů. **Zubní prohlídky se provádějí také u těhotných žen, a to dvakrát v průběhu těhotenství.**

Zubní preventivní prohlídky

Obsahem zubní preventivní prohlídky, která se provádí jedenkrát ročně u dětí v prvním roce života mezi šestým až dvanáctým měsícem a dvakrát ročně u dětí a dorostu od 1 roku života do 18 let věku, zpravidla po uplynutí 5 měsíců po provedení poslední zubní preventivní prohlídky, je

- a) založení zdravotnické dokumentace při přijetí do péče,
- b) anamnéza se zvláštním zřetelem na vývoj orofaciální soustavy ve věku 3, 6, 12 a 15 let,
- c) vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, anomálií v postavení zubů a čelistí,
- d) prevence onkologická zaměřená na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku,
- e) poučení o významu prevence stomatologických onemocnění, o udržování správné hygieny dutiny ústní, o správných stravovacích návycích, o významu fluoridové prevence ve vztahu k riziku vzniku zubního kazu a o riziku přenosu kariogenních mikroorganismů.

Obsahem zubních preventivních prohlídek u dospělých, které se provádějí jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední zubní preventivní prohlídky, je

- a) vyšetření stavu chrupu, parodontu, stavu sliznice a měkkých tkání dutiny ústní,
- b) prevence onkologická zaměřená na pátrání po přednádorových změnách i nádorových projevech na chrupu, parodontu, čelistech a měkkých tkáních obličeje a krku,
- c) poučení o správné hygieně dutiny ústní. (...)

Gynekologické preventivní prohlídky (dle vyhlášky č. 70/2012 Sb.)

Gynekologické preventivní prohlídky se provádějí u žen a dívek od patnácti let věku a dále jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí jedenácti měsíců od minulého vyšetření. Gynekolog zjišťuje rodinnou, osobní a pracovní anamnézu včetně rizikových faktorů, a to i se zaměřením na dědičná rizika zhoubných nádorů prsu. Provádějí se prohlídka kůže a palpační vyšetření mizních uzlin v oblasti pohlavních orgánů, kolposkopická vyšetření, odběry materiálu z děložního čípku k cytologickým či dalším vyšetřením. Pacientka je poučena o významu prevence rakoviny a o samovyšetřování prsu. **Od 45 let věku se dále doporučuje provedení mamografického screeningu a nezbytných doplňujících vyšetření ve dvouletých intervalech.**

Gynekologické preventivní prohlídky

Obsahem gynekologické preventivní prohlídky, která se provádí v 15 letech věku a dále jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední gynekologické preventivní prohlídky, je

- a) založení **zdravotnické dokumentace** při přijetí do péče,
- b) **rodinná, osobní a pracovní anamnéza** a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory;
- c) **klinické vyšetření prsů od 25 let** věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný nebo familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů,
- d) **prohlídka kůže** a palpační vyšetření **mizních uzlin** v oblasti pohlavních orgánů,
- e) **vyšetření v zrcadlech a kolposkopické vyšetření**; neprovádí se u virgo žen,
- f) **odběr materiálu z děložního čípku** k cytologickému, případně bakteriologickému nebo virologickému vyšetření; neprovádí se u virgo žen,
- g) **palpační bimanuální vyšetření**; při nejasném výsledku doplnění vyšetření vaginální ultrazvukovou sondou,
- h) poučení o významu **preventivní protirakovinné prohlídky**
- i) nácvik **samovyšetřování prsů** při první prohlídce u registrujícího poskytovatele,
- j) u žen od 45 let věku **doporučení k provedení screeningového mamografického vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření ve dvouletých intervalech**; jestliže žena již absolvovala vyšetření podle § 2 písm. e) bodu 5 v posledních 2 letech (na základě provedené všeobecné preventivní prohlídky) a je k dispozici jeho výsledek, vyšetření se nezajišťuje,
- k) stanovení **okultního krvácení ve stolici** speciálním testem u žen od 50 let do 54 let věku, od 55 let věku se toto vyšetření provádí ve dvouletých intervalech; toto vyšetření je možné nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10 let; jestliže žena absolvovala vyšetření podle § 2 písm. e) bodu 4 v uvedených intervalech (na základě provedené všeobecné preventivní prohlídky) a je k dispozici jeho výsledek, vyšetření se nezajišťuje.

Právo na přístup k preventivní péči

Preventivní služby jsou bezplatné, může však vzniknout problém s dostupností praktika či dalších registrujících lékařů. V takovém případě je zapotřebí obracet se na svou zdravotní pojišťovnu, aby zajistila časovou a místní dostupnost preventivní péče a nebát se aktivně požadovat, aby byla skutečně zajištěna.



BLESK.CZ Menu Celebrity Zprávy Politika Hráči Krimi Sport

Naprostá katastrofa: Na severu Moravy chybí zubaři! 10 let bez prohlídky!

17. května 2022 • 13:49 Sdílej:   

V Moravskoslezském kraji chybějí zubní lékaři až pro 100 tisíc obyvatel. Někteří lidé nebyli na zubní prohlídce i více než deset let! Nejhorší situace je na Bruntálsku a Karvinsku. Obce žádají o pomoc ministra Válka.

Zdroj: Blesk.cz

Co je tím míněno: Nestací, že zdravotní pojišťovna poskytne pouhý seznam smluvních lékařů v regionu, ale musí taktéž zajistit, aby konkrétní lékař pacienta přijal a veškeré služby včetně preventivních mu byly skutečně poskytnuty. O tom, jak se domoci zdravotní péče po zdravotní pojišťovně, si řekneme v dalších kapitolách této publikace (viz např. kapitola [Právo na přístup k hrazené péči, strana 22](#)).

Další zdroje

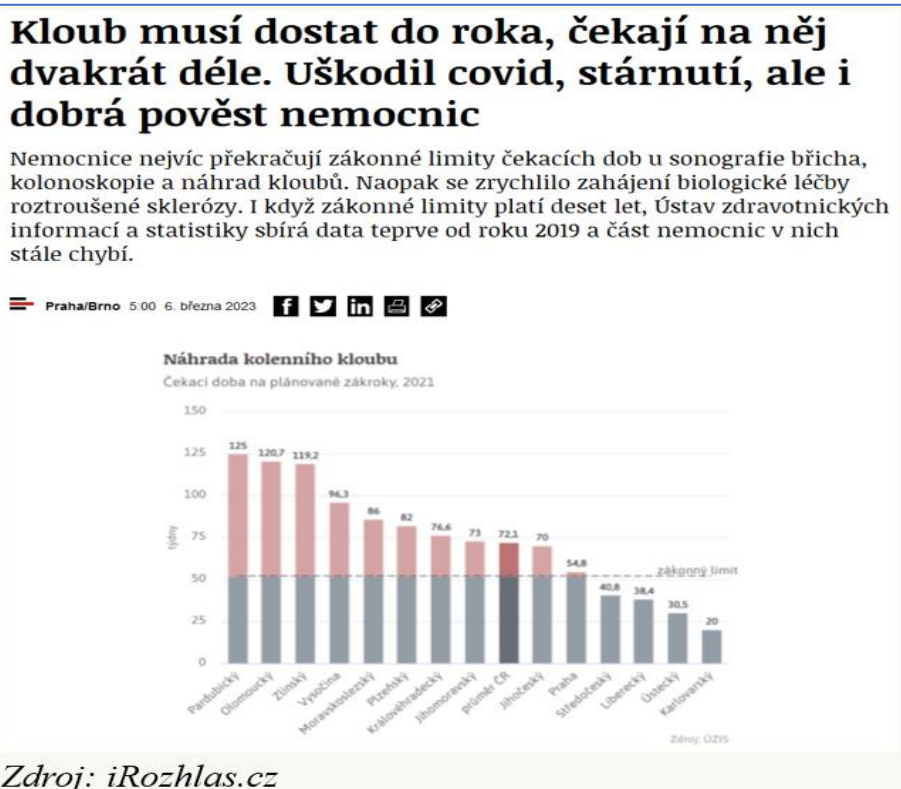
Včasné odhalení nemoci může přispět k rychlejšímu uzdravení či k záchraně života. Proto pečujte o své zdraví a začněte tím, že budete chodit na preventivní prohlídky. **Většina lékařů si své pacienty na pravidelné preventivní prohlídky nezve, je tedy na nás, abychom pečovali o své zdraví a ke svému lékaři se v pravidelných intervalech (podle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách), na preventivní prohlídky nejen objednali, ale také v daném termínu dostavili.** Pro snazší orientaci v problematice preventivních prohlídek doporučujeme využít též informace umístěné na webových stránkách Královéhradeckého kraje pod názvem **Mysli preventivně**. Zde naleznete přehledný leták o prevenci, jednotlivých vyšetřeních a jejich časových intervalech, odkaz: [Mysli preventivně | Královéhradecký kraj \(khk.cz\)](https://www.khk.cz/mysli-preventivne).

The screenshot shows the website 'Mysli preventivně' on the Královéhradecký kraj website. The page features a dark blue header with the logo and search bar. Below the header is a red navigation bar with links to 'KRAJOVÉHRADECKÝ KRAJ', 'Skrýt menu', 'Úvodní stránka', 'Krajský úřad', 'Zdravotnictví', 'Projektové a konc...', and 'Zpět'. The main content area has a dark blue background with the title 'Mysli preventivně'. A sidebar on the left lists various categories under 'KRAJ A VOLENÉ ORGÁNY' and 'KRAJSKÝ ÚŘAD'. The main content includes a date '11. 12. 2023' and author 'Autor: Jana Hynková'. The text describes a brochure about preventive health checkups. Below the text is a section 'Soubory ke stažení' with two links: 'Mysli preventivně (pdf, 407 kB, 11.12.2023)' and 'Preventivní prohlídky (docx, 62 kB, 11.12.2023)'.

Právo na přístup k hrazené péči

Důležitost práva na přístup k hrazené péči

Včasné zahájení léčby nemoci je důležité pro vyhlídky na uzdravení, ale též na odstranění bolestí či obnovení pracovního a společenského uplatnění, kterému je nemoc či úraz překážkou. Bohužel se stává, že pacienti na vyšetření či operace neúměrnou dobu čekají, ač by měly být poskytnuty bezplatně, řádně a včas. Příčinou zpravidla není neochota zdravotníků, ale nedostatky v organizaci poskytování zdravotních služeb.



V důsledku prodlev v zajišťování péče vznikají nepříznivé důsledky nejen pro pacienta a jeho blízké, ale též ztráty na straně veřejných rozpočtů, a to jak těch zdravotnických, pro komplikace vznikající z neléčení, tak i těch obecných, pro výpadek daní a odvodů praceneschopného nemocného občana. Je proto důležité umět své právo na včasnou péči uplatnit, na to je zaměřena následující kapitola.

Definice neodkladné péče

Předně je nutno seznámit se s definicemi neodkladné péče a plánované péče. Je to proto, že **neodkladná péče ve smyslu § 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, nemůže být pacientovi nikdy odmítnuta, a to ani z kapacitních důvodů.**

Zákonné definice plánované a neodkladná péče

§ 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí jsou

- a) **neodkladná péče**, jejímž účelem je **zamezit** nebo **omezit** vznik **náhlých stavů**, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo **vážnému ohrožení zdraví**, nebo **způsobují náhlou** nebo **intenzivní bolest** nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí,
- b) **akutní péče**, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí,
- c) **nezbytná péče**, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem, s přihlédnutím k povaze dávek a k délce pobytu na území České republiky; v případě zahraničních pojištěnců z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel,
- d) **plánovaná péče**, která není zdravotní péčí uvedenou v písmenech a), b) nebo c).

Neodkladnou péčí se rozumí péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo k vážnému ohrožení zdraví nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí. Kdo se dostane do stavu, že potřebuje takovou péči, má status pacienta neodkladného, což je významné pro uplatnění práv na včasné poskytnutí léčby.

Zákonná záruka dostupnosti péče

Zákon č. 48/1997 S., o veřejném zdravotním pojištění stanoví v § 40, že **zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům místní dostupnost hrazených služeb a časovou dostupnost hrazených služeb.**

Nárok na časovou a místní dostupnost

§ 40 odst. 7) zákona č. 48/1997 Sb.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům

- a) **místní dostupnost** hrazených služeb. Místní dostupností se rozumí **přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce**. Místní dostupnost se vyjadřuje **dojezdovou dobou**. Místní dostupnost **zdravotnické záchranné služby** stanoví zákon, upravující zdravotnickou záchrannou službu. Dojezdovou dobou se pro účely tohoto zákona rozumí **doba v celých minutách**, která odpovídá efektivní dostupnosti místa dopravním prostředkem rychlostí která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích. Dojezdové doby stanoví vláda nařízením
- b) **časovou dostupnost** hrazených služeb. Časovou dostupností se rozumí zajištění poskytnutí **neodkladných a akutních hrazených služeb** ve lhůtě **odpovídající jejich naléhavosti**. Lhůty vyjadřující časovou dostupnost **plánovaných** hrazených služeb stanoví vláda nařízením.

Místní dostupnost péče

Místní dostupností se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo místu bydliště pojištěnce. Tato místní dostupnost se vyjadřuje dojezdovou dobou. Dojezdovou dobou pro účely místní dostupnosti se rozumí, zjednodušeně řečeno, doba jízdy autem po silnici. **Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb,** stanoví pro každou specializaci nejzazší dojezdové doby, které nesmí být překročeny, a to zvláště pro specializace ambulantní a pro specializace lůžkové péče. **Tím právní předpis ukládá zdravotním pojišťovnám, aby síť poskytovatelů hrazené péče zajistily vyváženě a rovnoměrně napříč regiony.**

V případě ambulantní péče – k praktickému lékaři pro dospělé či děti nebo k zubaři by to žádný pacient neměl mít z hlediska dojíždění dál než 35 minut. Pro další ambulantní specializace umožňuje nařízení vlády delší dojezdové doby, nikdy však delší než dvouhodinové.

Maximální dojezdové doby u ambulantní péče		
skupina	dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	35	všeobecné praktické lékařství praktické lékařství pro děti a dorost gynekologie a porodnictví zubní lékař lékárna
2	45	diabetologie chirurgie neurologie oftalmologie otorinolaryngologie ortopedie radiologie a zobrazovací metody (jen ultrazvukové a rentgenové a skiagrafické vyšetření) rehabilitační a fyzikální medicína fyzioterapie urologie vnitřní lékařství
3	60	gastroenterologie kardiologie pneumologie a ftizeologie hematologie a transfúzní lékařství revmatologie hemodialýza psychiatrie psychologie logopedie dermatovenerologie
4	90	alergologie a klinická imunologie angiologie endokrinologie nefrologie klinická onkologie dětská chirurgie dětská a dorostová psychiatrie dětská neurologie ortodontie počítačová tomografie
5	120	dětská gynekologie foniatrie a audiologie radiční onkologie magnetická rezonance nukleární medicína kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie infekční lékařství lékařská genetika plastická chirurgie geriatrie sexuologie

Zdroj: Nařízení vlády 307/2012 Sb.

Pro lůžkovou péči platí, že základní obory nemocniční péče mají stanovený maximální dojezd do 60 minut, specializovanější obory mají dojezdové doby delší.

Maximální dojezdové doby u lůžkové péče

skupina	dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	60	anesteziologie a intenzivní medicína gynekologie a porodnictví neonatologie dětské lékařství chirurgie vnitřní lékařství dlouhodobá péče (ošetřovatelská péče)
2	75	neurologie ortopedie pneumologie a ftizeologie rehabilitační a fyzikální medicína (akutní lůžková péče) urologie
3	120	traumatologie klinická onkologie dermatovenerologie infekční lékařství oftalmologie otorinolaryngologie psychiatrie následná lůžková péče (léčebně rehabilitační péče)
4	180	kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie radiační onkologie geriatrie

Zdroj: Nařízení vlády 307/2012 Sb.

Pokud tedy například pacient potřebuje péči interny, chirurgie, případně pokud se jedná o rodičku, která potřebuje do porodnice, tak dojezdová vzdálenost nemůže být delší než hodina; soustava nemocnic základního typu musí být tak hustá, aby ani v příhraničních oblastech nemusel pacient dojíždět za základní péčí dále.

Ne vždy tomu tak bohužel je, v praxi se vyskytly případy jak u ambulantní, tak u nemocniční péče, že v maximálním okruhu dojezdové doby žádný poskytovatel neexistoval, případně nebyl schopen přijímat plánované pacienty z kapacitních důvodů. To v roce 2019 vedlo například ve Šluknovském výběžku k protestům občanů poté, co omezila péči nemocnice v Rumburku, a k následnému řešení mezi vládou, krajem a zdravotními pojišťovkami na obnoveném zajištění poskytování těchto služeb.



Časová dostupnost péče

Časovou dostupností hrazených služeb se rozumí poskytnutí neodkladných a akutních hrazených služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti. Pokud je pacient v neodkladném stavu, nemůže být odmítnut ani zařazen na čekací listinu, o tom pojednává blíže následující kapitola.

Časovou dostupnost neakutní, tedy plánované péče stanoví nařízení vlády č. 307/2012 Sb., **o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb**, Toto nařízení uvádí, že plánované hrazené služby se poskytují ve lhůtě, která je lékařsky odůvodnitelná a vychází z objektivního lékařského posouzení současného zdravotního stavu pojištěnce, anamnézy, průběhu jeho nemoci, bolestivosti a povahy jeho onemocnění (lhůta časové dostupnosti). **Tuto lhůtu časové dostupnosti stanoví lékař, který o pacienta pečuje, který musí vyhodnotit a do dokumentace zapsat, do kterého nejzazšího termínu musí například plánovaná operace kyčle proběhnout, aby se zdravotní stav pacienta dále nezhoršoval, případně se nestal nevratným.** Pro vybrané, výslovně vyjmenované zákroky stanoví nařízení vlády nepodkročitelné lhůty.

Časová dostupnost plánované péče

• § 2 odst. 2)

- (2) Plánované hrazené služby se poskytují ve lhůtě, která je **lékařsky odůvodnitelná** a vychází z **objektivního lékařského posouzení současného zdravotního stavu pojištěnce**, anamnézy a pravděpodobného průběhu jeho nemoci, bolestivosti nebo povahy jeho onemocnění (dále jen „**lhůta časové dostupnosti**“).
- Lhůtu časové dostupnosti stanoví v rámci sestavení individuálního léčebného postupu **ošetřující zdravotnický pracovník**, který plánovanou hrazenou službu indikoval, přičemž tato **lhůta nesmí překročit lhůtu stanovenou pro tuto plánovanou hrazenou službu v příloze č. 2** k tomuto nařízení. Lhůta časové dostupnosti **počíná běžet** dnem následujícím po dni, kdy ošetřující zdravotnický pracovník **plánovanou hrazenou službu indikoval a potřebu této služby a lhůtu časové dostupnosti k jejímu poskytnutí zapsal do zdravotnické dokumentace** pojištěnce (...)

Plánované hrazené služby	Lhůta časové dostupnosti, kterou nelze překročit
Náhrada kyčelního kloubu	52 týdnů
Náhrada kolenního kloubu	52 týdnů
Artroskopie	8 týdnů
Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony	8 týdnů
Echokardiografie	10 týdnů
Operace katarakty	30 týdnů
Endoskopické vyšetření	4 týdny
Denzitometrie	16 týdnů
Skiografie a sonografie	2 týdny
Počítačová tomografie	3 týdny
Magnetická resonance	5 týdnů
Mamografické vyšetření	6 týdnů
Zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy	4 týdny

Zdroj: Nařízení vlády 307/2012 Sb.

Počítačová tomografie (CT) má třítydenní maximální čekací dobu, magnetická rezonance pět týdnů, takže pokud lékař doporučí takové vyšetření či službu, nemůže být čekání delší.

Lhůty v nařízení jsou ovšem lhůtami nejzazšími. Pokud lékař konstatuje, že pacient potřebuje dané vyšetření či operaci ještě dříve, například proto, že by jinak jeho kloub utrpěl nevratné poškození, může být individuální lhůta ještě kratší.

Pokud by vznikla situace, že pacient čeká na kyčel či koleno déle než 52 týdnů, například i dva nebo tři roky, jak se v praxi bohužel stává, jedná se o porušení zákona.

Jak se bránit v případě nedostupné péče?

Nápravy se pacient může domáhat stížností či soudním sporem se zdravotní pojišťovnou. Pokud jde o **místní dostupnost**, tedy situaci, **kdy žádný ze smluvních poskytovatelů není k dispozici v okruhu dojezdové doby dané nařízením vlády**, obrací se **pojištěnec na zdravotní pojišťovnu a požaduje zjednání nápravy**. Reakcí zdravotní pojišťovny je zpravidla poskytnutí seznamu smluvních lékařů, které na daném území má. Přesto se ale může stát, že všichni poskytovatelé na tomto seznamu, které pojišťovna označila, pacienta odmítají, například z kapacitních důvodů, což při splnění podmínek § 48 zákona č. 372/2011 Sb.,

o zdravotních službách učinit mohou (k tomu blíže v příští kapitole [Kdy lze pacientovi odmítnout péči](#), strana 31). **V takovém případě je nutno, aby se s tímto pojištěncem znovu obrátil na zdravotní pojišťovnu a vyzval ji k nápravě, protože místní dostupnost zdravotní služby ve skutečnosti zajištěna není.**

Pokud zdravotní pojišťovna na tuto výzvu nereaguje a místně dostupného poskytovatele ochotného pojištěnce přijmout nezajistí, **lze na zdravotní pojišťovnu podat stížnost k Ministerstvu zdravotnictví ČR.** Ministerstvo může uložit zdravotní pojišťovně pokutu až 10 milionů korun za nezajištění místní a časové dostupnosti.

Pokuty za nezajištění časové a místní dostupnosti

§46 zákona 48/1997 Sb.

Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny.

§44 a násl. zákona 48/1997 Sb.

Zdravotní pojišťovna se dopustí přestupku tím, že...nezajistí svým pojištěncům poskytování hrazených služeb

Za přestupek lze uložit pokutu do...10 000 000 Kč

Přestupky podle tohoto zákona projednává...Ministerstvo zdravotnictví

Z judikatury ústavního soudu také vyplývá, že pojištěnec může, kromě stížnosti k Ministerstvu zdravotnictví ČR, žalovat zdravotní pojišťovnu na splnění povinnosti zajistit dostupnost péče u soudů. Jde o povinnost vyplývající přímo ze zákona, kterou lze vymáhat i soudně, pokud výzva k jejímu splnění selže. **Splnit tuto zákonnou povinnost, a to i v návaznosti na soudní spor, může zdravotní pojišťovna buď tak, že přesvědčí některého ze stávajících smluvních poskytovatelů, aby rozšířil své služby a přijal i dodatečného pacienta domáhajícího se péče, nebo aby zařadila do své smluvní sítě nového poskytovatele, který bude pacienty „na pojišťovnu“ přijímat.** Zvláště důležité je to u zubních lékařů.

Pokud by z nesplnění zákonné povinnosti zdravotní pojišťovnou vznikla pojištěnci újma, například v podobě bolesti, ztížení společenského uplatnění, ušlého výdělku či dodatečných nákladů, a je-li pojištěnec schopen doložit vznik této újmy i její příčinnou souvislost s nezajištěním péče, může soudně požadovat náhradu této újmy v penězích.

Pokud jde o zajištění **časové dostupnosti péče**, měl by pojištěnec především trvat na tom, aby mu lékař, který operaci či vyšetření navrhuje, **stanovil a do zdravotnické dokumentace**

zaznamenal lhůtu časové dostupnosti, dokdy nejpozději musí být operace či vyšetření provedeno, aby se zdravotní stav pojištěnce nezhoršil. Dodržení této lhůty se pojištěnec domáhá, když se obrací na smluvní nemocnici či další smluvní poskytovatele své zdravotní pojišťovny. **Pokud se nezdaří, aby mu byl zákrok včas nabídnut,** obrací se na **zdravotní pojišťovnu s výpisem ze zdravotnické dokumentace, ze kterého je zřejmá nejen stanovená lhůta časové dostupnosti, ale i to, že mu v této lhůtě zákrok nabídnut nebyl.** V případě nezajištění včasné péče si pojištěnec může, podobně jako u nezajištění místní dostupnosti, stěžovat na zdravotní pojišťovnu podnětem k Ministerstvu zdravotnictví ČR, případně soudní žalobou.

V systému zdravotnictví fungujícím ideálně, přesně dle zákona, by tyto kroky pojištěnce nebyly nutné. V praxi jde ale o důležitý nástroj, jak se neocitnout bez péče. Pacient sám mnohdy není schopen svůj nárok uplatnit – může jít o těžce nemocného, může jít o osobu momentálně nezpůsobilou jednat, může jít o dítě. V takových případech je žádoucí, aby za něj tyto právní kroky podniknul příbuzný či jiný blízký člověk, s náležitými zmocněními k nahlížení do zdravotnické dokumentace a k uplatňování pacientových práv.

Kdy lze pacientovi odmítnout péči

Odmítání péče

V této kapitole se zaměříme na důležitou otázku, **kdy může podle práva lékař nebo nemocnice pacienta odmítnout a neposkytnout mu zdravotní služby**. S touto situací se pacienti setkávají stále častěji, buď z důvodů vyčerpané kapacity poskytovatelů, nebo z důvodů dalších, mnohdy mimoprávních, majících prapříčinu v úhradových limitacích mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli.

Lékařům se snížil limit na zákroky, některé mohou na konci roku odmítat

Od Roman Zahradka - 30.5.2022 👁 570 🗨 0

[f](#) [x](#) [p](#) [📧](#)



Foto: Pixabay.com

Stát spoléhá na rezervy pojišťoven, které se tenčí, a doufá, že to prostě nějak vyjde. Pojišťovny se odkazují na rezervy zdravotnických zařízení, které měly vzniknout v posledních letech. Vrásky mají všichni.

Zdroj: NovinyChrudim.cz

Neodkladná péče a porody

Předně si zopakujme z minulé kapitoly definici neodkladné péče dle § 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Ta je důležitou součástí pravidla zákona o zdravotních službách, **že poskytovatel zdravotních služeb nikdy nemůže odmítnout neodkladnou péči a nesmí taktéž odmítnout rodičku, pokud již započal porod. Toto zákon zapovídá v § 48 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (viz obr. níže).**

Zákaz odmítnutí neodkladného pacienta a rodičky

§ 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí jsou

a) **neodkladná péče**, jejímž účelem je **zamezit** nebo **omezit** vznik **náhlých stavů**, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo **vážnému ohrožení zdraví**, nebo **způsobují náhlou** nebo **intenzivní bolest** nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí, (...)

d) **plánovaná péče**, která není zdravotní péčí uvedenou v písmenech a), b) nebo c).

§ 48 odst. 3) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákaz odmítnutí péče

Poskytovatel **nesmí odmítnout** přijetí pacienta do péče (...) jde-li o pacienta, kterému je třeba **poskytnout neodkladnou péči**, jde-li o **porod** nebo jde o zdravotní služby, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví nebo ochrany zdraví při práci, dále jde-li o krizové situace nebo výkon ochranného léčení nařízeného soudem, pokud jiný právní předpis nestanoví jinak.

Neodkladný pacient či rodička nemůže být odmítnut ani z kapacitních důvodů, ani z toho důvodu, že se nejedná o smluvního poskytovatele pacientovy pojišťovny. Odmítnout nelze dokonce ani pacienta-cizince, který vůbec není účastníkem našeho systému zdravotního pojištění, pokud se v nemocnici ocitne v neodkladném stavu, což se občas stává u osob, které v České republice pobývají a pracují v rozporu s pravidly o pobytu cizinců. Žádného neodkladného pacienta či rodičku nelze dle platného zákona ponechat bez péče.

V definici neodkladné péče je dobré všimnout si, **že se vztahuje i na náhlé stavy způsobující náhlou nebo intenzivní bolest.** Zákaz odmítnutí platí proto i pro ambulantní péči, typicky u stomatologů, jde-li o pacienta s náhle vzniklým stavem intenzivní bolesti zubů. I takový pacient do definice neodkladné péče spadá a nemůže být odmítnut, a to ani nesmluvním zubařem, který tuto neodkladnou péči neúčtuje pacientovi, ale vždy jeho zdravotní pojišťovně.

Odmítání v situacích plánované péče

Pokud jde o péči plánovanou, stanoví zákon v § 48 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, tři důvody, kdy může být pacient legálně odmítnut:

- Zprv je to tzv. **kapacitní důvody**, tedy situace, kdy by přijetím pacienta bylo překročeno únosné pracovní zatížení, případně jsou dány provozní či personální důvody.
- Zadruhé je to situace, kdy by vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala registrujícímu praktikovi **provádět návštěvní službu**.
- Zatřetí je možno odmítnout plánovanou péči, pokud pacient není pojištěncem zdravotní **pojišťovny, se kterou má daná nemocnice či ordinace uzavřenou smlouvu**. Tento důvod k odmítnutí je dán i v situaci, kdy pojištěnec ve smluvní nemocnici požaduje službu, která není hrazena ze zdravotního pojištění.

Zákonné důvody odmítnutí plánované péče

§ 48 odst. 1) zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Poskytovatel, kterého si pacient zvolil, může **odmítnout přijetí pacienta do péče, pokud**

- a) by přijetím pacienta bylo **překročeno únosné pracovní zatížení** nebo jeho přijetí **brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení; překročením únosného pracovního zatížení se rozumí stav, kdy by zajištěním zdravotních služeb o tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým,**
- b) by **vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala** v případě poskytování zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost **výkon návštěvní služby, nebo**
- c) **není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění; toto právo se nevztahuje na pojištěnce z jiných států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Švýcarské konfederace, či ze států, se kterými má Česká republika uzavřenu smlouvu o sociálním zabezpečení, zahrnující ve věcném rozsahu nároky na zdravotní péči.**

Nesmluvní poskytovatel může tedy jakéhokoliv pacienta, kromě neodkladných či rodiček, **odmítnout i bezdůvodně**; smluvní poskytovatelé však mohou plánovaný zákrok odmítnout pouze z kapacitních důvodů, či v případě registrujících praktiků též z důvodů přílišné vzdálenosti pro výkon návštěvní služby.

Kdo posuzuje, zda jsou dány důvody k odmítnutí?

To, zda jsou dány **důvody pro odmítnutí pacienta, si posuzuje poskytovatel zdravotních služeb sám**, nicméně podle 48 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, **je povinen pacienta o těchto důvodech informovat a konkrétní důvod odmítnutí uvést do písemné zprávy, kterou pacientovi vydá.**

Písemná zpráva o důvodu odmítnutí péče

§ 48 odst. 5) zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Důvody odmítnutí přijetí pacienta do péče podle odstavce 1 nebo ukončení péče podle odstavce 2 posuzuje poskytovatel.

Poskytovatel o odmítnutí přijetí do péče (...) vydá pacientovi písemnou zprávu, ve které je uveden důvod odmítnutí.

V této písemné zprávě pro pacienta musí být uveden přesný důvod odmítnutí plánované péče, tedy zda důvodem byl **výpadek personálu, naplněná lůžková kapacita či konkrétní provozní překážka (například rekonstrukce oddělení)**. Tato zpráva následně pacientovi slouží k přezkumu toho, zda si poskytovatel důvody k jeho odmítnutí nevymyslel a zda odmítnutí bylo v souladu se zákonem.

Pacient, který nadále požaduje přijetí a poskytnutí hrazených služeb, se může obrátit na zdravotní pojišťovnu, jejímž je pojištěncem, s doložením zprávy o odmítnutí a požadovat přezkum, zda smluvní poskytovatel skutečně uvedený odmítací důvod měl. Současně je možno obrátit se s podnětem ke kontrole, případně se stížností dle zákona o zdravotních službách, na odbor zdravotnictví příslušného krajského úřadu.

Pokud by se ukázalo, že důvody uvedené v písemné zprávě ve skutečnosti dány nebyly, může poskytovatel, který pacienta protiprávně odmítnul, dostat od krajského úřadu pokutu až do výše 300 000 Kč a současně mu může zdravotní pojišťovna v krajním případě vypovědět smlouvu. Pokud by se stalo, že poskytovatel pacienta odmítne, ale nevystaví mu písemnou zprávu s uvedením důvodu odmítnutí, již i to samo je přestupkem, který může být postížen pokutou. **Je tedy důvodné vždy při odmítnutí požadovat písemnou zprávu a s tou se následně ptát na zdravotní pojišťovně a na krajském úřadě, zda bylo odmítnutí dle práva.**

Přestupky a pokuty za nezákonné odmítnutí péče

§117 odst. 3) zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Poskytovatel se dopustí přestupku též tím, že

- a) v rozporu s § 48 odst. 1, 3 nebo 4 **odmítne přijetí pacienta do péče,**
- c) **nevydá pacientovi zprávu** podle § 48 odst. 5,

§117 odst. 4) zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Za přestupek lze uložit pokutu do

300 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 3 písm. a)

100 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 3 písm. c)

K zapamatování: kdy péči odmítnout nelze

Zvláště důležité pro urgentní případy je zapamatovat si **§ 48 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách,** který říká, **že nelze odmítnout neodkladnou péči či rodičku, u níž započal porod.** Správní orgány bohužel v minulosti musely takové případy řešit a v praxi se dějí i dnes.

§ 48 odst. 3 zákona 372/2011 Sb.: Poskytovatel **nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče podle odstavce 1** ...jde-li o pacienta, kterému je třeba poskytnout **neodkladnou péči,** jde-li o **porod**

CT24
VÁLKA NA UKRAJINĚ COVID-19 DOMÁCI SVĚT REGIONY EKONOMIKA KUL
Nemocnice odmítly pacienta, ten pak zemřel v sanitce. Ministerstvo hledá viníka
19. 3. 2016
Ministerstvo zdravotnictví ustaví vyšetřovací komisi kvůli případu pacienta, který zemřel po desítkách minut v sanitce, protože ho odmítly přijmout dosahové nemocnice. Komise má osvětlit, zda zdravotníci pochybili, když záchranářskému dispečinku tvrdili, že nemají volné lůžko. Nemocnice se hájí, že informace neobsahovala sdělení o tom, že stav pacienta je akutní. Přijmout pacienta v takovém stavu totiž nařizuje zákon.

Zdroj: ct24.ceskatelevize.cz

Žena porodila před nemocnicí, personál ji odmítl přijmout



Zdroj: iRozhlas.cz

Pokud byste doprovázeli vašeho blízkého v urgentním stavu, nebo rodičku s probíhajícím porodem, může pomoci ocitovat toto ustanovení zákona, aby tato péče nebyla odmítnuta, aby nebyl pacient „poslán do jiné nemocnice“ (kam se nemusí včas dojet) a abyste tak pomohli blízké osobě v riziku skutečně péči dostat. Těmto situacím se lze bránit tím, že známe právní předpis a uplatňujeme ho.

Kdy (ne)musíme za zdravotní péči platit

Příplácení za péči: Možnost volby, nebo protiprávní nešvar?

V praxi i v médiích se lze po celá léta setkat se stížnostmi pacientů, kteří si za péči, kterou by měla plně hradit zdravotní pojišťovna, musejí platit z vlastního. Tyto platby jsou někdy nazývány „sponzorskými dary“, jindy „registračními poplatky“, „programy prémiové péče“ či „možností připlatit si za nadstandard“ a někdy se jedná i o mnohatisícové částky. Je to v pořádku?

Příplatky za péči: Legální nebo nelegální?

Echo24.cz PŘEDPLATNÉ

DOMOV

Nelegální poplatky u lékařů. Stav, od kterého všichni dávají ruce pryč

Zdroj: echo24.cz

Lékař vybírá poplatky za e-maily. Odmítejte to, radí ministerstvo

DANIELA PŘÁDOVÁ

Zdroj: Seznam.cz

Právo pojištěnce na bezplatnost péče hrazené pojišťovnou

Jak popisujeme v první kapitole, v solidárním systému zdravotního pojištění není „zadarmo“, lépe řečeno hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, úplně vše. **Zákon vymezuje, které zdravotní služby jsou plně hrazené, částečně hrazené či nehrazené. Ty služby, které splňují podmínky zákona jako plně hrazené, tedy za ně již zaplatila nebo zaplatí poskytovateli zdravotní pojišťovna, již nemohou být znovu zpoplatněny pacientovi, který ke smluvnímu lékaři přichází.** Pokud poskytovatel maskuje tuto platbu jako vynucovaný „sponzorský dar“ nebo „program prémiové péče“, jedná se o nezákonný postup.

Pokud by částka, vynucená buď přímo, nebo skrz předstírané sponzorské dary či registrační poplatky překročila 10 tisíc korun, může se jednat i o trestný čin podvodu. Jak to? Pracovník poskytovatele zdravotních služeb úmyslně uvádí v omyl pacienta, že musí zaplatit za něco, co ve skutečnosti zaplatila či zaplatí jeho zdravotní pojišťovna, čímž sebe nebo svého

zaměstnavatele obohacuje a pacienta poškozuje. U méně významných částek se může jednat o přestupek.

Práva pojištěnce a povinnosti smluvního poskytovatele

Podle § 11 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění má pojištěnec právo na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Tomu odpovídající povinnost, tedy nevyžadovat za proplacenou péči po pacientech žádné další poplatky, stanoví zdravotní pojišťovna všem svým smluvním partnerům, v návaznosti na vyhlášku Ministerstva zdravotnictví ČR o rámcových smlouvách.

Zákaz příplácení za péči hrazenou

§ 11 (1) zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

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,

Vyhláška 618/2006 Sb. o rámcových smlouvách

Zdravotnické zařízení

k) nepodmíní právo pojištěnce na svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení nebo na poskytnutí hrazené zdravotní péče žádnými registračními poplatky nebo sponzorskými dary a za poskytnutou zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů, vybírat žádnou finanční úhradu,

l) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazené zdravotní péče změnou pojišťovny nebo jiným způsobem,

m) nebude zvýhodňovat pojištěnce jedné nebo více pojišťoven v neprospěch pojištěnců pojišťoven ostatních a zhoršovat dostupnost zdravotní péče hrazené pojišťovnou přednostním poskytováním péče hrazené jiným způsobem

Kdy může poskytovatel péče požadovat peníze legálně?

Zjednodušeně lze říci, že smluvní poskytovatel může požadovat platbu za vše, co není plně hrazeno ze zdravotního pojištění. Může se jednat zejména o:

- **Regulační poplatky**, které popisuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v § 16a, v současnosti jde o **90 Kč za pohotovost**; další poplatky za návštěvu lékaře či hospitalizaci, zavedené zdravotnickou reformou z roku 2008, byly zrušeny.
- **Doplatky na léky a pomůcky**, které jsou dle zákona hrazeny jen zčásti; ty jsou popsány jednak v přílohách zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a také v rozhodnutích Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

- **Přímé platby za výkony, léky a pomůcky, které zákon z úhrady zdravotní pojišťovnou vyřazuje;** jedná se například o některé zákroky v oblasti estetické chirurgie, v oblasti stomatologie, dále zákroky provedené bez medicínské indikace na vlastní žádost pacienta.

Zdravotní služby u poskytovatele, který na ně nemá uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb se zdravotní pojišťovnou daného pojištěnce (tedy nesmluvní poskytovatel) nejsou hrazeny. Proto za ně takový poskytovatel může požadovat zaplacení po pacientovi přímo. Výjimkou jsou jen případy **neodkladné péče**, ty i nesmluvní poskytovatel účtuje zdravotní pojišťovně daného pojištěnce, po němž platbu nepožaduje.

Pro pacienta-laika nemusí být vždy snadné zorientovat se v tom, které služby, léky a pomůcky „má v pojištění“, které si povinně platí, a které nikoliv. Tím spíše je pro něj obtížné zjistit, zda a na co přesně má jeho poskytovatel uzavřenou smlouvu s jeho pojišťovnou. Proto zákon pacienta chrání tím, že ukládá jak poskytovateli, tak pojišťovně, aby v tom pacientovi pravdivě poradili.

Právo pacienta na poučení o ceně péče

Pacient má podle 28 odst. 3 písm. f) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách právo být **předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje.** Tomu odpovídající poučovací povinnost stanoví zákon poskytovateli. Pouze pokud byl pacient předem pravdivě poučen o ceně péče, vzniká mu povinnost ji zaplatit.

Poučení o ceně

§ 28 odst. 3) zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo

f) být **předem informován o ceně** poskytovaných zdravotních služeb **nehrazených nebo částečně hrazených** z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje,

§ 45 odst. 2) zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Poskytovatel je povinen

a) **informovat pacienta o ceně** poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, a to před jejich poskytnutím, a **vystavit účet za uhrazené zdravotní služby**, nestanoví-li jiný právní předpis jinak,

b) **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,

To znamená, že pokud lékař tvrdí, že určitou službu nehradí pojišťovna a musí se za ni připlácet, pacient si vyžádá toto poučení písemně, na což má právo, a v případě zaplacení požaduje „účetku“, na které je jasně uvedeno, za co poskytovateli zaplatil. S tímto dokladem se pojištěnec obrací na svou zdravotní pojišťovnu a ptá se, zda jde skutečně o službu, která není hrazena u daného poskytovatele ze zdravotního pojištění, nebo zda jde o službu, která byla pojišťovnou plně hrazena a poskytovatel nelegálně „zkasíroval“ pojištěnce za totéž ještě jednou. Pacient má též právo podílet se na kontrole toho, co bylo zdravotní pojišťovnou za něj poskytovateli uhrazeno, tedy vyžádat si od zdravotní pojišťovny výpis výkonů vykázaných ordinací či nemocnicí jeho pojišťovně k proplacení.

Dále má každý poskytovatel, tedy nemocnice či ordinace, povinnost zpracovat seznam cen poskytovaných zdravotních služeb nehrazených a částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a umístit ho tak, aby byl seznam přístupný pacientům, například v čekárně. Podobně, jako restaurace vyvěšují své jídelní lístky s cenami, musí mít poskytovatel ceník všech služeb, které pacientům nabízí za přímou úhradu, neboť nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Ceník by měl být dostupný v čekárně i v ordinaci lékaře. A právě tento ceník je potom i nástrojem pro kontrolu ze strany zdravotní pojišťovny nebo ze strany odboru zdravotnictví krajského úřadu, zda poskytovatel neúčtuje pacientům něco, co vlastně účtovat nesmí a co už je zahrnuto v úhradě od zdravotní pojišťovny.

Kdy platit a kdy neplatit za „nadstandard“?

Legální a nelegální „nadstandard“

Stále více lékařů si říká o poplatky za nadstandard. Ne vždy je to v pořádku

Čím dál častěji se pacienti, hlavně ti ve větších městech, setkávají s žádostmi o sponzorský dar nebo s poplatky za nadstandardní služby. Těmi může být vyšetření bez čekání, konzultace po telefonu, ale i televize v čekárně. Lidé peníze často zaplatí, i když o služby nestojí, protože stojí o dobré vztahy s lékařem.

9:03 8. února 2013



Zdroj: iRozhlas.cz

Zplat, nebo zmiz. Gynekologové vybírají poplatky, na které nemají nárok

© 8. května 2020 18:34

Většina gynekologů vybírá od pacientek registrační nebo každoroční poplatky. Částky se mohou vyšplhat až do několika tisíc korun. Pokud má lékař smlouvu s pojišťovnou, jedná nezákonně. Gynekologů je však málo a ženy mají strach se ozvat. Na chování si proto většinou nestěžují.



Zdroj: iDnes.cz

Častým jevem je také to, kdy poskytovatelé nabízejí k službám plně hrazeným ze zdravotního pojištění, za které formálně nic nepožadují, také služby navíc, které mají zvýšit pohodlí

pacienta. Ty ale nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění a poskytovatel je zpoplatňuje. Lékař, nebo častěji recepční soukromého poskytovatele, říká pacientům: „My jsme smluvním partnerem vaší zdravotní pojišťovny, ale my vám nabízíme placený prémiový program, členství v našem klubu. Když si tento nadstandard zaplatíte, budete si moci zadarmo dát kávu v naší čekárně, budete mít na pokoji televizi, nebo vám umožníme objednávat se na čas.“

Je pravdou, že zákon nikterak nezakazuje, aby poskytovatel zdravotních služeb vedle služeb hrazených pojišťovnou (a tedy pro pacienta bezplatných) nabízel ještě jiné, doplňkové služby za přímou platbu pacienta. Ale co když to poskytovatel postaví pacientovi tak, že když si nekoupí „nadstandard“ nebo nedá „sponzorský dar“, nedostane ani ty bezplatné služby?

Abychom se vypořádali s tímto problémem, musíme se trochu ponořit do občanskoprávní teorie. Její součástí je odedávna nauka o tzv. úkonech předstíraných (simulovaných), a jednáních zastřených (dissimulovaných). **Velmi jednoduše řečeno: Není podstatné, jak právní úkon nazvu; podstatné je, co je jeho skutečným obsahem.**

Občanský zákoník: Jednání předstíraná a zastřená

§ 555 Občanského zákoníku

(1) Právní jednání se *posuzuje podle svého obsahu*.

(2) Má-li být určitým právním jednáním *zastřeno jiné právní jednání*, posoudí se *podle jeho pravé povahy*.

Nyní toto pravidlo použijeme na zmíněné „prémiové programy“ a „sponzorské dary“. **Pokud je tomu tak, že pacient může svobodně odmítnout účast v nadstandardním programu, může svobodně odmítnout dát sponzorský dar, a přitom dostane stejnou bezplatnou péči, je vše v pořádku.** Jde prostě o službu navíc, kterou si můžete nekoupit a o vaše právo na bezplatnou péči vás to nepřipraví. **Pokud to ale poskytovatel postaví tak, že kdo nedá sponzorský dar nebo si nezaplatí „tisíc korun za kafe v čekárně“, bezplatnou péči nedostane, potom jedná nezákonně.** V takovém případě se totiž ve skutečnosti nejedná o dobrovolné darování, ani o dobrovolné zaplacení nějaké služby navíc, to se poskytovatel pouze snaží předstírat. **Ve skutečnosti nelegálně vynucuje po pacientech dodatečné peníze za bezplatnou péči** – aby pacient dostal bezplatně to, co chce a na co má nárok, musí si koupit bezcennou a předraženou službu, kterou nechce, nebo musí „zaplatit“ skrz předstírané darování.

Příplatky za přednostní ošetření

Tím se dostáváme k dalšímu nešvaru – úplatkům za přednost. V solidárním systému veřejného zdravotního pojištění není možné požadovat po pojištěncích, aby platili za dřívější termín operace nebo vyšetření. **Jednak má pojištěnec nárok na časovou a místní dostupnost hrazené péče i bez připlácení**, jak jsme si popsali v kapitole s názvem „Právo na přístup k hrazené péči“. Jednak má poskytovatel ze zákona i ze smluv se zdravotními pojišťovnami povinnost zachovávat rovný přístup k jejím pojištěncům **a nikoho neupřednostňovat, ani pokud by si za to připlatil**. I tento zákaz se ale v praxi často obchází přes „prémiové programy“ či „sponzorské dary“.

Požadavky na připlácení

HOSPODÁŘSKÉ NOVINY

Na výměnu kloubu se čeká i dva roky. Za 26 tisíc to jde za čtyři měsíce

Michaela Ryšavá | vedoucí domácího oddělení HN
7. 12. 2021 12:52 • 7 min. čtení | [PŘEHRÁT ČLÁNEK](#)



Operace o pár měsíců dříve? Podle některých právníků je upřednostlování klientů za úplatu, pokud je zákrok hrazen zdravotní pojišťovnou, na hraně zákona, podle jiných za hranou (ilustrační foto). Autor • Shutterstock

Zdroj: [archiv.hn.cz](#)

Nečekejte a platte. Lékaři tahají z pacientů tisíce

dnes 5:55
Právo, kab

Magnetická rezonance bez čekání vyjde ve zdravotnickém centru v Praze na 2600 korun, gynekologie s nadstandardním jednáním i na několik tisíc ročně, na endokrinologii pacient platí za komunikaci e-mailem, jinde dokonce dvě stovky i za pouhé stanovení data předepsané lékařské prohlídky.



ilustrační snímek

Nejsou to úplatky potajmu strkané do kapes zdravotníkům, ale zcela otevřeně vyžadované a běžné platby, jak se Právo přesvědčilo u konkrétních zdravotnických firem. Ministerstvo zdravotnictví přitom velkou část takovýchto poplatků pokládá za protiprávní.

Zdroj: [novinky.cz](#)

I zde ovšem platí totéž pravidlo o úkonech předstíraných a zastřených. Pacient, kterému byla učiněna nabídka účasti v prémiovém programu, by se měl zeptat lékaře či pracovníka na recepci: „Když si u vás nadstandardní služby nekoupím a budu požadovat pouze bezplatné služby, které mi u vás hradí moje zdravotní pojišťovna, poskytnete mi je?“ Pokud lékař řekne ano, **poskytneme vám je bez rozdílu jako každému jinému, je to v pořádku**. V takovém případě on vám nabídl něco navíc a vy jste si to nekoupili. Pokud ale zaměstnanci poskytovatele řeknou: „Když si u nás nekoupíte Zlatou kartu Premium za dvacet tisíc, tak se na operaci dostanete tak možná za tři roky – kdežto když si ji koupíte, jdete na operaci do dvou měsíců“, potom je zjevné, že poskytovatel jedná protiprávně. Jde o zjevný podvod. Zakoupením

prémiové karty si totiž pacient nekupuje nehrazené služby, ale podruhé platí za to, aby se dostal k těm, které za něj již zaplatila či zaplatí jeho zdravotní pojišťovna. **Platbu za přednost zákon zakazuje, ať už ji poskytovatel péče vyžaduje přímo, nebo skrytě přes jakkoliv pojmenované „nadstandardní“ programy.**

Jak se může pacient bránit?

Vždy, když se pacient setká s požadavkem na zaplacení, měl by požadovat po poskytovateli poučení, za co přesně platí. Měl by se ptát po ceníku služeb, vzít si účtenku, případně návrh smlouvy na nadstandardní služby či prémiový program, pokud mu zdravotníci něco takového vnucují. Měl by se vždy důsledně ptát, **zda je poskytovatel smluvním partnerem jeho zdravotní pojišťovny, zda jeho smlouva kryje i požadovaný zákrok či vyšetření, a zda jej bude poskytovatel v plné výši pojišťovně účtovat.** Pokud poskytovatel odpoví, že danou službu skutečně pojišťovna hradí, pacient by měl jakoukoliv platbu odmítnout. Často stačí i jen tento prostý dotaz k tomu, aby byl pacient zařazen do kategorie „zná právo – nevhodný k oškubání“ a požadovanou péči dostane i bez příplácení.

Pokud poskytovatel odpoví, že danou službu pojišťovna plně nehradí, pacient může odejít a poté požadovat po své pojišťovně zajištění jiného poskytovatele, u kterého péči nasmlouvala a poskytovateli ji plně hradí. Nebo může bez hádek zaplatit (mnohdy je pro pacienta důležitější léčit se tady a teď), ale následně si vyžádat účtenku a výpis ze zdravotnické dokumentace.

S těmito dokumenty se pacient obrací na svoji zdravotní pojišťovnu, s dotazem, **zda byl postup poskytovatele správný, a zda se skutečně jedná o služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, popř. služby nesmluvní.** Zdravotní pojišťovna může poskytovateli zdravotních služeb vypovědět smlouvu, pokud péči, kterou mu uhradila, znovu účtuje jejím pojištěncům. Pokud se jedná o vynucování částek většího rozsahu, lze se obracet i na policii, neboť může jít o přešůpek či trestný čin podvodu. Současně lze neoprávněně vyžádané platby požadovat zpět cestou občanskoprávního řízení, případně požadovat náhradu škody.

Dále může pacient v této záležitosti oslovit odbor zdravotnictví krajského úřadu, který dohlíží na povinnosti poskytovatelů, mimo jiné na povinnost lékaře poučit pacienta o ceně (rozumějme pravdivě a v souladu s právním předpisem) a neúčtovat podruhé péči již uhrazenou ze zdravotního pojištění. Krajský úřad může uložit poskytovateli citelné pokuty, případně může poskytovateli i odejmout oprávnění k poskytování zdravotních služeb, porušuje-li zákon soustavně.

Přestupky a pokuty související s přiřlácením

§ 117 odst. 1 zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Poskytovatel se dopustí přestupku též tím, že

- o) *neinformuje pacienta o ceně poskytovaných zdravotních služeb nebo nevystaví účet za uhrazené zdravotní služby podle § 45 odst. 2 písm. a)*
- p) *v rozporu s § 45 odst. 2 písm. b) neumístí seznam cen poskytovaných zdravotních služeb tak, aby byl přístupný pacientům*

§ 117 odst. 4 zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Za přestupek lze uložit pokutu do

50 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. o) nebo p)

§ 24 odst. 4) zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Příslušný správní orgán *může odejmout oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jestliže*

- d) *poskytovatel závažným způsobem nebo opakovaně porušil povinnosti vyplývající pro něj ze zákona o veřejném zdravotním pojištění*
- e) *poskytovatel opakovaně požadoval od pacientů úhradu za zdravotní služby v rozporu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění*

Jak jsme si řekli již na samém začátku naší publikace – solidární bezplatný zdravotní systém v České republice rozhodně není zadarmo. Proto je na místě, aby poskytování zdravotní péče, hrazené plně z veřejného zdravotního pojištění, bylo skutečně bezplatné, a to v rozsahu, který zákon stanoví, abychom za tyto služby nemuseli platit ještě podruhé, při návštěvě nemocnice či ordinace, a to ani skrz falešné nadstandardy či sponzorské dary.

Zdravotnická dokumentace

Lékařská mlčenlivost

Nedílnou součástí poskytování zdravotní péče je nakládání s velmi citlivými údaji o pacientovi, jeho nemoci, prognóze, ale i rodinných či sociálních poměrech, které se lékař nezbytně při péči o nemocného dozvídá. Proto již od dob Hippokratových platí zásada, že lékař musí uchovat mlčenlivost o všem, co se o pacientovi v průběhu poskytování péče dozvěděl. Princip lékařské mlčenlivosti je zakotven i v článku 10 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně.

Lékařská mlčenlivost

Hippokratova přísaha

(...) cokoli, *co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co se nesmí sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.*

Když tuto přísahu dodržím a neporuším, necht' ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy.

Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, necht' stane se pravý opak. "

Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.

Pacient musí být schopen spolehnout se na to, že co svému lékaři řekne, se o něm nevynese na veřejnost. A platí to jak u pacientů, kteří jsou celebritami, tak u běžných pacientů.

V médiích se čas od času objeví zprávy o tom, jak byl léčen ten či onen hodnostář, či politik. Mnohdy se však jedná o záležitosti sporné, neboť i tyto informace měly být z hlediska práva a etiky kryty povinnou mlčenlivostí zdravotníka.

Zdravotní péče a hranice práva na soukromí

Exposlanec Feri je v nemocnici.
Policie mluví o pokusu o sebevraždu

SEZNAM ZPRÁVY



Exposlanec za stranu TOP 09 Dominik Feri.

19:36

Bývalý poslanec Dominik Feri, který čelí obvinění ze sexuálního obtěžování a znásilnění, byl převezen do nemocnice. Policejní mluvčí uvedl, že se podle prvotních informací pokusil o sebevraždu.

Zdroj: Seznam.cz

Experti se neshodli, zda má veřejnost
právo znát důvod hospitalizace
Zemana

Aktualizace: 15.09.2021 13:10 Vydáno: 15.09.2021, 13:10



Ilustrační foto - Prezident Miloš Zeman na Pražském hradě. ČTK/Šulová Kateřina Koupit foto

Zdroj: ceskenoviny.cz

Veškeré výjimky z lékařské mlčenlivosti musejí být popsány v zákoně. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a další předpisy stanovují například výjimky pro povinná statistická či epidemiologická hlášení, pro účely správních a soudních řízení, nebo pro vykazování a úhradu zdravotních služeb. V těchto případech ale nejde o informace určené ke zveřejnění; naopak úřední osoby, kterým jsou tyto informace zpřístupněny, mají samy též uloženou povinnost tyto citlivé údaje chránit. Zákon taktéž počítá s předáváním informací o pacientovi mezi zdravotníky a poskytovateli, kteří o pacienta pečují.

Zákon o zdravotních službách dále umožňuje, **aby pacient zmocnil kohokoliv, aby k jeho osobním údajům přistupoval.** Pacient je v tomto slova smyslu „pánem“ nad vlastním soukromím – může vydat třeba i pokyn, aby byly jeho citlivé informace poskytnuty médiím, například jde-li o politika, který chce voličům ukázat svojí zdravotní způsobilost k budoucímu výkonu funkce. **Nikdo však nemůže pacienta nutit, aby toto svolení vůči komukoliv udělal, pacient může zakázat přístup k informacím o svém zdraví i svým nejbližším.**

Vedení zdravotnické dokumentace

Poskytovatel zdravotních služeb je povinen o všech údajích, které od pacienta v průběhu léčby získá, vést zdravotnickou dokumentaci. Zdravotnická dokumentace obsahuje kromě identifikace poskytovatele a pacienta také veškeré informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s poskytováním zdravotní péče. Význam zdravotnické dokumentace spočívá zejména v tom, že slouží zdravotníkům, kteří o pacienta pečují, k zajištění návaznosti péče, kterou pacientovi poskytovali v minulosti, případně kterou poskytl jiní zdravotníci.

Pro pacienta je zdravotnická dokumentace důležitým podkladem k řešení jakéhokoliv právního problému v oblasti zdravotnictví. Například pokud se domnívá, že byl při poskytování zdravotní péče poškozen, je zdravotnická dokumentace nezbytnou součástí vypracování znaleckých posudků nutných pro vedení soudního sporu. Taktéž je zdravotnická dokumentace důležitá pro vedení sporu o úhradu péče, například povolení výjimečné úhrady péče jinak nehrazené, který pacient vede se zdravotní pojišťovnou a kde musí doložit skutečnosti, které výjimku odůvodňují.

Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni údaje o léčbě pacienta mezi sebou sdílet tak, aby byla umožněna návaznost péče. To je důležité proto, aby pacientovi nebyly

prováděny zbytečné zákroky, aby nebyla prováděna duplicitní vyšetření, aby mu nebyly předepisovány navzájem kontraindikované léky. Proto podle § 45 odst. 2 písm. f) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách musí každý poskytovatel předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo dětskému praktikovi a na vyžádání též poskytovateli zdravotnické záchranné služby. Tyto informace musí předat také pacientovi samému.

Návaznost péče a předávání informací mezi poskytovateli

§ 45 odst. 2) zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Poskytovatel je povinen

f) předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, je-li mu tento poskytovatel znám, a na vyžádání též poskytovateli zdravotnické záchranné služby nebo pacientovi; registrující poskytovatel v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví má povinnost předat zprávu jen v případě, kdy poskytnutí zdravotních služeb indikoval registrující poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,

g) předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi,

Pacient je někdy nemocnicí či specialistou žádán, aby předaný výpis nebo propouštěcí zprávu sám odnesl svému praktickému lékaři. Je dobré, aby tak pacient učinil a zajistil tak, že se o jeho léčbě praktický lékař dozví vše potřebné. To však nezabavuje specializovaného poskytovatele povinnosti, aby i sám, bez ohledu na aktivitu pacienta, zajistil předání údajů ze zdravotnické dokumentace praktikovi. Může se totiž stát, že pacient nebude ve stavu, kdy bude schopný praktika v blízké době navštívit, může se jednat o pacienta zapomětlivého nebo dokonce duševně nemocného. Právě proto vzniká nový systém elektronizace zdravotnictví dle zákona č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví, který by měl postupně zajišťovat, že budou informace o péči předávány mezi poskytovateli snadno, s využitím portálu elektronického zdravotnictví.

Každý poskytovatel, tedy jak praktický lékař, tak specialista či nemocnice, musí podle zákona taktéž předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta, které jsou nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných tomuto pacientovi. Zdravotník by tak měl například poskytnout pacientovi, který z nemocnice odchází do ústavní sociální péče, potřebné informace o tom, jak o něj má být pečováno, a současně tyto informace poskytnout i cílovému poskytovateli sociálních služeb.

Přístup pacienta do zdravotnické dokumentace

Pacient může i nezávisle na předávání dokumentů mezi poskytovateli žádat kopie či výpisy zdravotnické dokumentace pro sebe. Může to být pro potřeby vedení soudního sporu o úhradu či o náhradu škody. Může to být pro vlastní informovanost pacienta, pro shromažďování záznamů o tom, co s ním bylo, jaké zákroky podstoupil, kdy mu lékař doporučil přijít znovu na kontrolu, jaké léky byly kým a proč předepsány. Takový záznam může být prospěšný například i v případě, kdy pacient cestuje do zahraničí a obává se, že by tam mohl utrpět úraz, nebo že by se mohla při pobytu zhoršit jeho chronická nemoc.

Pacient má právo do zdravotnické dokumentace nahlížet, pořídit si její výpisy nebo kopie. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, uvádí v § 65, že právo na toto nahlížení má pacient sám, dále pak zákonný zástupce pacienta, třeba rodič dítěte, případně opatrovník někoho omezeného na svéprávnosti. Dále jsou to osoby určené pacientem, což může být třeba příbuzný, kamarád, soused, pracovník patientské organizace, může to být i advokát pacienta v chystaném soudním sporu; určení okruhu těchto osob je zcela na pacientovi. Určit osobu může pacient například ověřenou plnou mocí. Taková osoba může po poskytovateli zdravotních služeb nahlížení do zdravotnické dokumentace požadovat a ten mu to musí umožnit. **Zde se neuplatní pravidlo mlčenlivosti z úvodu této kapitoly právě proto, že pacient sám dává souhlas s tím, aby byly informace jím určené osobě poskytnuty.**

Pokud pacient zemřel, mají právo na nahlížení do dokumentace a pořizování kopií osoby blízké zemřelému pacientovi. Osobami blízkými jsou zejména rodinní příslušníci v linii přímé, dále je to manžel, manželka a další osoby, jejichž újmu by byl pacient za života považoval za újmu vlastní. Tyto osoby mohou přistupovat do zdravotnické dokumentace, například pro účely kontroly, zda péče byla před úmrtím poskytnuta správně, a pro účely stížnosti či vedení soudního sporu si ze zdravotnické dokumentace pořizovat výpisy či kopie.

Přístup do zdravotnické dokumentace

§ 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem **nahlížet**, pořizovat si její **výpisy nebo kopie**

- a) **pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta**; do záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta nahlížet nebo si pořizovat výpisy nebo kopie pouze v rozsahu záznamu popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,
 - b) **osoby určené pacientem, zákonným zástupcem nebo opatrovníkem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba**; v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky se postupuje podle písmene a),
 - c) **osoby blízké zemřelému pacientovi** v rozsahu stanoveném v § 33 odst. 4;
- postupy podle písmene a), b) nebo c) nesmí narušit poskytování zdravotních služeb.

Opatření kopií zdravotnické dokumentace

Pokud si pacient či jiná oprávněná osoba vyžádá po poskytovateli pořízení kopií, může za to poskytovatel účtovat částku, která odpovídá nákladům spojeným s jejich pořízením, typicky zejména s časem, který by bylo potřeba strávit při vyhledávání a kopírování dokumentů. Dnes je však již obvyklejší, že pacient do zdravotnické dokumentace pouze nahlédne, neboť takřka každý již má dnes mobilní telefon, kterým lze v rámci nahlížení do dokumentace pořídit snadno digitální snímky; takové nahlédnutí poskytovatel nezaplatňuje.

Zákon pamatuje i na to, aby pacient mohl vyžádat své zdravotnické údaje po poskytovateli dálkově. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v § 66 odst. 4 stanoví, že pokud je zdravotnická dokumentace vedena **pouze v elektronické podobě, má pacient nebo jiná oprávněná osoba právo nahlížet dálkovým přístupem, nebo na pořízení kopie zdravotnické dokumentace na technickém nosiči dat, který si pacient určí, nebrání-li tomu technické možnosti poskytovatele.**

Dálkový přístup ke zdravotním záznamům

§ 66 zákona o zdravotních službách

V případě, že je **zdravotnická dokumentace vedena pouze v elektronické podobě, má pacient nebo jiná osoba oprávněná podle § 65 právo nahlížet dálkovým přístupem nebo na pořízení její kopie na technickém nosiči dat, který si určí, nebrání-li tomu technické možnosti poskytovatele; to neplatí, požaduje-li listinnou podobu.**

Pokud tedy například pacient požádá poskytovatele, aby mu udělal „sjetinu“ zdravotnické dokumentace do formátu PDF a aby mu tento soubor poslal do e-mailu, je

tomu poskytovatel povinen vyhovět. Poskytovatel se nemůže bránit tím, že se jedná o údaje kryté povinnou mlčenlivostí, pokud pacient prokazatelně požádal o jejich zaslání třeba i na obyčejný e-mail, neboť je to pacient, kdo si rozhoduje, komu a jakým způsobem mohou být jeho citlivé zdravotní údaje poskytnuty.

Vyžádání zdravotnické dokumentace je prvním krokem, který je nutno učinit, pokud chce pacient činit právní kroky ve většině řízení souvisejících se zdravotnictvím. Proto každý, kdo bude pacientovi právně pomáhat, ať už je to advokát, pracovník patientské organizace nebo blízká osoba zkušená v právní oblasti, bude po pacientovi žádat, aby využil svého práva podle § 65 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a vyžádal si zdravotnickou dokumentaci, případně k tomu onoho pomocníka dle téhož zákonného ustanovení pověřil.

Informovaný souhlas a komunikace s pacientem

Vztah lékař-pacient dříve a dnes

Za starých časů bylo méně běžné, že by se pacienti ptali lékaře na to, jaké zákroky hodlá provést, jaké jsou léčebné možnosti, a aktivně se podíleli na rozhodování o péči. Lékařská etika hovořila o tzv. lékařském paternalismu. Bylo zvykem, že je to lékař, kdo na sebe přebírá tíži odpovědnosti a rozhodování o tom, co bude s pacientem činěno, a pacient se neptá, nezpochybňuje, jestli bude proveden zákrok ten či onen, zda bude volen konzervativní či radikální přístup. Ještě v časech seriálu *Nemocnice na kraji města* pocházejícího ze sedmdesátých let minulého století se lékaři podivují, proč se pacient, zraněný hokejista Rezek, ptá před příjezdem na sál, co s ním bude, když tyto věci náležejí odborníkům-lékařům.



Zdroj: Nemocnice na kraji města, seriál ČST, 1977

V moderní době se však situace změnila. Souvisí to s obecnou vzdělaností pacientů v oblasti medicíny, s rozvojem internetu i s vývojem v oblasti práva. **Pacienti se proto stále častěji a více ptají na to, co s nimi bude poskytovatel dělat, jakou zvolí metodu, jaký zvolí lék.** Souvisí to i s tím, že se staly dostupnými i výtobytky moderní medicíny, například nákladné inovativní léky, které ale nejsou vždy hrazené ze zdravotního pojištění; pacient nebo jeho blízcí musí v takových případech zvážit, zda využít léčbu hrazenou, ale o něco méně účinnou, nebo zaplatit statisícové či milionové sumy za nejmodernější léčbu, případně zda zkusit zřídit sbírku, nebo svést se zdravotní pojišťovnou právní spor o schválení výjimečné úhrady.

Právo pacienta na poučení a souhlas v zákoně o zdravotních službách

Tento trend směřující k větší samostatnosti, autonomii pacienta při rozhodování je zohledněn i v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách z roku 2011. **Zákon stanoví, že žádný zákrok není možno provést bez souhlasu pacienta.**

Práva pacienta dle zákona o zdravotních službách

§ 28 (1) Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho **svobodným a informovaným souhlasem**, nestanoví-li tento zákon jinak.

§ 28 (2) Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na **náležitě odborné úrovni**.

§ 28 (3) Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo

- a) na **úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí** při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,
- b) **zvolit si poskytovatele** oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení, pokud tento zákon nebo jiné právní předpisy nestanoví jinak,
- c) **vyžádat si konzultační služby** od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby; to neplatí, jde-li o poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence, (...)

Výjimka z tohoto pravidla je dána pro situace, kdy je pacient v bezvědomí nebo není souhlas schopen udělit a péče, která mu musí být poskytnuta, musí být jakožto péče neodkladná poskytnuta **hned**. Takovou péči je možno poskytnout i bez souhlasu.

Poučení pacienta (dle § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách)

Aby byl souhlas pacienta se zákrokem informovaný, nebo aby bylo informované jeho odmítnutí péče, musí být pacientovi předem poskytnuto poučení.

Poučení pacienta

§ 31 zákona o zdravotních službách

Poskytovatel je povinen

- a) zajistit, aby byl **pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován** o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- b) umožnit **pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky, vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny.**

Informace o zdravotním stavu obsahuje údaje o

- a) **příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,**
- b) **účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích** navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů,
- c) **jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta...**

Podle zákona je poskytovatel povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách. Pacient musí mít možnost klást doplňující otázky vztahující se ke zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny. Poučení, které se pacientovi poskytuje, musí zahrnout příčinu a původ nemoci, stádium a předpokládaný vývoj nemoci, se kterou pacient přichází. Dále informaci o účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, ale též léků či zdravotnických prostředků. Poučení musí také obsahovat informaci o možných alternativách postupu, tedy o jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb včetně jejich vhodnosti, přínosu a rizik, včetně alternativy neléčení. **Principem tedy je, že se pacient musí prostřednictvím poučení dostat do situace, kdy bude schopen vyhodnotit a rozhodnout, zda si vůbec léčbu přeje, případně zda si přeje léčbu konzervativní či radikální.**

Odmítnutí péče – negativní revers

Jakýkoliv zákrok, jakékoliv podání léku, jakoukoliv operaci, včetně život zachraňující, **může pacient odmítnout tzv. negativním reversem** podle § 34 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Negativní revers

§ 34 zákona o zdravotních službách

Pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání informace podle § 32 odst. 1 vzdal a který odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (revers).

V takovém případě je pacient poučen lékařem, že péči potřebuje. Pokud však péči odmítá, i s vědomím, že to může představovat riziko pro jeho zdraví či život, vysloví takzvaný negativní revers. Ten je vždy písemný. Odmítnutí péče musí lékař respektovat.

Souhlasové formuláře: Jsou vždy nezbytné?

Je dobré si uvědomit, že zákonné zakotvení informovaného souhlasu rozhodně nepožaduje po nemocnicích a po zdravotnických zařízeních obrovskou byrokracii s formuláři informovaného souhlasu, na kterou si lékaři i sestry často stěžují. **Zákon až na výjimky nevyžaduje, aby byl souhlas a poučení pořizován písemně.**

Souhlas pacienta a souhlasové formuláře

§ 34 zákona o zdravotních službách

Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb se pokládá za

a) *svobodný*, je-li dán bez jakéhokoliv nátlaku,

b) *informovaný*, je-li pacientovi před vyslovením souhlasu podána informace podle § 31; souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se pacient podle § 32 odst. 1 podání informace vzdal.

Písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis nebo pokud tak s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb určí poskytovatel. Souhlas s hospitalizací musí být vždy v písemné formě. Na vyžádání je pacientovi poskytnuta kopie písemné formy souhlasu.

Písemná forma je nutná pouze u souhlasu s hospitalizací, s přijetím do nemocnice nebo s případným informovaným odmítnutím péče (negativním reversem). Dále se písemná forma požaduje u vybraných zákroků podle zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, například u asistovaných reprodukcí či u kastrací a u dalších zákroků. Ale u naprosté většiny péče postačuje souhlas ústní.

To, co zákon požaduje, není vyplnění papírů. **To podstatné je, že pacient byl řádně poučen, že ví, o čem se rozhoduje, a že svůj souhlas skutečně udělil.** Pokud pacient sice podepsal krásný formulář informovaného souhlasu, ale ve skutečnosti jde o pacienta těžce senilně dementního, který už není schopen rozpoznat, ani který je den v týdnu, stěží bude schopen posoudit, jaká jsou rizika komplikované operace, která je mu navrhována, ani jaká jsou rizika jejího nepodstoupení. U takového pacienta není ani podpis pod rozsáhlým formulářem právně k ničemu, neboť pacient pro neschopnost úsudku vůbec platně nejedná. V takovém případě je nutno postupovat jinak - poskytovatel by měl navrhnout, aby soud vyslovil omezení svéprávnosti pacienta a ustanovil mu opatrovníka, potom dává souhlasy opatrovník. **Pokud však šlo o neodkladnou péči, mohl a měl poskytovatel daný zákrok provést i bez souhlasu; u člověka neschopného souhlasit z povahy věci žádný formulář vyplňován být nemusí.**

Pokud si tedy lékaři a sestry stěžují na to, že zbytečně vyplňují obrovské množství papírů kvůli každému drobnému zákroku na pacientovi, mnohdy je to záležitostí nadbytečnou, kterou zákon nepožaduje a která by se z praxe měla spíše odstranit.

Informovaný souhlas u dětí a osob s omezenou svéprávností

U nezletilých platí, že souhlasit mohou sami pouze s tím, co odpovídá rozumové a volní vyspělosti dané jejich věkem. To znamená, že malé dítě může souhlasit s běžným ošetřením drobného zranění, ke kterému došlo na táboře a vedoucí ho vzal k lékaři. Malé dítě ale nemůže samo souhlasit se složitou operací zatíženou mnoha riziky, protože v takovém případě k tomu již jeho rozumová a volní vyspělost nedostačuje, souhlas musí dát jeho rodič. **Ale i v takovém případě poskytne lékař v mezích možností dítěti poučení o tom, jaký zákrok podstupuje a co se bude dít, neboť i dítě, které samo nesouhlasí, má právo na poučení dle zákona. Plné svéprávnosti se dosahuje zletilostí dosažením osmnácti let.**

Informovaný souhlas u nezletilých

§ 35 zákona o zdravotních službách

(1) Při poskytování zdravotních služeb **nezletilému pacientovi** je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, **jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku...** Pro vyslovení **souhlasu** s poskytnutím zdravotních služeb **nezletilému pacientovi se použijí právní předpisy upravující svéprávnost fyzických osob** s tím, že nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, **jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku.** Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.

(2) Poskytnutí zdravotních služeb na základě souhlasu nezletilého pacienta **nebrání tomu**, aby ošetřující zdravotnický pracovník podal zákonnému zástupci informaci o poskytnutých zdravotních službách nebo zdravotním stavu nezletilého pacienta.

(3) Jde-li o zdravotní služby, které spočívají v poskytnutí **...neodkladné péče**, která není péčí podle § 38 odst. 4, nebo...b) akutní péče, a...souhlas zákonného zástupce **nelze získat bez zbytečného odkladu**, rozhodne o jejich poskytnutí **ošetřující zdravotnický pracovník**. To neplatí, lze-li zdravotní služby poskytnout podle odstavce 1 na základě souhlasu nezletilého pacienta.

(4) Jde-li o pacienta s **omezenou svéprávností**, odstavce 1 až 3 se použijí **obdobně** s tím, že věk pacienta se nezohledňuje.

Obdobně platí i pro pacienty omezené na svéprávnosti, pokud se jedná o výkon, který by spadal do sféry, o které pacient nemůže rozhodovat, neboť jej soud omezil na svéprávnosti. V takovém případě musí rozhodnout o souhlasu soudem ustanovený opatrovník.

Dříve vyslovená přání

Pacienti mohou i pro budoucnost vyslovit tzv. **dříve vyslovená přání** podle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, **kterými dopředu souhlasí s některými zákroky nebo je odmítají**. Typickým příkladem jsou pacienti, kteří jsou svědky Jehovovými a odmítají krevní transfuze. Pro případ, že by se ocitli v nemocnici po úraze nebo po autonehodě, mohou mít u sebe předem vyslovené přání, že nesouhlasí ani v případě operace s podáním krve.

Informovaný souhlas a poučení o ceně

Informovaný souhlas je důležitým nástrojem pro pacienta, jak se stát aktivním účastníkem péče o své zdraví. Je důležité, aby se pacienti ptali na jednotlivé léčebné možnosti, jejich přínosy a rizika tak, aby se aktivně mohli rozhodnout, s čím vysloví souhlas a s čím vysloví nesouhlas. Z finančního úhlu pohledu by se pacient vždy měl ptát, které léky, pomůcky či zákroky jsou hrazeny plně, které jsou hrazeny částečně a které nejsou hrazeny vůbec. Pokud pacient vysloví nesouhlas s nějakým zákrokem, nemůže to být žádný důvod k tomu, aby byl zbaven dalšího přístupu k péči nebo aby se k němu chovali zdravotníci jakkoliv nehezky, neboť jde o výkon jeho práva. **Rozhodovací autonomie pacienta je nedílným aspektem současného systému zdravotnictví.**

Úhrada léčiv a doplatky

Doplatky na léčivé přípravky a ochranný limit

Tato kapitola je zaměřena na otázku, které léky a zdravotní pomůcky můžeme čerpat bezplatně, které můžeme čerpat s doplatkem a které si musíme platit celé sami. **Zákon také stanoví tzv. ochranný limit, který zaručuje, že doplatky nad určitou hranici, zaplacené pacientem v lékárně, mu budou za určitých podmínek refundovány zdravotní pojišťovnou.**

Doplatky na léčivé přípravky a ochranný limit

Aktuálně.cz MENU

Lidé si nevybírají přeplatky za léky. Pojišťovnám leží miliony zbytečně na účtech



Foto: iStock

Kateřina Hovorková
Aktualizováno 12. 11. 2021 9:26

Zdroj: Aktualne.cz

IROZHLAS

Lidi musejí na vrácení doplatků za léky čekat i tři měsíce. Lékárnická komora to chce změnit



Lékárna (ilustrační foto) | Foto: Filip Jandourek | Zdroj: Český rozhlas

Zdroj: irozhlas.cz

Které léky jsou hrazené a které ne?

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění říká, že při poskytování ambulantní péče se hradí léčivé přípravky včetně přípravků pro moderní terapie, pokud u nich Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) rozhodl o výši úhrady. **Tedy u každého léku, který nám lékaři předepisují v ambulantní péči, posuzuje Státní ústav pro kontrolu léčiv, zda bude zdravotní pojišťovnou plně hrazený, částečně hrazený či nehrazený.** Každý lék má takto stanovenou maximální cenu a maximální úhradu, přičemž platí, že pokud se maximální úhrada ze zdravotního pojištění rovná té maximální ceně, je ten lék vždycky hrazený plně, tedy pacient se může spolehnout, že nebude doplácet. Pokud je ale regulovaná cena léku vyšší než maximální úhrada, může vzniknout doplatek ve výši rozdílu mezi cenou a úhradou. Regulovaná cena léku ale není stanovena jako pevná, nýbrž jako maximální. Může se proto stát, že jej lékárna nakoupila od výrobce prostřednictvím distributorů levněji a uvádí jej tedy

na trh za cenu nižší než maximální. Potom se může stát, že lék, který je obvykle vydáván s vysokým doplatkem, seženeme v lékárně s doplatkem nižším, či dokonce zcela bez doplatku.

Jak vzniká cena léku?

Na jednoduchém příkladu si ukážeme, jak vzniká cena léku. Informace o každém léčivém přípravku lze vyhledat na webových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv <https://www.olecich.cz>, odkaz: [O lécích.cz \(olecich.cz\)](https://www.olecich.cz). V našem příkladu se jedná o jeden z penicilinů ve formě tablet.

Cena a úhrada

Přehled léčiv

V-PENICILIN BBP
800000IU TBL NOB 30 II
(0233173)

Maximální cena výrobce/Cena původce:	117.52 Kč
Maximální cena v lékárně:	180.32 Kč
Průměrná cena v lékárně:	159.02 Kč
Právní základ maximální ceny výrobce/ceny původce:	
Označení správního řízení:	Data nejsou k dispozici

Informace o první úhradě

Jádrová úhrada ze zdravotního pojištění:	49.89 Kč
Maximální úhrada ze zdravotního pojištění:	76.55 Kč
Právní základ úhrady ze zdravotního pojištění:	Úhrada byla stanovena ve správním řízení dle zákona.
Správní řízení:	SUKLS165286/2015
Indikační omezení úhrady:	Data nejsou k dispozici
Vykazovací limit:	Data nejsou k dispozici
Maximální doplatek pacienta v lékárně:	103.77 Kč
Započitatelný doplatek:	26.25 Kč
Započitatelný doplatek u osob starších 65 let (včetně):	26.25 Kč

© SÚKL

Zdroj: [olecich.cz](https://www.olecich.cz)

Vidíme, že tento léčivý přípravek má maximální cenu výrobce 117,52 Kč. Maximální cena v lékárně je 180,32 Kč, tento rozdíl je dán tím, že k ceně výrobce je také nutno přičíst obchodní přírážku lékárny a distributorů. Ta je také regulovaná, cenovým předpisem Ministerstva

zdravotnictví ČR, u levnějších léčiv je procentuálně vyšší, u dražších je procentuálně nižší, a také je stanovena jako maximální, nikoliv pevná – účastníci obchodu s léky ji mohou, ale nemusí celou vyčerpat. Tento léčivý přípravek tedy může stát v lékárně nejvýše 180,32 Kč včetně daně z přidané hodnoty a obchodní přírážky, může však být prodáván levněji, pokud například výrobce prodá lék za nižší cenu, distributoři a lékárna nevyužijí celou povolenou přírážku, případně obojí.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění stanoví princip, že alespoň jeden lék v každé skupině léčiv, uvedených v příloze č. 2 zákona, musí být plně hrazen.

Maximální úhrada léku v našem příkladu ale byla stanovena jako 76,55 Kč, opět již včetně daně a obchodní přírážky, tedy plně hrazen není. Za předpokladu, že by byl uveden na trh za maximální regulovanou cenu a obchodníci uplatnili maximální povolenou obchodní přírážku, činil by doplatek pacienta 103,77 Kč. Jde tedy o lék částečně hrazený – maximální úhrada od zdravotní pojišťovny nepokrývá jeho maximální cenu.

Pokud však výrobce nebo obchodníci nevyužijí maximálních cen či přírážek a dodají tento lék pacientům v konkrétní lékárně za cenu nižší než 180,32 Kč, například pouze za 100 Kč, potom se doplatek pacienta sníží. Pojišťovna stále přispěje 76,55 Kč, doplatek pacienta však bude již jen 23,45 Kč.

Pokud by byl lék dodán za ještě nižší cenu, například za 76,55 Kč, potom se bude skutečně uplatněná cena rovnat úhradě, pojišťovna přispěje stále plných 76,55 Kč, což cenu léku pokryje a pacient nebude muset platit nic.

A pokud by byl lék dodán ještě levněji, například za 50 Kč, potom bude skutečně uplatněná cena dokonce nižší než maximální úhrada od pojišťovny. Pacient nezaplatí nic, ale v takovém případě ušetří i zdravotní pojišťovna, protože místo maximální úhrady 76,55 Kč přispěje jen do výše skutečné ceny, tedy pouze 50 Kč.

Protože hrazené léky nejsou v současném systému nakupovány a dodávány jednotně, ale prostřednictvím velkého množství distributorů, lékáren a lékárenských řetězců působících na trhu, skutečné nákupní ceny se mohou výrazně lišit jak od maximálních cen stanovených Státním ústavem pro kontrolu léčiv, tak i mezi jednotlivými lékárnami navzájem. Některé léčivé látky jsou také dodávány více výrobcí pod různými obchodními názvy, vlivem jejich vztahů s jednotlivými obchodníky se tak může stát, že různé lékárny mohou mít za různé ceny (a tedy doplatky) léky se stejnou účinnou látkou. Pokud je konkrétní lékárna „drahá“, nemusí

to ještě nutně znamenat, že si k lékům přiráží vyšší marže – typičtěji jsou rozdílné doplatky důsledkem cenové politiky již na úrovni výrobců nebo velkoobchodníků.

Bohužel v současnosti neexistuje v České republice úplný přehled, kolik ve které lékárně konkrétní lék stojí – dokonce nelze ani spolehlivě zjistit, zda daný lék vůbec konkrétní lékárna má v prodeji, byť se o těchto záměrech opakovaně hovořilo.

Jaká jsou další omezení úhrady léčiv?

U některých léčivých přípravků stanoví Státní ústav pro kontrolu léčiv takzvaná **preskripční** nebo **indikační omezení úhrady**. Preskripční omezení znamenají, že nám léčivý přípravek „na pojišťovnu“ nemůže předepsat každý lékař, třeba praktik, ale pouze ambulantní specialista určitého oboru. Dražší léky, například biologické léčivé přípravky na roztroušenou sklerózu nebo rakovinu, dokonce mohou být „na pojišťovnu“ poskytnuty pouze v tzv. centru specializované péče, které má zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

Omezení úhrady – symbol „S“	
Vykazovací limit:	S: Jde-li o přípravek, jehož použití je s ohledem na veřejný zájem účelné koncentrovat do specializovaných pracovišť dle § 15 odst. 10 zákona, označí se v rozhodnutí symbolem "S". Takový přípravek účtuje jako zvlášť účtovaný přípravek zdravotní pojišťovně pouze specializované pracoviště, a to na základě smlouvy uzavřené mezi ním a zdravotní pojišťovnou.
Maximální doplatek pacienta v lékárně:	7393.27 Kč
Započitatelný doplatek:	0 Kč
Započitatelný doplatek u osob starších 65 let (včetně):	0 Kč

© SÚKL

Zdroj: olecich.cz

Takový lék by sice mohl pacientovi předepsat i běžný ambulantní lékař, který není specializovaným centrem, avšak nikoliv na úhradu od zdravotní pojišťovny. Takový lékař by musel na recept uvést, že cenu hradí nemocný, a tento lék bychom si museli zaplatit z vlastního. Pokud bychom chtěli takový lék „na pojišťovnu“, nezbyvá než vyhledat jiného poskytovatele, který má smlouvu jako centrum specializované péče. **Těmito omezeními se systém zdravotního pojištění brání, aby dražší léčiva k úhradě ze solidárních zdrojů předepisoval každý lékař.** Někdy se jako důvod pro tato omezení uvádí kvalita péče

a omezení plýtvání, často jde však spíše o snahu systému omezit dostupnost daných léčiv, neboť centra nejsou vždy zasmluvněna v dostatečné místní dostupnosti ve všech regionech.

Pokud nejsme schopni sehnat v časové a místní dostupnosti lékaře, který by nám byl schopen předepsat lék na pojišťovnu, je nutno se domáhat na zdravotní pojišťovně, aby nám péči zajistila – i zde pro léky platí to, co uvádíme v kapitole o právu na přístup k péči.

U nákladných léků nacházíme někdy též takzvaná indikační omezení úhrady, jako v tomto příkladu biologického léčiva pro revmatoidní artritiku či psoriatiku:

Indikační omezení úhrady

Indikační omezení úhrady:	<p>Přípravek je hrazen v těchto indikacích:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Léčba revmatoidní artritidy:<ol style="list-style-type: none">a) u pacientů s velmi vysokou aktivitou choroby (DAS28 skóre větší nebo rovno 5,1), kteří nedostatečně reagují na léčbu methotrexátem, leflunomidem nebo sulfasalazinem (při podávání těchto DMARD po dobu nejméně 6 měsíců). Přípravek se podává v kombinaci s methotrexátem, ale lze jej podávat i v monoterapii při nesnášenlivosti methotrexátu nebo v případech, kdy pokračování v léčbě methotrexátem není možné.b) v kombinaci s methotrexátem u pacientů s časnou, aktivní a progresivní revmatoidní artritidou s velmi vysokou aktivitou choroby (DAS28 skóre větší nebo rovno 5,1), kteří nebyli dříve léčeni chorobu modifikující léčbou, s přítomností erozí, pozitivitou revmatoidního faktoru nebo protilátek proti citrulinovým proteinům a maximální dobou od diagnózy revmatoidní artritidy 4 měsíce.Terapie revmatoidní artritidy uvedená v bodech 1a) i 1b) indikačního omezení by měla vést k poklesu aktivity onemocnění během 3 měsíců léčby a k dosažení remise (DAS28 méně než 2,6), nebo alespoň stavu nízké aktivity onemocnění (DAS28 méně než 3,2) během 6 měsíců léčby. Jestliže remise nebo nízké aktivity onemocnění není během 6 měsíců dosaženo, nebo dojde-li k poklesu účinnosti zavedené terapie při následných kontrolách v intervalu 3 měsíců, léčba je ukončena.2) Léčba aktivní a progresivní psoriatické artritidy u dospělých v případech, kdy po předchozím podání chorobu modifikujících antirevmatických léků nebylo dosaženo adekvátní terapeutické odpovědi. Přípravek se podává v kombinaci s methotrexátem, ale lze jej podávat i v monoterapii při nesnášenlivosti methotrexátu nebo v případech, kdy pokračování v léčbě methotrexátem není možné.3) Léčba dospělých se závažnou aktivní ankylozující spondylitidou se závažnými axiálními symptomy, zvýšenými serologickými markery zánětlivé aktivity, jestliže nebylo dosaženo adekvátní terapeutické odpovědi konvenční léčbou.
----------------------------------	--

Zdroj: olecich.cz

Zde Státní ústav pro kontrolu léčiv úhradu od zdravotní pojišťovny podmiňuje tím, že pacient musí splnit celou řadu podmínek. U revmatoidního artritika musí být například před nasazením tohoto léčiva dáno, že aktivita choroby musí být velmi vysoká a nezabraly u nich jednodušší léky první linie; nesplňuje-li pacient byť jen jednu z těchto podmínek, lék uhrazen nebude. Jsou zde dána i vylučující kritéria, například že během terapie musí dojít k poklesu aktivity choroby; nestane-li se tak v požadované míře, je úhrada léčby ukončena.

Stává se, že lék je u pacienta medicínsky žádoucí podat, u pacienta je jeho nasazení, případně pokračování v terapii lékařem doporučeno (indikováno), splňovalo by všechny požadavky souhrnu údajů o daném přípravku a odpovídalo by vědeckým studiím – „nevtěsná“ se však do striktních podmínek pro jeho úhradu. **V takovém případě je lékař povinen poučit**

pacienta o přínosech léčby, avšak také o tom, že by musel plnou cenu zaplatit. Pokud pacient léčbu chce a je ochoten si ji zaplatit, nesmí mu ji lékař odepřít, indikační omezení úhrady v tom není překážkou. Pacient si tak může vyžádat rovnou léčbu modernějším a dražším léčivým přípravkem druhé linie, aniž by vyzkoušel jednodušší a levnější prvoliniový lék, s jehož užitím může být spojena nižší účinnost nebo vyšší riziko vedlejších účinků. Může také požadovat nákladnou léčbu i v situaci, kdy je aktivita jeho choroby nižší či střední, nikoliv vysoká. Pokud si však pacient léčivý přípravek zaplatit nechce či nemůže, odmítne jej tzv. negativním reversem a může přijmout to řešení, které má hrazeno ze zdravotního pojištění.

Při četných debatách s lékaři lze vyslechnout mnoho stížností, že pravidla úhrad léčiv nejsou vždy medicínsky smysluplná, omezují pacienty v přístupu k vhodné a včasné léčbě, případně vedou zdravotníky k suboptimální terapii jen proto, aby se „vešli“ do indikačních omezení úhrady a pacient nemusel připlácet. **Je ale nutno zopakovat, že omezení úhrady nemohou pacientovi zabránit, aby se dozvěděl o existenci pokročilejší léčby, ani lékaři, aby ji pacientovi předepsal, jde-li o léčbu řádně registrovanou, tedy prokazatelně účinnou a bezpečnou. Omezení úhrady působí „pouze“ to, že takovou variantu nebude moci pacient čerpat bezplatně.** Jedná se tedy o oblast, kde zákon odděluje, řečeno mediálním slovníkem, tzv. „standard“ (přesněji, nárok na péči hrazenou ze zdravotního pojištění) od péče ze zdravotního pojištění nehrazené. Pacient může tuto bariéru zkusit překonat tím, že si podá žádost o výjimečnou úhradu své zdravotní pojišťovně, k tomu podrobněji v další kapitole s názvem „Léky a pomůcky v nemocnici. Výjimečná úhrada“.

Limity na doplatky

Závěrem je nutno doplnit, že zákon chrání pacienty před neúměrnými výdaji stanovením limitu doplatků.

Limity doplatků

§16b zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

*Pokud celková částka uhrazená pojištěncem nebo za něj jeho zákonným zástupcem za **doplatky za předepsané ze zdravotního pojištění částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, vydané na území České republiky, překročí v kalendářním roce***

*limit ve výši **5 000 Kč,***

*u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku, a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, ve výši **1 000 Kč***

*u pojištěnců, kteří jsou poživateli invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně a doložili tuto skutečnost kopií rozhodnutí o invalidním důchodu pro invaliditu třetího stupně, u pojištěnců, kteří byli uznáni invalidními ve druhém nebo třetím stupni, ale nejsou poživateli invalidního důchodu z jiných důvodů, a doložili tuto skutečnost kopií posudku o posouzení zdravotního stavu, a u pojištěnců starších 70 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 70. rok věku, ve výši **500 Kč,***

je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je tento limit překročen.

*Do limitu podle věty první se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání **pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší** a u kterého nebylo zjištěno přerušeni nebo ukončení dodávání.*

*To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit (§ 32 odst. 2); v takovém případě se do limitu započítává doplatek **v plné výši. (...)***

U léčiv na recept, předepsaných v ambulantní péči, kde pacient zaplatil v lékárně doplatek, existuje ochranný roční limit na doplatky, po jehož dosažení refunduje pacientovi další výdaje jeho zdravotní pojišťovna. Tento ochranný limit doplatků u pojištěnců do 65 let činí 5 000 Kč, u dětí mladších 18 let a u pojištěnců od 65 let činí 1 000 Kč, u pojištěnců od 70 let činí 500 Kč. Nad tuto částku zdravotní pojišťovna doplatky zpětně po čtvrt roce pojištěnci vrací, a to do 60 kalendářních dnů po konci čtvrtletí. Pacient po dosažení ochranného limitu tedy v lékárně doplatek sice zaplatí, ale může počítat s tím, že mu to po konci kalendářního čtvrtletí zdravotní pojišťovna vrátí na účet nebo složenkou.

Je dobré si ale uvědomit, co se do limitu na doplatky nepočítá. Nepočítají se do něj především výdaje na položky, které vůbec nemají stanovenou úhradu, například vitamíny nebo doplňky kupované v lékárně bez receptu. Do limitu na doplatky se taktéž nepočítá cena léků, které předepsal lékař mimo preskripční či indikační omezení úhrady, jak bylo uvedeno v předchozí části. Podrobná pravidla pro započtení léků do limitu nalezneme

v § 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kde jsou přesně popsány podmínky, kdo a kdy může mít z ochranného limitu prospěch.

Kde získat další informace o úhradách léčiv?

Veškeré informace o tom, který lék je hrazen a v jaké výši, nalezneme na [webu Státního ústavu pro kontrolu léčiv](#), kde lze zadat konkrétní léčivý přípravek buď uvedením jeho obchodního názvu, nebo účinné látky. Přesnou a pravdivou informaci by nám měl poskytnout také ošetřující lékař, který lék předepisuje a v lékárně též lékárník tak, abychom mohli učinit to nejlepší rozhodnutí nejenom z hlediska našeho zdraví, ale i z hlediska naší peněženky.

Léky a pomůcky v nemocnici

Výjimečná úhrada

Nákladné léky a veřejné sbírky

V médiích i na sociálních sítích se často setkáváme s příběhy pacientů, kteří potřebují vysoce nákladný lék, který jim zdravotní pojišťovna nehradí. Pacienti nebo jejich rodiny vyhlašují veřejné sbírky, aby mohl být jejich lék či zdravotní pomůcka zakoupena. V některých případech by však dle zákona měly být tyto položky ve skutečnosti hrazeny ze zdravotního pojištění, nebo lze alespoň podat žádost na zdravotní pojišťovnu o výjimečnou úhradu.

Nákladná péče a veřejné sbírky

Motol obhajuje odmítnutí léčby malého Olivera

29. 6. 2020, 23:12
Novinky, kov

Fakultní nemocnice Motol v pondělním vyjádření na svém webu obhajuje odmítnutí léčby malého Olivera lékem Zolgensma. Uvádí mimo jiné, že zařazení chlapce, který trpí spinální svalovou atrofií, do přípravy pro genovou léčbu neznamená automaticky její podání.



Oliver začal mít problémy pár týdnů po narození.

Zdroj: novinky.cz

Sbírka na genovou léčbu dvouletého chlapce vynesla 115 milionů Kč

Aktualizace: 26.09.2023 12:46 Vydáno: 26.09.2023, 12:52



České bankovky, koruny, bankovní trezor - ilustrační foto. ČTK/Horázný Josef, Fotobanka ČTK

Zdroj: ceskenoviny.cz

Úhrada léčivých přípravků a zdravotnických prostředků v nemocnici

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění stanoví pojištěnci, který se ocitl v nemocnici, rozsáhlý nárok na úhradu léčiv a zdravotnických prostředků. Při poskytování lůžkové péče, tedy při hospitalizaci, se plně hradí léčivé přípravky či zdravotnické prostředky, a to v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti onemocnění a pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí.

Úhrada léčivých přípravků v lůžkové péči

§ 15 odst. 5 zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

Ze zdravotního pojištění se hradí při poskytování **ambulantní zdravotní péče léčivé přípravky, včetně léčivých přípravků pro moderní terapie a zvláště účtovaných léčivých přípravků, a potraviny pro zvláštní lékařské účely, pokud pro ně SÚKL rozhodl o výši úhrady**

Ze zdravotního pojištění se při poskytování **lůžkové péče plně hradí léčivé přípravky (...), zdravotnické prostředky, léčivé přípravky pro moderní terapii a tkáně a buňky, v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti onemocnění, a pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí.**

§ 9 zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Lůžková péče

(1) Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou **nelze poskytnout ambulantně** a pro její poskytnutí je **nezbytná hospitalizace pacienta**. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu.

Lůžkovou péčí se rozumí taková péče, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Pokud se tedy pacient ocitá alespoň na 24 hodin v nemocnici, platí pro něj příznivější pravidlo pro úhrady léčiv, než pokud se nachází v ambulantní péči.

Všimněme si některých zajímavostí tohoto zákonného ustanovení. Věta poslední § 15 odst. 5 stanoví, že se hradí léčivé přípravky „**v provedení nejméně ekonomicky náročném**“, „**v závislosti na míře a závažnosti onemocnění**“, a „**pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí**“. Pokud je tomu u vzácných onemocnění tak, že nákladná biologická či genová terapie je jedinou existující léčbou, z povahy věci je i „provedením nejméně ekonomicky náročným“ bez ohledu na cenu a hradí se plně. Pokud je něco „jediné“, je to vždy i „ekonomicky nejméně náročné“, byť by to stálo třeba miliardu. Pokud je tedy dítě se vzácným onemocněním:

- hospitalizováno v nemocnici;
- potřebuje léčbu extrémně nákladným léčivým přípravkem; a
- pokud ošetřující lékař posoudí situaci tak, že dle dostupných poznatků medicínské vědy pomůže jediné tato léčba a žádná jiná účinná léčba neexistuje,

potom jsou podmínky zákona pro plnou úhradu ze zdravotního pojištění splněny a nemělo by být zapotřebí pořádat na drahý lék veřejné sbírky. V praxi je to někdy složitější, správným postupem je ovšem uplatnit po smluvním zařízení nárok na poskytnutí léčivého přípravku za hospitalizace, v případě potřeby i soudně.

Pokud jde o běžnější životní situace, žádný pojištěnec se nemusí obávat, že by si musel do nemocnice přinášet léky z domova, nebo že by jej někdo z nemocnice poslal s receptem do lékárny, ať si léky přinese. Léky a zdravotnické prostředky v nemocnici jsou hrazeny plně, pacient na ně nedoplácí. Není ani přípustné, aby na ně v nemocnici musel přispívat jakkoliv jinak, například skrz „sponzorské dary“ nebo jinak označené platby.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, naopak říká v § 26, že **dokonce i po propuštění z lůžkové péče má pacient právo na vybavení léky a pomůckami zpravidla na tři dny**, v případě potřeby i na delší dobu, aby hned po propuštění nemusel shánět lékárnu, kde mu léky vydají.

Vybavení pojištěnce po ukončení hospitalizace

§ 26 zákona o veřejném zdravotním pojištění

(1) Hrazenými službami je i vybavení pojištěnce léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely a zdravotnickými prostředky po ukončení hospitalizace na 3 dny nebo v odůvodněných případech i na další, nezbytně nutnou dobu.

Výjimečná úhrada

Pokud v ambulantní péči, tedy mimo nemocnici, léčivému přípravku dosud Státní ústav pro kontrolu léčiv nestanovil úhradu, nebo konkrétní pacient nesplňuje podmínky úhrady dané rozhodnutím Státního ústavu pro kontrolu léčiv, avšak použití takového léku je jediným medicínsky možným řešením, zná právo řešení v podobě tzv. výjimečné úhrady péče jinak nehrazené, aby pacient nezůstal odkázán na své vlastní finance nebo na veřejné sbírky. **Zákon uvádí, že zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní služby jinak nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.**

Výjimečná úhrada

§ 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění

Příslušná zdravotní pojišťovna hradí postupem podle § 19 odst. 1 písm. a) ve výjimečných případech zdravotní služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.

Ustanovení § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je třeba vykládat společně s ustanovením § 13 odstavce 1 téhož zákona, který stanoví, že ze zdravotního

pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné; jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy; a existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování. Aby bylo možno na určitou léčbu nahlížet jako na jedinou možnost ve smyslu § 16 zákona, je proto nutno vždy vyhodnotit na základě důkazů a poznatků medicínské vědy, že požadovaná nehrazená zdravotní služba či lék je pro konkrétního nemocného účinná a bezpečná; a zároveň že neexistuje žádná jiná hrazená služba či lék, která by pro konkrétního nemocného byla účinná a bezpečná.

O výjimečnou úhradu dle § 16 je možno požádat i tehdy, pokud příslušný lék nejenže není hrazen dle rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv o výši a podmínkách úhrady, ale dokonce není ani registrován pro konkrétní typ onemocnění nebo specifickou indikaci. Pokud jsou splněny podmínky § 8 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, a současně jsou splněny podmínky § 16 zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (tedy jde o jedinou možnost péče o pojištěnce), je možno takové léčivo jednak použít, jednak požádat i u takových léčiv o schválení výjimečné úhrady dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb.

Problémem v praxi jsou situace, kdy existuje celá kategorie pacientů, u kterých je jedinou možností účinné a bezpečné léčby použití léku, který není dosud hrazen. V takovém případě každý z těchto pacientů má nárok na výjimečnou úhradu dle § 16, ale „výjimečná úhrada“, s veškerou administrativou a potřebou schválení zdravotní pojišťovnou, se tím stává postupem „pravidelným“. Děje se to typicky v případech, kdy Státní ústav pro kontrolu léčiv nerozhodne o stanovení úhrady novému léku včas a dokud úhrada přiznána není, musí se o úhradu žádat jednotlivě skrz výjimku v § 16.

Jak může pojištěnec požádat o výjimečnou úhradu?

Žádost o výjimečnou úhradu podává dle § 19 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, poskytovatel zdravotních služeb nebo pojištěnec, jehož nárok má být posuzován. Vyhoví-li zdravotní pojišťovna plně návrhu na posouzení nároku, vydá bezodkladně souhlas s poskytnutím zdravotních služeb jako hrazených a oznámí jej tomu, kdo návrh podal. Zdravotní služby lze poskytnout jako hrazené dnem vydání souhlasu.

V případě, že zdravotní pojišťovna žádosti nevyhoví nebo déle než 15 dnů nevydá souhlas, rozhodne ve správním řízení. Tuto skutečnost oznámí zdravotní pojišťovna pojištěnci, případně

poskytovateli, který za něj návrh podal. Účastníkem řízení je pojištěnec, o jehož nároku se rozhoduje. Poskytovatel, který pojištěnci poskytuje zdravotní služby, je povinen pojištěnci a zdravotní pojišťovně poskytnout součinnost za účelem vedení řízení.

Rozhodnutí oznamuje zdravotní pojišťovna pojištěnci i poskytovateli, který návrh podal. V rámci vydaného souhlasu může zdravotní pojišťovna schválit rovnou i opakované poskytnutí zdravotních služeb jako hrazených, jsou-li pro to v návrhu na posouzení nároku uvedeny důvody, nebo prokáží-li se tyto důvody v řízení. Spolu s tím zdravotní pojišťovna stanoví dobu, po kterou mohou být zdravotní služby opakovaně poskytovány jako hrazené.

Řízení o výjimečné úhradě

§ 19 zákona o veřejném zdravotním pojištění

(3) Nestanoví-li tento zákon jinak, podává návrh na posouzení naplnění podmínek nároku pojištěnce na poskytnutí zdravotních služeb jako hrazených **k tomu příslušný poskytovatel, nebo pojištěnec**, jehož nárok má být posuzován.

(4) Vyhoví-li zdravotní pojišťovna plně návrhu na posouzení nároku, **vydá bezodkladně souhlas** s poskytnutím zdravotních služeb jako hrazených a oznámí jej tomu, kdo návrh podal. Zdravotní služby lze poskytnout jako hrazené dnem vydání souhlasu. Souhlas není správním rozhodnutím.

(5) **Nevyhoví-li zdravotní pojišťovna návrhu** na posouzení nároku postupem podle odstavce 4 nebo **nevydá-li souhlas do 15 dnů** ode dne doručení návrhu na posouzení nároku, rozhodne ve **správním řízení**. Tuto skutečnost oznámí zdravotní pojišťovna pojištěnci a tomu, kdo návrh podal. Řízení se považuje za zahájené dnem podání návrhu na posouzení nároku.

(6) **Účastníkem řízení je pojištěnec, o jehož nároku se rozhoduje. Poskytovatel**, který pojištěnci poskytuje zdravotní služby, je povinen pojištěnci a zdravotní pojišťovně **poskytnout součinnost** za účelem vedení řízení.

(7) Rozhodnutí **oznamuje** zdravotní pojišťovna rovněž poskytovateli, který návrh podal. Proti rozhodnutí, kterým zdravotní pojišťovna plně vyhověla návrhu na posouzení nároku, nejsou přípustné odvolání, obnova řízení ani přezkumné řízení.

(8) Zdravotní pojišťovna v rámci vydaného souhlasu podle odstavce 4 nebo výroku rozhodnutí podle odstavce 5 stanoví, že se vztahuje **i na případy opakované potřeby poskytnutí zdravotních služeb jako hrazených**, jsou-li pro to v návrhu na posouzení nároku uvedeny důvody, nebo prokáží-li se tyto důvody v řízení. Spolu s tím zdravotní pojišťovna **stanoví dobu**, po kterou mohou být zdravotní služby opakovaně poskytovány jako hrazené.

Výjimečná úhrada v neodkladných případech

Celý postup a schvalovací proces výjimečné úhrady dle § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, bývá v praxi často zatížen opakovanou korespondencí a komunikací mezi pojišťovnou, poskytovatelem péče a pacientem. Toto řízení se může táhnout i více týdnů či měsíců. Pokud ale **hrozí bezprostřední nebezpečí z prodlení, není ani u výjimečné úhrady předchozí souhlas nutný.**

Řízení o výjimečné úhradě

§ 19 zákona o veřejném zdravotním pojištění

(2) Zdravotní služby podle odstavce 1 písm. a) a f) poskytne poskytovatel i bez předchozího posouzení zdravotní pojišťovnou v případě, kdy se jedná o neodkladnou péči. O této skutečnosti poskytovatel bezodkladně informuje příslušnou zdravotní pojišťovnu. Zdravotní pojišťovna takto poskytnuté zdravotní služby uhradí poskytovateli, pokud byly splněny podmínky stanovené pro jejich úhradu s výjimkou předchozího posouzení zdravotní pojišťovnou.

Právní odpovědnost ve zdravotnictví

Ochrana práv pacienta

Při poskytování zdravotní péče může dojít k zásahům do patientských práv. **Pacient může utrpět újmu na zdraví následkem nesprávně provedeného zákroku, může být narušeno jeho právo na soukromí či jeho lidská důstojnost, může být omezena jeho rozhodovací svoboda nerespektováním jeho informovaného souhlasu či odmítnutím péče.**

Náhrada škody ve zdravotnictví

Rodina doživotně postiženého chlapce z Pardubic dostane miliony, dohodla se s nemocnicí

26. 4. 2023, 10:44 • Aktualizováno 26. 4. 2023, 10:56
Jaroslav Soukup, Novinky, ČTK

Společnost Nemocnice Pardubického kraje se dohodla na mimosoudním vyrovnání s rodinou chlapce, který zůstal po operaci mandlí v roce 2017 v kómatu. V březnu byly podepsány dvě dohody mezi rodinou, nemocnicí a pojišťovnou. Uvedla to mluvčí společnosti Kateřina Semrádová.



Chlapec skončil po operaci krčních mandlí v bdělém kómatu.

Zdroj: novinky.cz

Rekordní odškodné za zdraví: 30 milionů korun

24.6.2014

Michaela Koubová CTK ČTK

Praha /INFOGRAFIKA, ROZHOVOR/ - V srpnu bude Vojtovi pět let. Jeho dětství je však na hony vzdálené životu běžného malého chlapce - Vojta je totiž hluchý, slepý, ochrnutý a rodiče ho krmí sondou. Během těhotenství nic nenasvědčovalo tomu, že je něco špatně...



Ilustrační foto. | Foto: DENÍK/Ivan Babej

Zdroj: denik.cz

Právní řád České republiky obsahuje mechanismy k tomu, aby se občan nemusel se zásahem do svých práv pouze pasivně smířit. Postižený je oprávněn svá práva hájit a měl by tak i činit. Na práva, jejichž dodržování není vymáháno, se totiž zapomíná, stávají se pouhým neživým textem v hlubinách sbírky zákonů. Naopak respektování práv, která občané znají a na nichž trvají, se časem stává naprosto samozřejmým. Není proto správné odsuzovat každého, kdo důsledně trvá na svých právech, jako kverulanta; tím, že občan trvá na dodržení zákona ve své věci, nepřímo přispívá též k dodržení zákona ve věcech svých spoluobčanů. **Nelze však popřít, že proces vymáhání vlastních práv, zejména v oblasti zdravotnictví, není zpravidla nic příjemného. Nejlepší cestou je proto snažit se budoucím problémům a porušením práv předcházet.**

Nástroje ochrany práv

Smyslem nástrojů právní odpovědnosti je přispívat k nápravě způsobených újem a současně motivovat poskytovatele péče k předcházení vzniku škod a zvyšování kvality poskytované péče, včetně dodržování patientských práv. Nespokojený pacient má k dispozici v zásadě několik možností postupu. Prvním je podání stížnosti na poskytovatele zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Stížnost podle zákona o zdravotních službách

§ 93 zákona 372/2011 Sb.

(1) Proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami může podat **stížnost**

- a) **pacient**,
- b) **zákonný zástupce** nebo opatrovník pacienta,
- c) **osoba blízká** v případě, že **pacient tak nemůže učinit s ohledem na svůj zdravotní stav nebo pokud zemřel**, nebo
- d) osoba **zmocněná pacientem**.

Stížnost se podává **poskytovateli**, proti kterému směřuje; tím není dotčena možnost podat stížnost podle jiných právních předpisů. Podání stížnosti **nesmí být osobě, která ji podala, nebo pacientovi, jehož se stížnost týká, na újmu**.

(2) Pokud osoba, která podala poskytovateli stížnost, s jejím **vyřízením nesouhlasí**, může podat stížnost **příslušnému správnímu orgánu**, který tomuto poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Zároveň **uvede důvody** nesouhlasu s vyřízením stížnosti poskytovatelem.

(3) Poskytovatel je povinen

- a) navrhnout stěžovateli **ústní projednání stížnosti**, pokud je to s ohledem na charakter stížnosti vhodné,
- b) **vyřídit stížnost do 30 dnů** ode dne jejího obdržení; tuto lhůtu může odůvodněně prodloužit o dalších 30 dnů; jde-li o stížnost, k jejímuž vyřízení je nepřislušný, je povinen ji do 5 dnů ode dne jejího obdržení prokazatelně postoupit věcně příslušnému subjektu; o prodloužení lhůty a postoupení stížnosti je povinen informovat stěžovatele,
- c) vést evidenci o podání stížností a o způsobu jejich vyřízení,
- d) umožnit stěžovateli **nahlížet do konkrétního stížnostního spisu** a pořizovat z něj kopie,
- e) jde-li o šetření stížnosti příslušným správním orgánem, poskytnout mu na jeho vyžádání včasnou a nutnou součinnost; to platí i pro poskytovatele, který poskytl související zdravotní služby.

Druhým je podání disciplinární stížnosti k některé z profesních samospráv, typicky k České lékařské komoře. Dále může postupovat cestou občanskoprávní náhrady škody, nebo přistoupit k podání trestního oznámení.

Odškodnění vzniklé újmy – občanskoprávní žaloby

Pokud má pacient zájem především na odškodnění způsobené újmy na svém zdraví, měl by zvolit občanskoprávní žalobu. Než tak učiní, je vhodné, aby se písemně obrátil

na poskytovatele zdravotních služeb s výzvou k dobrovolné náhradě způsobené škody a stanovil mu přiměřenou lhůtu pro reakci. Nedojde-li k dohodě, nezbyvá než žalobu podat.

Poskytovatele zdravotních služeb lze žalovat na náhradu škody, která zahrnuje skutečně vzniklou škodu včetně ztráty na výdělku, náklady spojené s dalším léčením, bolestné, náhrady ztížení společenského uplatnění a ušlého zisku; dále může jít o odškodnění zásahu do práva na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti, lidské důstojnosti nebo soukromí. Dojde-li k neoprávněnému zásahu do některých z těchto osobnostních práv, například pokud lékař v rozporu se svou povinností mlčenlivosti vyzradí citlivé údaje o pacientově onemocnění a ten tak utrpí újmu na svém rodinném životě, je možno domáhat se poskytnutí přiměřeného zadostiučinění. Tímto zadostiučiněním může být vyplacení finanční částky, někdy však může být vhodným zadostiučiněním i omluva.

Trestní odpovědnost

Mezi veřejností je patrně nejznámější možností řešení podání trestního oznámení. Tento postup je však třeba využívat spíše tehdy, došlo-li k vysoce společensky nebezpečnému jednání, jakým je například úmyslné poškození pacienta nebo případy hrubé nedbalosti při poskytování péče. Trestní právo se dostává do hry také v případech úplatků a korupce ve zdravotnictví.

Trestní právo a zdravotnictví

Policejní zatýkání - v hlavní roli heparinový vrah Petr Zelenka

Anna Hrabánková
1. 12. 2008, 1. 12. 2009 05:53 | Zdroj: CT24

Zdroj: ct24.cz

Pražský lékař předepisoval recepty na opiáty za úplatky a alkohol

SEZNAM ZPRÁVY

Ilustrační foto.
21. 8. 2020 13:47

Za peněžité úplatky nebo i alkohol předepisoval recepty na opiáty podle policie praktický lékař z Prahy. Recepty, pro které si chodili do ordinace drogově závislí a dealeři, vystavoval lékař například na mrtvé pacienty.

Zdroj: seznam.cz

Přestože i z újmy na zdraví způsobené následkem omylu, chyby či nedostatečných schopností zdravotníka může být vyvozen trestní postih, v těchto případech je vhodnějším postupem podání občanskoprávní žaloby na náhradu škody.

Ochrana práv zdravotníků

Nelze zapomenout ani na práva zdravotníků. Dojde-li k jejich napadení, poškození jejich cti, jsou-li vystaveni šikanózním žalobám nebo křivým obviněním, mohou se bránit a takto škodlivé jednání účinně postihnout, a to jak nástroji trestního a přestupkového práva, tak žalobami na náhradu škody či na ochranu osobnosti. **Spory vedené za účelem právní ochrany zdravotníka jsou nutnou protiváhou právních sporů vedených pacienty.**

Sestru Marešovou stíhali nezákonně, na státu vysoudila přes dva miliony

© 13. dubna 2022 11:44



Zdravotní sestra Věra Marešová dostane od státu celkové odškodné 2,27 milionu korun plus úroky za trestní stíhání, ve kterém čelila obvinění z vražd šesti pacientů v rumburské nemocnici. Pravomocně o tom rozhodl odvolací soud. Odškodnění značně převyšuje běžně přiznávané částky. Osvobozená žena žádala celkem pět milionů.



Zdroj: idnes.cz

Co musí nespokojený pacient doložit

Ať už bude adresátem podané stížnosti, žaloby či oznámení soud, lékařská komora, policie či krajský úřad, je důležité, aby **stěžovatel náležitě popsal všechny rozhodné skutečnosti, pokud možno stručně a výstižně**. Pro adresáta stížnosti je obtížné udělat si o případu správný obrázek a zvolit vhodný postup směřující ke spravedlivému vyřešení, pokud obdrží nesouvislý mnohastránkový popis různých trápení stěžovatele za posledních několik desetiletí, ze kterého

však nevyplývá, na co konkrétního si dotyčný stěžuje a jaký přesný druhá nápravy požaduje. **Ve zdravotnických sporech je zpravidla třeba, aby pacient prokázal, že některý ze zdravotníků jednal protiprávně, že pacientovi vznikla škoda na zdraví či jiná újma, a že tato škoda je následkem protiprávního jednání zdravotníka.**

V soudních sporech o náhradu škody nese důkazní břemeno především žalobce, účastníci sporu jsou povinni označit důkazy k prokázání svých tvrzení. Před zahájením sporu by se tedy žalobce měl ujistit, že má k dispozici, nebo bude schopen opatřit, potřebné důkazy. Může jít o důkazy listinné, například zdravotnickou dokumentaci, včetně výsledků vyšetření, souhlasů se zákroky a záznamů o provedení zákroků či o podání léčiv.

Využít je možno i jiné důkazní prostředky, například výslechy svědků (lékařů či sester, kteří o pacienta pečovali, spolupacientů, rodinných příslušníků atd.), znalecké posudky a další expertní vyjádření ke zdravotnímu stavu poškozeného a průběhu jeho léčby, doklady o výši průměrného příjmu z minulých let pro prokázání ušlého zisku a podobně.

S výpisy či kopiemi zdravotnické dokumentace může pacient ještě před zahájením soudního sporu či před podáním stížnosti kontaktovat jiného lékaře, kterému důvěřuje, a předložit mu je pro posouzení, zda z ní vyplývá, že došlo k léčebnému pochybení či jinému protiprávnímu postupu.

Účel právní odpovědnosti

Účelem právní odpovědnosti ve zdravotnictví by mělo být posilovat, nikoliv narušovat vztah důvěry mezi lékaři a pacienty; poškozenému má pomoci překonat následky vzniklé škody a zdravotníky má upozornit na vznikající chyby a vést k jejich včasnému odstraňování. V mezinárodním srovnání se proto dobře osvědčují systémy mimosoudních řešení sporů mezi lékaři a pacienty, které jsou méně konfrontační a umožňují přístup ke spravedlnosti většímu množství poškozených. Mimosoudní řešení je v některých případech možné i v patientských sporech v České republice, v případech zřejmých a dobře doložených může pacient dosáhnout toho, aby mu byla poskytnuta omluva, zadostiučinění či náhrada škody v penězích i bez nutnosti vedení soudního sporu. **Lze proto doporučit, aby se v první fázi vždy nespokojený pacient obrátil na poskytovatele a svou stížnost či žádost o odškodnění adresoval nejdřív jemu.**

Seznam právních předpisů z oblasti zdravotnictví, na které je v textu odkazováno:

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
- Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.
- Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.
- Zákon č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 378/2007 Sb., zákon o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně (Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně).