

# Změna metodiky výběru poplatků vás nezaskočí

Metodický pokyn ministerstva zdravotnictví pro zdravotnická zařízení, zařízení lékařské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely (se zpracováním dodatků č. 1 a 2).

## I. Regulační poplatek (dále jen „poplatek“) se od 1. ledna 2008 vybírá:

### A. Ve výši 30 Kč

1. Za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (což je vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření a je vyžadováno, až na výjimky, příslušnými výkony v dané odbornosti podle Seznamu výkonů)

- a) u praktického lékaře,
- b) u praktického lékaře pro děti a dorost,
- c) u ženského lékaře,
- d) u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči včetně ambulantní lůžkových zdravotnických zařízení (v pracovních dnech od 7:00 do 17:00 hodin s tím, že ordinace může být i delší než do 17:00 hodin, o čemž rozhoduje provozovatel zdravotnického zařízení. Zda se jedná o ordinaci nebo ambulanční, nebo od 17:00 hodin již o ústavní pohotovostní službu, musí být zřejmé z označení ambulance),
- e) u klinického psychologa,
- f) u klinického logopeda.

Je-li lékař odměňován kapitační platbou, žádné výkony klinických vyšetření kromě komplexního vyšetření zdravotní pojišťovně nevykazuje. Ze zdravotnické dokumentace ale musí být patrné, že cílené nebo kontrolní vyšetření bylo provedeno, a proto byl poplatek vybrán a vykázan výkon 09543.

### Poznámka:

Poplatek se nehradí při vyšetření hospitalizovaného pacienta, o které žádá lůžkové zdravotnické zařízení. Není rozhodující, zda je vyžadována péče poskytována ve stejném zdravotnickém zařízení, kde je pacient hospitalizován, nebo v jiném zdravotnickém zařízení. Vždy je nutné, aby vyžadovaná péče byla předepsána na dokladu 06 Poukaz na vyšetření/ošetření, kde žádajícím pracovištěm je pracoviště s „písmenkovou odborností“ (týká se všech zdravotnických zařízení uvedených v ust. § 16a odst. 1 písm. f) zákona).

Klinické vyšetření začíná pohovorem s pacientem ke zjištění vývoje jeho zdravotního potíží. Lékař posoudí průběh onemocnění, stanoví a vysvětlí diagnostický a léčebný postup, zajistí další potřebná vyšetření, případně předepíše léky a provede administrativní činnosti související s případným. Základní úkony fyzikálního vyšetření jsou pohled, pohmat, poslech a poklep.

V jeden den může pojištěnec absolvovat i více návštěv u různých lékařů, kdy při každé této návštěvě je provedeno klinické vyšetření. Pak pojištěnec hradí za každou návštěvu poplatek ve výši 30 Kč.

Před plánovanou péčí je poskytována tzv. jednodenní péče na lůžku a je před plánovaným výkonem provedeno klinické vyšetření, je hrazen poplatek ve výši 30 Kč. Příkladem plánované péče může být kryptida, které předchází návštěva u lékaře, při které klinické vyšetření provede jak gynekolog, tak i anesteziolog. Při jednodenní péči na lůžku se nehradí poplatek ve výši 60 Kč jako v případě ústavní péče, protože jednodenní péče na lůžku není zahrnuta do žádného typu péče uvedené v § 16a odst. 1 písm. f) zákona.

Pokud jde o návštěvu u lékaře ve smyslu ust. § 16a odst. 1 písm. a), b) a c) zákona, může být vybrán poplatek ve výši 30 Kč pouze, když je provedeno klinické vyšetření. Jedná se o návštěvu u praktického lékaře, u praktického lékaře pro děti a dorost, u ženského lékaře, u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, u klinického psychologa, u klinického logopeda a dále v ambulantních lůžkových zdravotnických zařízeních v době jejich řádné ordinace doby.

Z uvedeného vyplývá, že např. praktický lékař nebo ambulantní specialista ve své ordinaci nikdy nemůže vybrat poplatek ve výši 90 Kč, protože se nejedná o zdravotnické zařízení, které provozuje LSPP nebo ÚPS, a to ani tehdy, pokud poskytne zdravotní péči mimo své ordinace hodiny.

Klinickým vyšetřením je též vyšetření pojištěnce spojené s vystavením návrhu na komplexní nebo příspěvkovou lůžkovou péči nebo předoperační vyšetření pojištěnce.

Pokud nebyl poplatek vybrán, např. z důvodu nespůlpráce pacienta nebo jiných objektivních okolností na jeho straně, měl by být důvod nevybrání poplatku zapsán do zdravotnické dokumentace pojištěnce.

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

Při návštěvě musí být současně proveden a vykázan jeden z těchto výkonů:

- a) vyšetření a ošetření registrovaného pacienta (výkon číslo 00946 nebo 00901),
- b) vyžadované vyšetření odborníkem nebo specialistou (výkon číslo 00903),
- c) konzervativní léčba chronických onemocnění parodontu (výkon číslo 00931),
- d) udržovací léčba chronických onemocnění parodontu (výkon číslo 00932),
- e) komplexní vyšetření a návrh léčby onemocnění ústní dutiny (výkon číslo 00940),
- f) kontrolní vyšetření a léčba onemocnění ústní sliznice (výkon číslo 00941),
- g) kontrola léčby ortodontických anomálií s použitím fixního ortodontického aparátu (výkon číslo 00983),
- h) kontrola léčby ortodontických anomálií jinými postupy než s použitím fixního ortodontického aparátu (výkon číslo 00984),
- i) cílené vyšetření (výkon číslo 00945),

j) klinické stomatologické vyšetření provedené oprávněným pracovištěm (viz poznámka) (výkon číslo 00909),

k) diagnostika ortodontických anomálií (výkon číslo 00981).

### Poznámka:

Oprávněnými pracovišti podle bodu 2 písm. j) jsou ambulantní části Dětské stomatologické kliniky FN Motol, Stomatologické kliniky FN Královské Vinohrady, Stomatologické kliniky VFN Praha, Stomatologické kliniky FN Plzeň, Stomatologické kliniky FN Hradec Králové, Stomatologické kliniky FN Brno, Kliniky Ústní, čelistní a obličejové chirurgie Brno, Kliniky zubního lékařství Olomouc, Kliniky Ústní, čelistní a obličejové chirurgie Olomouc, VÚS VFN Praha a ostatních lůžkových stomatologických zařízení.

Pokud nebyl poplatek vybrán, např. z důvodu nespůlpráce pacienta nebo jiných objektivních okolností na jeho straně, měl by být důvod nevybrání poplatku zapsán do zdravotnické dokumentace pojištěnce.

Poplatek se nehradí při vyšetření hospitalizovaného pacienta, o které žádá lůžkové zdravotnické zařízení. Není rozhodující, zda je vyžadována péče poskytována ve stejném zdravotnickém zařízení, kde je pacient hospitalizován, nebo v jiném zdravotnickém zařízení. Vždy je nutné, aby vyžadovaná péče byla předepsána na dokladu 06 Poukaz na vyšetření/ošetření, kde žádajícím pracovištěm je pracoviště s „písmenkovou odborností“ (týká se všech zdravotnických zařízení uvedených v ust. § 16a odst. 1 písm. f) zákona).

### 3. Za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost.

### Poznámka:

Návštěva novorozence praktickým lékařem pro děti a dorost při návštěvní službě podléhá poplatku 30 Kč. Za návštěvní službu, i když je v jejím rámci provedeno klinické vyšetření, uhradí pojištěnec, nebo jeho zákonný zástupce pouze jeden poplatek 30 Kč, nebude-li se jednat o případy uvedené v III. 1. až 4.

Pokud k pacientovi na žádost praktického lékaře přijede specialista, vykáže výkon číslo 09519 (konzilium specialistou – návštěva u pacienta), ale poplatek ve výši 30 Kč nemůže vybrat (nejedná se o návštěvu u lékaře, protože lékař je u pacienta, a za návštěvní službu mohou vybrat poplatek jen lékaři odbornosti 001 a 002).

### 4. Za vydání každého léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, plně nebo částečně hrazeného z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „v.z.p.“), předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení.

(Počet balení bude omezen novelou vyhlášky č. 343/1997 Sb., kterou se stanoví způsob předepisování léčivých přípravků, náležitosti lékařských předpisů a pravidla jejich používání, ve znění pozdějších právních předpisů, viz poznámka).

### Poznámka:

Na jednom receptu mohou být předepsány maximálně dva druhy léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, tedy dvě položky. Poplatek za recept tak může činit nejvýše 60 Kč.

Je-li léčivý přípravek předepisován na účet v.z.p., lze na jeden recepturní tiskopis předepsat více než jedno balení jednoho druhu léčivého přípravku pro zajištění léčby pacienta do jeho další kontrolní návštěvy u ošetřujícího lékaře, nejdelší však na dobu tří měsíců, zpravidla do počtu tří balení.

Jestliže se má výdej léčivého přípravku opakovat, na receptu se kromě běžných údajů uvede pokyn k opakovanému výdeji (zpravidla „Repetatur“) a číselní a slovy údaj o celkovém počtu výdejí, přičemž recept s předepsanými léčivými přípravky, jejichž výdej se má opakovat, platí 6 měsíců, nestanoví-li předepisující lékař jinak, nejdelší však 1 rok. Jestliže lékařník vydává humánní léčivý přípravek předepsaný na lékařský předpis určený k opakovanému výdeji a je-li humánní léčivý přípravek předepisován na účet v.z.p. a alespoň zčásti hrazen, výdej tohoto léčivého přípravku vždy vyznačí na receptu razítkem lékárny a pro potřebu využití zdravotním pojištěním pořadí výpis z receptu. Každý jednotlivý výdej je zpoplatněn poplatkem ve výši 30 Kč.

Je-li nutné udělat výpis z receptu, uvedou se na něm všechny rozhodné údaje vztahující se k předepisovanému léčivému přípravku nebo potravine pro zvláštní lékařské účely včetně údajů, zda má či nemá být vybrán poplatek při realizaci tohoto výpisu v zařízení lékařské péče. V případě, že lékařník na výpis z receptu vypisuje všechna balení jedné položky (druhu) a nevybírá poplatek, uvede poznámku „Poplatek nevybrán“. Je-li na výpisu z receptu tato poznámka uvedena, vybere tento poplatek vydávající lékařník.

V případech A 1 až 3 se vykazuje při zaplacení poplatku číslo výkonu 09543 (Regulační poplatek za návštěvu – poplatek uhrazen). Viz novela (vyhláška č. 331/2007 Sb.) Seznamu výkonů.

V případě A 4 se vykazuje při zaplacení poplatku v datovém rozhraní receptu „null“ a na osobním účtu pojištěnce pak číslo výkonu 09540 (Regulační poplatek za položku na receptu – poplatek uhrazen).

### B. Ve výši 60 Kč

Za každý den, ve kterém byla poskytována

- a) ústavní péče (tj. péče v nemocnici, v odborných léčebných ústavech, zařízeních vykazujících OD 00005 a v LDN) nebo
- b) komplexní lůžková péče nebo
- c) ústavní péče v dětských odborných léčebnách a v ozdravovnách, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako

jeden den. Stejně pravidlo platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li mu tento pobyt hrazen z vzp.

### Poznámka:

Je-li pacient na propustce, poplatek se nehradí. OD propustky nelze vykazovat v prvních a posledních třech dnech hospitalizace s výjimkou případů uvedených v Metodice pro pořizování a předávání dokladů, verze 6.2.

Poplatek se nehradí též při poskytování jednodenní péče na lůžku nebo jedná-li se o pobyt pacienta ve stacionáři (OD 00040 a 00041).

Je rozdíl mezi jednodenní péčí na lůžku a jedním dnem hospitalizace. Jednodenní péče na lůžku je podle vyhlášky č. 331/2007 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam výkonů, taková plánovaná péče, kdy po provedení invazivního nebo operačního výkonu se vykáže tento pobyt na lůžku bez ohledu na odbornost pracoviště ošetřovacím dnem 00040 bez připočtení úhrady za výkony agregované od OD. Jako výkony tzv. jednodenní péče na lůžku mohou být vykazovány také invazivní nebo operační výkony s omezením místem „H“, „SH“, pokud byl naplněn jejich obsah uvedený v seznamu výkonů a pokud v den jejich provedení následuje jednodenní péče na lůžku.

Pokud se před plánovaným zákrokem provádí klinické vyšetření v rámci návštěvy u lékaře, pojištěnec hradí poplatek ve výši 30 Kč. Budou-li provedena dvě klinická vyšetření, např. gynekologem a anesteziologem, pak je hrazen poplatek ve výši 2x 30 Kč.

Jeden den hospitalizace, kdy se hradí poplatek ve výši 60 Kč, je pobyt pojištěnce ve zdravotnickém zařízení trvajícím z různých důvodů (např. po provedených vyšetřeních se zjistí, že není nutná další hospitalizace, nebo je pojištěnec překládán na vyšší pracoviště, nebo odchází na revers nebo dojde k úmrtí apod.) od několika hodin do 24 hodin, a to v každém zdravotnickém zařízení, ve kterém byl pacient hospitalizován, což znamená že byl vykázan příslušný ošetřovací den.

Při hospitalizaci trávající více dní se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den.

Počet ošetřovacích dnů, které zdravotnické zařízení vykazuje zdravotní pojišťovně, je po zaplacení poplatku shodný s počtem vykázaných výkonů číslo 09544.

Poplatek se nehradí v případě příspěvkové lůžkové péče a hospicové péče. V případě příspěvkové lůžkové péče, kdy se poplatek ve výši 60 Kč nehradí, se hradí poplatek ve výši 30 Kč, pokud je při návštěvě u lékaře poskytnuta ambulantní zdravotní péče, při které bylo lékařem provedeno klinické vyšetření, nebo při výdeji léčivých přípravků předepsaných na recept na účet v.z.p.

Pokud je hospitalizovaný pojištěnec osvobozen od hrazení poplatků z důvodu hmotné nouze, musí být počet dní hospitalizace, kdy je od poplatku osvobozen, vykázan příslušným počtem výkonů číslo 09547, protože pojištěnec může být v hmotné nouzi jen část doby, kdy je hospitalizován.

V případech B a) až c) se vykazuje při zaplacení poplatku číslo výkonu 09544 (Regulační poplatek za každý den ústavní péče – poplatek uhrazen). Viz novou Seznamu výkonů.

### C. Ve výši 90 Kč

Za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím

- a) LSPP včetně LSPP poskytované zubními lékaři,
- b) ústavní pohotovostní službu v sobotu, v neděli nebo ve svátek („po celých 24 hodin“) a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin (poplatek se hradí jen v případě, že nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče).

### Poznámka:

Poplatek se hradí i v případě, že pohotovostní služba je poskytována u pacienta na jeho výzvu. Zabezpečuje-li LSPP zdravotnická záchraná služba, poplatek se hradí.

Poplatek ve výši 90 Kč se hradí za pohotovostní službu, což znamená, že pacient uhradí jedenkrát 90 Kč v rámci jednoho zdravotnického zařízení a není rozhodující, zda mu bude poskytnuto jedno nebo více klinických vyšetření, či zda je např. pouze aplikována injekce.

LSPP nemá zákonem omezenou ordinaci dobu (jako ÚPS), což znamená, že na LSPP (odbornost 003) se vždy hradí poplatek ve výši 90 Kč.

U ÚPS je stanoveno, že pouze v sobotu, v neděli nebo ve svátek (po celých 24 hodin) a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin mohou tato zdravotnická zařízení vybírat poplatek ve výši 90 Kč. Zákon ale nezakazuje v sobotu, v neděli nebo ve svátek zachovat řádnou ordinaci dobu pro některé ambulance a tak i v těchto dnech v nich neposkytovat ÚPS. Pokud by se jednalo o běžnou ordinaci dobu, pak je rozhodující, zda je při návštěvě u lékaře provedeno klinické vyšetření. Pokud ano, vybírá se i v tomto případě poplatek ve výši 30 Kč. Takto je možné vyřešit například převazy prováděné po pátečních operacích o víkendu a podobně.

V případě, že na místo úmrtí pojištěnce (jedná se o ohledání mrtvého mimo lůžkové zařízení – výkon číslo 09527) vyjede lékař LSPP a provede ohledání, nejde o poskytnutí pohotovostní služby pojištěnci, která podléhá poplatku ve výši 90 Kč, ale pouze o provedení prohlídky zemřelého, jejímž účelem je zjistit úmrtí a jeho příčiny. Proto se poplatek ve výši 90 Kč nehradí.

V případech C a) a b) se vykazuje při zaplacení poplatku číslo výkonu 09545 (Regulační poplatek za pohotovostní službu – poplatek uhrazen). Viz novou Seznamu výkonů.