



Dne 28. března 2023 byla Ministerstvu zdravotnictví (MZ) doručena Vaše žádost o poskytnutí informace dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů (InfZ), evidovaná pod č. j.: xxx, kterou jste požádal o následující informace:

- 1. Do jakého termínu je pojišťovna povinna zajistit svému pojištěnci lékaře, požádá-li o přidělení?*
- 2. Na základě čeho je v současné době stanovena dojezdová dostupnost lékařské péče? Liší se dojezdová vzdálenost podle odbornosti, případně druhu ošetření (vyšetření)? Prosím odkaz na zdroj informací.*
- 3. Kde je zveřejněno, jaká je stanovena časová dostupnost lékařské péče a pro jednotlivé úkony. Jak má pacient postupovat, pokud mu lékařské zařízení nenabídne ošetření ve stanovené lhůtě?*
- 4. Proč mívám na některých receptech napsáno „hradí pacient“ a někdo jiný nikoliv? Na základě jakého právního dokumentu lékař rozhoduje, „kdo platí“ a kdo ne?*

K Vaší žádosti sděluji:

Ad 1

Termín zajištění lékaře zdravotní pojišťovnou není dán zákonem. V případě registrujícího poskytovatele by jej zdravotní pojišťovna měla svému pojištěnci zajistit tak, aby mohl řádně absolvovat hrazené preventivní prohlídky podle § 29 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Ad 2

Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Konkrétní lhůty vyjadřující místní a časovou dostupnost plánovaných hrazených služeb jsou stanoveny nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb (dostupné např. zde: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-307>). Pro každý obor zdravotních služeb je stanovena nejdelší dojezdová doba k příslušnému poskytovateli zdravotních služeb (místní dostupnost zdravotních služeb).

Ad 3

Obecně platí, že hrazené služby se poskytují ve lhůtě, která je lékařsky odůvodnitelná. Maximální lhůty vyjadřující časovou dostupnost vybraných plánovaných hrazených služeb jsou stanoveny nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, konkrétně v příloze č. 2. Uvedené se netýká akutních





a neodkladných případů, které musí být podle § 40 odst. 7 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb. poskytnuty ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti. Pokud nemá lékařské zařízení kapacitu k provedení požadované zdravotní služby ve stanovené lhůtě, je možné se obrátit na zdravotní pojišťovnu, která je povinna nalézt jiného poskytovatele zdravotních služeb, který požadovaný výkon provede.

Ad 4

Pojištěnec má právo na výdej předepsaných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely plně nebo částečně hrazených ze zdravotního pojištění v rozsahu a za podmínek stanovených rozhodnutím Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Pokud pojištěnec nesplňuje stanovené podmínky úhrady nebo úhrada léčivému přípravku vůbec nebyla stanovena, avšak předepisující lékař po posouzení jeho zdravotního stavu dospěje k názoru, že daný léčivý přípravek pro něj může mít z hlediska jeho zdravotního stavu přínos a je bezpečný, může ho předepsat, avšak takový pacient nemá nárok na úhradu ze zdravotního pojištění a lékař na receptu uvede „hradí pacient“. Jiný pacient může stanovené podmínky úhrady splňovat a pak má nárok na plnou či částečnou úhradu od zdravotní pojišťovny. Pokud pacient stanovené podmínky úhrady splňuje, má na úhradu nárok a lékař by „hradí pacient“ na receptu uvádět neměl.

Na Vaši otázku, na základě jakého právního dokumentu lékař rozhoduje, „kdo platí a kdo ne?“ tedy uvádíme, že půjde o rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv o výši a podmínkách úhrady daného léčivého přípravku. Aktuální výše a podmínky úhrady léčivých přípravků si můžete ověřit na stránce Seznam cen a úhrad LP/PZLÚ k 1.3.2023, Státní ústav pro kontrolu léčiv (sukl.cz)