



## **Odpověď Ministerstva zdravotnictví k žádosti o informace dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů**

K Vaší žádosti o poskytnutí informací dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů, doručené Ministerstvu zdravotnictví dne 23. září 2023, evidovanou pod č.j. xxx, kterou jste vznesl následující dotazy:

*V červenci 2023 jsem dostal od odborného lékaře návrh na lůžně vzhledem ke své indikaci a bylo mi sděleno, že příslušný praktický lékař mi má napsat dokument k KLP a poté zaslat na ZP MV ČR. Dále to odůvodnil tím, že praktický lékař zná mou celkovou anamnezu.*

*Následně jsem se objednal u praktické lékařky a ta mi sdělila, že mi to tedy nakonec napíše, ale mají to psát dle novely zákona specialisté, jelikož oni navrhnou KLP a dále praktici za toto nejsou jinak placeni. Chápe, že mě to činí starosti. ale praktici to dělat nebudou, jelikož jim to dle zákona v případě návrhu specialistou nepřísluší.*

*tak se ptám:*

- 1 - co upravuje a jak tento úkon - návrh na KLP - zní v paragrafu a číslo zákona*
- 2 -zda existuje nějaká prováděcí vyhláška , případně její číslo ,co toto upravuje kdo a jak píše a co má tedy obsahovat návrh a žádost posléze o KLP*
- 3 kdo a za jakých podmínek tedy píše žádost o KLP, včetně nákladů vypočítatelných ZP*
- 4 co je povinen ztrpět pojištěnec v případě, že se dva subjekty specialista a praktik nedohodnou na tom, kdo bude psát návrh, jak poté postupovat*
- 5 jak je to s podklady v případě potřeby celkové anamnezi pro vypsání KLP ( jsou jen u praktika a nebo si je specialista může vyžádat pro potřeby sepsání KLP)*
- 6 - jak je ohodnocen finančně lékař specialista a i praktik za vypsání návrhu a podkladů KLP od zdravotní pojišťovny - body -úkony finance*
- 7 - při doložení podkladů, zpráv stačí dodat originál lékaři a ten si udělá opis,kopii na vlastní náklady a nebo to musím udělat na své náklady já, případně je tento úkon hrazen ZP ve vztahu k lékaři?*
- 8 - za to , že jsem v evidenci u praktického lékaře je tento nějak ohodnocen finacně? a Kolik to je v korunách za kalendářní měsíc.*

Uvádíme následující:

**K bodu 1** - Podle ustanovení § 33 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů mimo jiné platí, že: *„Návrh na poskytnutí léčebně rehabilitační péče jako hrazené ze zdravotního pojištění podává lékař registrujícího poskytovatele, lékař ambulantního poskytovatele, který ji doporučil, nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.“*





Toto ustanovení upravuje výhradně oprávnění k podání návrhu zdravotní pojišťovně (nikoliv jeho samotné vystavení). Pro úplnost je pak třeba doplnit, že návrh může podat zdravotní pojišťovně podat i sám pojištěnec.

**K bodu 2 - Odbornost lékaře** (poskytovatele zdravotních služeb),  který návrh (doporučení) vystavuje je pak stanovena vyhláškou č. 2/2015 Sb., o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče (dále jen „vyhláška“). Pro každou indikační skupinu se seznam odborností liší, např. lázeňskou péči po infarktu myokardu (II/2) je oprávněn navrhnout výhradně internista, kardiolog nebo rehabilitační a fyzikální lékař.

Do návrhu na poskytnutí léčebně rehabilitační péče lékař uvede jemu známé skutečnosti včetně vyloučení jemu známých kontraindikací a zašle návrh zdravotní pojišťovně.

V samotném návrhu postačí vyplnit základní údaje (identifikaci pojištěnce, indikační skupinu, preferované lázně atd.). Na zdravotní a anamnestické údaje lze odkázat, pakliže jsou (a měly by být) dostatečně popsány v přiložené zdravotnické dokumentaci (zprávě ošetřujícího lékaře).

Pokud je ale nezbytné provedení vyšetření, které nemůže ambulantní specialista sám provést, odešle i s vyplněným návrhem pojištěnce k příslušnému lékaři (praktik, internista, neurolog apod.). Návrh pak zdravotní pojišťovně v souladu s bodem 1 podává ten ošetřující lékař, který provedl poslední nezbytné vyšetření (podrobněji viz bod 5).

**K bodu 3 – Návrh** (doporučení) na lázeňskou péči vystavuje vždy lékař, který je k tomu u každé indikace oprávněn vyhláškou. Náklady na vystavení návrhu jsou součástí souvisejícího vyšetření vykazovaného zdravotní pojišťovně. Viz bod 6.

**K bodu 4 -** V tomto případě by se měl pojištěnec obrátit na svoji zdravotní pojišťovnu. Pokud disponuje potřebnou zdravotnickou dokumentací dokládající naplnění podmínek pro hrazenou lázeňskou péči, může návrh zdravotní pojišťovně podat i sám pojištěnec.

**K bodu 5 –** Právní předpisy postup výslovně neupravují. V případech, kdy má indikující specialista veškeré podklady k dispozici, odesílá návrh zdravotní pojišťovně sám.

Pokud ale indikující lékař nedisponuje informacemi (resp. si je nemůže v rámci své kompetence ani sám opatřit, tedy provést potřebné vyšetření) o naplnění všech podmínek pro lázeňskou péči, je nutné pojištěnce odeslat k doplňujícím vyšetřením. Například se bude jednat o pojištěnce staršího 70 let, u něž je nutné vyšetření internistou či geriatrem, nebo pojištěnce s epilepsií, kdy je k návrhu nutné doplnit kladné stanovisko neurologa. V takovém případě vystaví indikující lékař návrh, předá jej i s přílohami pojištěnci a poučí ho o nutnosti absolvování dalších požadovaných vyšetření a vydá mu na ně žádanku.

Příslušný specialista nebo praktický lékař, který provádí doplňková vyšetření, pak opět zhodnotí naplnění/nenaplnění podmínek z hlediska vlastní odbornosti, přiloží k již vyplněnému návrhu vlastní lékařskou zprávu (případně výpis z dokumentace), z níž plyne jasný závěr o naplnění podmínek, a návrh zašle zdravotní pojišťovně, nebo jej předá pacientovi.



**K bodu 6** – Vystavení potřebných žádanek a úhrada této činnosti jsou vždy nezbytnou součástí příslušného výkonu, jak plyne např. z registračního listu cíleného vyšetření praktickým lékařem (<https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/01023>). V případě specialistů se jedná o výkon komplexního vyšetření. Např. pro obor neurologie: [Detail - Zdravotní výkony \(mzcr.cz\)](#). Veškeré číselníky naleznete pod tímto odkazem: [Výkony - Zdravotní výkony \(mzcr.cz\)](#).

**K bodu 7** – Zda je předán poskytovateli originál či kopie lékařské zprávy od jiného poskytovatele zdravotních služeb závisí na rozhodnutí pacienta. Pokud si pacient chce původní zprávu ponechat, měl by kopii pořídit na vlastní náklady, neboť nelze deklarovat ochotu poskytovatele, aby tak učinil namísto něj (resp. k tomu nemusí být ani technicky vybaven).

**K bodu 8** – Všeobecný praktický lékař obdrží měsíčně za své pacienty, které má kartotéce, tzv. kapitační platby. Kapitační sazbu stanovuje vyhláška č. 315/2022 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023.

Na kapitační platbu za jednoho registrovaného pojištěnce má vliv několik parametrů. Aktuálně vyhláška Ministerstva zdravotnictví stanovuje tři sazby, a to dle plnění několika podmínek rozsahu a rozložení ordinační doby. Základní kapitační sazbu ve výši 59 Kč na jednoho registrovaného pojištěnce získají všeobecní praktičtí lékaři za předpokladu, že:

- poskytují na daném pracovišti hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně,
- alespoň jeden den v týdnu jsou ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin.

Pro získání kapitační sazby ve výši 65 Kč na jednoho registrovaného pojištěnce musí všeobecní praktičtí lékaři splnit následující podmínky:

- poskytovat na daném pracovišti pacientům zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně,
- alespoň jeden den v týdnu mít ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin,
- umožnit pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu (tzv. ordinační hodiny pro objednané pacienty).

Ostatní všeobecní praktičtí lékaři, kteří nesplňují výše uvedené podmínky, mají kapitační sazbu stanovenou ve výši 53 Kč.