Vážení přátelé,   
  
v loňském roce byl schválen zákon č. 282/2018 Sb., kterým se novelizoval zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Zákon vstoupil v účinnost 1. ledna 2019. Zákon změnil jednak paragrafované znění zákona o veřejném zdravotním pojištění, ale také Přílohu č. 3, která se zabývá zdravotními prostředky. Je důležité, abyste některé skutečnosti věděli, protože jednotlivá ustanovení zákona již platí, anebo budou postupně vstupovat v účinnost v průběhu roku.   
  
NRZP ČR se podařilo, že poživatelé invalidních důchodů budou mít také limit výdajů na léky, a to s účinností od 1. 1. 2020.   
  
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 1000 Kč a 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, avšak invalidní důchod jim nebyl přiznán pro nesplnění podmínky doby pojištění podle zvláštního právního předpisu, 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 přerušení nebo ukončení dodávání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit; v takovém případě se do limitu započítává doplatek v plné výši. Do limitu se nezapočítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě; to neplatí, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely předepsané na recept pojištěncům starším 65 let, včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku. Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.   
  
Z možnosti snížení limitu na léky plynou pojištěncům určité povinnosti:   
  
- oznámit příslušné zdravotní pojišťovně, pokud jí dříve doložil podle § 16b odst. 1, že je poživatelem invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně, skutečnost, že přestal být jeho poživatelem, a to do 8 dnů ode dne nabytí právní moci příslušného rozhodnutí, a doložit tuto skutečnost kopií příslušného rozhodnutí,   
- oznámit příslušné zdravotní pojišťovně, pokud jí dříve doložil podle § 16b odst. 1, že byl uznán invalidním ve druhém nebo třetím stupni, avšak invalidní důchod mu nebyl přiznán pro nesplnění podmínky doby pojištění podle zvláštního právního předpisu42h), změnu této skutečnosti, a to do 8 dnů ode dne, kdy se o této změně dozvěděl, a doložit ji kopií příslušného posudku o posouzení zdravotního stavu.   
  
Velmi důležitou změnou je určení způsobu úhrady zdravotnických prostředků. Zdravotní pojišťovny zajistí pojištěncům na poukaz předepsaný zdravotnický prostředek v souladu s přílohou č. 3 k tomuto zákonu, a to třemi způsoby:   
  
1. plným nebo částečným uhrazením zdravotnického prostředku v souladu s částí sedmou a přílohou č. 3 k tomuto zákonu, maximálně však do výše skutečně uplatněné ceny pro konečného spotřebitele; takový zdravotnický prostředek přechází okamžikem výdeje do vlastnictví pojištěnce,   
2. poskytnutím plně nebo částečně hrazeného zdravotnického prostředku v režimu cirkulace podle § 32a, nebo   
3. uhrazením nájemného či jeho části třetí osobě za zdravotnický prostředek v souladu s přílohou č. 3 k tomuto zákonu, maximálně však do výše skutečně uplatněného nájemného; takový zdravotnický prostředek zůstává ve vlastnictví třetí osoby.   
§ 32a zákona o veřejném zdravotním pojištění určuje cirkulaci zdravotnických prostředků, případně možnost, kdy zdravotnický prostředek se stane majetkem pojištěnce.   
  
- Cirkulací zdravotnických prostředků se rozumí režim, kdy zdravotní pojišťovna vlastní zdravotnický prostředek a tento poskytuje pojištěncům k užívání s ohledem na jejich zdravotní stav, a to opakovaně po celou dobu jeho použitelnosti při zachování funkčních vlastností a určeného účelu použití. Zdravotní pojišťovna může pojištěnci v režimu cirkulace poskytnout jak předepsaný zdravotnický prostředek, tak zdravotnický prostředek, který je s ním v zásadě zaměnitelný. Úhradové skupiny, u kterých může zdravotní pojišťovna zvolit režim cirkulace, jsou označeny v příloze č. 3 k tomuto zákonu.   
  
- Zdravotní pojišťovna může pojištěnci poskytnout v režimu cirkulace zdravotnický prostředek, u něhož je rozdíl mezi skutečně uplatněnou cenou pro konečného spotřebitele a stanovenou výší úhrady nejvýše 2000 Kč. Pojištěnec tento rozdíl doplatí. Pokud zdravotní pojišťovna v rámci příslušné úhradové skupiny zvolí režim cirkulace, jsou všechny zdravotnické prostředky zařazené do této úhradové skupiny, u nichž rozdíl mezi skutečně uplatněnou cenou pro konečného spotřebitele a stanovenou výší úhrady nepřesáhne 2000 Kč, poskytovány v režimu cirkulace.   
  
- Je-li pojištěnci předepsán zdravotnický prostředek, který je zařazen do úhradové skupiny, u níž zdravotní pojišťovna zvolila režim cirkulace, a u něhož rozdíl mezi skutečně uplatněnou cenou pro konečného spotřebitele a stanovenou výší úhrady přesahuje 2000 Kč, může pojištěnec s příslušnou zdravotní pojišťovnou uzavřít dohodu o zařazení tohoto zdravotnického prostředku do režimu cirkulace. Uzavře-li příslušná zdravotní pojišťovna s pojištěncem takovou dohodu, pojištěnec doplatí rozdíl mezi skutečně uplatněnou cenou pro konečného spotřebitele a stanovenou výší úhrady. Není-li dohoda podle věty první uzavřena, postupuje se podle § 32 odst. 3 písm. a).   
  
Součástí zákona č. 48/1997 Sb., je nová příloha č. 3, jejíž asi nejdůležitější oddíl je oddíl C, který obsahuje kategorizační strom zdravotnických prostředků (těžiště novely), zahrnující všechny registrované zdravotnické prostředky hrazené z veřejného zdravotního pojištění, zatříděné do jednotlivých úhradových skupin, sdružujících zdravotnické prostředky se stejnými, nebo velmi srovnatelnými vlastnostmi.   
  
Znovu upozorňujeme, že jednotlivé části zákona mají rozdílnou účinnost, a proto ještě uvádíme platnost a účinnost úprav zákona o veřejném zdravotním pojištění po novele, která byla přijata v roce 2018.   
Počínaje 1. lednem 2019 se postupuje podle novely zákona u úhrad zdravotnických prostředků individuálně zhotovovaných ve smyslu přílohy č. 3, oddílu C, tabulky č. 2.   
Počínaje 1. lednem 2019 se postupuje podle novely zákona u úhrad úprav a oprav zdravotnických prostředků ve smyslu přílohy č. 3, oddílu C, tabulky č. 3.   
Počínaje 1. prosincem 2019 se postupuje podle novely zákona u úhrad všech zdravotnických prostředků z kategorizačního stromu ve smyslu přílohy č. 3, oddílu C, tabulky č. 1.   
Do doby zveřejnění nové úhrady zdravotnických prostředků z přílohy č. 3, oddílu C, tabulky č. 1, SÚKLem, tedy do 1. 12. 2019 se postupuje podle dosavadních předpisů, dle data jejich předpisu a úhrady.   
Pokud distributor u zdravotnických prostředků s původem mimo ČR, EU a Švýcarska je v červnu 2019 neohlásí a nepodá návrh na jejich registraci, dnem 1. srpna 2019 přestávají být hrazeny.   
Počínaje 1. lednem 2020 vstupuje v platnost povinnost hlásit změny okolo invalidních důchodů u osob, kteří dříve na základě své invalidity žádali o snížený limit u doplatků na léky ve smyslu bodu 3. novely.   
Počínaje 1. lednem 2020 vstupuje v platnost snížený ochranný limit na 500 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 a u pojištěnců, kteří byli uznáni invalidními ve druhém nebo třetím stupni, avšak invalidní důchod jim nebyl přiznán pro nesplnění podmínky doby pojištění podle zvláštního právního předpisu, a doložili tuto skutečnost kopií posudku o posouzení zdravotního stavu.   
  
Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění nikterak nově neřeší způsob předpisu a úhrad zdravotnických prostředků. Pouze limity a výše úhrad se u mnohých zdravotnických prostředků mění. Konkrétní položku je vždy nutné vyhledat v příslušné tabulce přílohy č. 3, oddíl C.   
  
Konkrétní postup předpisu:   
- Pečlivý výběr zdravotnického prostředku předem, za účasti odborníků na problematiku.   
- Předpis již vybraného zdravotnického prostředku odborným lékařem uvedeným v preskripčním omezení příslušné tabulky přílohy.   
- Lékař vystaví žádanku o zvýšenou úhradu, žádanku pošle ke schválení na pojišťovnu a po schválení vystaví poukaz.   
- Poukaz podepsaný pojištěncem se zasílá, nebo předává distributorovi zdravotnického prostředku.   
Přeji Vám všechno dobré.   
  
Mgr. Václav Krása   
předseda NRZP ČR   
  
  
  
Národní rada osob se zdravotním postižením ČR   
Partyzánská 1/7, 170 00 Praha 7   
tel.: 266 753 421   
fax: 266 753 431   
web: [www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz)   
e-mail: [nrzpcr@nrzp.cz](mailto:nrzpcr@nrzp.cz)   
číslo datové schránky: k5rj4ae