**Co říká zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění?**

**Základní pravidlo: Hradí se péče, která je účinná, bezpečná a medicínsky vhodná.** Zákon stanoví v § 13 odst. 1, že se ze zdravotního pojištění 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*“, pokud *„jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné“*, pokud *„jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“*, a současně pokud *„existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování“*. Většina péče, kterou nemocní skutečně potřebují, se do této definice vejde a je proto hrazena. Výjimkou jsou jen poměrně úzké oblasti, kde zákon úhradu výslovně vylučuje.

**Za péči hrazenou z pojištění pacient neplatí.** § 11 odst. 1 zákona říká, že 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“.* Poskytovatel (nemocnice, klinika) tak může chtít od pacienta peníze jen za péči, která se podle zákona nehradí.

**Nejdůležitější výjimky, kdy může chtít lékař po pacientovi peníze.** Zákon v některých případech výslovně stanoví, že se péče z pojištění nehradí, nebo se hradí jen zčásti. V takovém případě pacient, který péči požaduje, zcela po právu platí celou cenu nebo doplatek z vlastní kapsy. Jde zejména o následující:

* Regulační poplatky podle § 16a zákona
* Výkony akupunktury, některé výkony v oblasti zubního lékařství, estetické chirurgie aj., výslovně vypočtené zejm. v § 15 a Příloze 1 zákona
* Doplatky na léky, které dle rozhodnutí SÚKL nejsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění, ověřit lze na [www.olecich.cz](http://www.olecich.cz), přičemž vzhledem k pravidlu v § 15 odst. 5 zákona by měl pro každého pacienta existovat alespoň jeden vhodný plně hrazený lék
* Doplatky na zdravotnické pomůcky dle pravidel zejm. v § 15 odst. 11 a Příloze 3 zákona
* Léčba ve zdravotnických zařízeních, které nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nejde-li o neodkladnou péči, dle pravidla § 17 odst. 1 zákona, přičemž pojišťovna musí dle § 46 zákona zajistit skutečnou dostupnost hrazené péče v zařízeních, která smlouvu mají

**Pacienty před placením chrání i paragraf o výjimečné úhradě**. I péči jinak nehrazenou pojišťovna uhradí, je-li pro pacienta jedinou možností péče. Dle § 16 zákona platí, že za předpokladu souhlasu revizního lékaře pojišťovna uhradí ve výjimečných případech *„zdravotní služby jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.“* Toto pravidlo se použije typicky u pacientů s neobvyklými či vzácnými onemocněními, kteří vyžadují mimořádně nákladnou léčbu, protože u nich běžné metody nezabírají. I zde však musí platit, že je taková léčba medicínsky uznaná, účinná a bezpečná, jinak ji revizní lékař neodsouhlasí.