

Sněmovní tisk č.222 – novela zákona č.48/1997

Změny zákona o veřejném zdravotním pojištění

Tyto změny by měly vstoupit v účinnost ke dni 1.1.2008.

S největší pravděpodobností dojde i ke schválení Senátem a podpisu prezidentem. Je nanejvýš pravděpodobné, že současný text již změn nedozná a vstoupí v účinnost k 1.1.2008 v této podobě.

Shrnutí (nejpodstatnější) :

Regulační poplatky

Jak by to mělo reálně s výběrem regulačních poplatků v ordinacích praktických lékařů od 1.ledna 2008 vypadat ?

Výše poplatku za návštěvu v ordinaci PL je stanovena na 30,- Kč. Vybrané regulační poplatky budou muset praktičtí lékaři vykazovat zdravotním pojišťovnám (mělo by fungovat prostřednictvím zvláštního kódu, software by měl umět vygenerovat zvláštní dávku vybraných regulačních poplatků, ta by pak byla odesílána pojišťovně spolu s měsíčním vyúčtováním).

Pacient tedy nepotřebuje potvrzení o uhrazení regulačního poplatku (není povinen nic dokládat, pojišťovna sleduje objem vybraných poplatků a v případě překročení 5000,-Kč limitu vrací pojištěnci peníze sama). Pokud však bude pacient trvat na vystavení účtu, má na to právo a lékař je povinen mu jej vystavit.

Výjimek pro praktické lékaře není mnoho, jedná se prakticky pouze o **preventivní prohlídky** a případy, kdy se pojištěnec **prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce**, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu, **ne starším 30 dnů**.

U praktických lékařů pro děti a dorost je navíc výjimka u pacientů dispenzarizovaných dle ust. §31 odst.1, písm.b) – dispenzární péče poskytovaná vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí. Další výjimka je u **pojištěnců umístěných v dětských domovech**, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy

V praxi se mohou vyskytnout problémy s tím, kdy vybrat poplatek, protože zákon stanovuje, že regulační poplatek se vybírá pouze při návštěvě **při které bylo provedeno klinické vyšetření**.

V současné době MZ ČR připravuje metodický pokyn, jak pro lékaře, tak pro pacienty.

Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení.

Riziko sankce za nevybírání regulačních poplatků by reálně hrozit nemělo.

Výňatky z tisku 222 (podrobněji, včetně znění předmětných ustanovení a *komentáře*), týkající se praktických lékařů.

Výše regulačních poplatků :

Návštěvou se rozumí návštěva při níž bylo provedeno klinické vyšetření.

30 Kč za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře, návštěvu u klinického psychologa, návštěvu u klinického logopeda,

30 Kč za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení,

90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři, ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče,

60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a 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; to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li hrazen ze zdravotního pojištění.

Pojištěnec má právo na vydání potvrzení o přijetí regulačního poplatku, v případě zájmu pojištěnce je zdravotnické zařízení povinno mu jej vydat. Ovšem celkovou sumu regulačních poplatků je povinna sledovat pojišťovna, která rovněž musí nadlimitní regulační poplatky vracet pojištěnci.

Právo na potvrzení o výběru regulačního poplatku

Pojištěnec má právo :

- **na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku** podle § 16a; zdravotnické zařízení je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,
- **na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku** podle § 16a odst. 1 písm. d) a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékárenské péče; zařízení lékárenské péče je povinno tento doklad pojištěnci na jeho žádost vydat,
- **na uhrazení částky** přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b zdravotní pojišťovnou ve lhůtě podle § 16b odst. 2."

Povinnost hradit regulační poplatek

Pojištěnec je povinen hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatky podle § 16a

Oblast velmi diskutovaných regulačních poplatků jsem rozdělil na dvě části. Výše uvedené se týká pacientů. Pacient tedy má zákonem danou povinnost hradit regulační poplatek (a tato povinnost může být vymáhána, jako ostatně jakákoli povinnost jiná). Pacient má právo na vystavení dokladu o platbě regulačního poplatku. Zde doplňuji, že jde o obdobu u prakticky všech plateb, které jako občané realizujeme – prakticky vždy je právo – tedy možnost – vyžadovat vystavení potvrzení na uhrazenou částku. Obavy z praxe, že každý pacient bude žádat písemné potvrzení na vybraný poplatek ve výši 30,- Kč, nesdílím. Domnívám se, že takovýchto případů bude spíše minimum (jaké procento si žádá v jiných oborech písemné potvrzení na platby v této relaci ?).

Regulační poplatky § 16a

Nyní se dostáváme k regulačním poplatkům samotným. Z hlediska lékaře jsou podstatné zejména výjimky a rozlišení, kdy poplatek vybrat a kdy nikoli. Zde musím upozornit, že ne zcela všechny případy jsou zřejmé již z textu zákona a nelze je jednoznačně vyřešit. V tomto textu tedy v těchto případech vyslovuji svůj názor s tím, že dojde v nejbližších měsících k vydání stanoviska (metodiky) Ministerstvem zdravotnictví, a konečně řadu sporných případů asi vyřeší až období po lednu 2008.

Regulační poplatky a jejich výše

Zákon uvádí, že pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazené péče hradit zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči poskytlo, regulační poplatek v těchto případech a této výši :

30 Kč za

- návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (dále jen "návštěva") u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,
Zde se domnívám, že bude v praxi často problematické rozhodnout, kdy již bylo provedeno klinické vyšetření a kdy šlo například jen o výkon typu minimální kontakt apod. Jde o jeden z problémů, který doposud není uspokojivě řešen a může vést v obdobných případech k různým závěrům.

- návštěvu u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (§ 20 odst. 3, zák.č.48/1997 Sb.),

30 Kč za návštěvu u klinického psychologa,

30 Kč za návštěvu u klinického logopeda,

Zde je možno podle mého názoru diskutovat nejen o výši regulačních poplatků, ale rovněž o jejich vzájemném poměru. Nejeví se mi být zcela logickým, že nedošlo k diferenciaci regulačních poplatků tak, aby byly poplatky nižší u toho typu péče, kam by měl být preferovaný směr pohybu pacientů. Netýká se to jen poměru mezi regulačním poplatkem za vyšetření v ordinaci a návštěvou (zde bych předpokládal u návštěvy poplatek vyšší), mezi ordinací praktického lékaře a návštěvou specialisty (opět bych u specialisty předpokládal poplatek vyšší), ale i relací s hospitalizací a poplatkem za recept.

30 Kč za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na

receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení,

90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři, ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hod. do 7.00 hod., pokud nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče,

Zde si dovoluji odhadnout, že zavedení poplatku v této výši na LSPP by mohlo vést k urychlení zániku této služby (ke kterému ostatně již několik let dochází).

60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče (§ 23), komplexní lázeňská péče (§ 33 odst. 4) nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách (§ 34), 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; to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li podle § 25 hrazen ze zdravotního pojištění.

Výjimky z regulačních poplatků

Zcela zásadní jsou výjimky. Znovu zrekapituluji výše uvedenou výjimku - podmínku klinického vyšetření.

Regulační poplatek podle odstavce se neplatí

- jde-li o pojištěnce umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy,
- při ochranném léčení nařízeném soudem,
- při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu,
- **jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu, ne starším 30 dnů.**

Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) se neplatí, jde-li o

preventivní prohlídku (§ 29, 30 a 35),

dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným v § 31 odst. 1 písm. **b) a d)**,
§ 31 - Dispenzární péče

(1) V rámci hrazené péče se dispenzární péče poskytuje pojištěncům zdravým, ohroženým a nemocným v těchto skupinách:

a) dětem do jednoho roku,

b) vybraným dětem od jednoho roku věku chronicky nemocným a ohroženým poruchami zdravotního stavu, a to v důsledku nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí,

c) vybraným mladistvým,

d) těhotným ženám ode dne zjištění těhotenství,

e) ženám, které používají hormonální a nitroděložní antikoncepci,

f) pojištěncům ohroženým nebo trpícím závažnými onemocněními. hemodialýzu, **laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření,** vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně.

Regulační poplatky by neměly být vybírány za dispenzární péči od dispenzarizovaných dětí od jednoho roku výše (otázkou je, proč ne i u dětí do jednoho roku) a od těhotných žen.

Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo.

Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. a) až e) se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Regulační poplatek podle odstavce 1 písm. f) se platí zdravotnickému zařízení nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče, s výjimkou případů, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní; v takovém případě se regulační poplatek hradí vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce. **Zdravotnické zařízení je povinno vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku s uvedením čísla pojištěnce (§ 40 odst. 3), výše regulačního poplatku, dne jeho zaplacení, otiskem razítka zdravotnického zařízení a podpisem osoby, která regulační poplatek přijala,** a jde-li o zařízení lékárenské péče, též s uvedením názvu léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle § 16b odst. 1.

Zdravotnické zařízení je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám v rámci vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za příslušný kalendářní měsíc, nebo za příslušné kalendářní čtvrtletí, informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku a dne, ke kterému se regulační poplatek váže.

Zařízení lékárenské péče je povinno sdělovat zdravotním pojišťovnám současně s vyúčtováním za příslušné období informace o regulačních poplatcích vybraných podle odstavce 1 písm. d), s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek popřípadě doplatek váže, výše zaplaceného regulačního poplatku, dne vydání plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výše doplatku, který se započítává do limitu podle odstavce 1.

Ačkoli technické provedení je částečně v jednání, je již několik podstatných bodů jasných. V řadě první budou limit uhrazených regulačních poplatků sledovat zdravotní pojišťovny. Zdravotnická zařízení budou vybrané regulační poplatky vykazovat příslušným zdravotním pojišťovnám, které budou povinny zajistit administrativu a případné vrácení nadlimitních vybraných poplatků konkrétnímu pojištěnci. Neměl by být ani tlak od pacientů na vystavování příjmových dokladů (nebudou nuceni je nikde dokládat, snad jen pro případ sporu s pojišťovnou o výši uhrazených poplatků).

Sankce za nevybírání poplatku

Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavců 2 nebo 3. Při zjištění **opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč**. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

K tímto způsobem zakotvené sankci lze vyslovit celou řadu výhrad. Zdravotní pojišťovna je na jedné straně smluvním partnerem, na straně druhé správním orgánem oprávněným ukládat sankce. To ještě více znerovnoprávňuje vzájemný vztah a hrozí možností zneužití. Rovněž výše sankce neodpovídá výši poplatku. Na druhou stranu zákon vyžaduje soustavné a opakované porušení povinnosti výběru regulačního poplatku. Tedy reálně by sankce neměla hrozit, snad s výjimkou případů, kdy zdravotnické zařízení nebude vůbec výběr poplatků realizovat. Sankční ustanovení je pozitivní v tom směru, že brání využít nevyber poplatků jako konkurenční výhodu (to by zřejmě následně vedlo k nevybírání poplatků většinou zdravotnických zařízení, protože by byla nucena přizpůsobit se i ta, která by výběr hodlala realizovat).

Zrušení paragrafu Fišerové (§ 11 odst. 1 písm. d)).

Pacient má právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči ~~ani v souvislosti s poskytnutím této péče~~ přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Při porušení této povinnosti je oprávněn příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny koordinují svůj postup s orgány státní správy při uplatňování postihu za porušení povinnosti uložené tímto ustanovením zákona.

Novela zákona č.48/1997 Sb., odstraňuje velmi problematický text zakazující pod hrozbou vysokých sankcí (až ztráta registrace nestátního zdravotnického zařízení) přijmout finanční úhradu od pacienta nejen za péči, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, ale i v souvislosti s touto péčí.

Jednoznačně lze hodnotit tento krok za pozitivní, doplňuji, že v minulosti již opakovaně proběhly pokusy o zrušení této části ustanovení (doplněného do zákona právě jmenovanou poslankyní), ustanovením se zabýval i Ústavní soud.

Prakticky zrušení tohoto ustanovení ovšem tolik neznamená, díky předchozímu výkladu Ústavního soudu, již jeho striktní aplikace nebyla realizována ani doposud.

Je i nadále zřejmé, že za výkony a péči, kterou má zdravotnické zařízení hrazeno na základě smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče přijmout úhradu nesmí. Za činnosti jiné ovšem úhradu přijmout lze. Rovněž platí, že i při nabídce dalších služeb musí být umožněno pacientovi v případě jeho zájmu čerpat pouze péči hrazenou zdravotní pojišťovnou, pacient nemůže být nucen k čerpání „nadstandardních“ služeb.

Rovněž nelze podmiňovat čerpání zdravotní péče hrazené, zdravotní péči či dalšími službami nehrazenými.

Výběrová řízení

Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se koná výběrové řízení. Výběrové řízení se nekoná

- pro zdravotnická zařízení lékárenské péče,
- pro zdravotnická zařízení Vězeňské služby České republiky,
- v případech rozšíření sítě již smluvního zdravotnického zařízení zdravotnické záchranné služby,
- **při uzavírání nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, pokud se jedná o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.**

V případě změny právní formy zdravotnického zařízení se výběrové řízení koná pouze tehdy, dochází-li k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.

Konání výběrového řízení mohou navrhnout zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení oprávněné poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru.

Komise je schopna se usnášet, je-li přítomna nadpoloviční většina všech členů komise. Rozhodnutí je přijato, hlasovala-li pro něj nadpoloviční většina přítomných členů komise. V případě rovnosti hlasů rozhoduje hlas zástupce příslušné zdravotní pojišťovny. **O průběhu a výsledku výběrového řízení komise vyhotoví zápis, který podepíše předseda a všichni přítomní členové komise. Zápis musí obsahovat jména členů komise a stanovení pořadí přihlášek s uvedením počtu získaných hlasů.**

Změny jsou v několika směrech. První změnou je ta, že u některých typů poskytovatelů zdravotní péče není třeba konání výběrového řízení. Dále pak je určitým způsobem zakotvena možnost předání zdravotnického zařízení (zde bude nutno ovšem upravit především v zákoně o zdravotnickém zařízení) či změny právní formy provozovatele (v praxi je relativně častou změnou z fyzické osoby ne společnost s ručením omezeným) opět bez výběrového řízení.

Ostatní ustanovení spíše zpřesňují stávající stav a odstraňují některé nejčastější problémy v praxi. Tedy nově může o vypsání výběrového řízení v určitém oboru žádat právě zdravotnické zařízení s tímto oborem (doposud mohlo dle zákona žádat o vyhlášení výběrového řízení jakékoli zdravotnické zařízení a příslušný orgán státní správy byl povinen řízení vyhlásit). Dále se pak určitým způsobem zvyšuje veřejná kontrola a pravidla pro rozhodování komise výběrového řízení.

Oproti původnímu návrhu zákona nedošlo k umožnění, aby zdravotní pojišťovny navazovaly smlouvy v odbornostech praktických lékařů bez konání výběrového řízení (v tomto tedy nakonec zákonodárce vyhověl zástupcům praktických lékařů).

Celkově jde spíše o dílčí změny, byť většinou pozitivním směrem. V horizontu několika let lze očekávat zcela zásadní změnu, která zřejmě již ani samotný institut výběrového řízení nebude používat, či jej zásadně změní.

Doplňuji, že i nadále není výsledek výběrového řízení pro zdravotní pojišťovny závazný.

Nepochybuji o tom, že realizace nových ustanovení způsobí určité komplikace na straně všech zúčastněných - pacientů, lékařů, lékáren a zdravotních pojišťoven. Rovněž se domnívám, že je nezbytná metodika vyjasňující určité sporné otázky (tuto ministerstvo v současné době připravuje). Myslím si, že některá z nových ustanovení budou v relativně blízké době upřesňujícím způsobem novelizována, neboť metodický výklad nebude dostatečným řešením.

Přesto pokládám body novely, které jsem se pokusil shrnout a okomentovat v tomto textu, za správné a nutné.

Mgr. Jakub Uher

K výňatkům z tisku 222 a stručnému právnímu komentáři ještě několik prvních „praktických“ poznámek – většinou odpovědí na dotazy členů:

1. Vybraný poplatek bude příjmem zdravotnického zařízení, zdravotním pojišťovnám se bude (zřejmě formou jednoho zvláštního kódu) pouze hlásit, nikoli odevzdávat. ZP by nám měly zpětně poskytovat přehled částek za námi vybrané poplatky v příslušném období pro účely našeho účetnictví.
2. Dle formulace v zákoně (vyšetření lékařem) se poplatek nevybírám v případech, kdy výkon provedla pouze sestra – ať už ve své návštěvní službě (všechny výkony odb.911) nebo v ordinaci (odběry, injekce, lístků na peníze...) bez přítomnosti lékaře resp. jeho vyšetření.
3. Klinická vyšetření dle našeho názoru nelze (obsahem ani časem) vázat na definici uvedenou v Seznamu výkonů. Náplň cílených i kontrolních vyšetření je obecná pro všechny odbornosti a jsou v ní zahrnuty možné výkony, které – pokud je lékař v rámci vyšetření pro konkrétní onemocnění provede, nelze již vykazovat zvlášť. Samozřejmě je nikdo nebude provádět všechny (např. chirurg pro ošetření fraktury celkové klinické vyšetření včetně p.r. apod., ale i další – stomatologické vyš., psychiatrické vyš. - často jen pohovor...atd....). Součástí časové náplně je i administrativní činnost, která nemusí být provedena jen v přítomnosti pacienta.

MZ ČR připravuje pro lékaře i pacienty podrobnější metodiku, kterou samozřejmě ihned po oficiálním vydání zašleme okresním zástupcům, otiskneme na webu a v Apelu. Návrh bychom měli dostat k připomínkám – prosíme tedy o event. další podněty a dotazy týkající se nejjasností v této oblasti.

J.Uhrová