Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

§ 5

Pojištěnec je plátcem pojistného, pokud

a) je zaměstnancem; za zaměstnance se pro účely zdravotního pojištění považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti podle zvláštního právního předpisu1a), s výjimkou

1. osoby, která má pouze příjmy ze závislé činnosti, které nejsou předmětem daně nebo jsou od daně osvobozeny,

2. žáka nebo studenta, který má pouze příjmy ze závislé činnosti za práci z praktického výcviku,

3. osoby činné na základě dohody o provedení práce, popřípadě více dohod o provedení práce u jednoho zaměstnavatele, pokud úhrn příjmů z takových dohod v kalendářním měsíci nedosáhl příjmu ve výši částky, jež je podmínkou pro účast takové osoby na nemocenském pojištění podle zákona upravujícího nemocenské pojištění (dále jen „započitatelný příjem“); započitatelný příjem zúčtovaný zaměstnavatelem až po skončení dohody o provedení práce se považuje za příjem zúčtovaný do kalendářního měsíce, v němž tato dohoda skončila,

4. člena družstva, který není v pracovněprávním vztahu k družstvu, ale vykonává pro družstvo práci, za kterou je jím odměňován, a který v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu,

5. osoby činné na základě dohody o pracovní činnosti, popřípadě více dohod o pracovní činnosti u jednoho zaměstnavatele, pokud úhrn příjmů z takových dohod v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu; započitatelný příjem zúčtovaný zaměstnavatelem až po skončení dohody o pracovní činnosti se považuje za příjem zúčtovaný do kalendářního měsíce, v němž tato dohoda skončila,

6. dobrovolného pracovníka pečovatelské služby, který v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu,

7. člena okrskové volební komise při volbách do Evropského parlamentu, Senátu a zastupitelstev územních samosprávných celků a člena okrskové volební komise a zvláštní okrskové volební komise při volbách do Poslanecké sněmovny a při volbě prezidenta republiky,

b) **je osobou samostatně výdělečně činnou. Za osobu samostatně výdělečně činnou se pro účely zdravotního pojištění považuje**
1. osoba, které plynou příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti podle zvláštního právního předpisu[3a)].
2. osoba vykonávající činnost příkazníka na základě příkazní smlouvy uzavřené podle občanského zákoníku[6a)], pokud tato činnost není považována za zaměstnání podle

---

[3a)] **§ 7 odst. 1 a 2 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, ve znění pozdějších předpisů.**

[6a)] **§ 2430 a násl. zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník ve znění pozdějších předpisů**

písmena a) a příkazní smlouva nebyla uzavřena v rámci jiné samostatně výdělečné činnosti,
3. spolupracující osoba osoby samostatně výdělečně činné, pokud podle zákona o daních z příjmů lze na ni rozdělovat příjmy dosažené výkonem spolupráce a výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení.
~~je osobou samostatně výdělečně činnou. Za osoby samostatně výdělečně činné se pro účely zdravotního pojištění považují:~~

~~1. osoby podnikající v zemědělství;1c)~~

~~2. osoby provozující živnost;2)~~

~~3. osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů;3)~~

~~4. osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů,4) s výjimkou činnosti, z níž jsou příjmy podle zvláštního právního předpisu samostatným základem daně z příjmů fyzických osob pro zdanění zvláštní sazbou daně4a);~~

~~5. společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností;5)~~

~~6. osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních předpisů;6)~~

~~7. osoby vykonávající činnost mandatáře na základě mandátní smlouvy uzavřené podle obchodního zákoníku,6a) pokud tato činnost není považována za zaměstnání podle písmene a) a mandátní smlouva nebyla uzavřena v rámci jiné samostatné výdělečné činnosti,~~

~~8. spolupracující osoby osob samostatně výdělečně činných, pokud podle zákona o daních z příjmů lze na ně rozdělovat příjmy dosažené výkonem spolupráce a výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení,~~

c) má na území České republiky trvalý pobyt, avšak není uveden pod předchozími písmeny a není za něj plátcem pojistného stát, pokud uvedené skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc.

Odůvodnění: V dosavadním znění § 5 písm. b) taxativní výčet osob samostatně výdělečně činných neodpovídá plně okruhu osob, jejichž příjmy jsou považovány za příjmy z podnikání a z jiné samostatně výdělečné činnosti dle § 7 odst. 1 a 2 zákona č. 586/ 1992 Sb.

V taxativním výčtu osob, které se pro účely zdravotního pojištění považují za osoby samostatně výdělečně činné, nejsou v současnosti uvedeny např. osoby s příjmy z lesního a vodního hospodářství a osoby s příjmy z užití nebo poskytnutí práv z průmyslového nebo jiného duševního vlastnictví.

Tuto skutečnost je nutno považovat za mezeru v zákoně. Úmyslem zákonodárce bylo zcela nepochybně zahrnout všechny příjmy, které jsou základem daně z příjmu i do vyměřovacího základu pro výpočet pojistného. Tento záměr je zřejmý i z důvodové zprávy k zákonu č. 48/1997 Sb., podle níž definice osob samostatně výdělečně činných vychází z úpravy obsažené v zákoně o daních z příjmu (§ 7 odst. 1 a 2 zákona č. 586/1992 Sb.) a dále i z § 3a odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., dle něhož jsou vyměřovacím základem u osoby samostatně výdělečně činné příjmy z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti specifikované v § 7 odst. 1 a 2 zákona č. 586/1992 Sb..

Výše uvedenou mezerou v zákoně došlo k situaci, že např. u příjemce příjmů z lesního a vodního hospodářství a z užití nebo poskytnutí práv z průmyslového nebo jiného duševního vlastnictví, který nemá jiné příjmy z nezávislé činnosti, nemá dle § 5 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb. povinnost přihlásit se do kategorie osob samostatně výdělečně činných a tudíž nemá ani povinnost zahrnout tyto příjmy do vyměřovacího základu dle § 3a odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., ačkoliv dle § 7 odst. 2 zákona č. 586/1992 Sb. jsou tyto příjmy považovány za příjmy z podnikání. K takto rozdílnému přístupu přitom neexistuje žádný věcný důvod. Z výše uvedených důvodů se navrhuje zpřesnění právní úpravy výslovným odkazem na zákon o daních z příjmu a doplnění dalších osob, které jsou za osobu samostatně výdělečně činnou pro účely zdravotního pojištění považovány.

Obchodní zákoník byl zrušen s účinností od 1. 1. 2014 novým občanským zákoníkem č. 89/2012 Sb. Z uvedeného důvodu se navrhuje zrušenou mandátní smlouva nahradit smlouvou příkazní a změnit i stávající odkaz na již neplatný právní předpis.

§ 15

(3) Ze zdravotního pojištění se zdravotní služby poskytnuté na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, jde-li o formu mimotělního oplodnění (in vitro fertilizace), hradí

a) ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 let do dne dosažení ~~třicátého devátého~~ **čtyřicátého** roku věku,

b) ostatním ženám ve věku od 22 let do dne dosažení ~~třicátého devátého~~ **čtyřicátého** roku věku,

nejvíce třikrát za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy nejvýše 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život.

Odůvodnění: Navrhuje se navýšení maximálního věku pro provedení IVF hrazeného z veřejného zdravotního pojištění o jeden rok z 38 let a 364 dní na 39 let a 364 dní. Jedná se o návrat k dřívější praxi, která ovšem byla způsobena nejasným výkladem tohoto ustanovení.

§ 16

(1) Příslušná zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní služby jinak ~~zdravotní pojišťovnou~~ **ze zdravotního pojištění nehrazené**, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.

~~(2) S výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotních služeb podle předchozího odstavce vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře schválení příslušné zdravotní pojišťovny.~~

Odůvodnění: V úvodním odstavci se jedná spíše o technickou úpravu. Stávající znění může navozovat dojem, že rozsah hrazené péče je rozdílný u jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Tak tomu nicméně není, neboť je determinován přímo zákonem. Z toho důvodu i s ohledem na dikci dalších ustanovení zákona se navrhuje změna textace.
V případě druhého odstavce se právní úprava přesouvá do obecné části o rozhodování zdravotních pojišťoven o nároku pojištěnce - § 19 a násl.

Rozhodování o úhradě zdravotních služeb

Odůvodnění: Ustanovení obsahuje zvláštní procesní pravidla aplikovatelná v řízení o nároku pojištěnce na úhradu zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tato právní úprava má přednost před obecnými pravidly správního řízení obsaženými ve správním řádu – jedná se zejména o úpravu zastupování, doručování, účinků rozhodnutí a odvolacího orgánu. Ve zbytku, který není zákonem č. 48/1997 Sb. upraven, se plně využijí pravidla zakotvená správním řádem.

§ 19

(1) Zdravotní pojišťovna rozhoduje před poskytnutím zdravotních služeb o naplnění podmínek nároku pojištěnce na jejich poskytnutí jako hrazených v případě:

a) zdravotních služeb jinak ze zdravotního pojištění nehrazených podle § 16,

b) pobytu průvodce pojištěnce staršího 6 let podle § 25,

c) ve stanovených případech lůžkové léčebně rehabilitační péče podle § 33,

d) zdravotní péče poskytované v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách podle § 34 s výjimkou přeložení pojištěnce z hospitalizace do dětské odborné léčebny,

e) nezbytné letecké dopravy podle § 36,

f) přepravy soukromým vozidlem řízeným jinou osobou podle § 37,

g) léčivých přípravků, u kterých byla tato podmínka úhrady stanovena v řízení podle části šesté,

h) vyjmenovaných zdravotních výkonů podle přílohy č. 1 k tomuto zákonu,

i) vyjmenovaných zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz podle přílohy č. 3 k tomuto zákonu,

j) vyjmenovaných stomatologických výrobků podle přílohy č. 4 k tomuto zákonu.

Odůvodnění: Tato část ustanovení vymezuje případy, v nichž zdravotní pojišťovna rozhoduje o naplnění podmínek nároku pojištěnce na úhradu zdravotních služeb. Je třeba zdůraznit, že zdravotní pojišťovna nerozhoduje o samotném poskytnutí zdravotních služeb, resp. vhodném medicínském postupu, který zvolí poskytovatel zdravotních služeb, ale pouze o tom, zda jsou

splněny podmínky na poskytnutí zdravotních služeb uvedených v příslušných ustanoveních jako zdravotních služeb hrazených, popřípadě částečně hrazených (např. u zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz podle přílohy č. 3).

Není-li naplněna podmínka uvedená v odst. 2 (hrozí újma na zdraví pojištěnce), musí být vždy o schválení nároku pojištěnce požádáno před samotným poskytnutím zdravotních služeb (předepsáním, indikací), a to vždy s vědomím pojištěnce. Tímto postupem se ve většině případů předejde složitým sporům mezi pojištěncem, poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. V dosavadní aplikační praxi se totiž nezřídka stává, že poskytovatel vybere finanční obnos od pojištěnce s tím, že mu bude následně vrácen zdravotní pojišťovnou po schválení. K tomu ovšem následně z rozličných důvodů nedojde a vznikají tak spory, v nichž je nejslabší stranou s informačním deficitem pojištěnec. Nadto je takový postup poskytovatele v rozporu s ustanovením § 11 odst. 1 písm. d) tohoto zákona.

(2) V případech, kdy hrozí újma na zdraví pojištěnce v důsledku předpokládané délky řízení vedeného podle odstavce 1, je poskytovatel oprávněn posoudit naplnění podmínek pro nárok pojištěnce na poskytnutí zdravotních služeb jako hrazených a tyto zdravotní služby poskytnout bez souhlasu zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna takto poskytnuté zdravotní služby uhradí poskytovateli, pokud byly splněny podmínky stanovené pro jejich úhradu s výjimkou předchozího souhlasu zdravotní pojišťovny.

Odůvodnění: Navržené ustanovení zakotvuje možnost poskytovatele zdravotních služeb posoudit naplnění podmínek pro poskytnutí zdravotních služeb jako hrazených, ale pouze v případě, že pojištěnci by v důsledku odkladu hrozila újma na zdraví. Nutno zdůraznit, že z dikce ustanovení jednoznačně vyplývá nezbytnost příčinné souvislosti mezi předpokládanou délkou vedeného řízení a újmou na zdraví. Bude se jednat o stav, kdy neposkytnutí péče v určitém časovém rámci (který řízení vedené podle odstavce 1 přesáhne) způsobí zhoršení zdravotního stavu pojištěnce nebo významné zhoršení podmínek pro úspěšné vyléčení. Např. jen stěží bude bez předchozího souhlasu možné předepsat takový zdravotnický prostředek, jehož účel bude čistě kompenzační. Újmu na zdraví ale nelze stavět na roveň s neodkladnou péčí ve smyslu ustanovení § 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách, ani žádnému jinému druhu zdravotní péče, jak je v předmětném ustanovení definován.

V zásadě tedy může potřebné zdravotní služby poskytovatel zdravotních služeb ve výjimečném případě poskytnout i bez souhlasu zdravotní pojišťovny (ten se již pro účely nároku pojištěnce neposuzuje ve správním řízení ani dodatečně).

Druhá věta zakotvuje povinnost zdravotní pojišťovny uhradit poskytovateli i zdravotní služby poskytnuté bez předchozího souhlasu, pokud u nich byly dodrženy ostatní stanovené podmínky pro jejich úhradu z veřejného zdravotního pojištění.

(3) Nerozhodne-li pojištěnec jinak, podává v jeho zastoupení návrh na zahájení řízení k tomu příslušný poskytovatel, který jej zastupuje v řízení před zdravotní pojišťovnou. Zastoupení se nevztahuje na úkony, které nelze učinit písemnou formou. Není-li jím pojištěnec zastoupen, je příslušný poskytovatel povinen poskytnout mu součinnost za účelem vedení řízení.

Odůvodnění: Ustanovení kopíruje v současnosti používanou praxi, kdy v drtivé většině případů v řízení v 1. stupni zdravotní pojišťovna komunikuje přímo s poskytovatelem zdravotních služeb, který je schopen rychle dodat případné další podklady pro vydání rozhodnutí. Zakotvuje se tedy povinné zastoupení poskytovatelem zdravotních služeb, který je oprávněn k předepsání léčby (léčivého přípravku, zdravotnického prostředku). Toto zastoupení může pojištěnec sám vyloučit, např. ve složitém případě, kdy chce být zastoupen advokátní kanceláří. Po poskytovateli zdravotních služeb (resp. ošetřujícím lékaři) ovšem nelze spravedlivě požadovat, aby činil veškeré úkony, které by jej mohly omezovat ve výkonu jeho povolání a tím i v zásadě bránit ostatním pojištěncům v přístupu k hrazeným službám. Z toho důvodu jsou ze zastoupení vyloučeny úkony, které nelze učinit písemnou formou. V případě řízení o nároku pojištěnce to bude pravděpodobně pouze nahlédnutí do spisu, když další instituty jako např. šetření na místě nepřipadají v úvahu.

V případech, kdy nebude pojištěnec zastoupen poskytovatelem zdravotních služeb (z důvodu vyloučení zastupování nebo např. v odvolacím řízení), bude poskytovatel povinen poskytnout mu součinnost za účelem vedení řízení. To ovšem neznamená, že by např. u lázeňské rehabilitační péče byl poskytovatel povinen vytvářet stanoviska na podporu požadavku pojištěnce v případě, že s návrhem nesouhlasí. Měl by ovšem pojištěnci zajistit např. výpis ze zdravotnické dokumentace.

(4) Zdravotní pojišťovna může rozhodnout o tom, že se rozhodnutí vztahuje i na případy opakované potřeby poskytnutí zdravotních služeb podle odstavce 1, jsou-li pro opakované poskytnutí v žádosti uvedeny důvody. Spolu s tím stanoví dobu, po kterou mohou být zdravotní služby poskytovány jako hrazené.

Odůvodnění: Ustanovení cílí na případy, kdy je zřejmé, že poskytnutí zdravotních služeb, jejichž úhrada je podmíněna souhlasem zdravotní pojišťovny, bude s ohledem na zdravotní stav pojištěnce nezbytné předepisovat opakovaně. Jedná se zejména o oblast zdravotnických prostředků předpisovaných na poukaz, u nichž jsou stanoveny množstevní limity pro konkrétní období. I v takovém případě ovšem platí, že čerpání musí být v souladu s množstevními limity pro stanovené časové období.

(5) Proti rozhodnutí, kterým zdravotní pojišťovna plně vyhoví žádosti pojištěnce, se nelze odvolat. Toto rozhodnutí se oznamuje pouze poskytovateli, pokud je jím pojištěnec zastoupen. Pokud je zastoupení poskytovatelem vyloučeno, doručuje se toto rozhodnutí pojištěnci.

Odůvodnění: Vyloučením možnosti odvolání se proti kladnému rozhodnutí o nároku pojištěnce cílí předkladatel k urychlenému nabytí právní moci a vykonatelnosti rozhodnutí (viz § 73 správního řádu). Po doručení rozhodnutí poskytovateli zdravotních služeb je okamžitě možné zdravotní službu poskytnout, indikovat, či předepsat příslušný léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek. Rozhodnutí, kterým se účastníkovi plně vyhovuje, nemusí obsahovat odůvodnění (viz § 68 odst. 4 správního řádu).

(6) Rozhodnutí, kterým zdravotní pojišťovna žádosti pojištěnce nevyhověla, nebo jí

vyhověla pouze částečně, se oznamuje poskytovateli, pokud je jím pojištěnec zastoupen, a pojištěnci. Dnem doručení rozhodnutí pojištěnci končí zákonné zastoupení příslušným poskytovatelem podle odstavce 3. Odvolací lhůta činí 15 dnů ode dne doručení takového rozhodnutí pojištěnci.

Odůvodnění: Rozhodnutí, kterým se byť jen částečně nevyhoví žádosti pojištěnce, se doručuje rovněž jemu. Lhůta pro případné odvolání začíná běžet dnem oznámení takového rozhodnutí pojištěnci, nikoliv poskytovateli zdravotních služeb, jemuž tímto okamžikem končí povinné zastoupení.

§ 19a

(1) Zdravotní pojišťovna zřizuje revizní komisi složenou z odborníků v oblasti zdravotnictví a práva. Revizní komise má 4 členy jmenované ředitelem příslušné zdravotní pojišťovny a 1 člena jmenovaného ministrem zdravotnictví. Nejvíce dva členové revizní komise mohou být zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny.

(2) Revizní komise rozhoduje o odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny o udělení předchozího souhlasu podle § 14b, rozhodnutí o vydání povolení podle koordinačních nařízení, rozhodnutí o náhradě nákladů podle § 14 odst. 2 až 4 a rozhodnutí o naplnění podmínek nároku pojištěnce na úhradu zdravotních služeb podle § 19.

Odůvodnění: Ustavuje se zvláštní kolegiální orgán zdravotní pojišťovny, jehož úkolem je přezkoumávat napadená rozhodnutí zdravotní pojišťovny v 1. stupni. Obdobně jako v případě rozkladové komise by jejími členy měli být odborníci z oblasti, v níž se rozhoduje – předkladatel tedy stanovuje velmi volné podmínky, kdy členem komise musí být osoba se zkušenostmi z oblasti zdravotnictví nebo práva i s přihlédnutím k tomu, že bude nezbytné tuto agendu personálně pokrýt. Zároveň musí být zajištěna většinová nezávislost revizní komise, čehož by mělo být dosaženo povoláním alespoň tří osob, které nejsou zaměstnanci zdravotní pojišťovny, a jedna z nich je jmenována ministrem zdravotnictví.

(2) Revizní komise volí ze svého středu předsedu.

(3) Usnesení, s výjimkou usnesení o zastavení řízení, jakož i úkon, který není rozhodnutím, může pověřený člen revizní komise provést samostatně.

Odůvodnění: Za účelem zrychlení odvolacího řízení se zakotvuje odchylný princip od právní úpravy kolegiálního orgánu podle správního řádu a umožnuje se činit úkony, kterými se vede řízení, samostatně jednotlivým pověřeným členům revizní komise.

(4) K rozhodnutí revizní komise je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech jejích členů. Souhlas či nesouhlas s návrhem rozhodnutí vyjadřuje člen revizní komise svým podpisem do protokolu o hlasování, do nějž je při nahlížení do spisu vyloučeno nahlížet. Ustanovení § 134 odst. 1 až 3 správního řádu se nepoužije.

Odůvodnění: Úplné přebrání právní úpravy rozhodování kolegiálního orgánu se pro účely odvolacího řízení o nároku pojištěnce nejeví jako vhodné. Vzhledem k předpokládanému nápadu odvolání považuje předkladatel za žádoucí, aby bylo jeho jednání co nejflexibilnější. Pro výměnu stanovisek členů revizní komise se spíše než organizace společného jednání jeví vhodnější používání prostředků elektronické komunikace. Podrobná pravidla projednání odvolání revizní komisí by měla být stanovena jednacím řádem, který přijme sama revizní komise. Jediným pravidlem pro přijetí rozhodnutí bude souhlas alespoň tří členů revizní komise vyjádřený přímo na rozhodnutí.

(5) Zdravotní pojišťovna může po posouzení dodržování lhůt pro vydání rozhodnutí podle § 71 správního řádu zřídit další revizní komise podle odstavce 1.

Odůvodnění: Vzhledem k různému počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven, a tím i různému počtu řešených žádostí o nároku pojištěnce a odvolání, se zdravotním pojišťovnám umožňuje, aby zřídily další revizní komisi za účelem zefektivnění a zrychlení odvolacího řízení.

§ 22

Zvláštní ambulantní péče

~~Hrazenými službami~~ **Hrazenou službou** je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako

~~a) domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu,~~

a) domácí péče, pokud je poskytována na základě doporučení

1. lékaře registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 3 kalendářních měsíců; doporučit ji lze i opakovaně,

2. lékaře poskytovatele ambulantní péče neuvedeného v bodě 1, který pojištěnce ošetřoval, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 14 kalendářních dnů,

3. lékaře poskytovatele poskytujícího lékařskou pohotovostní službu, který pojištěnce ošetřoval, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 14 kalendářních dnů,

4. lékaře poskytovatele poskytujícího zdravotní služby na urgentním příjmu, který pojištěnce ošetřoval, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 14 kalendářních dnů,

5. ošetřujícího lékaře se specializovanou způsobilostí poskytovatele lůžkové péče, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 14 kalendářních dnů, nebo

6. ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu, přičemž takto doporučenou péči lze hradit nejdéle po dobu 3 kalendářních měsíců; doporučit ji lze i opakovaně,

b) zdravotní péče ve stacionářích, pokud je poskytována na základě doporučení ošetřujícího lékaře,

c) zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů,[30)]

d) zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb,

e) ošetřovatelská péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, pokud k tomu poskytovatelé pobytových sociálních služeb uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou podle § 17a.

[30)] § 73b zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění zákona č. 307/1993 Sb.

Odůvodnění: V současnosti může domácí péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění indikovat pouze ošetřující lékař po hospitalizaci (bez omezení odbornosti) nebo registrující praktický lékař.

Průzkumem mezi odbornými lékaři a několika agenturami domácí péče bylo zjištěno, že by bylo v rámci zvýšení dostupnosti zdravotní péče žádoucí umožnit indikaci domácí péče na omezenou dobu (14 dnů) odborným lékařem i přesto, že klient nebyl hospitalizován, ale pouze ošetřen např. pro akutní onemocnění (bolest, úraz) nebo jde o jednorázové vyšetření (např. kontrola v diabetologické poradně nebo na kardiologii apod.).

Odborný lékař (diabetolog, kardiolog, chirurg, lékař ambulance bolesti apod.) po ambulantním ošetření, nemůže indikovat domácí péči (například jednorázový odběr biologického materiálu, aplikace analgetik i.m., infuzní terapie apod.), což pacientům komplikuje přístup k potřebné zdravotní péči.

Navrhuje se proto umožnit všem odborným lékařům (ale i lékařům lékařské pohotovostní služby nebo lékařům sloužícím na urgentním příjmu) indikovat domácí zdravotní péči na omezenou dobu 14 dnů i v případech, kdy nebyl pacient hospitalizován.

Příkladů, u nichž navrhovaná právní úprava zvýší dostupnost zdravotní péče, lze vyjmenovat řadu. Například pokud je v rámci urgentního příjmu pacient ošetřen pro akutní bolest zad a jsou mu aplikována analgetika i.m., příp. infuze, je důležité, aby pacient mohl pokračovat v zahájené léčbě bez nutnosti hospitalizace nebo transportu do nemocnice. V oblasti diabetologie na počátku léčby inzulinem, kdy je první aplikace ordinována již na večer nebo na druhý den ráno, je indikace domácí péče diabetologem vhodná alespoň do doby než je možné kontaktovat příslušného praktického lékaře. V rámci kardiologie se může jednat o indikaci domácí péče spočívající v jednorázových kontrolních odběrech biologického materiálu u pacientů s omezenou pohyblivostí. V oblasti neurologie pak může jít o aplikaci analgetik i.m., vč. infuzní terapie u bolestivých stavů. V rámci chirurgie se může jednat

o případy poúrazových stavů nebo předoperační přípravy (odběr biologického materiálu, aplikace antikoagulancií, převazy po úrazech apod.). V oblasti gynekologie a porodnictví bude možné indikovat domácí péči například v případech, kdy bude pacientka potřebovat výplachy pochvy po jednodenním chirurgickém výkonu, převazy operační rány, odstranění stehů nebo aplikaci léčiv do pochvy u hůře pohyblivých pacientek.

Ve všech uvedených případech se jedná o ošetření na základě indikace odborného lékaře, kdy není k zastižení registrující praktický lékař (ve výjimečných případech se dokonce stává, že pacient není registrován u žádného praktického lékaře). Jedná se o období víkendů, svátků, ale i dovolených lékařů apod.

Návrh vychází ze závěrů Pracovní skupiny pro domácí péči zřízené při Ministerstvu zdravotnictví, jehož členy jsou zástupci agentur poskytujících domácí péči, zdravotních pojišťoven i Ministerstva zdravotnictví.

§ 25

Pobyt průvodce pojištěnce v lůžkové péči

(1) Je-li při hospitalizaci pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče nutná celodenní přítomnost průvodce vzhledem

a) ke zdravotnímu stavu pojištěnce, nebo

b) k nutnosti zaškolení průvodce pojištěnce v ošetřování a léčebné rehabilitaci doprovázeného pojištěnce,
je pobyt průvodce pojištěnce do dovršení šestého roku věku doprovázeného pojištěnce včetně hrazenou službou.~~;~~

(2) Pobyt průvodce pojištěnce staršího 6 let **v případech podle odstavce 1** je hrazenou službou jen se souhlasem ~~revizního lékaře~~ **zdravotní pojišťovny s výjimkou případů, kdy doprovázený pojištěnec trpí zdravotním postižením, které vyžaduje zvláštní péči a dopomoc druhé osoby při základní samoobsluze.**

(3) Pobyt průvodce hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn doprovázený pojištěnec.

Odůvodnění: V případě pobytu průvodce pojištěnce staršího 6 let se s ohledem na dosavadní rozhodovací praxi stanoví případy, u nichž není potřeba předchozího přivolení zdravotní pojišťovny. Bude se jednat o těžké formy zdravotního postižení (mentální či smyslové postižení, těžké formy epilepsie, neurodegenerativní onemocnění, obrny s trvalými následky), při nichž je vyloučeno, aby se doprovázený pojištěnec obsluhoval sám, či je jednoznačně vhodnější, aby jeho obsluhu nezajišťoval personál poskytovatele zdravotních služeb. V ostatních případech je zachován současný stav, kdy musí být udělen souhlas zdravotní pojišťovny.

§ 33 [DZ]

Léčebně rehabilitační péče

(1) Hrazenou službou je ~~dále~~ léčebně rehabilitační péče, poskytovaná jako nezbytná součást léčebného procesu, jejíž poskytnutí doporučil ošetřující lékař **a schválila zdravotní pojišťovna** ~~a potvrdil revizní lékař~~. Návrh na **úhradu** léčebně rehabilitační **péče** podává na formuláři zdravotní pojišťovny lékař ~~registrujícího~~ poskytovatele **ambulantní péče, který ji předepsal,** nebo ošetřující lékař při hospitalizaci; jde-li o poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče, návrh obsahuje též určení ~~stupně~~ **pořadí** naléhavosti. **Schválení zdravotní pojišťovnou se nevyžaduje v případě ambulantní léčebně rehabilitační péče, akutní lůžkové léčebně rehabilitační péče a lázeňské léčebně rehabilitační péče v prvním pořadí naléhavosti.**

Odůvodnění: Na rozdíl od dosavadního právního stavu, kdy z dikce ustanovení plyne, že veškerá léčebně rehabilitační péče by měla být předmětem přezkumu zdravotní pojišťovnou, se nově z této povinnosti výslovně vylučuje ambulantní léčebně rehabilitační péče, akutní lůžková léčebně rehabilitační péče a lázeňská léčebně rehabilitační péče v prvním pořadí naléhavosti.

Zároveň se za účelem zrychlení celého procesu, kdy nástup na lázeňskou péči je nezřídka omezen lhůtami podle přílohy 5 zákona č. 48/1997 Sb., navrhuje, aby návrh na její poskytnutí podal kterýkoliv poskytovatel ambulantních služeb. Není důvodné, aby v mnoha specifických indikacích (namátkou např. onemocnění psychiatrická), jednal se zdravotní pojišťovnou registrující poskytovatel, který často nemá ani dostatečné odborné znalosti týkající se konkrétního onemocnění. Pakliže tedy bude lázeňskou péči ve skupině XXIX přílohy č. 5 (duševní poruchy) indikovat psychiatr, bude to zároveň on, kdo podá návrh na lázeňskou rehabilitační péči a bude pojištěnce v řízení v prvním stupni zastupovat.

(2) Lázeňská léčebně rehabilitační péče je poskytována výhradně jako následná lůžková péče ve zdravotnických zařízeních, která se nacházejí v místě výskytu přírodního léčivého zdroje nebo na území s klimatickými podmínkami příznivými k léčení, a při poskytování péče jsou tyto přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení využívány.

(3) Lázeňská léčebně rehabilitační péče se poskytuje a hradí jako komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče nebo příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče.

(4) Komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče navazuje na lůžkovou péči nebo specializovanou ambulantní zdravotní péči a je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti nebo na minimalizaci rozsahu invalidity. U účastníků nemocenského pojištění se poskytuje v době jejich dočasné neschopnosti k práci. Pojištěnce předvolá k lázeňské léčebně rehabilitační péči zařízení lázeňské péče. Pojištěnec v prvém pořadí naléhavosti je k nástupu na lázeňskou léčebně rehabilitační péči předvolán nejpozději do jednoho měsíce od data ~~vystavení~~ **jejího předepsání** ~~návrhu pojišťovny~~ **lékařem poskytovatele ambulantní péče nebo ošetřujícím lékařem při hospitalizaci**, případně po dohodě ošetřujícího~~, revizního~~ a lázeňského lékaře je přeložen do zdravotnického zařízení

poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče přímo ze zdravotnického zařízení poskytovatele lůžkové péče. V druhém pořadí naléhavosti je pacient předvolán nejpozději do tří měsíců, děti a dorost do šesti měsíců ode dne ~~vystavení návrhu~~ **schválení návrhu zdravotní pojišťovnou**. Komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče je plně hrazena zdravotní pojišťovnou.

Odůvodnění: Vzhledem k tomu, že v případě lázeňské léčebně rehabilitační péče v prvním pořadí naléhavosti již není vyžadován souhlas zdravotní pojišťovny, je nezbytné rozlišit situace, kdy ošetřující lékař předepisuje přímo návrh pro poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče, a situace, kdy podává návrh na schválení zdravotní pojišťovně. V prvém případě se bude jednat o standardní indikaci (měla by obsahovat náležitosti podle vyhlášky č. 2/2015 Sb.), kdy si následně pojištěnec sám zvolí poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče podle seznamu příslušných lázeňských míst obsažených ve vyhlášce. Vyloučena není ani dohoda s konkrétním poskytovatelem lázeňské léčebně rehabilitační péče při překladu od poskytovatele lůžkové péče. Ve druhém případě se bude postupovat shodně jako doposud, kdy se na předepsaném formuláři bude podávat návrh zdravotní pojišťovně, která jej po posouzení naplnění podmínek schválí či zamítne (v úvahu připadá i změna komplexní lázeňské péče na příspěvkovou).

(5) Příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče je poskytována především pojištěncům s chronickým onemocněním v případech, kdy nejsou splněny podmínky uvedené v odstavci 4. Hrazenými službami jsou pouze vyšetření a léčení pojištěnce. Tato péče může být poskytnuta jednou za dva roky.~~, nerozhodne-li revizní lékař jinak~~.

Odůvodnění: Předkladatel má za to, že v případě příspěvkové lázeňské péče by nemělo docházet k prolomení dvouleté lhůty pro její poskytnutí jako částečně hrazené rozhodnutím revizním lékařem.

(6) Dětem a dorostu do 18 let se lázeňská léčebně rehabilitační péče poskytuje podle odstavce 4, pokud není na žádost rodičů poskytována podle odstavce 5. ~~Přeložení pojištěnce mladšího 18 let ze zdravotnického zařízení poskytovatele lůžkové péče do zdravotnického zařízení poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče revizní lékař neposuzuje.~~

Odůvodnění: Vzhledem k tomu, že přímý překlad od poskytovatele lůžkové péče je jedním z případů prvního pořadí naléhavosti, který je z přezkumu vyloučen, je poslední věta odstavce šest zrušena.

(7) U nemocí z povolání a jiných poškození na zdraví z práce se lázeňská léčebně rehabilitační péče poskytuje podle odstavce 4, jestliže ji doporučil nebo indikaci potvrdil příslušný odborník pro nemoci z povolání.

(8) Lázeňská léčebně rehabilitační péče podle odstavců 4 a 5 poskytnutá pojištěnci pro danou indikaci poprvé se označuje jako základní léčebný pobyt. Další léčebný pobyt odpovídající indikaci, na jejímž základě byl uskutečněn základní léčebný pobyt, se označuje jako opakovaný léčebný pobyt, není-li v příloze č. 5 k tomuto zákonu stanoveno jinak.

Opakovaný léčebný pobyt je hrazen po schválení zdravotní pojišťovnou.

Odůvodnění: Vzhledem k navrženému znění § 19 odst. 1 písm. c) je nutné výslovně stanovit, že opakovaný (lázeňský) léčebný pobyt je vždy předmětem přezkumu zdravotní pojišťovnou (jako tomu bylo dle dosavadní právní úpravy).

(9) Nemoci, u nichž lze lázeňskou léčebně rehabilitační péči poskytnout, způsoby poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče pro jednotlivé indikace, délka základního léčebného pobytu a opakovaného léčebného pobytu pro jednotlivé indikace, četnost opakovaného léčebného pobytu, lhůta pro nástup léčebného pobytu u indikací, kde je tuto lhůtu důvodné stanovit z hlediska léčebného efektu, možnost prodloužení léčebného pobytu podle jednotlivých indikací a způsobů poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče a další odborná kritéria vztahující se k jednotlivým indikacím jsou stanoveny v příloze č. 5 k tomuto zákonu (Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči).

(10) Prodloužení stanovené délky základního léčebného pobytu nebo opakovaného léčebného pobytu poskytovaných jako komplexní lázeňská léčebně rehabilitační péče může navrhnout lékař příslušného zdravotnického zařízení poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče, je-li tato možnost u příslušné indikace vyznačena v příloze č. 5 k tomuto zákonu. ~~Návrh na prodloužení léčebného pobytu se podává reviznímu lékaři příslušné zdravotní pojišťovny, který prodloužení a jeho délku schvaluje~~. **Prodloužení léčebného pobytu a jeho délku schvaluje příslušná zdravotní pojišťovna.**

Odůvodnění: Vzhledem k navrženému znění § 19 odst. 1 písm. c) je nutné výslovně stanovit, že prodloužení (lázeňského) léčebného pobytu je vždy předmětem přezkumu zdravotní pojišťovnou (jako tomu bylo dle dosavadní právní úpravy).

(11) Prodloužení opakovaného léčebného pobytu poskytovaného jako příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče na 21 dnů v případech, kdy byl takový pobyt na základě indikace navrhujícího lékaře schválen revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny pouze v délce 14 dnů (dále jen „indikovaný případ“), může navrhnout lékař příslušného zdravotnického zařízení poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče. ~~Návrh na prodloužení léčebného pobytu se podává reviznímu lékaři příslušné zdravotní pojišťovny, který prodloužení a jeho délku schvaluje.~~ **Prodloužení léčebného pobytu a jeho délku schvaluje příslušná zdravotní pojišťovna.**

Odůvodnění: Vzhledem k navrženému znění § 19 odst. 1 písm. c) je nutné výslovně stanovit, že prodloužení (lázeňského) léčebného pobytu je vždy předmětem přezkumu zdravotní pojišťovnou (jako tomu bylo dle dosavadní právní úpravy)

(12) Ministerstvo zdravotnictví stanoví pro jednotlivé indikace vyhláškou obsahové náležitosti návrhu na lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost, indikační předpoklady, kontraindikace, odborná kritéria pro poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče včetně potřebných vyšetření, obor specializace lékaře, který takovou péči doporučuje, požadavky na dostupnost zdravotnických pracovníků ve zdravotnickém zařízení poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče a indikační zaměření lázeňských míst, ve kterých se nachází přírodní léčivý zdroj nebo klimatické podmínky vhodné k léčbě nemocí.

§ 34

Péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách

(1) ~~Zdravotní péči poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu na doporučení ošetřujícího lékaře dětem a mladistvým do 18 let v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách hradí zdravotní pojišťovna.~~ **Hrazenou službou je zdravotní péče poskytovaná jako nezbytná součást léčebného procesu dětem a mladistvým do 18 let v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách.** Návrh na zdravotní péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách podává na formuláři zdravotní pojišťovny registrující praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. ~~Návrh potvrzuje revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny; revizní lékař neposuzuje přeložení pojištěnce z hospitalizace do odborné dětské léčebny.~~

Odůvodnění: V ustanovení se kultivuje dosavadní dikce tak, aby odpovídala ostatním ustanovením tohoto zákona. Poslední věta je poté nově obsažena v ustanovení § 19 odst. 1 písm. d).

(2) Nemoci, u nichž se dětem a mladistvým do 18 let poskytuje zdravotní péče v odborných dětských léčebnách, a indikační zaměření těchto léčeben (indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách) stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. V případech, kdy se indikace k léčbě v dětských odborných léčebnách překrývají s indikacemi k léčbě ve zdravotnických zařízeních poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče, rozhoduje o vhodnosti léčby ve zdravotnickém zařízení poskytovatele lázeňské léčebně rehabilitační péče či dětské odborné léčebně ošetřující lékař, který péči doporučil. Délka léčebného pobytu v odborných dětských léčebnách se řídí zdravotním stavem nemocných a rozhoduje o ní vedoucí lékař léčebny.

(3) Dětem od tří do 15 let zdravotně oslabeným vlivem nepříznivého životního prostředí, dětem se zdravotními problémy spojenými s nesprávným životním stylem a dětem v rekonvalescenci, jejichž zdravotní stav nevyžaduje specializovanou léčbu ve zdravotnickém zařízení lázeňské léčebně rehabilitační péče nebo v dětské odborné léčebně, se poskytuje na návrh ošetřujícího lékaře potvrzený revizním lékařem zdravotní pojišťovny péče v ozdravovně. Délka pobytu v ozdravovně zpravidla nepřesahuje 21 dnů; delší pobyt je možný pouze se souhlasem revizního lékaře.

Přeprava a náhrada cestovních nákladů

§ 36

(1) Hrazenou službou je přeprava pojištěnce na území České republiky ke smluvnímu poskytovateli, od smluvního poskytovatele do místa trvalého pobytu nebo do místa bydliště nebo do zařízení pobytových sociálních služeb, mezi smluvními poskytovateli a v rámci smluvního poskytovatele, a to v případě, že zdravotní stav pojištěnce neumožňuje přepravu běžným způsobem bez použití zdravotnické dopravní služby. Pokud k onemocnění

pojištěnce došlo v místě bydliště, je přeprava do místa trvalého pobytu, které je vzdálenější než místo bydliště, hrazena jen tehdy, pokud to podle vyjádření ošetřujícího lékaře nezbytně vyžaduje zdravotní stav pojištěnce. Přeprava se provádí vozidly smluvní zdravotnické dopravní služby. Je-li ošetřujícím lékařem indikován doprovod pojištěnce, hradí zdravotní pojišťovna, která hradí přepravu pojištěnce, i přepravu doprovázející osoby, a to ve stejném rozsahu jako přepravu pojištěnce.

(2) Přepravu podle odstavce 1 hradí zdravotní pojišťovna ve výši odpovídající vzdálenosti nejbližšího smluvního poskytovatele, který je schopen požadovanou hrazenou službu poskytnout.

(3) V mimořádných případech nebo v případech, kdy

a) je to ekonomicky výhodnější, ~~hradí zdravotní pojišťovna na základě indikace ošetřujícím lékařem a schválení revizního lékaře i nezbytnou leteckou dopravu~~ **se na základě indikace ošetřujícího lékaře hradí i nezbytná letecká doprava**,

Odůvodnění: Předchozí schválení zdravotní pojišťovnou je nově obsaženo v ustanovení § 19 odst. 1 písm. e).

b) hrozí nebezpečí z prodlení, hradí zdravotní pojišťovna náklady i jinému poskytovateli zdravotních služeb; o takové přepravě rozhoduje ošetřující lékař,

c) jde o osobu pohybující se převážně na vozíku pro tělesně postižené a je indikována přeprava ze zdravotních důvodů dopravní zdravotní službou, hradí zdravotní pojišťovna přepravu i jinému dopravci, pokud tuto přepravu zajišťuje dopravním prostředkem speciálně upraveným pro převoz osob na vozíku pro tělesně postižené; o takové přepravě rozhoduje ošetřující lékař.

(4) Vyžaduje-li to nezbytně zdravotní stav pojištěnce a je-li bezprostředně ohrožen jeho život, hradí zdravotní pojišťovna na území České republiky přepravu transfuzních přípravků, speciálních léčivých přípravků, tkání, buněk a orgánů k transplantaci, jakož i přepravu lékaře nebo jiného zdravotnického pracovníka ke specializovanému a nezbytnému výkonu.

§ 39e

(6) Kvalifikovat se může pouze držitel rozhodnutí o registraci léčivého přípravku dostupného podle § 39c odst. 2 písm. a) a obsahujícího léčivou látku v lékové formě uvedené v žádosti podle odstavce 3, který se za poslední 3 roky nedopustil přestupku podle **§ 44 odst. 1 písm. c)** ~~§ 39q odst. 1 písm. d).~~ Podmínkou kvalifikace pro účast v úhradové soutěži je dále

a) specifikace léčivých přípravků požadovaného obsahu, které budou uváděny na český trh v případě výhry v úhradové soutěži s úhradou odpovídající rozhodnutí v úhradové soutěži a nejvýše za cenu pro konečného spotřebitele, nepřekračující nejvyšší možnou úhradu pro konečného spotřebitele,

b) písemné prohlášení o závazku dodávat v případě výhry v úhradové soutěži na český trh léčivé přípravky podle písmene a) za cenu pro konečného spotřebitele, nepřekračující nejvyšší možnou úhradu pro konečného spotřebitele, a to rovnoměrně po dobu 18 měsíců ode dne vykonatelnosti takového rozhodnutí a v rozsahu minimálně poloviny spotřeby obvyklých denních terapeutických dávek v dané léčivé látce a lékové formě, distribuovaných na českém trhu za 18 měsíců předcházejících zahájení úhradové soutěže.

Odůvodnění: Vzhledem ke změnám číslování paragrafů upravujících přestupky se navrhuje upravit odkaz.

~~**§ 39q**~~
~~**Přestupky**~~

~~**(1)** Právnická nebo fyzická podnikající osoba se dopustí přestupku, pokud poruší~~

~~**a)** závazek předložený podle § 15 odst. 6 písm. e),~~

~~**b)** písemné ujednání podle § 39c odst. 2 písm. c), na jehož základě byla stanovena základní úhrada referenční skupiny,~~

~~**c)** písemné ujednání podle § 39c odst. 2 písm. d), na jehož základě byla stanovena základní úhrada referenční skupiny, nebo~~

~~**d)** závazek z úhradové soutěže podle § 39e.~~

~~**(2)** Za přestupek lze uložit pokutu~~

~~**a)** do 10000000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. a) až c),~~

~~**b)** do výše třetiny ročního obratu v rámci předmětné léčivé látky a lékové formy v České republice, nejvýše však do 100000000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. d).~~

~~**(3)** Přestupky podle odstavce 1 projednává Ústav. Pokuty vymáhá celní úřad. Příjem z pokut je příjmem státního rozpočtu.~~

~~**§ 39za**~~
~~**Přestupky**~~

~~**(1)** Ohlašovatel se dopustí přestupku tím, že poruší~~

~~**a)** povinnost podle § 39v odst. 1, nebo~~

~~**b)** povinnost stanovenou v rozhodnutí podle § 39v odst. 3.~~

~~**(2)** Ohlašovatel, který se stal výhercem, se dopustí přestupku tím, že poruší povinnost stanovenou v rozhodnutí podle § 39x odst. 7.~~

~~**(3)** Za přestupek podle odstavců 1 a 2 lze uložit pokutu do 20000000 Kč.~~

~~**(4)** Přestupky projednává Ústav.~~

~~**(5)** Pokuty vybírá správní orgán, který je uložil.~~

§ 43

(1) Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České republiky.

(2) Zdravotní pojišťovna vede osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na hrazené

služby poskytnuté tomuto pojištěnci a zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16b odst. 1. Na vyžádání pojištěnce je zdravotní pojišťovna povinna písemně bezplatně a bez zbytečného odkladu poskytnout jedenkrát ročně formou výpisu z osobního účtu údaje o hrazených službách uhrazených za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců včetně zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn. **V případě úmrtí pojištěnce má osoba blízká právo na poskytnutí údajů v rozsahu a způsobem podle věty druhé.** Zdravotní pojišťovna je povinna na vyžádání pojištěnce zajistit dálkový přístup k jeho osobnímu účtu. Dá-li k tomu pojištěnec, jeho zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník písemný souhlas, může být tento osobní účet zpřístupněn i ošetřujícímu lékaři pojištěnce.

Odůvodnění: V případě úmrtí pojištěnce se přístup k výpisu hrazené péče umožňuje i osobám blízkým podle občanského zákoníku.

~~§ 44~~

~~(1) Za nesplnění oznamovací povinnosti podle § 10 může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu až do výše 10 000 Kč a zaměstnavateli až do výše 200 000 Kč. Při nesplnění oznamovací povinnosti zaměstnavatelem uloží pokutu pouze zaměstnavateli.~~

~~(2) Pokutu lze uložit do 2 let ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila nesplnění oznamovací povinnosti plátcem pojistného, nejdéle však do 5 let od doby, kdy oznamovací povinnost měla být splněna.~~

~~(3) Při opakovaném nesplnění oznamovací povinnosti může být uložena pokuta až do výše dvojnásobku uložené pokuty.~~

~~(4) Při opětovném nesplnění povinnosti podrobit se preventivní prohlídce podle § 12 písm. e) nebo při porušení povinností podle § 12 písm. i) až k), nebo byl-li pojištěnec předčasně propuštěn z lůžkové péče pro soustavné hrubé porušování vnitřního řádu poskytovatele lůžkové péče, může příslušná zdravotní pojišťovna uložit pojištěnci pokutu až do výše 500 Kč. Zdravotní pojišťovna může dále uložit pokutu až do výše 5000 Kč pojištěnci, který se při poskytování hrazených služeb prokázal jejím průkazem pojištěnce, přestože v té době jejím pojištěncem nebyl. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy příslušná zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do tří let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo.~~

~~(5) zrušen~~

~~(6) Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.~~

§ 44

Přestupky

(1) Právnická nebo podnikající fyzická osoba se dopustí přestupku tím, že poruší

a) závazek podle § 15 odst. 6 písm. e),

b) písemné ujednání podle § 39c odst. 2 písm. c) nebo d),

c) závazek z úhradové soutěže podle § 39e.

(2) Ohlašovatel se dopustí přestupku tím, že

a) poruší povinnost podle § 39v odst. 1, nebo

b) poruší povinnost stanovenou v rozhodnutí podle § 39v odst. 3.

(3) Ohlašovatel, který se stal výhercem, se dopustí přestupku tím, že poruší povinnost stanovenou v rozhodnutí podle § 39x odst. 7

(4) Zdravotní pojišťovna se dopustí přestupku tím, že

a) nezveřejní smlouvu nebo zvláštní smlouvu anebo dodatky k nim podle § 17 odst. 9 nebo § 17a odst. 2,

b) v rozporu s § 40 odst. 10 písm. a) nevede nebo nezveřejní seznam smluvních poskytovatelů,

c) nevede přehled zdravotnických pracovníků podle § 40 odst. 10 písm. b),

d) nezajistí svým pojištěncům poskytování hrazených služeb podle § 46 odst. 1,

e) v rozporu s § 52 odst. 2 uzavře smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb s uchazečem bez doporučení.

(5) Poskytovatel oprávněný vydávat léčivé přípravky se dopustí přestupku tím, že poruší zákaz podle § 32 odst. 4.

(6) Pojištěnec se dopustí přestupku tím, že

a) nesplní oznamovací povinnost podle § 10,

b) se opakovaně nepodrobí preventivní prohlídce podle § 12 písm. e),

c) nesplní některou z povinností podle § 12 písm. i) až k),

d) se při poskytování hrazených služeb prokáže průkazem pojištěnce zdravotní pojišťovny, přestože v té době jejím pojištěncem nebyl.

(7) Zaměstnavatel se dopustí přestupku tím, že

a) nesplní oznamovací povinnost podle § 10,

b) nezašle kopii záznamů o pracovních úrazech zdravotní pojišťovně podle § 45 odst. 4.

(6) Za přestupek lze uložit pokutu do

a) 500 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 6 písm. b) nebo c),

b) 5 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 6 písm. d),

c) 10 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 6 písm. a),

d) 100 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 4 písm. b) nebo c) nebo odstavce 7 písm. b),

e) 200 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 7 písm. a),

f) 1 000 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 4 písm. e) nebo odstavce 5,

g) 10 000 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. a) nebo b) nebo odstavce 4 písm. a) nebo d),

i) 20 000 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 2 nebo 3.

h) výše třetiny ročního obratu v rámci předmětné léčivé látky a lékové formy v České republice, nejvýše však do 100 000 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. c).

Odůvodnění: Navrženým ustanovením se sjednocuje právní úprava přestupků podle zákona č. 48/1997 Sb. Zároveň se dává do souladu se zákonem č. 250/2016 Sb. Navrhuje se zároveň vypustit trestání „hrubého porušení vnitřního řádu poskytovatele lůžkové péče" pojištěncem. Předkladatel má za to, že případné porušení vnitřního řádu poskytovatele zdravotních služeb a jeho řešení, je věcí smluvního vztahu pacienta a poskytovatele, a není nutné jej řešit jako přestupek v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. Dle provedených konzultací zároveň nebyla v posledních letech udělena za takové jednání žádná pokuta.

§ 44a

(1) Přestupky podle tohoto zákona projednává

a) Ústav, jde-li o přestupky podle § 44 odst. 1 až 3 a odst. 5,

b) Ministerstvo zdravotnictví, jde-li o přestupky podle § 44 odst. 4,

c) zdravotní pojišťovna, jde-li o přestupky podle § 44 odst. 6 a 7.

(2) Pokuty za přestupky vybírá a vymáhá celní úřad, s výjimkou pokut za přestupky podle § 44 odst. 4, 6 a 7, které vybírá a vymáhá orgán, který je uložil. Příjem z pokut za přestupky je příjmem státního rozpočtu, s výjimkou pokut za přestupky podle § 44 odst. 6 a 7, jejichž příjem je příjmem zdravotní pojišťovny, která je uložila.

(3) V případě přestupku podle § 44 odst. 6 nebo 7 zdravotní pojišťovna, aniž zahájí řízení, věc usnesením odloží tehdy, jestliže již samotné zjištění skutku a upozornění osoby podezřelé ze spáchání přestupku postačí k její nápravě, nebo je-li ze zjištěných skutečností zjevné, že škodlivý následek způsobený činem byl osobou podezřelou ze spáchání přestupku v mezidobí již napraven a samo odstranění tohoto následku vedlo k nápravě této osoby.

Odůvodnění: Na ustanovení § 44 navazuje rovněž stanovení dalších pravidel (věcná příslušnost, vymáhání) řízení o přestupcích v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Výslovně se poté zakotvuje možnost zdravotní pojišťovny usnesením odložit věc v případě přestupku spáchaného zaměstnavatelem či pojištěncem. Obdobnou právní úpravu obsahuje rovněž zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, pro oblast oznamování rozhodných skutečností při platbě pojistného na sociální zabezpečení. V zásadě jde přitom o běžně používanou praxi, zejména s ohledem na to, že se zpravidla (při neplnění oznamovací povinnosti) nejedná o závažný delikt, který je napraven okamžitě poté, co je příslušný zaměstnavatel na nedostatek upozorněn.

~~§ 45a~~

~~(1) Zdravotní pojišťovna se dopustí přestupku tím, že~~

~~a) nezveřejní~~

~~1. smlouvu o výdeji hrazených zdravotnických prostředků podle § 17 odst. 7 písm. a) bodu 2 nebo 3, popřípadě její dodatek nebo změnu,~~

~~2. smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb podle § 17 odst. 9, popřípadě její dodatek,~~

~~3. zvláštní smlouvu podle § 17a odst. 2, popřípadě její dodatek nebo změnu, nebo~~

~~4. dohodu se závazkem podle § 39v odst. 6,~~

~~b) nevede seznam smluvních poskytovatelů podle § 40 odst. 10 písm. a) nebo takový seznam nezveřejní,~~

~~c) nevede přehled zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené služby u jednotlivých poskytovatelů podle § 40 odst. 10 písm. b),~~

~~d) nezajistí svým pojištěncům poskytování hrazených služeb včetně jejich místní a časové dostupnosti podle § 46 odst. 1, nebo~~

~~e) v rozporu s § 52 odst. 2 uzavře smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb s uchazečem bez doporučení uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení.~~

~~(2) Za přestupek lze uložit pokutu do~~

~~a) 100 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. b) nebo c),~~

~~b) 1 000 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. e),~~

~~c) 10 000 000 Kč, jde-li o přestupek podle odstavce 1 písm. a) nebo d).~~

~~(3) Přestupky podle odstavce 1 projednává Ministerstvo zdravotnictví.~~

~~(4) Pokuty vybírá a vymáhá orgán, který je uložil.~~

§ 53

Rozhodování

(1) Na rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech týkajících se ~~udělení předchozího souhlasu podle § 14b, vydání povolení podle koordinačních nařízení, náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4,~~ přirážek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vracení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné se vztahují obecné předpisy o správním řízení,[47]) nestanoví-li tento zákon jinak. Ve správním řízení zahajovaném na návrh pojištěnce se rozhoduje též ve sporných případech o hrazení částek podle § 16b; k návrhu pojištěnec přiloží doklady o zaplacení doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16b, ze kterých vyplývá, že limit podle § 16b byl překročen. Zdravotní pojišťovny rozhodují ve věcech přirážek k pojistnému, pokut a ve sporných případech ve věcech placení pojistného a penále platebními výměry. Odvolání proti platebnímu výměru ve věcech dlužného pojistného nemá odkladný účinek.

Odůvodnění: Není žádoucí, aby ustanovení vztahující se toliko k oblasti placení pojistného obsahovalo rovněž odkaz na právní úpravu související s nárokem pojištěnce a plynoucí

z právních předpisů EU. Vzhledem k tomu, že nový § 19a obsahuje výslovné založení pravomoci revizní komise rozhodovat o odvolání ve věcech přechozího souhlasu či povolení podle koordinačních nařízení, není podle předkladatele pochyb o podřazení tohoto postupu správnímu řádu. Ke zřízení zástavního práva viz odůvodnění k § 53d.

(2) Dlužné pojistné a penále může zdravotní pojišťovna předepsat k úhradě též výkazem nedoplatků. Výkaz nedoplatků musí obsahovat

a) označení plátce pojistného, jemuž se nedoplatky vykazují,

b) výši nedoplatků podle stavu účtu plátce pojistného k určitému dni vycházející z údajů vykázaných plátcem pojistného nebo z kontrol provedených zdravotní pojišťovnou, z pravděpodobné výše pojistného, byla-li stanovena, a z penále vypočteného k tomuto dni,

c) den, ke kterému byla výše nedoplatků zjištěna,

d) čísla účtů příslušné zdravotní pojišťovny, na která musí být nedoplatky uhrazeny,

e) poučení o vykonatelnosti,

f) poučení o námitkách,

g) označení zdravotní pojišťovny, která výkaz nedoplatků vydala, a datum vydání. Výkaz nedoplatků musí být opatřen úředním razítkem a podepsán s uvedením jména, příjmení a funkce oprávněné osoby.

(3) ~~Výkaz nedoplatků je vykonatelný dnem jeho doručení~~ **Podání námitek proti výkazu nedoplatků nemá odkladný účinek**. Výkaz nedoplatků se doručuje stejným způsobem jako platební výměr.

Odůvodnění: Shodně jako v případě platebního výměru se výslovně stanovuje, že podání námitek proti výkazu nedoplatků nemá odkladný účinek.

(4) Proti výkazu nedoplatků lze zdravotní pojišťovně, která výkaz nedoplatků vydala, podat do 8 dnů od doručení písemné námitky, pokud plátce pojistného nesouhlasí s existencí dluhu na pojistném a penále nebo s jeho výší. Důvod podání námitek je plátce pojistného povinen v námitkách uvést.

(5) ~~Na základě námitek zdravotní pojišťovna do 30 dnů od jejich doručení vydá rozhodnutí~~ **Zdravotní pojišťovna vypořádá námitky do 30 dnů od jejich doručení tak**, ~~kterým~~ **že** výkaz nedoplatků buď potvrdí, byla-li výše nedoplatků stanovena správně, nebo zruší. Pokud zdravotní pojišťovna ~~nerozhodne o námitkách~~ **nevypořádá námitky** ve lhůtě výše uvedené, pozbývá výkaz nedoplatků platnost.

Odůvodnění: S ohledem na vyloučení použití správního řádu [viz odst. 7)] lze považovat za vhodnější, aby v případě vypořádání námitek nepoužívala právní úprava pojem „rozhodnutí“, který je zpravidla chápán ve smyslu správního řádu.

Výkaz nedoplatků na rozdíl od „klasického“ rozhodnutí či platebního výměru není rozhodnutím tak, jak je chápáno v teorii i praxi správního práva, ale je „pouze“ určitým právním úkonem spíše účetního charakteru vyjadřujícím výši pohledávky systému zdravotního pojištění vůči plátci pojistného. Tomu odpovídá i dikce § 53 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., podle něhož může ZP dlužné částky předepsat, nikoli o dluhu rozhodnout. Jak z textu odst. 2 dále vyplývá, může ZP formou výkazu nedoplatků předepsat pouze dlužné částky na pojistném a penále, dlužné částky na jiných plněních (např. na pokutě) výkazem nedoplatků předepsat nelze. Vzhledem k tomu, že výkaz nedoplatků není klasickým

rozhodnutím, používá se k předepsání dlužné částky na pojistném a na penále v nesporných případech, zatímco v případech nejednoznačných či sporných by mělo být vedeno obvyklé správní řízení zakončené podle charakteru řešeného případu buď vydáním „klasického rozhodnutí“ či platebního výměru.

(6) Zdravotní pojišťovna může výkaz nedoplatků zrušit z vlastního podnětu. ~~—~~**do 2 měsíců ode dne, kdy zjistila skutečnosti rozhodné pro jeho zrušení, nejdéle však do 3 let od právní moci výkazu nedoplatků.**

Odůvodnění: Vzhledem k dosavadní absenci lhůty pro zrušení výkazu nedoplatků v zákoně o veřejném zdravotním pojištění se zároveň stanovuje lhůta, v níž může zdravotní pojišťovna změnit nebo zrušit výkaz nedoplatků z vlastního podnětu.

(7) Na řízení o vydání výkazu nedoplatků se nevztahují obecné předpisy o správním řízení.

~~**(8)** Vykonatelná rozhodnutí ve věcech uvedených v odstavci 1 a~~ Vykonatelné výkazy nedoplatků jsou titulem pro soudní[47a)] nebo správní[47)] výkon rozhodnutí.

Odůvodnění: Navrhuje se odstranění části nadbytečného ustanovení, kdy skutečnost, že vykonatelné platební výměry (správní rozhodnutí) jsou titulem pro správní či soudní výkon rozhodnutí vyplývá z jiných ustanovení právního řádu. Naproti tomu je třeba najisto postavit, že titulem pro exekuci jsou i vykonatelné výkazy nedoplatků jako úkony zdravotní pojišťovny sui generis.

(9) Správní výkon rozhodnutí ve věcech uvedených v odstavci 1 provádí zdravotní pojišťovna, která platební výměr vydala v prvním stupni řízení; to platí obdobně pro výkazy nedoplatků.

(10) O odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny podle odstavce 1 rozhoduje rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny. Rozhodčí orgán se skládá z jednoho zástupce zdravotní pojišťovny, jednoho zástupce Ministerstva zdravotnictví, jednoho zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí, jednoho zástupce Ministerstva financí, tří zástupců, které určí ze svých členů Správní rada zdravotní pojišťovny, a tří zástupců, které určí ze svých členů Dozorčí rada zdravotní pojišťovny. Rozhodčí orgán je schopen se usnášet, je-li přítomno více než dvě třetiny členů. K platnosti rozhodnutí je třeba nadpoloviční většiny přítomných členů. K prvému jednání svolá členy rozhodčího orgánu ředitel zdravotní pojišťovny. Na tomto prvém jednání si členové rozhodčího orgánu zvolí ze svého středu předsedu, který nadále svolává a řídí jednání rozhodčího orgánu.

(11) Za výkon funkce může být členu rozhodčího orgánu poskytnuta odměna, o které rozhoduje Správní rada zdravotní pojišťovny.

~~**(12)** Rozhoduje-li rozhodčí orgán v prvém stupni, použijí se obdobně ustanovení správního řádu o rozkladu.~~

Odůvodnění: Podle stávajícího znění zákona č. 48/1997 Sb. neexistují případy, kdy by rozhodčí orgán vystupoval ve správním řízení jako prvostupňový (odstranění tvrdosti je případem sui generis a správní řád se při něm nepoužije). Nadto je pro případy v působnosti rozhodčího orgánu případnější právní úprava řízení před kolegiálním orgánem podle § 134 správního řádu.

~~**(13)** Pravomocná rozhodnutí zdravotních pojišťoven podle odstavce 1 jsou přezkoumatelná soudem podle zvláštních předpisů.~~

Odůvodnění: Přezkoumatelnost těchto rozhodnutí vyplývá přímo ze soudního řádu správního.

§ 53a

(1) Zdravotní pojišťovna může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při předepsání penále, jehož výše nepřesahuje 20 000 Kč ke dni doručení žádosti o odstranění tvrdosti.

(2) Rozhodčí orgán může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při ~~uložení pokuty,~~ vyměření přirážky k pojistnému nebo předepsání penále, jehož výše přesahuje 20 000 Kč.

Odůvodnění: Pokuta je ukládána v řízení o přestupku a uplatnit na ni lze pouze obecná ustanovení o opravných prostředcích, nikoliv institut odstranění tvrdosti.

(3) O odstranění tvrdostí podle odstavce 1 nebo 2 nelze rozhodnout, jestliže

a) plátce pojistného nezaplatil pojistné na zdravotní pojištění splatné do dne vydání rozhodnutí o prominutí ~~pokuty,~~ přirážky k pojistnému nebo penále,

b) na plátce pojistného byl podán insolvenční návrh[47b)],

c) plátce pojistného vstoupil do likvidace.

(4) O prominutí ~~pokuty,~~ přirážky k pojistnému nebo penále se rozhoduje na základě písemné žádosti plátce pojistného nebo jiné oprávněné osoby (dále jen "žadatel"). Žádost může být podána do nabytí právní moci rozhodnutí, kterým byla ~~uložena pokuta,~~ vyměřena přirážka k pojistnému nebo předepsáno penále; jestliže se objevily nové skutečnosti, které žadatel bez vlastního zavinění nemohl uplatnit do doby nabytí právní moci tohoto rozhodnutí, může být žádost podána do tří let od právní moci tohoto rozhodnutí.

(5) Na řízení o prominutí ~~pokuty,~~ přirážky k pojistnému nebo penále se nevztahují obecné předpisy o správním řízení.[47)] ~~Rozhodnutí o odstranění tvrdostí je rozhodnutím konečným~~ **Proti rozhodnutí o odstranění tvrdosti nelze podat opravný prostředek a toto rozhodnutí je vyloučeno ze soudního přezkumu**.

Odůvodnění:

Rozhodování o odstranění tvrdosti představuje fakultativní možnost s nejširší mírou správní úvahy, která nepodléhá regulativnímu působení hmotněprávních a procesních předpisů a je založena na vnímané tvrdosti zákona v konkrétním případě. Odstranění tvrdosti je projevem nepřezkoumatelného, ve svém důsledku fakticky absolutního správního uvážení, které se opírá o reality a morální kritéria. Není tedy důvod zakládat jeho přezkoumatelnost v rámci hierarchie zdravotní pojišťovny, případně jiných orgánů veřejné správy působících v oblasti veřejného zdravotního pojištění.

Zároveň nelze předpokládat, že soud při přezkumu bude mít možnost posuzovat konkrétní případ odstranění tvrdosti konzistentně. Návrh vyloučení rozhodnutí o odstranění tvrdosti ze soudního přezkumu vychází z obdobné právní úpravy obsažené v § 106 odst. 2 zák. č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení.

§ 55

Náhrada nákladů na hrazené služby vynaložených v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci

(1) Příslušná zdravotní pojišťovna má vůči třetí osobě právo na náhradu těch nákladů na hrazené služby, které vynaložila v důsledku zaviněného protiprávního jednání této třetí osoby vůči pojištěnci. Náhrada podle věty první je příjmem fondů zdravotní pojišťovny.

(2) Pro účely náhrady nákladů na hrazené služby podle odstavce 1 jsou poskytovatelé povinni oznámit příslušné zdravotní pojišťovně úrazy a jiná poškození zdraví osob, kterým poskytli hrazené služby, pokud mají důvodné podezření, že úraz nebo jiné poškození zdraví byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby. Oznamovací povinnost mají i orgány Policie České republiky, státní zastupitelství, **obecní úřady nebo zvláštní orgány obcí projednávající přestupky podle zvláštního právního předpisu**[1] a soudy. Oznamovací povinnost podle tohoto odstavce se plní do 1 měsíce ode dne, kdy se ten, kdo skutečnost oznamuje, o ní dozvěděl. **V řízeních o skutku, jímž se právnické nebo fyzické osoby mohly dopustit zaviněného protiprávního jednání, v jehož důsledku došlo k úrazu nebo jinému poškození zdraví pojištěnce, zašlou subjekty uvedené ve větě druhé tohoto odstavce příslušné zdravotní pojišťovně usnesení o zahájení řízení nebo postoupení této věci a všechna rozhodnutí ve věci samé, a to do 1 měsíce od jejich vydání.**

Odůvodnění: Návrhem se zpřesňuje již v původním textu uložená oznamovací povinnost Policie ČR, státního zastupitelství, soudů a obecních úřadů nebo zvláštním orgánům obcí projednávajícím přestupky. Jedním ze způsobů, jímž je uvedenými subjekty tato oznamovací povinnost plněna, je zasílání relevantních úkonů správního orgánu (usnesení, rozhodnutí) o probíhajícím trestním nebo správním řízení.

Novelizace § 55 odst. 2 a odst. 5 je předkládána z důvodu výkladových nejasností, zda tímto ustanovením je dána povinnost poskytnout zdravotní pojišťovně ze strany Policie České republiky identifikaci osoby, která se mohla dopustit předmětného jednání i přesto, že o skutku nebylo ještě pravomocně rozhodnuto v trestním řízení, a v přestupkovém řízení je výkladově nejasné, zda bude zdravotní pojišťovna účastníkem řízení v roli poškozeného, kdy je poukazováno na užší pojetí poškozeného v zákoně č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich, kdy za poškozeného je považován pouze ten, komu byla škoda způsobena přímo.

Zakotvení povinnosti zasílat rozhodnutí a oznámení má postavit najisto, co a v jaké lhůtě mají subjekty, jímž je uložena oznamovací povinnosti ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám těmto pojišťovnám poskytovat a zajistí tak zdravotním pojišťovnám dostatečné podklady pro plnění jejich povinnosti, která pro ně vyplývá z ustanovení § 55 odst. 1, kdy jako řádný hospodář při správě veřejných prostředků musí zajistit návratnost vynaložených prostředků, pokud byly vynaloženy na hrazené služby v souvislosti se zaviněným protiprávním jednáním třetí osoby.

(3) Pro účely náhrady nákladů na hrazené služby podle odstavce 1 jsou orgány ochrany veřejného zdraví povinny poskytnout na vyžádání příslušné zdravotní pojišťovně zprávy o výsledcích epidemiologických a jiných šetření, která jsou tyto orgány povinny provádět podle zvláštních předpisů.

---

[1] Zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich

(4) Pro účely náhrady nákladů na hrazené služby podle odstavce 1 jsou orgán inspekce práce a orgány státní báňské správy povinny poskytnout na vyžádání příslušné zdravotní pojišťovně výsledky vyšetřování příčin smrtelných, těžkých a hromadných pracovních úrazů a nemocí z povolání.

(5) Pro účely náhrady nákladů na hrazené služby podle odstavce 1 se údaje podle předchozích odstavců poskytují bezplatně **a jejich poskytnutí není porušením mlčenlivosti uložené zvláštními právními předpisy.**

Odůvodnění: K naplňování odst. 2 je nezbytné prolomit povinnost mlčenlivosti o probíhajících řízeních, přičemž je třeba zdůraznit, že následně jsou povinností mlčenlivosti zavázáni i zaměstnanci zdravotních pojišťoven.

(6) Zdravotní pojišťovna může upustit od vymáhání části nebo celé výše náhrady nákladů podle odstavce 1,

a) je-li vymáhání této náhrady nákladů spojeno se zvláštními nebo nepoměrnými obtížemi, nebo

b) je-li pravděpodobné, že náklady vymáhání převýší jeho výtěžek.

Na upuštění od vymáhání části nebo celé výše náhrady nákladů podle odstavce 1 není právní nárok.

(7) Při stanovení výše náhrady nákladů, od jejíhož vymáhání zdravotní pojišťovna podle odstavce 6 upustí, přihlédne zdravotní pojišťovna zejména k tomu, jak ke škodě došlo, a k osobním a majetkovým poměrům osoby, která škodu způsobila.

(8) Pro účely uplatnění nároku na náhradu nákladů podle odstavce 1 nejsou zaměstnanci zdravotní pojišťovny povinni zachovávat mlčenlivost stanovenou zvláštním zákonem, a to o skutečnostech rozhodných pro uplatnění nároku a vůči osobám, vůči nimž nebo jejichž prostřednictvím nárok uplatňuje.

(9) Při změně zdravotní pojišťovny podle § 11a si zdravotní pojišťovny bezplatně předávají informace podstatné pro uplatnění náhrady nákladů na hrazené služby podle odstavce 1.