

Pozměňovací a jiné návrhy

**k vládnímu návrhu 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, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů
(tisk 386)**

Návrh na zamítnutí návrhu zákona nebyl podán.

A. Pozměňovací návrhy obsažené v usnesení garančního výboru pro zdravotnictví č. 78 z 19. schůze konané dne 15. dubna 2015 (tisk 386/4)

K části první

A.1. V části první čl. I se vkládá nový bod 7a, který zní:

„7a. V § 11 odst. 1 písmeno f) včetně poznámky pod čarou č. 19a zní:

„f) na poskytnutí zdravotní péče hrazené v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem související s onemocněními s velmi nízkým výskytem v populaci ve smyslu přímo použitelného právního předpisu Evropské unie^{19a)} (dále jen „vzácná onemocnění“), včetně léčivých přípravků pro vzácná onemocnění, hrazených podle tohoto zákona.

^{19a)} Článek 3 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 141/2000 ze dne 16. prosince 1999 o léčivých přípravcích pro vzácná onemocnění.“.

A.2. V části první čl. I bod 8 zní:

„8. Za § 11 se vkládá nový § 11a, který zní:

„§ 11a

(1) Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí. Přihlášku opatřenou podpisem je pojištěnec, jeho zákonný zástupce, opatrovník nebo poručík povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně v průběhu kalendářního pololetí bezprostředně předcházejícího tomu, ve kterém má ke změně zdravotní pojišťovny dojít, nejpozději 3 měsíce před požadovaným dnem změny. Přihlášku ke změně zdravotní pojišťovny lze podat pouze jednu v kalendářním roce; k případným dalším přihláškám se již nepřihlíží, a to ani tehdy, jsou-li podány ve stanovené lhůtě.

(2) Pojištěnec je oprávněn změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, než je uvedena v odstavci 1, pokud

- a) zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn, vstoupila do likvidace,
- b) byla nad zdravotní pojišťovnou, u které je pojištěn, zavedena nucená správa, nebo
- c) došlo ke sloučení zdravotních pojišťoven, které se týká i zdravotní pojišťovny, u které je pojištěn,

a to vždy k prvnímu dni 3 kalendářních měsíců následujících po měsíci, ve kterém došlo k události vyjmenované v písmenech a) až c).

(3) Změnu zdravotní pojišťovny provádí za osoby s omezenou svéprávností jejich zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník.

(4) Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužije. Dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození. Není-li matka narozeného dítěte zdravotně pojištěna podle tohoto zákona, stává se dnem narození dítěte pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je zdravotně pojištěn otec dítěte v den jeho narození.

(5) Změnu zdravotní pojišťovny dítěte může jeho zákonný zástupce, opatrovník nebo poručník provést až po přidělení rodného čísla dítěti, a to ke dni stanovenému v odstavci 1 nebo 2.““.

A.3. V části první čl. I se vkládá nový bod 10a, který zní:

„10a. V § 17 odst. 1 se za větu první vkládají věty „Smlouvy podle věty první včetně jejich změn a dodatků, které se týkají způsobu úhrady, výše úhrady a regulačních omezení úhrady, vždy obsahují určení období, pro které se způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení úhrady sjednané v takové smlouvě použijí. Dojde-li mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou k dohodě o způsobu a výši úhrady hrazených služeb a regulačních omezení až v průběhu kalendářního roku, na který mají být dohodnuty, mohou se poskytovatel a zdravotní pojišťovna dohodnout, že se tato dohoda vztahuje na stanovení způsobu a výše úhrady hrazených služeb a regulačních omezení pro celý tento kalendářní rok či jeho část.““.

A.4. V části první čl. I se vkládá nový bod 10b, který zní:

„10b. V § 17 odst. 1 se za větu čtvrtou vkládá věta „Součástí smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb podle věty první, včetně jejích změn a dodatků, které se týkají rozsahu hrazených služeb, na něž je smlouva uzavřena, je vždy výčet zdravotních výkonů ze seznamu zdravotních výkonů vydaného vyhláškou podle odstavce 4, které tato smlouva zahrnuje.““.

A.5. V části první čl. I se vkládá nový bod 10c, který zní:

„10c. V § 17 odst. 2 se za větu první vkládá věta „Dohodovací řízení může vyvolat kterákoliv z jeho stran nebo Ministerstvo zdravotnictví.““.

A.6. V části první čl. I bod 11 zní:

„11. V § 17 odstavec 4 zní:

„(4) Ministerstvo zdravotnictví stanoví prováděcím právním předpisem seznam zdravotních výkonů, jejich bodové hodnoty, popisy a pravidla pro jejich vykazování (dále jen „seznam zdravotních výkonů“). Prováděcí právní předpis podle věty první může Ministerstvo zdravotnictví vydat do 15. září, a to s účinností od 1. ledna roku následujícího. Poskytovatelé a další subjekty používají při vykazování poskytnutých hrazených služeb zdravotní pojišťovně seznam zdravotních výkonů.““.

A.7. V části první čl. I se vkládá nový bod 12a, který zní:

„12a. V § 17 odstavec 8 včetně poznámek pod čarou č. 60 a 61 zní:

„(8) Došlo-li k převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb z poskytovatele, který požádal o odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách⁶⁰⁾, na jinou osobu, které bylo v návaznosti na to uděleno oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nebo poskytuje-li jiná osoba zdravotní služby na základě osvědčení o splnění podmínek pro pokračování v poskytování zdravotních služeb po zemřelém poskytovateli podle zákona o zdravotních službách⁶¹⁾ nebo následně jí uděleného oprávnění k poskytování zdravotních služeb, uzavře zdravotní pojišťovna s touto osobou na její žádost smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb ve stejném rozsahu jako s původním poskytovatelem, a to do 180 dnů ode dne doručení žádosti zdravotní pojišťovně; smlouvu není zdravotní pojišťovna povinna uzavřít v případě, že původnímu poskytovateli smlouvu vypověděla. Žádost může osoba uvedená ve větě první podat nejpozději do 30 dnů ode dne udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jde-li o osobu, na niž byla převedena majetková práva vztahující se k poskytování zdravotních služeb, nebo do 30 dnů ode dne udělení osvědčení o splnění podmínek pro pokračování v poskytování zdravotních služeb, jde-li o osobu, která pokračuje v poskytování zdravotních služeb po zemřelém poskytovateli. Do doby uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb má osoba uvedená ve větě první právo na úhradu poskytnutých hrazených služeb v rozsahu vyplývajícím ze smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavřené mezi původním poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, nejdéle však po dobu 210 dnů ode dne převodu majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb nebo ode dne, od kterého pokračuje v poskytování zdravotních služeb na základě oprávnění zemřelého poskytovatele.

⁶⁰⁾ § 23 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

⁶¹⁾ § 27 zákona o zdravotních službách.““.

A.8. V části první čl. I bodu 13 se v § 17 odst. 9 na konci věty druhé doplňují slova „(dále jen „dodatek““ a za větu druhou se vkládá věta „Smlouva podle odstavce 1 a odstavce 7 písm. d) nebo dodatek nabývají účinnosti dnem zveřejnění podle věty první.“.

A.9. V části první čl. I se vkládá nový bod 13a, který zní:

„13a. Za § 17a se vkládá nový § 17b, který zní:

„§ 17b

(1) Zařazení, změnu či vyřazení zdravotního výkonu ze seznamu zdravotních výkonů navrhuje Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovna nebo příslušná odborná společnost sdružená v České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, profesní organizace nebo odborná společnost, která sdružuje fyzické osoby s odbornou nebo specializovanou způsobilostí vykonávající zdravotnické povolání (dále jen „příslušná odborná společnost“).

(2) Součástí návrhu podle odstavce 1 musí být návrh registračního listu, který obsahuje alespoň název zdravotního výkonu, zdůvodnění návrhu, popis zdravotního výkonu a jeho provedení, pravidla pro jeho vykazování a podklady pro výpočet jeho bodové hodnoty. Při

návrhu na zařazení nového zdravotního výkonu je součástí registračního listu rovněž posouzení účinnosti zdravotního výkonu a porovnání s prokázaným léčebným přínosem existujících postupů ve stejné nebo podobné indikaci, je-li takové porovnání možné. Vzor návrhu registračního listu, pokyny pro jeho vyplnění a kalkulační vzorec pro výpočet bodové hodnoty zdravotního výkonu zveřejní Ministerstvo zdravotnictví na svých internetových stránkách. Na svých internetových stránkách dále Ministerstvo zdravotnictví zveřejní vlastní i podané návrhy, a to nejméně po dobu 30 dnů.

(3) Pro hodnocení návrhu z odborného hlediska zřizuje ministr zdravotnictví jako svůj poradní orgán pracovní skupinu k seznamu zdravotních výkonů. Pracovní skupina k seznamu zdravotních výkonů vydává k jednotlivým návrhům stanoviska.

(4) Členy pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů jsou 1 zástupce Všeobecné zdravotní pojišťovny, 1 zástupce Svazu zdravotních pojišťoven, 1 zástupce České lékařské komory, 1 zástupce České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 1 zástupce České farmaceutické společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 1 zástupce Sdružení ambulantních specialistů ČR, 1 zástupce Sdružení praktických lékařů, 1 zástupce Asociace nemocnic ČR, 1 zástupce České asociace sester a 3 zástupci Ministerstva zdravotnictví. K jednání pracovní skupiny zdravotních výkonů je vždy přizván také zástupce příslušné odborné společnosti, která návrh podala. Činnost pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů se řídí jednacím řádem, který uveřejní Ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

(5) Ministerstvo zdravotnictví průběžně provádí revize zdravotních výkonů obsažených v seznamu zdravotních výkonů, aby zdravotní výkony odpovídaly vývoji v poskytování zdravotních služeb a vývoji nákladovosti. Shledá-li Ministerstvo zdravotnictví postupem podle věty první, že zdravotní výkon neodpovídá vývoji v poskytování zdravotních služeb a vývoji nákladovosti, postupuje podle odstavců 1 a 2.

(6) Registrační listy zdravotních výkonů uvedených v seznamu zdravotních výkonů a data všech provedených revizí jednotlivých zdravotních výkonů podle odstavce 5 zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví na svých internetových stránkách.“.“

A.10. V části první čl. I se vkládá nový bod 21a, který zní:

„21a. Za § 41 se vkládá nový § 41a, který včetně nadpisu zní:

„§ 41a

Klasifikace akutní lůžkové péče a referenční síť poskytovatelů

(1) Pro účely racionalizace fungování systému veřejného zdravotního pojištění v oblasti akutní lůžkové péče Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále jen „Ústav zdravotnických informací“) vytváří a každoročně aktualizuje seznam skupin hospitalizací v akutní lůžkové péči vztahených k diagnóze (dále jen „skupiny“), jejich relativní nákladovost, pravidla zařazování hospitalizací do skupin a metodiky související s vykazováním poskytnutých hrazených služeb v akutní lůžkové péči. Aktuální údaje a metodiky podle věty první předává Ústav zdravotnických informací Ministerstvu zdravotnictví vždy do 90 dnů před skončením kalendářního roku. Pravidla pro zařazování hospitalizací do skupin vede Ústav zdravotnických informací v počítačovém programu, který Ministerstvu zdravotnictví poskytuje zároveň s údaji podle věty druhé.

(2) Ministerstvo zdravotnictví údaje a metodiky podle odstavce 1 věty druhé zveřejňuje na svých webových stránkách a na žádost bezplatně poskytuje zejména pro účely vykazování hrazených služeb akutní lůžkové péče zdravotním pojišťovnám, poskytovatelům a dalším subjektům počítačový program uvedený v odstavci 1 větě třetí.

(3) Pro účely předání informací do Národního registru hrazených služeb podle zákona o zdravotních službách zdravotní pojišťovna informace o poskytovatelem vykázaných hrazených službách akutní lůžkové péče zpracuje v počítačovém programu podle odstavce 1 věty třetí.

(4) K zajištění rozvoje systému zařazování hospitalizací v akutní lůžkové péči do skupin může Ústav zdravotnických informací uzavřít smlouvu s poskytovatelem o předávání informací o nákladovosti hospitalizací. Ministerstvo zdravotnictví zveřejní seznam poskytovatelů, s nimiž byla smlouva podle věty první uzavřena, ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.“.

A.11. V části první čl. I se vkládá nový bod 23a, který zní:

„23a. V § 46 se na konci odstavce 2 tečka nahrazuje slovem „ , nebo“ a doplňuje se písmeno f), které zní:

„f) při uzavírání smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb podle § 17 odst. 8.“.

A.12. V části první čl. I se vkládají nové body 25a a 25b, které znějí:

„25a. V § 48 odst. 1 písmeno b) zní:

„b) zástupce příslušné komory zřízené zákonem o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře nebo zástupce profesní organizace v případě, kdy není žádná komora příslušná,“.

25b. V § 48 odst. 1 písmeno d) zní:

„d) odborník pro zdravotní služby, které mají být uchazečem poskytovány; působí-li v oblasti těchto zdravotních služeb odborná společnost, je členem výběrové komise zástupce této odborné společnosti.“.

A.13. V části první čl. I se bod 31 zrušuje.

A.14. V části první čl. II se body 1 a 2 nahrazují body 1 až 3, které znějí:

„1. Smlouvy podle § 17 odst. 1 a § 17 odst. 7 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, včetně jejich změn a dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady zdravotní pojišťovny poskytovateli zdravotních služeb za poskytnuté zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo rozsah těchto služeb, které jsou účinné ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona, zveřejní zdravotní pojišťovny nejpozději do 6 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

2. Smlouvy podle § 17 odst. 1 a § 17 odst. 7 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, včetně jejich změn a dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady zdravotní pojišťovny poskytovateli zdravotních služeb za poskytnuté zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo rozsah těchto služeb, které byly uzavřeny přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona a mají nabýt účinnosti po dni nabytí účinnosti tohoto zákona, zveřejní zdravotní pojišťovny nejpozději do 6 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona; tyto smlouvy nabývají účinnosti dnem v nich stanoveným.

3. Zdravotní pojišťovny jsou povinny zveřejnit též smlouvy podle § 17 odst. 1 a § 17 odst. 7 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, včetně jejich změn a dodatků, z nichž vyplývá výše úhrady zdravotní pojišťovny poskytovateli zdravotních služeb za poskytnuté zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo rozsah těchto služeb, které byly uzavřeny v roce 2014 a 2015 a pozbyly účinnosti přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, nejpozději do 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.“.

A.15. V části první čl. II se doplňují body 4 až 6, které znějí:

„4. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky předá Ministerstvu zdravotnictví poprvé aktuální údaje a metodiky podle § 41a odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění tohoto zákona, v kalendářním roce následujícím po roce, v němž tento zákon nabyl účinnosti.

5. Do doby, než Ministerstvo zdravotnictví poprvé obdrží aktuální údaje a metodiky podle § 41a odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění tohoto zákona, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví seznam skupin hospitalizací v akutní lůžkové péči vztažených k diagnóze, jejich relativní nákladovost, pravidla zařazování hospitalizací do těchto skupin a metodiky pro vykazování poskytnutých hrazených služeb v akutní lůžkové péči, které má k dispozici, na svých webových stránkách.

6. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny postupují podle § 41a odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění tohoto zákona, ode dne zřízení Národního registru hrazených služeb.“.

A.16. V části první čl. II se za bod 6 doplňuje bod 7, který zní:

„7. Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, včetně jejich změn a dodatků, které se týkají rozsahu hrazených služeb, uzavřené přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, se nejpozději do 5 let ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona uvedou do souladu s § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.“.

K části druhé

A.17. V části druhé čl. III se bod 2 zrušuje.

A.18. V části druhé čl. III se vkládá nový bod 5a, který zní:

„5a. V § 7a odst. 2 se slova „právní úkon“ nahrazují slovy „právní jednání“.“.

A.19. V části druhé čl. III bodu 6 se v § 11 odstavec 4 zrušuje.

Dosavadní odstavec 5 se označuje jako odstavec 4.

A.20. V části druhé čl. III se bod 17 zrušuje.

A.21. V části druhé čl. III se vkládají nové body 20a až 20d, které znějí:

„20a. V § 20 odst. 1 písm. g) se částka „5 000 000 Kč“ nahrazuje částkou „2 000 000 Kč“.

20b. V § 20 odst. 1 písm. h) se částka „5 000 000 Kč“ nahrazuje částkou „2 000 000 Kč“.

20c. V § 20 odst. 1 se za písmeno h) vkládá nové písmeno i), které včetně poznámky pod čarou č. 11 zní:

„i) zahájení zadávání podlimitních a nadlimitních veřejných zakázek na služby podle zákona o veřejných zakázkách¹¹⁾,

¹¹⁾ Zákon č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách, ve znění pozdějších předpisů.“.

Dosavadní písmena i) až k) se označují jako písmena j) až l).

20d. V § 20 odst. 5 se slova „i) a j)“ nahrazují slovy „j) a k)“.

A.22. V části druhé čl. III bodu 21 v § 23b odstavec 1 zní:

- „(1) Pojišťovna se dopustí správního deliktu tím, že
- a) provádí nábor pojištěnců v rozporu s § 2 odst. 3,
 - b) nepředloží Ministerstvu zdravotnictví nebo Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok nebo zprávu auditora podle § 6 odst. 3,
 - c) v rozporu s § 7 odst. 6 zřídí nebo provozuje poskytovatele, nebo podniká s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění,
 - d) nepodá Ministerstvu zdravotnictví nebo Ministerstvu financí zprávu o svém hospodaření podle § 8 odst. 1, nebo
 - e) neposkytne Ministerstvu zdravotnictví, Ministerstvu financí nebo Českému statistickému úřadu na jejich žádost informace z informačního systému Pojišťovny podle § 11.“.

K části třetí

A.23. V části třetí čl. V se vkládá nový bod 1a, který zní:

„1a. V § 7 odst. 3 se slova „právní úkon“ nahrazují slovy „právní jednání“.

A.24. V části třetí čl. V se vkládají nové body 11a až 11d, které znějí:

„11a. V § 10 odst. 2 písm. d) se částka „1 000 000 Kč“ nahrazuje částkou „2 000 000 Kč“.

11b. V § 10 odst. 2 písm. e) se částka „1 000 000 Kč“ nahrazuje částkou „2 000 000 Kč“.

11c. V § 10 odst. 2 se za písmeno e) vkládá nové písmeno f), které včetně poznámky pod čarou č. 24 zní:

„f) zahájení zadávání podlimitních a nadlimitních veřejných zakázek na služby podle zákona o veřejných zakázkách²⁴⁾,

²⁴⁾ Zákon č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách, ve znění pozdějších předpisů.“

Dosavadní písmena f) až i) se označují jako písmena g) až j).

11d. V § 10 odst. 4 se slova „f) až h)“ nahrazují slovy „g) až i)“.

A.25. V části třetí čl. V se vkládají nové body 11e a 11f, které znějí:

„11e. V § 10 odst. 4 větě druhé se písmeno „i)“ nahrazuje písmenem „h)“.

11f. V § 10 odst. 4 se za větu druhou vkládá věta „K přijetí rozhodnutí Správní rady podle odstavce 2 písm. i) je třeba souhlasu dvoutřetinové většiny všech členů Správní rady zaměstnanecké pojišťovny.“.

A.26. V části třetí čl. V bodu 17 se v § 14a odstavec 4 zrušuje.

Dosavadní odstavec 5 se označuje jako odstavec 4.

A.27. V části třetí čl. V se bod 20 zrušuje.

A.28. V části třetí čl. V bodu 25 v § 22e odstavec 1 zní:

- „(1) Zaměstnanecká pojišťovna se dopustí správního deliktu tím, že
- a) provádí nábor pojištěnců v rozporu s §5 odst. 4,
 - b) nepodá Ministerstvu zdravotnictví nebo Ministerstvu financí zprávu o svém hospodaření podle § 7 odst. 1,
 - c) neposkytne Ministerstvu zdravotnictví, Ministerstvu financí nebo Českému statistickému úřadu na jejich žádost informace z informačního systému zaměstnanecké pojišťovny podle § 14a,
 - d) nepředloží Ministerstvu zdravotnictví nebo Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok nebo zprávu auditora podle §15 odst. 2, nebo
 - e) v rozporu s §19 odst. 3 zřídí nebo provozuje poskytovatele nebo podniká s prostředky plynoucími z veřejného zdravotního pojištění.“.

K části čtvrté

A.29. Za část třetí se vkládá nová část čtvrtá, která zní:

„ČÁST ČTVRTÁ Změna zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění

Čl. VII

V § 3 odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění ve znění zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 15/1993 Sb., zákona č. 161/1993 Sb., zákona č. 324/1993 Sb., zákona č. 42/1994 Sb., zákona č. 241/1994 Sb., zákona č. 59/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 29/2000 Sb., zákona č. 118/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 492/2000 Sb., zákona č. 424/2003 Sb., zákona č. 437/2003 Sb., zákona č. 455/2003 Sb., zákona č. 438/2004 Sb., zákona č. 123/2005 Sb., zákona č. 381/2005 Sb., zákona č. 413/2005 Sb., zákona č. 545/2005 Sb., zákona č. 189/2006 Sb., zákona č. 264/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 306/2008 Sb., zákona č. 285/2009 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 73/2011 Sb., zákona č. 138/2011 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 329/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 401/2012 Sb., zákona č. 500/2012 Sb., zákona č. 11/2013 Sb., zákonného opatření Senátu č. 344/2013 Sb., zákona č. 250/2014 Sb. a zákona č. 267/2014 Sb. se za slova „ze závislé činnosti,“ vkládají slova „s výjimkou náhrad výdajů poskytovaných procentem z platové základny představitelům státní moci a některých státních orgánů a soudcům⁵⁵⁾,“.

Poznámka pod čarou č. 55 zní:

⁵⁵⁾ Zákon č. 236/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů“.

Dosavadní část čtvrtá se označuje jako část pátá a dosavadní článek VII se označuje jako článek VIII.

A.30. V dosavadní části čtvrté v dosavadním čl. VII se za slova „s výjimkou“ vkládají slova „čl. I bodů 10a, 11 a 13a, které nabývají účinnosti dnem 1. ledna 2016, a“.

Pozměňovací návrhy přednesené ve druhém čtení dne 28. dubna 2015

B Poslanec Rostislav Vyžula

B.1. V části první čl. I se za původní bod č. 17. vkládají nové body, které znějí:

„18. § 39a odstavec 2 písm. c) zní:

„c) ceny výrobce nejbližšího terapeuticky porovnatelného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zjištěné v zemích referenčního koše nebo v České republice, nelze-li postupovat podle písmen a) a b). Při výběru nejbližšího terapeuticky porovnatelného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely se příslušná kritéria zohledňují postupně v následujícím pořadí: léčivá látka, léková forma, síla léčivého přípravku, velikost balení. Je-li v České republice přítomný na trhu nejbližší terapeuticky porovnatelný léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely ve stejné nebo rozdílné velikosti balení, pak se použije její nejnižší cena výrobce zjištěná v České republice, nenalezne-li se takový nejbližší terapeuticky porovnatelný léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely v České republice, použije se její nejnižší cena v zemích referenčního koše. Nelze-li postupovat tímto způsobem, postupuje se obdobně podle dalších kritérií.“

19. § 39c odstavec 2 písm. a) zní:

„a) nejnižší ceny výrobce připadající na denní terapeutickou dávku léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařazených do referenční skupiny, zjištěné v kterékoliv zemi Evropské unie pro léčivý přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely dostupné v České republice; léčivým přípravkem nebo potravinou pro zvláštní lékařské účely dostupným na trhu v České republice se pro účely tohoto zákona rozumí léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely, jejichž podíl na celkovém objemu prodeje v zásadě terapeuticky zaměnitelných léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, obsahujících tutéž léčivou látku, činil v rozhodném období nejméně 3 %, nejde-li o první až třetí podobný přípravek v léčivé látce v pořadí podle okamžiku podání žádosti o stanovení výše a podmínek úhrady, takové léčivé přípravky se po dobu jednoho roku ode dne vykonatelnosti rozhodnutí o stanovení jejich výše a podmínek úhrady považují za dostupné na trhu v České republice.“

20. § 39c odstavec 2 písm. c) zní:

„c) nejvyšší ceny výrobce obsažené v písemném ujednání podle § 39a odst. 2 písm. b), je-li tato cena nižší, než je úhrada vypočtená podle písmen a) a b), a držitel rozhodnutí o registraci, dovozce nebo tuzemský výrobce potraviny pro zvláštní lékařské účely nebo dovozce či předkladatel specifického léčebného programu, se formou neodvolatelného písemného prohlášení o závazku zavázal, že léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely budou dostupné na trhu České republiky za tuto sjednanou cenu, a to po dobu trvání tohoto ujednání, nejméně však po dobu 1 roku ode dne vykonatelnosti rozhodnutí, kterým se stanoví nebo mění základní úhrada, a pokud se držitel rozhodnutí o registraci léčivého přípravku, dovozce nebo tuzemský výrobce potraviny pro zvláštní lékařské účely, dovozce nebo předkladatel specifického léčebného programu nedopustil v posledních 2 letech správního deliktu podle § 39q odst. 1,“

21. § 39c odstavec 2 písm. d) zní:

„d) úhrady obsažené v písemném ujednání uzavřeném ve veřejném zájmu všemi zdravotními pojišťovnami s držitelem rozhodnutí o registraci léčivého přípravku, dovozcem nebo tuzemským výrobcem potravin pro zvláštní lékařské účely nebo dovozcem či předkladatelem specifického léčebného programu, pokud se nedopustil v posledních 2 letech správního deliktu podle § 39q odst. 1, je-li tato úhrada nižší, než je úhrada vypočtená podle písmen a), b) a c), je-li ujednání uzavřeno na dobu alespoň 1 roku s výpovědní lhůtou nejméně 3 měsíce pro všechny dodávky léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely na trh České republiky, a držitel rozhodnutí o registraci, dovozce nebo tuzemský výrobce potravin pro zvláštní lékařské účely nebo dovozce či předkladatel specifického léčebného programu se neodvolatelně formou písemného prohlášení o závazku zavázal, že léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely bude dostupný na trhu České republiky za cenu pro konečného spotřebitele, která nepřekročí nejvyšší možnou úhradu pro konečného spotřebitele, vyplývající z ujednání uzavřeného podle tohoto ustanovení zákona, a to po dobu trvání tohoto ujednání nejméně však po dobu 1 roku ode dne vykonatelnosti rozhodnutí, kterým se stanoví nebo mění základní úhrada.“

22. § 39c odstavec 5 zní:

„(5) V případě, že by při stanovení úhrady podle § 39b až 39e nebyl v některé ze skupin léčivých látek uvedených v příloze č. 2 tohoto zákona bez ohledu na terapeutickou zaměnitelnost alespoň 1 dostupný léčivý přípravek plně hrazen, Ústav upraví rozhodnutím úhrady tak, aby nejméně nákladný léčivý přípravek ze skupiny posuzovaných léčivých přípravků byl plně hrazen. Při úpravě úhrady Ústav postupuje podle § 39c odst. 2, ceny výrobce se zjišťují pouze v České republice.“

23. § 39g odst. 5 zní:

„(5) Účastníci řízení jsou oprávněni navrhnout důkazy a činit jiné návrhy 15 dní od zahájení řízení; tuto lhůtu Ústav může usnesením prodloužit. Účastníci řízení mají právo vyjádřit se k podkladům pro rozhodnutí ve lhůtě 10 dní ode dne doručení sdělení o ukončení zjišťování podkladů pro rozhodnutí; tuto lhůtu Ústav může usnesením prodloužit. Písemné ujednání o nejvyšší ceně výrobce podle § 39a odst. 2 písm. b), ujednání o úhradě podle § 39c odst. 2 písm. d) a písemné prohlášení o závazku podle § 39c odst. 2 písm. c) a d), lze předložit nejpozději ve lhůtě k vyjádření se k podkladům pro rozhodnutí.“

B.2. V části první čl. I se za původní bod č. 18. vkládá nový bod, který zní:

„19. V § 39q odst. 1 se na konci ustanovení písm. d) tečka nahrazuje čárkou a doplňují se nová písmena e) a f), která znějí:

„e) závazek předložený podle § 39c odst. 2 písm. c) společně s písemným ujednáním, na jehož základě byla stanovena základní úhrada referenční skupiny,

f) závazek předložený podle § 39c odst. 2 písm. d) společně s písemným ujednáním, na jehož základě byla stanovena základní úhrada referenční skupiny.“

B.3. V části první čl. I původní bod č. 19. nově zní:

„19. V § 39q odst. 2 písm. a) se slova „písm. b) nebo c)“ nahrazují slovy „písm. a) až f)“.“

B.4. V čl. II se za přechodné ustanovení č. 2 vkládá nové přechodné ustanovení, které zní:

„3. Řízení zahájená a dosud pravomocně neskončená do dne nabytí účinnosti tohoto zákona se dokončí podle dosavadních předpisů, s výjimkou řízení zahájených po dni 30. listopadu 2011, ve kterých se dále postupuje podle tohoto zákona tehdy, bylo-li po dni nabytí účinnosti tohoto zákona:

- a. odvolacím správním orgánem odvoláním napadené rozhodnutí správního orgánu prvního stupně zrušeno a věc mu byla vrácena k novému projednání, nebo
- b. v přezkumném řízení rozhodnutí správního orgánu prvního stupně zrušeno a věc mu byla vrácena k novému projednání.“

B.5. V části třetí - Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, Čl. V, se vkládají novelizační body 1a a 1b, které znějí:

„1a. V § 6 odst. 3, se věta druhá nahrazuje větou „Sloučení zaměstnaneckých pojišťoven schvaluje vláda na základě vyjádření Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí.“

1b. V § 6 odst. 3, se věta třetí zrušuje.“

B.6. V části třetí - Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, Čl. V, se vkládá novelizační bod 1c, který zní:

„1c. V § 6 odst. 4 větě páté se slova „ministrem zdravotnictví po projednání s ministrem financí“ nahrazují slovy „ministrem financí po projednání s ministrem zdravotnictví“.“

B.7. V části třetí - Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, Čl. V, se vkládá novelizační bod 1d, který zní:

„1d. V § 6 odst. 4 se věta poslední nahrazuje větou „Poskytnutá návratná finanční výpomoc se použije k úhradě závazků zrušované zaměstnanecké pojišťovny vůči poskytovatelům, pojištěncům, nebo státu.““

B.8. V části třetí - Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, Čl. V, se vkládá novelizační bod 1e), který zní:

„1e. V § 6 se za odstavec 4 vkládá nový odstavec 5, který zní:

„Zaměstnanecké pojišťovny mohou požádat o sloučení jen v případě, že pokud jedna z pojišťoven, dlouhodobě minimálně 6 měsíců neplní své závazky vůči pojištěncům a poskytovatelům v rozsahu uvedeném ve schváleném Zdravotně pojistném plánu na daný rok. O neplnění závazků vůči pojištěncům a poskytovatelům rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví, pokud jde o rozsah a kvalitu zdravotních služeb a Ministerstvo financí pokud jde o schopnost

úhrady poskytovaných zdravotních služeb.“

Dosavadní odstavce 5 až 7 se označují jako odstavce 6 až 8.“

B.9. V části třetí - Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, Čl. V, se vkládá novelizační bod 11a, který zní:

„11a. V §10 odstavec 3 zní:

„Správní radu zaměstnanecké pojišťovny tvoří:

- a) tři členové, které na návrh ministra zdravotnictví jmenuje a odvolává vláda
- b) dva členové, které na návrh ministra financí jmenuje a odvolává vláda
- c) deset členů volených z řad pojištěnců této zaměstnanecké pojišťovny, zaměstnavateli a pojištěnci zaměstnanecké pojišťovny, a to tím způsobem, že pět členů je voleno z kandidátů předložených reprezentativními organizacemi zaměstnavatelů a pět členů je voleno z kandidátů předložených reprezentativními odborovými organizacemi. Způsob volby těchto členů správní rady zaměstnanecké pojišťovny a volební řád stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou“.

B.10. K článku VII Účinnost

Slova „dnem 1. července 2015“ se nahrazují slovy „patnáctým dnem po jeho vyhlášení“.

C Poslankyně Radka Maxová

C.1. V Článku I se vkládá nový bod 7a, který zní:

„7a. V § 11 odst. 1 písmeno d) zní:

„d) na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu, tím není dotčeno právo pojištěnce sjednat s poskytovatelem při poskytování zdravotních služeb užití zdravotnického prostředku ekonomicky náročnějšího, než jaký odpovídá rozsahu a podmínkám hrazených služeb dle tohoto zákona, a to tak, že tu část nákladů, která přesahuje úroveň hrazených služeb, uhradí pojištěnec sám,“.

C.2. V §30 odst. 2 písm. b) se na konci textu bodu 4 doplňují slova „ ; hrazenou službou dále je u pojištěnců nad 65 let věku očkování proti pneumokokovým infekcím konjugovanou vakcínou s možností přeočkování polysacharidovou vakcínou,“

C.3. V §30 odst. 2 písm. b) se na konci textu bodu 4 doplňují slova „ ; hrazenou službou dále je u pojištěnců nad 65 let věku očkování proti pneumokokovým infekcím dle schváleného očkovacího schématu.

D Poslanec Ludvík Hořava

D.1. zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů , ve znění pozdějších předpisů - v § 17 odst. 5 část textu

„Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 120 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou“.

nově zní:

„Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 30.6. příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou v termínu do 31. října kalendářního roku“.

D.2. V části třetí - Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, Čl. V, se vkládají novelizační body 1a a 1b, které znějí:

„1a. V § 6 odst. 3 se věta druhá nahrazuje větou:

„Sloučení zaměstnaneckých pojišťoven schvaluje vláda na základě vyjádření Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva financí.“

1b. V § 6 odst. 3 se věta třetí zrušuje.“

D.3. V části třetí - Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, Čl. V, se vkládá novelizační bod 1c, který zní:

„1c. V § 6 odst. 4 se věta poslední nahrazuje větou „Poskytnutá návratná finanční výpomoc se použije k úhradě závazků zrušované zaměstnanecké pojišťovny vůči poskytovatelům, pojištěncům, nebo státu.““.

D.4. V části třetí - Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, Čl. V, se vkládá novelizační bod 1d, který zní:

„1d. V § 6 se za odstavec 4 vkládá nový odstavec 5, který zní:

“Zaměstnanecké pojišťovny mohou požádat o sloučení jen v případě, pokud jedna z pojišťoven, dlouhodobě minimálně 6 měsíců neplní své závazky vůči pojištěncům a poskytovatelům, zejména v rozsahu uvedené ve schváleném Zdravotně pojistném plánu na daný rok. O neplnění závazků vůči pojištěncům a poskytovatelům rozhoduje Ministerstvo

zdravotnictví.“

Dosavadní odstavce 5 až 7 se označují jako odstavce 6 až 8.“

D.5. V části třetí - Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, Čl. V, se vkládají novelizační body 11a a 11b, které znějí:

„11a. V § 10 odst. 4 větě druhé se písmeno „h“ nahrazuje písmenem „g“.“

11b. V § 10 odst. 4 se za větu druhou vkládá věta „K přijetí rozhodnutí Správní rady podle odstavce 2 písm. h) je třeba souhlasu dvoutřetinové většiny všech členů Správní rady zaměstnanecké pojišťovny.““.

E Poslanec Jaroslav K r á k o r a

V části třetí čl. V se za bod 1 vkládá nový bod 1a, který zní:

„1a. V § 6 odstavec 3 zní:

„(3) Sloučení zdravotních pojišťoven vyžaduje povolení. Žádost o povolení sloučení podávají slučované zdravotní pojišťovny společně k Ministerstvu zdravotnictví. Se žádostí o povolení předkládají zdravotní pojišťovny nový zdravotně pojistný plán. Ministerstvo zdravotnictví rozhoduje o povolení sloučení po vyjádření Ministerstva financí. Jde-li o žádost o povolení sloučení zaměstnaneckých pojišťoven, jsou tyto pojišťovny povinny doložit, že budou splňovat podmínky požadované k udělení povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění, s výjimkou podmínky podle § 4a. Ministerstvo zdravotnictví po posouzení žádosti nepovolí sloučení zdravotních pojišťoven, není-li sloučení ve veřejném zájmu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění.““.

F Poslankyně Soňa M a r k o v á

V části první čl. I se vkládá nový bod 32, který zní:

„32. V § 55 se doplňují odstavce 6 až 8, které znějí:

„(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 odst. 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.“.

G Poslanec David K a s a l

V části první čl. I se bod 14 zrušuje.

V Praze 29. dubna 2015

prof. MUDr. Rostislav V y z u l a , CSc v.r.
zpravodaj garančního výboru pro zdravotnictví