

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY
Poslanecká sněmovna
2005
IV. volební období

982

Návrh

poslanců Josefa Janečka a dalších

na vydání

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

ZÁKON

ze dne2005

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

Parlament se usnesl na tomto zákoně České republiky:

ČÁST PRVNÍ

Změna zákona o veřejném zdravotním pojištění

Čl. I

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 242/1997 Sb., zákona č. 2/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 225/1999 Sb., zákona č. 363/1999 Sb., zákona č. 18/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 155/2000 Sb., zákona č. 167/2000 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 459/2000 Sb., zákona č. 176/2002 Sb., zákona č. 198/2002 Sb., zákona č. 285/2002 Sb., zákona č. 309/2002 Sb., zákona č. 320/2002 Sb., zákona č. 222/2003 Sb., zákona č. 274/2003 Sb., zákona č. 362/2003 Sb., zákona č. 424/2003 Sb., zákona č. 425/2003 Sb., zákona č. 455/2003 Sb., zákona č. 85/2004 Sb., zákona č. 359/2004 Sb., zákona č. 422/2004 Sb., zákona č. 436/2004 Sb., zákona č. 438/2004 Sb. a zákona č. 123/2005 Sb., se mění takto:

1. V § 13 odstavec 1 zní:

„(1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav, která má požadovaný diagnostický, léčebný nebo preventivní efekt a je poskytnuta ekonomicky nejméně náročným způsobem s ohledem na celkový zdravotní stav pojištěnce a dále zdravotní péče uvedená v odstavci 3.“.

2. Za § 17 se vkládá nový § 17a , který včetně nadpisu zní:

„§ 17a
Veřejný zájem

Veřejným zájmem se pro potřeby tohoto zákona rozumí zajištění

- a) kvality a dostupnosti zdravotní péče odpovídající disponibilním finančním prostředkům veřejného zdravotního pojištění,
- b) fungování systému zdravotnictví a jeho stability,

- c) finanční rovnováhy systému veřejného zdravotního pojištění včetně vyrovnaných rozpočtů zdravotních pojišťoven a
- d) závazků vyplývajících pro Českou republiku z mezinárodních smluv a členství v mezinárodních organizacích.“.

3. V § 42 odstavec 1 zní:

„(1) Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u pojištěnců, smluvních zdravotnických zařízení a dále u nesmluvních zdravotnických zařízení, která poskytla pojištěnci zdravotní péči.“.

4. V § 42 odstavec 3 zní:

„ (3) Revizní lékaři posuzují odůvodněnost léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a na posuzování potřeby lázeňského pobytu jako součásti léčebné péče. Revizní lékaři a další odborní pracovníci dále kontrolují, zda je vyúčtování zdravotní péče oprávněné a správné. Vyúčtování je oprávněné a správné pokud:

- a) je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat a zdravotní pojišťovně účtovat poskytnutou péči,
- b) je zdravotnické zařízení materiálně, technicky a personálně vybaveno pro poskytování sjednané či vyúčtované zdravotní péče.
- c) byly vyúčtovány pouze ty výkony, léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit,
- d) rozsah, druh a cena zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce,
- e) péče vyúčtovaná zdravotní pojišťovně odpovídá péči skutečně poskytnuté pojištěnci,
- f) zdravotnické zařízení dodrželo postupy lege artis.“.

5. Za § 42 se vkládá nový § 42a, který včetně poznámky pod čarou č. 44a) zní:

„§ 42a

(1) Pokud kontrola podle §42 prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování zdravotní péče, zdravotní pojišťovna takovou péči nehradí. Pokud kontrola prokáže, že pojištěnci byl předepsán léčivý přípravek nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely v rozporu s omezeními stanovenými zvláštním právním předpisem^{44a)} a zdravotní pojišťovna tento léčivý přípravek nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízení lékárenské péče uhradila, má příslušná zdravotní pojišťovna právo na úhradu zaplacené částky za takový léčivý přípravek nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zdravotnickým zařízením, kde byl léčivý přípravek předepsán. Pokud kontrola zjistí, že

pojištěnci byla neoprávněně předepsána diagnostická péče, zvláštní ambulantní péče, lázeňská péče, rehabilitace nebo jiná vyžádaná péče a zdravotní pojišťovna takovou péči uhradila zdravotnickému zařízení, které ji poskytlo, má příslušná zdravotní pojišťovna právo na úhradu zaplacené částky za takto neoprávněně předepsanou zdravotní péči zdravotnickým zařízením, které tuto péči předepsalo.

(2) Zdravotní pojišťovna je oprávněna poskytnout pojištěnci informaci, že neuhradila z důvodů uvedených v § 42 odst. 3 zdravotnickému zařízení zdravotní péči poskytnutou tomuto pojištěnci. Na vyžádání je zdravotní pojišťovna povinna poskytnout pojištěnci informaci o závěrech šetření, která provedla ve věci jemu poskytnuté hrazené péče. Zdravotní pojišťovna poskytne tuto informaci pojištěnci vždy, kdy lze důvodně předpokládat, že poskytnutá zdravotní péče vedla, nebo by v budoucnu mohla vést, ke zhoršení nebo poškození zdravotního stavu pojištěnce, pokud takovou informaci zdravotnické zařízení prokazatelně neposkytlo samo nebo ji odmítlo na výzvu pojištěnce nebo zdravotní pojišťovny poskytnout. Zdravotnické zařízení je povinno spolupracovat při ověřování spokojenosti pojištěnců s poskytnutou zdravotní péčí.

6. Za § 42a se vkládá nový § 42b, který zní:

„§ 42b

Zdravotní pojišťovny jsou oprávněny zveřejňovat statistické údaje o zdravotní péči vykázané jednotlivými zdravotnickými zařízeními, zejména o rozsahu a druhu poskytnuté zdravotní péče, počtu ošetřených pojištěnců včetně počtu jednotlivých zdravotních výkonů, délky hospitalizace a výše úhrad z veřejného zdravotního pojištění. Zveřejňovat nelze údaje o jednotlivých pojištěncích.“

^{44a)} Vyhláška č. 57/1997 Sb., kterou se stanoví léčivé přípravky plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a výše úhrad jednotlivých léčivých látek, ve znění pozdějších předpisů.“

ČÁST DRUHÁ

Změna zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

Čl. II

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky ve znění zákona č. 592/1992 Sb., zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 305/1997 Sb., zákona č. 93/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 69/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 49/2002 Sb. a zákona č. 438/2004, se mění takto:

1. V § 6 odst. 3 se slova „tomuto ministerstvu prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví“ nahrazují slovy „Poslanecké sněmovně Parlamentu“.

2. V § 6 odst. 4 se za větu první vkládá věta

„Vláda předloží Poslanecké sněmovně Parlamentu vyjádření spolu s návrhem státního rozpočtu a státního závěrečného účtu.“

3. V § 6 se na konci odstavce 4 doplňuje věta

„Součástí výroční zprávy je informace o plnění ukazatelů kvality hrazené zdravotní péče, stanovených ve zdravotně pojistném plánu Pojišťovny, smluvními zdravotnickými zařízeními.“

4. § 6 odstavec 5 zní:

„(5) Poslanecká sněmovna Parlamentu návrh zdravotně pojistného plánu Pojišťovny schválí, nebo doporučí změny a stanoví termín pro předložení nového návrhu. Neschválí-li Poslanecká sněmovna Parlamentu návrh zdravotně pojistného plánu Pojišťovny před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost Pojišťovny tímto návrhem až do jeho schválení Poslaneckou sněmovnou Parlamentu.“

5. V § 6 se na konci odstavce 6 doplňuje věta

„Zdravotně pojistný plán stanovuje podmínky pro nákup zdravotní péče Pojišťovnou, pro výběr smluvních zdravotnických zařízení na základě akreditačních a certifikačních osvědčení pro jednotlivé druhy zdravotní péče a kontroly její kvality.“

6. V § 20 odst. 1 písmeno b) zní:

„b) předložení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy Poslanecké sněmovně Parlamentu,“

7. V § 22 odst. 2 se slova „orgánům Pojišťovny“ nahrazují slovy „Poslanecké sněmovně Parlamentu“.

ČÁST TŘETÍ

Změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Čl. III

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 15/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 93/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 225/1999 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 49/2002 Sb., zákona č. 420/2003 a zákona č. 438/2004 Sb. se mění takto:

8. V § 10 odst. 1 písmeno a) zní:

„a) předložení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy Poslanecké sněmovně Parlamentu,“.

9. V § 15 odst. 2 se slova „tomuto ministerstvu prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví“ nahrazují slovy „Poslanecké sněmovně Parlamentu“.

10. V § 15 odst. 3 se za větu první vkládá věta

„Vláda předloží Poslanecké sněmovně Parlamentu vyjádření spolu s návrhem státního rozpočtu a státního závěrečného účtu.“.

11. V § 15 se na konci odstavce 3 doplňuje věta

„Součástí výroční zprávy je informace o plnění ukazatelů kvality hrazené zdravotní péče, stanovených ve zdravotně pojistném plánu zaměstnanecké pojišťovny, smluvními zdravotnickými zařízeními.“.

12. § 15 odstavec 4 zní:

„Poslanecká sněmovna Parlamentu návrh zdravotně pojistného plánu zaměstnanecké pojišťovny schválí, nebo doporučí změny a stanoví termín pro předložení nového návrhu. Neschválí-li Poslanecká sněmovna Parlamentu návrh zdravotně pojistného plánu zaměstnanecké pojišťovny před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost zaměstnanecké pojišťovny tímto návrhem až do jeho schválení Poslaneckou sněmovnou Parlamentu.“.

13. V § 15 se na konci odstavce 5 doplňuje věta

„Zdravotně pojistný plán stanovuje podmínky pro nákup zdravotní péče zaměstnaneckou pojišťovnou, pro výběr smluvních zdravotnických zařízení na základě akreditačních a certifikačních osvědčení pro jednotlivé druhy zdravotní péče a kontroly její kvality.“.

ČÁST ČTVRTÁ

Čl. IV

Tento zákon nabývá účinnosti dnem jeho vyhlášení.

Důvodová zpráva:

Obecná část:

Opakující se finanční problémy a ekonomická labilita systému veřejného zdravotního pojištění je mimo jiné způsobována nedokonalostí právního rámce, který není sto zabránit nadužívání zdravotní péče a plýtvání finančními prostředky. Princip, podle kterého má pojištěnec právo na péči, která splňuje potřebný efekt, ale je přitom poskytována nejméně ekonomicky náročným způsobem je explicitně stanoven pouze u poskytování zdravotnických prostředků v ambulantní péči. U ostatních forem hrazené péče tak zákon nenutí zdravotnická zařízení k hospodárnosti při volbě léčebných postupů, materiálů léčivých přípravků, či zdravotnických prostředků v ústavní péči.

Přestože se zákon v několika ustanoveních odkazuje na veřejný zájem a odvozuje od tohoto pojmu rozhodovací kompetence Ministerstva zdravotnictví, není veřejný zájem ve veřejném zdravotním pojištění dosud zákonem definován. Protože jde o veřejný rozpočet, sloužící k solidární úhradě hrazené zdravotní péče, nemůže být veřejným zájmem ve veřejném zdravotním pojištění pouze fungování zdravotnictví a zajištění finančních zdrojů pro poskytovatele zdravotní péče, nýbrž i ekonomická stabilita systému veřejného zdravotního pojištění, vyrovnané rozpočty zdravotních pojišťoven a především dostupnost kvalitní péče, to vše v mezích, daných disponibilními finančními prostředky.

Jednou z nezbytných podmínek účelného a efektivního vynakládání finančních prostředků je i účinná kontrola. Návrh přináší zpřesnění kontrolních oprávnění pojišťoven. V zájmu většího zapojení pojištěnců do kontroly se pojišťovnám umožňuje, v některých případech přímo ukládá povinnost poskytnout pojištěnci informace o poskytnuté péči. Zároveň jsou pojišťovny povinny informovat ve výročních zprávách o plnění ukazatelů kvality smluvními zdravotnickými zařízeními a opravňovány zveřejňovat další statistické údaje o zdravotní péči s výjimkou údajů o jednotlivých pojištěncích.

Předkládaný návrh je v souladu s ústavním pořádkem České republiky a není v rozporu s právem Evropské unie ani s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána.

Návrh nemá dopad na státní rozpočet, v oblasti veřejného zdravotního pojištění lze očekávat úspory, které nelze vyloučit ani u nemocenského pojištění. Návrh nemá dopad ani na rozpočty krajů a obcí.

Zvláštní část:

Čl. I

k b. 1: Upřesňuje se pojem hrazené zdravotní péče s cílem zamezit plýtvání prostředky veřejného zdravotního pojištění.

k b. 2: Zavádí se definice veřejného zájmu v oblasti veřejného zdravotního pojištění, vymezující rozhodovací pravomoci Ministerstva zdravotnictví.

k b. 3: Upřesňuje se právo zdravotních pojišťoven kontrolovat poskytnutou péči i u nesmluvních zdravotnických zařízení, protože tato péče má ekonomický dopad do veřejného zdravotního pojištění jednak cestou indukované péče, jednak řešením následků případně non lege artis poskytnuté péče.

k b. 4: Upřesňují se kontrolní pravomoci pojišťoven a stanovuje se, co je oprávněné a správné vyúčtování zdravotní péče.

k b. 5: V prvním odstavci se stanovují důsledky kontrolou prokazaného neoprávněného nebo nesprávného vyúčtování zdravotní péče včetně finančního vyrovnání mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

V druhém odstavci se zdravotním pojišťovnám umožňuje informovat pojištěnce o neuhrazení jemu poskytnuté péče a ukládá informovat pojištěnce, existuje-li důvodné podezření na poškození zdravotního stavu poskytnutou péčí.

k b. 6: Zdravotním pojišťovnám se explicitně umožňuje zveřejňovat informace o hrazené péči.

Čl. II

k b. 1: Nově se stanovuje, že Všeobecná zdravotní pojišťovna předkládá zdravotně pojistný plán Poslanecké sněmovně Parlamentu.

k b. 2: Vládě se stanovuje lhůta na předložení vyjádření současně s předkládáním návrhu státního rozpočtu.

k b. 3: Upřesňuje se obsah výroční zprávy.

k b. 4: Stanovuje se postup schválení zdravotně pojistného plánu Pojišťovny a postup při jeho neschválení.

k b. 5: Upřesňuje se obsah zdravotně pojistného plánu Pojišťovny.

k b. 6: Upřesňují se kompetence Správní rady Pojišťovny. Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy schvaluje Poslanecká sněmovna. Správní rada rozhodnutím o předložení uvedených materiálů de facto schvaluje jejich obsah a správnost. Z návrhu zdravotně pojistného plánu se zdravotně pojistný plán stává až schválením Poslaneckou sněmovnou, podle dosavadní dikce tedy měla Správní rada schvalovat materiál, schválený Poslaneckou sněmovnou. Navrhovaná změna tuto legislativně-technickou chybu odstraňuje.

k b. 7: Jedná se rovněž o odstranění legislativně technické chyby, která ukládala Správní radě a Dozorčí radě po společném projednání návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy tyto materiály předložit znovu zpět těmto orgánům. Původním záměrem bylo stanovit povinnost Pojišťovny projednat v orgánech pojišťovny uvedené základní dokumenty v dostatečném předstihu před jejich předložením Poslanecké sněmovně, což navrhovaná změna činí.

Čl. III

k b. 1-6: Ustanovení, analogická navrhované úpravě zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně se promítají i do zákonné úpravy zaměstnaneckých pojišťoven.

Čl. IV

Účinnost zákona se stanovuje dnem vyhlášení.

V Praze dne 12.5.2005

Josef Janeček v.r.

Vladimír Říha v.r.

Vilém Holáň v.r.

Jozef Kubinyi v.r.

Tat'ána Fischerová v.r.

Jaromír Talíř v.r.

Lucie Talmanová v.r.

Platné znění novelizovaných zákonů s vyznačením navrhovaných změn

I

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 242/1997 Sb., zákona č. 2/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 225/1999 Sb., zákona č. 363/1999 Sb., zákona č. 18/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 155/2000 Sb., zákona č. 167/2000 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 258/2000 Sb., zákona č. 459/2000 Sb., zákona č. 176/2002 Sb., zákona č. 198/2002 Sb., zákona č. 285/2002 Sb., zákona č. 309/2002 Sb., zákona č. 320/2002 Sb., zákona č. 222/2003 Sb., zákona č. 274/2003 Sb., zákona č. 362/2003 Sb., zákona č. 424/2003 Sb., zákona č. 425/2003 Sb., zákona č. 455/2003 Sb., zákona č. 85/2004 Sb., zákona č. 359/2004 Sb., zákona č. 422/2004 Sb., zákona č. 436/2004 Sb., zákona č. 438/2004 Sb. a zákona č. 123/2005 Sb.

§ 13

~~(1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav a zdravotní péče uvedená v odstavci 3. Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav, která má požadovaný diagnostický, léčebný nebo preventivní efekt a je poskytnuta ekonomicky nejméně náročným způsobem s ohledem na celkový zdravotní stav pojištěnce a dále zdravotní péče uvedená v odstavci 3.~~

(2) Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem (dále jen "hrazená péče") zahrnuje:

- a) léčebnou péči ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace, péče o chronicky nemocné a zdravotní péče o dárce tkání nebo orgánů související s jejich odběrem),^{23a)}
- b) pohotovostní a záchrannou službu,
- c) preventivní péči,
- d) dispensární péči,
- e) odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření),^{23a)}
- f) poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,
- g) potraviny pro zvláštní lékařské účely,^{23b)}
- h) lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- i) závodní preventivní péči,
- j) dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů,
- k) dopravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa, do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
- l) dopravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- m) dopravu odebraných tkání a orgánů (§ 36 odst. 4),
- n) posudkovou činnost,
- o) prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy.

(3) Ze zdravotního pojištění se hradí též zdravotnická péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem.^{23b)} Tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu

požádá příslušné zdravotnické zařízení. Povinnost mlčenlivosti stanovená v § 67b odst. 20 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, tím není dotčena.

§ 17a Veřejný zájem

Veřejným zájmem se pro potřeby tohoto zákona rozumí zajištění

- a) kvality a dostupnosti zdravotní péče odpovídající disponibilním finančním prostředkům veřejného zdravotního pojištění,**
- b) fungování systému zdravotnictví a jeho stability,**
- c) finanční rovnováhy systému veřejného zdravotního pojištění včetně vyrovnaných rozpočtů zdravotních pojišťoven a**
- d) závazků vyplývajících pro Českou republiku z mezinárodních smluv a členství v mezinárodních organizacích.**

§ 42

~~(1) Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců. Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u pojištěnců, smluvních zdravotnických zařízení a dále u nesmluvních zdravotnických zařízení, která poskytla pojištěnci pojišťovny zdravotní péči.~~

(2) Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat v rozsahu stanoveném zákonem a činností revizních lékařů. Další kontrolní činnost provádějí odborní pracovníci ve zdravotnictví způsobilí k revizní činnosti (dále jen "odborní pracovníci").

~~(3) Revizní lékaři posuzují odůvodněnost léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a na posuzování potřeby lázeňského pobytu jako součásti léčebné péče. Revizní lékaři a další odborní pracovníci dále kontrolují, zda~~

- ~~a) poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované zdravotní pojišťovně,~~
- ~~b) byly vyúčtovány pouze ty výkony, léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit,~~
- ~~b) rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce.~~

~~Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování zdravotní péče, zdravotní pojišťovna takovou péči neuhradí. Pokud kontrola prokáže, že pojištěnci byl předepsán léčivý přípravek v rozporu s omezeními stanovenými v příloze č. 2 tohoto zákona a zdravotní pojišťovna tento léčivý přípravek zařízení lékárenské péče uhradila, má příslušná zdravotní pojišťovna právo na úhradu zaplacené částky za takový léčivý přípravek zdravotnickým zařízením, kde byl léčivý přípravek předepsán. Revizní lékaři posuzují odůvodněnost léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování~~

léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a na posuzování potřeby lázeňského pobytu jako součásti léčebné péče. Revizní lékaři a další odborní pracovníci dále kontrolují, zda je vyúčtování zdravotní péče oprávněné a správné. Vyúčtování je oprávněné a správné pokud:

- a) je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat a zdravotní pojišťovně účtovat poskytnutou péči,**
- b) je zdravotnické zařízení materiálně, technicky a personálně vybaveno pro poskytování sjednané či vyúčtované zdravotní péče.**
- c) byly vyúčtovány pouze ty výkony, léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit,**
- d) rozsah, druh a cena zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce,**
- e) péče vyúčtovaná zdravotní pojišťovně odpovídá péči skutečně poskytnuté pojištěnci,**
- f) zdravotnické zařízení dodrželo postupy lege artis.**

(4) Ke splnění úkolů uvedených v předchozích odstavcích jsou revizní lékaři a odborní pracovníci oprávněni vstupovat do zdravotnických zařízení. Výkon činnosti revizního lékaře a odborných pracovníků nesmí narušit prováděný léčebný výkon. Zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní pojišťovně nezbytnou součinnost při výkonu kontroly, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Přístup ke zdravotnické dokumentaci se umožňuje pouze revizním lékařům nebo odborným pracovníkům; tito pracovníci mají přístup ke zdravotnické dokumentaci pouze v rozsahu odpovídajícím kontrole.

(5) Revizní lékaři vykonávají kontrolní činnost především v oboru, ve kterém získali specializaci.

(6) Revizní lékaři vykonávají kontrolní činnost v pracovněprávním vztahu ke zdravotní pojišťovně, který je sjednáván na základě výběrového řízení.

(7) Revizní lékaři nesmějí vykonávat kontrolní činnost ve zdravotnickém zařízení, jehož jsou zaměstnanci, vlastníky, spoluvlastníky, provozovateli, členy statutárního orgánu, nebo kde se zřetelem na jejich vztah ke kontrolovaným osobám nebo k předmětu kontroly jsou důvodné pochybnosti o jejich nepodjatosti. Revizní lékaři jsou povinni bezprostředně po tom, co se dozví o skutečnostech nasvědčujících jejich podjatosti, oznámit to zdravotní pojišťovně, pro kterou vykonávají kontrolní činnost.

§ 42a

(1) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování zdravotní péče, zdravotní pojišťovna takovou péči nehradí. Pokud kontrola prokáže, že pojištěnci byl předepsán léčivý přípravek nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely v rozporu s omezeními stanovenými zvláštním právním předpisem^{44a)} a zdravotní pojišťovna tento léčivý přípravek nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízení lékárenské péče uhradila, má příslušná zdravotní pojišťovna právo na úhradu zaplacené částky za takový léčivý přípravek nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zdravotnickým zařízením, kde byl léčivý přípravek předepsán. Pokud kontrola zjistí, že pojištěnci byla neoprávněně předepsána diagnostická péče, zvláštní ambulantní péče, lázeňská péče, rehabilitace nebo jiná vyžádaná péče a zdravotní pojišťovna takovou péči uhradila zdravotnickému zařízení, které ji poskytlo, má příslušná zdravotní pojišťovna právo na úhradu zaplacené částky za takto neoprávněně předepsanou zdravotní péči

zdravotnickým zařízením, které tuto péči předepsalo.

(2) Zdravotní pojišťovna je oprávněna poskytnout pojištěnci informaci, že neuhradila z důvodů uvedených v § 42 odst. 3 zdravotnickému zařízení zdravotní péči poskytnutou tomuto pojištěnci. Na vyžádání je zdravotní pojišťovna povinna poskytnout pojištěnci informaci o závěrech šetření, která provedla ve věci jemu poskytnuté hrazené péče. Zdravotní pojišťovna poskytne tuto informaci pojištěnci vždy, kdy lze důvodně předpokládat, že poskytnutá zdravotní péče vedla, nebo by v budoucnu mohla vést, ke zhoršení nebo poškození zdravotního stavu pojištěnce, pokud takovou informaci zdravotnické zařízení prokazatelně neposkytlo samo nebo ji odmítlo na výzvu pojištěnce nebo zdravotní pojišťovny poskytnout. Zdravotnické zařízení je povinno spolupracovat při ověřování spokojenosti pojištěnců s poskytnutou zdravotní péčí.

§ 42b

Zdravotní pojišťovny jsou oprávněny zveřejňovat statistické údaje o zdravotní péči vykázané jednotlivými zdravotnickými zařízeními, zejména o rozsahu a druhu poskytnuté zdravotní péče, počtu ošetřených pojištěnců včetně počtu jednotlivých zdravotních výkonů, délky hospitalizace a výše úhrad z veřejného zdravotního pojištění. Zveřejňovat nelze údaje o jednotlivých pojištěncích.

44a) Vyhláška č. 57/1997 Sb., kterou se stanoví léčivé přípravky plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a výše úhrad jednotlivých léčivých látek, ve znění pozdějších předpisů

II

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky ve znění zákona č. 592/1992 Sb., zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 305/1997 Sb., zákona č. 93/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 69/2000 Sb., zákona č. 132/2000 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 49/2002 Sb. a zákona č. 438/2004

§ 6

(1) Rozpočet Pojišťovny je sestaven a realizován tak, aby výdaje nepřevýšily příjmy Pojišťovny v příslušném rozpočtovém roce. Rozdíl mezi příjmy a výdaji se zúčtovává v roční závěrce vůči rezervnímu fondu.

(2) Pojišťovna je povinna zajistit prostřednictvím auditora²⁾ nebo právnické osoby, která je zapsána v seznamu auditorů²⁾ (dále jen "auditor"),

- a) ověření účetní závěrky Pojišťovny,
- b) ověření výroční zprávy Pojišťovny za příslušný rok.

(3) Pojišťovna je povinna v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit ~~tomuto~~ ~~ministerstvu prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví~~ **Poslanecké sněmovně Parlamentu**

návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku a výroční zprávu za minulý kalendářní rok a zprávu auditora.³⁾

(4) Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a výroční zprávu za minulý rok podle odstavce 3 schvaluje po vyjádření vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu. **Vláda předloží Poslanecké sněmovně Parlamentu vyjádření spolu s návrhem státního rozpočtu a státního závěrečného účtu.** Schválenou výroční zprávu Pojišťovna vhodným způsobem zveřejní. **Součástí výroční zprávy je informace o plnění ukazatelů kvality hrazené zdravotní péče, stanovených ve zdravotně pojistném plánu Pojišťovny, smluvními zdravotnickými zařízeními.**

(5) ~~Nebude-li zdravotně pojistný plán Pojišťovny schválen před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost Pojišťovny do schválení zdravotně pojistného plánu provizoriem stanoveným Ministerstvem zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí. Základem pro stanovení provizoria je návrh zdravotně pojistného plánu na příslušný kalendářní rok. Poslanecká sněmovna Parlamentu návrh zdravotně pojistného plánu Pojišťovny schválí, nebo doporučí změny a stanoví termín pro předložení nového návrhu. Neschválí-li Poslanecká sněmovna Parlamentu návrh zdravotně pojistného plánu Pojišťovny před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost Pojišťovny tímto návrhem až do jeho schválení Poslaneckou sněmovnou Parlamentu.~~

(6) Zdravotně pojistný plán obsahuje plán příjmů a výdajů Pojišťovny včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán provozních nákladů, údaje o rozsahu zdravotní péče hrazené Pojišťovnou, způsob zajištění dostupnosti služeb nabízených Pojišťovnou včetně předpokládané soustavy zdravotnických zařízení, se kterými Pojišťovna uzavírá smlouvu o úhradě zdravotní péče. **Zdravotně pojistný plán stanovuje podmínky pro nákup zdravotní péče Pojišťovnou, pro výběr smluvních zdravotnických zařízení na základě akreditačních a certifikačních osvědčení pro jednotlivé druhy zdravotní péče a kontroly její kvality.**

(7) Výnos z pokut, přírážek k pojistnému a penále ukládaných podle zvláštních právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění ^{3a)} a přijatých Pojišťovnou v průběhu kalendářního roku může Pojišťovna přidělit do fondu prevence; tyto příděly do fondu prevence lze v průběhu kalendářního roku provádět zálohově tak, aby jejich celková výše za kalendářní rok nepřekročila 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělení provedeném podle zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.^{3b)}

§ 20

Správní rada

- (1) Správní rada rozhoduje o
- a) schválení organizačního řádu Pojišťovny,
 - b) ~~schválení zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy,~~ **předložení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy Poslanecké sněmovně Parlamentu,**
 - c) schválení objemu úhrad zdravotnickým zařízením,
 - d) změně hodnoty bodu,

- e) schválení zásad smluvní politiky,
- f) žádosti Pojišťovny o úvěr,
- g) nákupu nemovitostí,
- h) nákupu hmotného investičního majetku v pořizovací ceně vyšší než 1 000 000 Kč,
- i) převzetí ručitelského závazku,
- j) použití prostředků rezervního fondu,
- k) dalších důležitých věcech, které souvisí s činností Pojišťovny a které si k rozhodování vyhradí.

(2) Správní radu tvoří deset členů - zástupců státu, deset členů - zástupců pojištěnců Pojišťovny a deset členů - zástupců zaměstnavatelů pojištěnců Pojišťovny. Správní rada je schopna se usnášet, je-li přítomna nadpoloviční většina jejích členů. K platnosti rozhodnutí je třeba nadpoloviční většiny přítomných členů. Vznese-li všichni přítomní zástupci státu, všichni přítomní zástupci pojištěnců nebo všichni přítomní zástupci zaměstnavatelů pojištěnců při jednání Správní rady námitku, že navržené rozhodnutí Správní rady může ohrozit finanční rovnováhu systému veřejného zdravotního pojištění nebo vyrovnané hospodaření Pojišťovny, Správní rada rozhodnutí nepřijme a stanoví lhůtu, která nesmí být delší než 3 měsíce, pro předložení doplňujících dokladů, které tuto námitku potvrdí nebo vyvrátí. Nejpozději do 30 dnů od uplynutí lhůty stanovené pro předložení doplňujících dokladů Správní rada projedná navržené rozhodnutí znovu; k přijetí takového rozhodnutí je třeba souhlasu alespoň dvou třetin všech členů Správní rady. Projednávání námitek nesmí ohrozit plnění zákonných závazků Pojišťovny.

(3) Správní rada volí ze svého středu předsedu a místopředsedu Správní rady.

(4) Předseda, popřípadě místopředseda svolává a řídí jednání Správní rady.

(5) Zástupce státu do Správní rady jmenuje a odvolává vláda České republiky na návrh ministra zdravotnictví.

(6) Zástupce pojištěnců Pojišťovny do Správní rady volí z řad veřejnosti a odvolává Poslanecká sněmovna Parlamentu.

(7) Zástupce zaměstnavatelů pojištěnců do Správní rady jmenují a odvolávají organizace zaměstnavatelů.

§ 22

Společné zasedání Správní rady a Dozorčí rady

(1) Společné zasedání Správní rady a Dozorčí rady se svolává za účelem projednání návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy Pojišťovny. Společné zasedání se skládá ze všech členů Správní rady, členů Dozorčí rady a ředitele Pojišťovny.

(2) Společné zasedání Správní rady a Dozorčí rady svolává ředitel Pojišťovny v dostatečné lhůtě před předložením zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy ~~organům Pojišťovny~~ **Poslanecké sněmovně Parlamentu.**

III

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění zákona č. 10/1993 Sb., zákona č. 15/1993 Sb., zákona č. 60/1995 Sb., zákona č. 149/1996 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., zákona č. 93/1998 Sb., zákona č. 127/1998 Sb., zákona č. 225/1999 Sb., zákona č. 220/2000 Sb., zákona č. 49/2002 Sb., zákona č. 420/2003 a zákona č. 438/2004 Sb.

§ 10

(1) Orgány zaměstnanecké pojišťovny jsou Správní rada a Dozorčí rada. Správní rada zaměstnanecké pojišťovny rozhoduje o

- a) ~~schválení zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy, předložení návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy Poslanecké sněmovně Parlamentu,~~
- b) schválení objemu úhrad zdravotnickým zařízením,
- c) změně hodnoty bodu,
- d) schválení zásad smluvní politiky,
- e) žádosti zaměstnanecké pojišťovny o úvěr,
- f) nákupu nemovitostí,
- g) nákupu hmotného investičního majetku v pořizovací ceně vyšší než 1 000 000 Kč,
- h) převzetí ručitelského závazku,
- i) použití prostředků rezervního fondu,
- j) dalších důležitých věcech, které souvisí s činností zaměstnanecké pojišťovny a které si k rozhodování vyhradí.

(2) Pojištěnci, zaměstnavatelé pojištěnců a stát jsou zastoupeni v orgánech zaměstnanecké pojišťovny každý jednou třetinou. Vznese-li všichni přítomní zástupci státu, všichni přítomní zástupci pojištěnců nebo všichni přítomní zástupci zaměstnavatelů pojištěnců při jednání Správní rady námitku, že navržené rozhodnutí Správní rady může ohrozit finanční rovnováhu systému veřejného zdravotního pojištění nebo vyrovnané hospodaření zaměstnanecké pojišťovny, Správní rada rozhodnutí nepřijme a stanoví lhůtu, která nesmí být delší než 3 měsíce, pro předložení doplňujících dokladů, které tuto námitku potvrdí nebo vyvrátí. Nejpozději do 30 dnů od uplynutí lhůty stanovené pro předložení doplňujících dokladů Správní rada projedná navržené rozhodnutí znovu; k přijetí takového rozhodnutí je třeba souhlasu alespoň dvou třetin všech členů Správní rady. Projednávání námitek nesmí ohrozit plnění zákonných závazků zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.

(3) Zástupci zaměstnavatelů a zástupci pojištěnců zaměstnanecké pojišťovny jsou voleni; způsob voleb stanoví volební řád příslušné zaměstnanecké pojišťovny.

(4) Zástupce státu jmenuje a odvolává Ministerstvo zdravotnictví.

(5) Členem orgánu zaměstnanecké pojišťovny anebo jeho náhradníkem může být jen bezúhonný občan České republiky s trvalým pobytem na jejím území, který dosáhl věku nejméně 25 let. Členem orgánu zaměstnanecké pojišťovny a vedoucím pracovníkem ústředí, případně vedoucím pracovníkem nižší organizační jednotky nebo jejich zástupcem nesmí být občan, který je v zaměstnaneckém nebo obdobném vztahu k subjektu, se kterým uzavřela zaměstnanecká pojišťovna smlouvu o úhradě zdravotní péče. Pro účely tohoto zákona se za

bezúhonného považuje občan, který nebyl pravomocně odsouzen pro trestný čin majetkové povahy nebo pro úmyslný trestný čin.

§ 15

(1) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna zajistit prostřednictvím auditora¹¹⁾ nebo právnické osoby, která je zapsána v seznamu auditorů,¹¹⁾ (dále jen "auditor")

- a) ověření účetní závěrky zaměstnanecké pojišťovny,
- b) ověření výroční zprávy zaměstnanecké pojišťovny za příslušný rok.

(2) Zaměstnanecká pojišťovna je povinna v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit ~~tomuto ministerstvu prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví~~ **Poslanecké sněmovně Parlamentu** návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku a výroční zprávu za minulý kalendářní rok a zprávu auditora.¹²⁾

(3) Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a výroční zprávu za minulý rok podle odstavce 2 schvaluje po vyjádření vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v návaznosti na termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu. **Vláda předloží Poslanecké sněmovně Parlamentu vyjádření spolu s návrhem státního rozpočtu a státního závěrečného účtu.** Schválenou výroční zprávu zaměstnanecká pojišťovna vhodným způsobem zveřejní. **Součástí výroční zprávy je informace o plnění ukazatelů kvality hrazené zdravotní péče, stanovených ve zdravotně pojistném plánu zaměstnanecké pojišťovny, smluvními zdravotnickými zařízeními.**

(4) ~~Nebude-li zdravotně pojistný plán zaměstnanecké pojišťovny schválen před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost zaměstnanecké pojišťovny do schválení zdravotně pojistného plánu provizoriem stanoveným Ministerstvem financí. Základem pro stanovení provizoria je návrh zdravotně pojistného plánu na příslušný kalendářní rok. Poslanecká sněmovna Parlamentu návrh zdravotně pojistného plánu zaměstnanecké pojišťovny schválí, nebo doporučí změny a stanoví termín pro předložení nového návrhu. Neschválí-li Poslanecká sněmovna Parlamentu návrh zdravotně pojistného plánu zaměstnanecké pojišťovny před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost zaměstnanecké pojišťovny tímto návrhem až do jeho schválení Poslaneckou sněmovnou Parlamentu.~~

(5) Zdravotně pojistný plán zaměstnanecké pojišťovny obsahuje plán příjmů a výdajů včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán provozních nákladů, údaje o rozsahu zdravotní péče hrazené zaměstnaneckou pojišťovnou, způsob zajištění dostupnosti služeb nabízených zaměstnaneckou pojišťovnou včetně předpokládané soustavy zdravotnických zařízení, se kterými zaměstnanecká pojišťovna uzavírá smlouvu o úhradě zdravotní péče. **Zdravotně pojistný plán stanovuje podmínky pro nákup zdravotní péče zaměstnaneckou pojišťovnou, pro výběr smluvních zdravotnických zařízení na základě akreditačních a certifikačních osvědčení pro jednotlivé druhy zdravotní péče a kontroly její kvality.**