

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY

Poslanecká sněmovna

2014

VII. volební období

Pozměňovací návrh poslance

Ludvíka Hovorky

**k vládnímu návrhu 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, a další související zákony**

(sněmovní tisk 260)

Návrh na novelu zákona – cenové dodatky
Varianta 3, kontrola dodatků ze strany MZ a MF

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., nálezu Ústavního soudu, vyhlášeného pod 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., zákona č. 123/2005 Sb., zákona č. 168/2005 Sb., zákona č. 253/2005 Sb., zákona č. 350/2005 Sb., zákona č. 361/2005 Sb., zákona č. 47/2006 Sb., zákona č. 109/2006 Sb., zákona č. 112/2006 Sb., zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 165/2006 Sb., zákona č. 189/2006 Sb., zákona č. 214/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 264/2006 Sb., zákona č. 340/2006 Sb., nálezu Ústavního soudu, vyhlášeného pod č. 57/2007 Sb., zákona č. 181/2007 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 296/2007 Sb., zákona č. 129/2008 Sb., zákona č. 137/2008 Sb., zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 274/2008 Sb., zákona č. 306/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 158/2009 Sb., zákona č. 227/2009 Sb., zákona č. 281/2009 Sb., zákona č. 362/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 365/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb., zákona č. 458/2011 Sb., zákona č. 1/2012 Sb., zákona č. 275/2012 Sb., zákona č. 401/2012 Sb., zákona č. 403/2012 Sb., zákona č. 44/2013 Sb., nálezu Ústavního soudu, vyhlášeného pod č. 238/2013 Sb., zákona č. 60/2014 Sb., a zákona č. 109/2014 Sb. se mění takto:

1. V § 17 odst. 5) se na konci věty poslední doplňuje nový text, který zní:

„(dále „Cenový dodatek“). Cenový dodatek vyžaduje ke své platnosti souhlasu Ministerstva zdravotnictví.“

2. Za § 17 odst. 5) se vkládají nové odstavce 6) až 11), které včetně poznámky pod čarou x) znějí:

„6) Návrh Cenového dodatku dle § 17 odst. 5), podepsaný poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, předloží zdravotní pojišťovna bez zbytečného odkladu Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí.

7) Ministerstvo zdravotnictví zveřejní předložený návrh Cenového dodatku způsobem umožňujícím dálkový přístup. Je-li stranou návrhu Cenového dodatku poskytovatel, který je osobou samostatně výdělečně činnou nebo u kterého nepřesáhla celková výše úhrady od této zdravotní pojišťovny za předchozí kalendářní rok částku dvou milionů korun, zveřejní Ministerstvo zdravotnictví předložený návrh Cenového dodatku bez uvedení osobních údajů.

8) Ministerstvo zdravotnictví posoudí předložený návrh z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Ministerstvo financí může poskytnout Ministerstvu zdravotnictví k návrhu Cenového dodatku závazné stanovisko x) z hlediska finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění.

9) Shledá-li Ministerstvo zdravotnictví soulad návrhu s právními předpisy a veřejným zájmem a nedalo-li Ministerstvo financí k návrhu záporné stanovisko, udělí Ministerstvo zdravotnictví zdravotní pojišťovně s návrhem Cenového dodatku souhlas. Zdravotní pojišťovna o udělení

souhlasu informuje bez zbytečného odkladu smluvního poskytovatele. Cenový dodatek nabývá platnosti dnem doručení této informace smluvnímu poskytovateli.

10) Shledá-li Ministerstvo zdravotnictví nesoulad návrhu Cenového dodatku s právními předpisy a veřejným zájmem, nebo dalo-li Ministerstvo financí k návrhu záporné stanovisko, sdělí Ministerstvo zdravotnictví zdravotní pojišťovně svůj nesouhlas s návrhem Cenového dodatku, včetně odůvodnění.

11) Nevyjádří-li se Ministerstvo zdravotnictví zdravotní pojišťovně k předloženému návrhu Cenového dodatku, má se za to, že byl souhlas udělen uplynutím třicátého dne od zveřejnění návrhu.

x) § 149 zákona č. 500/2004 Sb., Správní řád

3. Následující odstavce § 17 se přečíslovají.

Čl. II

Přechodná ustanovení

1. Cenové dodatky, smlouvy a dohody, uzavřené v období mezi 1. 1. 2008 a dnem nabytí účinnosti tohoto zákona mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou dle dosavadní věty poslední § 17 odst. 5, odchýlně od vyhlášky podle věty čtvrté a páté § 17 odst. 5, předloží zdravotní pojišťovna bez zbytečného odkladu Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí.

2. Ministerstvo zdravotnictví zveřejní předložené cenové dodatky, smlouvy a dohody způsobem umožňujícím dálkový přístup; je-li jejich stranou poskytovatel, který byl v tomto období osobou samostatně výdělečně činnou nebo u kterého nepřesáhla v tomto období průměrná roční výše úhrady od této zdravotní pojišťovny částku dvou milionů korun, zveřejní Ministerstvo zdravotnictví takový cenový dodatek, smlouvu či dohodu bez uvedení osobních údajů.

3. Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí posoudí předložené cenové dodatky, smlouvy a dohody z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Zjistí-li některé z Ministerstev závažný nesoulad těchto cenových dodatků, smluv či dohod s právními předpisy nebo veřejným zájmem, bude postupovat dle ustanovení o kontrole nad zdravotními pojišťovnami ve zvláštním právním předpise y).

y) § 7a zákona č. 551/1991 Sb., § 7 zákona č. 280/1992 Sb.

Důvodová zpráva

Obecná část

Návrh zákona reaguje na zásadní zjištění Nejvyššího kontrolního úřadu při kontrole zdravotních pojišťoven a odstraňuje právní mezeru, která umožňuje netransparentní nakládání s veřejnými penězi, narušení soutěže mezi poskytovateli a vznik korupčního prostředí. Tento problém je naléhavý a vyžaduje bezodkladné řešení. Návrh zákona je proto předkládán tak, aby nabyl účinnosti již od 1. ledna 2015 a tento neúnosný stav nebyl udržován ještě v příštím úhradovém období.

Zjištění NKÚ

V šetření č. 13/22, „Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch České průmyslové zdravotní pojišťovny“, prošetřil NKÚ individuální cenová ujednání, uzavíraná mezi ČPZP a vybranými poskytovateli, kterými byly sjednány úhrady nad rámec Úhradových vyhlášek.

Kontrolou smluvní dokumentace bylo například zjištěno, že v letech 2009 až 2013 se šesti poskytovateli zdravotních služeb (z 18 kontrolovaných případů) sjednala ČPZP individuální úhrady a navýšení úhrad ve výši 184 mil. Kč, z toho s jedním poskytovatelem zdravotních služeb uzavřela např. v roce 2011 dohody o navýšení úhrady za specializované zdravotní výkony ve výši 50 milionů Kč. Dále bylo zjištěno, že s vybranými poskytovateli uzavřela ČPZP smlouvu o úhradě výkonů, neobsažených v Seznamu výkonů a odbornou společností považovaných za experimentální.

Lze bohužel takřka s jistotou předpokládat, že tato zjištění nejsou výjimečná a ČPZP není jedinou pojišťovnou, která uzavírá s vybranými poskytovateli „nadstandardní“ smlouvy.

Existující právní stav je ve zprávě NKÚ zhodnocen následovně:

„NKÚ spatřuje značná rizika v možnosti zdravotních pojišťoven uzavírat v rámci veřejného zdravotního pojištění jakákoli cenová ujednání bez stanovení určitých hranic či omezení nebo zvláštních podmínek. Tento postup, který platné právní předpisy připouštějí, nemá žádná transparentní pravidla a umožňuje subjektivní a nerovný přístup zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotních služeb“

Historie předmětného ustanovení a současný stav

Zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění historicky vycházel z toho, že úhrada smluvnímu poskytovateli není dána libovůlí zdravotní pojišťovny či volnou dohodou smluvních stran, ale vychází z právních předpisů Ministerstva zdravotnictví dle § 17, tedy Seznamu výkonů s bodovými hodnotami a Úhradové vyhlášky pro daný rok, vzniklé na základě dohodovacího řízení.

K 1. lednu 2008 byla novelou 261/2007 Sb. provedena nenápadná, ale zcela zásadní změna. Do tehdejšího § 17 odst. 6, upravujícího vydávání úhradových vyhlášek, byla doplněna poslední věta, znějící *„Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se zdravotnické zařízení a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.“* Tato věta, obsažená v dnešním § 17 odst. 5, umožnila zdravotním pojišťovnám a vybraným poskytovatelům odpoutat se od vyhláskové regulace, prostou vzájemnou dohodou. Šlo o projev polovičaté reformy zdravotnictví, kdy sice zdravotní pojišťovny zůstaly plně závislémi na veřejných prostředcích povinně vybraných od pojištěnců, současně však získaly v jejich vynakládání smluvní volnost, jako by byly soukromými podniky.

Současný stav je následující:

- Zdravotní pojišťovny, včetně zaměstnaneckých, hospodaří takřka výhradně s povinně vybranými prostředky svých pojištěnců
- Při každoročním nastavení úhrad již nejsou vázány předpisy Ministerstva zdravotnictví, dohodnou-li se s poskytovatelem jinak
- Dle názoru ÚOHS se na zdravotní pojišťovny nevztahuje právo hospodářské soutěže, které by jinak bránilo tržně dominantnímu podniku, nebo více podnikům jednajícím ve shodě, k selektivnímu a diskriminačnímu přístupu ke smluvním partnerům
- Při uzavírání smluv a nastavování úhrad však nejsou ani vázány právem veřejných zakázek, které by jinak zajišťovalo transparentní výběr smluvních partnerů
- Zdravotní pojišťovny nezveřejňují smlouvy s poskytovateli a v praxi je s odkazem na „obchodní tajemství“ neposkytují ani regulačním orgánům, což by jinak umožnilo postih alespoň těch nejhorších excesů při vynakládání veřejných prostředků

- Po novelách z let 2005-2006 již nemají občané-pojištěnci právo přímo volit ani kandidovat do orgánů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, což by umožnilo demokratickou kontrolu nad chováním jejich funkcionářů

Existující právní stav proto přímo vybízí k tomu, aby zdravotní pojišťovny selektivně zvýhodňovaly z veřejných peněz vybrané podnikatele ve zdravotnictví, zpravidla s vazbami na rozhodující funkcionáře pojišťoven nebo na vlivné politiky. Charakter tohoto „soukromého podnikání s veřejnými penězi“ je extrémně náchylný ke korupci a zcela schází veřejná kontrola nad uzavíráním individuálních smluv s poskytovateli zdravotní péče.

Předkládaný návrh tuto neudržitelnou situaci řeší tím, že do pravidel smluvní politiky zavádí alespoň základní protikorupční mechanismy.

Zvláštní část

Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak (dále „Cenový dodatek“).

Zavádí se legislativní zkratka „Cenový dodatek“ pro individuální ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, odchylné od vyhlášek dle § 17 odst. 4) a 5)

Cenový dodatek podle § 17 odst. 5) vyžaduje ke své platnosti souhlas Ministerstva zdravotnictví.

Zavádí se podmínka souhlasu regulátora s individuálním ujednáním mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem. Tato podmínka se nevyžaduje u „standardních“ dohod podle schválené Úhradové vyhlášky, uplatní se jen u „nadstandardních“ dohod, které se od základního režimu úhrady z nějakého důvodu odchyľují.

Smyslem této podmínky je zabránit, aby při absenci jiných kontrolních mechanismů (např. použití Zákona o veřejných zakázkách) nedocházelo k plýtvání veřejnými prostředky, neodůvodněnému zvýhodňování vybraných poskytovatelů, nebo úhradě péče zákonem vymezené jako nehrazené, jak se tomu stalo v případech zjištěných NKÚ.

Návrh Cenového dodatku, podepsaný poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, předloží zdravotní pojišťovna bez zbytečného odkladu Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí.

Jde o notifikační povinnost pojišťovny, která je podmínkou výkonu kontroly ze strany regulátora.

Ministerstvo zdravotnictví zveřejní předložený návrh Cenového dodatku způsobem umožňujícím dálkový přístup.

Jde o opatření pro transparentnost a posílení veřejné kontroly nad toky peněz ve zdravotnictví. Toto zákonné opatření je nutné, neboť stávající zákon 106/1999 Sb. je zejména zaměstnaneckými pojišťovnami v praxi ignorován, soudní vymáhání přístupu k informacím ze strany občanů je neúčinné a zdlouhavé, a Ministerstvo zdravotnictví nijak dodržování této povinnosti zdravotních pojišťoven nevynucuje.

Na poskytovatele se „standardními“ smlouvami tento aspekt regulace nijak nedopadá, základní smlouva ani „standardní“ úhradový dodatek dle Úhradové vyhlášky se aktivně nezveřejňují. Zvýšené veřejné kontrole je vystaven pouze poskytovatel, který si se zdravotní pojišťovnou, tedy na účet zdravotních pojištěnců, aktivně a dobrovolně sjedná odchylku od standardně platných pravidel pro daný rok.

Ministerstvo zdravotnictví posoudí návrh Cenového dodatku z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem.

Jde o vymezení rozsahu přezkumu ze strany Ministerstva zdravotnictví.

Ministerstvo financí může poskytnout Ministerstvu zdravotnictví k návrhu Cenového dodatku závazné stanovisko (§ 149 SŘ) z hlediska finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění.

Jde o vymezení rozsahu přezkumu ze strany Ministerstva financí jakožto orgánu odpovědného za stabilitu veřejných rozpočtů. Ministerstvu financí se dává pravomoc poskytnout závazné stanovisko Ministerstvu zdravotnictví; tato pravomoc se však stanoví jako fakultativní, neboť primárním regulátorem je Ministerstvo zdravotnictví; Ministerstvu financí se neukládá rutinní kontrola, ale pouze možnost předejít a závazným stanoviskem zabránit největším finančním excesům.

Shledá-li Ministerstvo zdravotnictví soulad návrhu Cenového dodatku s právními předpisy a veřejným zájmem, a nedalo-li k němu Ministerstvo financí k záporné stanovisko, udělí Ministerstvo zdravotnictví zdravotní pojišťovně s návrhem Cenového dodatku souhlas. Zdravotní pojišťovna informuje smluvního poskytovatele bez zbytečného odkladu o udělení souhlasu Ministerstva zdravotnictví. Cenový dodatek nabývá platnosti dnem doručení informace o udělení tohoto souhlasu smluvnímu poskytovateli.

Jde o stanovení postupu pro případ, kdy je individuální dohoda shledána souladnou s veřejným zájmem a Ministerstvo zdravotnictví autorizuje její uzavření.

Shledá-li Ministerstvo zdravotnictví nesoulad návrhu Cenového dodatku s právními předpisy a veřejným zájmem, nebo dalo-li k němu Ministerstvo financí záporné stanovisko, sdělí Ministerstvo zdravotnictví zdravotní pojišťovně nesouhlas s návrhem Cenového dodatku, včetně odůvodnění.

Jde o stanovení postupu pro případ, kdy je individuální dohoda shledána nesouladnou s veřejným zájmem a Ministerstvo zdravotnictví uplatní svou pravomoc zabránit neefektivnímu, nerovnému či prokorupčnímu vynaložení veřejných prostředků zdravotního pojištění.

Nevyjádří-li se Ministerstvo zdravotnictví zdravotní pojišťovně k předloženému návrhu Cenového dodatku, má se za to, že byl souhlas udělen uplynutím třicátého dne od zveřejnění návrhu.

Jde o stanovení právní domněnky souhlasu pro případ, kdy se Ministerstvo zdravotnictví nijak nevyjádří. Ta slouží jako určité opatření proti úřední nečinnosti, nezbytné vzhledem k tomu, že je zapotřebí v rozumné lhůtě vytvořit smluvní jistotu pro poskytovatele ohledně úhradového režimu pro daný rok. Dále slouží jako pojistka proti zahlcení regulátora v situacích, kdy by zdravotní pojišťovny uzavíraly rutinně, s tisíci smluvních poskytovatelů, dodatky jen mírně se odchyloující od Úhradové vyhlášky a bez podstatného ekonomického dopadu.

Je-li stranou Cenového dodatku poskytovatel, který je osobou samostatně výdělečně činnou nebo u kterého nepřesáhla celková výše úhrady od této zdravotní pojišťovny za předchozí kalendářní rok částku dvou milionů korun, zveřejní Ministerstvo zdravotnictví předložený návrh Cenového dodatku bez uvedení osobních údajů.

Jde o nástroj ochrany soukromí a majetkových poměrů „malých poskytovatelů“, kterými se pro tento účel rozumí jednak zdravotníci poskytující péči jako OSVČ, jednak

nejmenší obchodní korporace, zpravidla s.r.o., jejichž ekonomické údaje mají vysokou vypovídací hodnotu o majetkových poměrech konkrétního zdravotníka.

U cenových dodatků těchto poskytovatelů je zachována kontrolní pravomoc Ministerstva, zveřejnění dodatku však proběhne jen anonymizovaně, neboť veřejný zájem na kontrole není natolik intenzivní, aby zdůvodnil automatické zveřejnění jejich osobních údajů ve spojení s rozsahem finanční úhrady. Tím se vychází vstříc zejména požadavkům z řad ambulantních lékařů.

Cenové dodatky, smlouvy a dohody, sjednané v období mezi 1.1.2008 a dnem nabytí účinnosti tohoto zákona mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou dle dosavadní věty poslední § 17 odst. 5, odchýlně od vyhlášky podle věty čtvrté a páté § 17 odst. 5, předloží zdravotní pojišťovna bez zbytečného odkladu Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí.

Ministerstvo zdravotnictví zveřejní tyto cenové dodatky, smlouvy a dohody způsobem umožňujícím dálkový přístup; je-li jejich stranou poskytovatel, který byl v tomto období osobou samostatně výdělečně činnou nebo u kterého nepřesáhla v tomto období průměrná roční výše úhrady od této zdravotní pojišťovny částku dvou milionů korun, zveřejní Ministerstvo zdravotnictví takový cenový dodatek, smlouvu či dohodu bez uvedení osobních údajů.

Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí posoudí předložené cenové dodatky, smlouvy a dohody z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Zjistí-li některé z Ministerstev závažný nesoulad těchto cenových dodatků, smluv či dohod s právními předpisy nebo veřejným zájmem, bude postupovat dle ustanovení o kontrole nad zdravotními pojišťovnami ve zvláštním právním předpisu.

Jde o přechodná a závěrečná ustanovení, umožňující přezkum již uzavřených individuálních dohod, a to za celé období od 1.1.2008, kdy byla možnost individuálních odchylek od standardní úhrady zavedena.

Zveřejnění těchto dodatků není zásahem do práv smluvních stran těchto dohod, neboť i v tomto období platil a stále platí zákon 106/1999 Sb., který dle soudního výkladu umožňuje zveřejnění všech smluv zdravotních pojišťoven. Požadovat po zdravotní pojišťovně zveřejnění všech smluv, i za toto období, může teoreticky každý občan, toto přechodné ustanovení proto nepředstavuje nový zásah do práv. Zveřejnění se vůbec nedotkne poskytovatelů se „standardními“ smlouvami dle úhradových vyhlášek, pouze poskytovatelů s dobrovolně sjednanými individuálními odchylkami. Pro „malé poskytovatele“ platí obdobně výluka ze zveřejnění osobních údajů.

Oběma regulátorům dle zákonů 551/1991 Sb. a 280/1992 Sb., tedy MZ ČR a MF ČR, se ukládá tyto dodatky vyhodnotit a v případě právních rozporů aktivně využít oprávnění, která jim tyto zákony stanoví.

Platné znění s vyznačením navrhovaných změn:

§ 17

(5) Nestanoví-li tento zákon jinak, hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným

zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. 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. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak **(dále „Cenový dodatek“)**. **Cenový dodatek vyžaduje ke své platnosti souhlasu Ministerstva zdravotnictví.**

„6) Návrh Cenového dodatku dle § 17 odst. 5), podepsaný poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, předloží zdravotní pojišťovna bez zbytečného odkladu Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí.

7) Ministerstvo zdravotnictví zveřejní předložený návrh Cenového dodatku způsobem umožňujícím dálkový přístup. Je-li stranou Cenového dodatku poskytovatel, který je osobou samostatně výdělečně činnou nebo u kterého nepřesáhla celková výše úhrady od této zdravotní pojišťovny za předchozí kalendářní rok částku dvou milionů korun, zveřejní Ministerstvo zdravotnictví předložený návrh Cenového dodatku bez uvedení osobních údajů.

8) Ministerstvo zdravotnictví posoudí předložený návrh z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Ministerstvo financí může poskytnout Ministerstvu zdravotnictví k návrhu Cenového dodatku závazné stanovisko x) z hlediska finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění.

9) Shledá-li Ministerstvo zdravotnictví soulad návrhu s právními předpisy a veřejným zájmem a nedalo-li Ministerstvo financí k návrhu záporné stanovisko, udělí Ministerstvo zdravotnictví zdravotní pojišťovně s návrhem Cenového dodatku souhlas. Zdravotní pojišťovna o udělení souhlasu informuje bez zbytečného odkladu smluvního poskytovatele. Cenový dodatek nabývá platnosti dnem doručení této informace smluvnímu poskytovateli.

10) Shledá-li Ministerstvo zdravotnictví nesoulad návrhu Cenového dodatku s právními předpisy a veřejným zájmem, nebo dalo-li Ministerstvo financí k návrhu záporné stanovisko, sdělí Ministerstvo zdravotnictví zdravotní pojišťovně svůj nesouhlas s návrhem Cenového dodatku, včetně odůvodnění.

11) Nevyjádří-li se Ministerstvo zdravotnictví zdravotní pojišťovně k předloženému návrhu Cenového dodatku, má se za to, že byl souhlas udělen uplynutím třicátého dne od zveřejnění návrhu.

x) § 149 zákona č. 500/2004 Sb., Správní řád